

Le projet de l'OCDE sur la santé

Vers des systèmes de santé plus performants

ÉTUDES THÉMATIQUES



OCDE



Le projet de l'OCDE sur la santé

Vers des systèmes de santé plus performants

ÉTUDES THÉMATIQUES



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

POLICY STUDIES

© 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

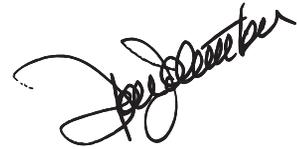
Le Projet de l'OCDE sur la santé a été lancé en 2001 dans le but de répondre aux principaux défis qu'ont à relever les différents pays pour améliorer les performances de leurs systèmes nationaux de santé. En effet, soucieux de véritablement progresser et conscients d'importantes lacunes dans les informations 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 succédés 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

Table des matières

Préface	11
Introduction	13
Chapitre 1. Les systèmes de santé : enseignements tirés de la mise en œuvre des réformes	
Elizabeth Docteur et Howard Oxley (Secrétariat de l'OCDE)	19
Chapitre 2. Suivi et amélioration de la qualité technique des soins médicaux : un nouveau défi pour les responsables politiques des pays de l'OCDE	
Soeren Mattke (Secrétariat de l'OCDE)	93
Chapitre 3. L'inégalité de l'utilisation des services de santé en fonction du revenu dans 21 pays de l'OCDE	
Eddy Van Doorslaer et Cristina Masseria, Département de politique et de gestion de la santé, Université Erasmus, Pays-Bas et le Groupe de recherche de l'OCDE sur l'équité dans le domaine de la santé	117
Chapitre 4. Équilibrer l'offre et la demande de médecins et d'infirmières	
Steven Simoens et Jeremy Hurst (Secrétariat de l'OCDE)	185
Chapitre 5. Réduire les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes	
Jeremy Hurst et Luigi Siciliani (Secrétariat de l'OCDE)	231
Chapitre 6. L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE : avantages et coûts pour les individus et les systèmes de santé	
Nicole Tapay et Francesca Colombo (Secrétariat de l'OCDE)	295
Chapitre 7. Projections des dépenses de santé et de soins de longue durée liées au vieillissement de la population	
Mandeep Bains (Office de coopération EuropeAid) et Howard Oxley (Secrétariat de l'OCDE)	359

Liste des encadrés

1.1. Facteurs influant l'accès des assurés aux services	34
1.2. Amélioration de la base d'information pour de meilleurs résultats des systèmes de santé.	40
1.3. Rémunération des médecins de premiers recours	59
1.4. Systèmes de financement des hôpitaux	62
1.5. Concurrence sur les marchés de prestataires et gestion des soins aux États-Unis	65
1.6. Expériences de la concurrence entre prestataires en dehors des États-Unis	66
1.7. La concurrence dans le secteur des assurances de certains pays européens	69
1.8. Régulation du secteur pharmaceutique	73
2.1. Une approche pour améliorer les soins : la reconfiguration des systèmes . .	100
4.1. Définition économique des pénuries et des excédents de personnels de santé.	188
4.2. Indications de pénuries et d'excédents de médecins et d'infirmières dans les pays de l'OCDE	196
4.3. Les « magnet hospitals » américains.	217
7.1. Analyse de sensibilité	365

Liste des tableaux

1.1. Couverture des régimes publics d'assurance-maladie en pourcentage de la population totale, 1960-2000	23
1.2. Sources de financement privées et publiques en pourcentage des dépenses totales de santé, 2000	24
1.3. Les politiques de copaiement dans les régimes d'assurance publics pour les services de base dans les pays de l'OCDE	28
1.4. Dépenses de santé financées par les patients, en pourcentage des dépenses totales, 1980-2000	31
1.5. Paiement à la charge des patients en proportion de la consommation totale des ménages, 1980-2000	32
1.6. Espérance de vie à la naissance, 1960-2000	37
1.7. Mortalité infantile, 1960-2000	38
1.8. Satisfaction de la population concernant les systèmes de santé, 1999	44
1.9. Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB tendanciel, 1970-2000 . . .	46
1.10. Pourcentage des dépenses totales de santé financées par le secteur public, 1970-2000	48
1.11. Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB tendanciel, 1970-2000	49
1.12. Médecins en activité dans les pays de l'OCDE, 1970-2000	52
1.13. Infirmières en activité dans les pays de l'OCDE, 1970-2000	53
1.14. Lits de soins aigus dans les pays de l'OCDE, 1970-2000	54
1.15. Dispositifs globaux et sectoriels pour la fixation des dépenses.	56
1.16. Pharmaciens en activité dans les pays de l'OCDE, 1970-2000	75
3.1. Enquêtes auprès des ménages utilisées pour 11 pays	122
3.2. Décomposition détaillée de l'inégalité des visites totales chez un spécialiste en Espagne, 2000	135
3.A1.1. Caractéristiques du système de soins de santé liées au principe d'équité et incitations pour les prestataires	158

3.A1.2.	Différences régionales et caractéristiques des régimes privés d'assurance .	164
3.A1.3.	Disponibilité des variables d'utilisation dans le Panel des ménages de la Communauté européenne et les autres enquêtes	167
3.A1.4.	Questions relatives à l'état de santé	168
3.A1.5.	Informations utilisées concernant le revenu, la situation au regard de l'activité et le niveau d'instruction	170
3.A1.6.	Données des enquêtes sur la région de résidence et l'assurance-maladie . .	173
3.A1.7.	Répartitions par quintile (après standardisation des besoins), indices d'inégalité et d'iniquité de l'utilisation totale des services de médecins . . .	175
3.A1.8.	Répartitions par quintile (après standardisation des besoins), indices d'inégalité et d'iniquité de l'utilisation des services de généralistes	176
3.A1.9.	Répartitions par quintile (après standardisation des besoins), indices d'inégalité et d'iniquité de l'utilisation des services de spécialistes	177
3.A1.10.	Répartitions par quintile (après standardisation des besoins), indices d'inégalité et d'iniquité de l'utilisation des soins hospitaliers	178
3.A1.11.	Répartitions par quintile (après standardisation des besoins), indices d'inégalité et d'iniquité de l'utilisation des soins dentaires	179
3.A1.12.	Contributions à l'inégalité en matière de visites chez le médecin	180
3.A1.13.	Contributions à l'inégalité en matière de visites chez un généraliste	181
3.A1.14.	Contributions à l'inégalité en matière de visites chez un spécialiste	182
3.A1.15.	Contributions à l'inégalité en matière d'utilisation des soins hospitaliers . .	183
3.A1.16.	Contributions à l'inégalité en matière de visites chez le dentiste	184
4.1.	Densité de médecins et mode de rémunération, 2000	192
4.2.	Taux de croissance annuels moyens de la densité de médecins, 1960 à 2000	195
4.3.	Planification dans le temps du nombre des admissions dans les écoles de médecine	201
4.4.	Proportion de médecins formés à l'étranger parmi les médecins praticiens, 1980-2001	204
4.5.	Modes de rémunération des médecins, 2000	206
4.6.	Détermination du nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières	211
5.1.	Délais d'attente entre l'examen par un spécialiste et l'intervention chirurgicale	242
5.2.	Pourcentage de patients ayant attendu plus de quatre mois avant de subir une intervention chirurgicale non urgente	243
5.3.	Délais d'attente pour les patients hospitalisés	244
5.4.	Délais d'attente moyens des patients admis, par intervention chirurgicale, 2000	245
5.5.	Délais d'attente médians des patients admis, par intervention chirurgicale, 2000	245
5.A1.1.	Contraintes potentielles liées à l'offre d'interventions chirurgicales (jusqu'en 2002)	278
5.A1.2.	Dépenses totales et publiques de santé	279
5.A1.3.	Patients hospitalisés suite à une chirurgie et patients en chirurgie ambulatoire	280
5.A1.4.	Taux d'interventions chirurgicales	281

5.A1.5. Indicateurs de productivité basés sur le nombre d'interventions chirurgicales sur patients hospitalisés	282
5.A1.6. Niveau de participation aux frais pour les patients hospitalisés.....	283
5.A1.7. Présence d'un système de médecin référent.....	283
5.A1.8. Analyse de régression à variables multiples, délais d'attente moyens	284
5.A1.9. Analyse de régression à variables multiples, délais d'attente médians.....	285
5.A1.10. Estimations probit.....	286
5.A1.11. Australie : activité et délais d'attente médians (des patients admis)	287
5.A1.12. Espagne : délais d'attente moyens des patients du secteur public, 1992-2000.....	287
6.1. Couverture des régimes d'assurance publics et privés de santé dans les pays de l'OCDE, 2000	300
6.2. Principales lois et réglementations régissant l'assurance-maladie privée ..	336
6.3. Incitations fiscales et monétaires à la souscription d'un contrat d'assurance-maladie privée	344
7.1. Prévisions des dépenses en soins de santé et de longue durée, 2000-2050..	364
7.2. Dépenses en soins de santé : analyse de sensibilité pour différentes hypothèses	366
7.3. Dépenses en soins de longue durée : analyse de sensibilité pour différentes hypothèses.....	367

Liste des graphiques

3.1. Indices d'iniquité horizontale relatifs au nombre de visites chez le médecin, par pays	127
3.2. Indices d'iniquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un médecin, par pays	127
3.3. Indices d'iniquité horizontale relatifs au nombre de visites chez un généraliste, par pays	129
3.4. Indices d'iniquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un généraliste, par pays	129
3.5. Indices d'iniquité horizontale relatifs au nombre de visites chez un spécialiste, par pays.....	130
3.6. Indices d'iniquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un spécialiste, par pays.....	131
3.7. Indices d'iniquité horizontale relatifs au nombre de nuits d'hospitalisation, par pays.....	133
3.8. Indices d'iniquité horizontale relatifs à la probabilité d'être hospitalisé, par pays	133
3.9. Indices d'iniquité horizontale relatifs au nombre de visites chez le dentiste, par pays	134
3.10. Indices d'iniquité horizontale relatifs à la probabilité d'aller chez le dentiste, par pays	134
3.11. Décomposition de l'inégalité du nombre total de visites chez le médecin ..	137
3.12. Décomposition de l'iniquité de la probabilité de consulter un médecin	140
3.13. Décomposition de l'iniquité du nombre de visites chez un généraliste.....	141
3.14. Décomposition de l'iniquité de la probabilité de consulter un spécialiste...	141
3.15. Décomposition de l'iniquité du nombre de nuits d'hospitalisation	142

4.1. Diagramme de la production de soins de santé	187
4.2. Demande dérivée et offre de personnels de santé	188
4.3. Densité de médecins, 2000	189
4.4. Densité d'infirmières, 2000	190
4.5. Densité de médecins et délais d'attente : mise en place d'une prothèse de la hanche, 2000	191
4.6. Densité de médecins et dépenses de santé, 2000	191
4.7. Densité d'infirmières et dépenses de santé, 2000	192
4.8. Relation existant entre la densité de généralistes et le nombre annuel de visites chez des généralistes, par habitant	193
4.9. Relation existant entre la densité de généralistes et le nombre annuel de visites par généraliste	194
4.10. Évolution de la densité d'infirmières, 1990 et 2000	195
4.11. Proportion de femmes dans la population de médecins, 2000	197
4.12. Proportion de femmes dans le personnel infirmier, 2000	197
4.13. Temps de travail hebdomadaire moyen des médecins et assimilés, par âge et par sexe, 2000	198
4.14. Temps de travail hebdomadaire moyen des infirmières, par âge, 2000	199
4.15. Examen de l'impact de la planification et du libre jeu du marché sur la densité de médecins dans une sélection de pays de l'OCDE, 1960-2000	202
4.16. Proportion de médecins diplômés parmi les médecins praticiens, 2000	203
4.17. Proportion d'infirmières diplômées parmi les infirmières praticiennes, 2000	212
5.1. Modèle de processus de formation des délais d'attente visibles	235
5.2. Taux optimums d'interventions chirurgicales et propension à générer des délais d'attente pour les patients hospitalisés	238
5.3. Délais d'attente moyens optimum pour les patients hospitalisés sur liste d'attente pour une intervention chirurgicale non urgente	241
5.4. Taux de procédures pour les pontages et les ACTP, Danemark et Angleterre, 1990-2000	255
5.5. Pourcentage de patients attendant plus de quatre semaines pour un pontage et une ACTP, Danemark, 1994-2001	256
5.6. Délais d'attente médians pour les patients admis pour un pontage et une ACTP, Danemark et Angleterre, 1991-2001	256
5.7. Nombre de patients hospitalisés traités et délais d'attente moyens (semaines), Pays-Bas, 2000-2003	257
5.8. Nombre de patients traités en chirurgie de jour et délais d'attente moyens (semaines), Pays-Bas, 2000-2003	257
5.9. Évolution de l'activité chirurgicale pour 18 opérations spécifiques (patients hospitalisés) et délais d'attente, Danemark, 2000-2002	258
5.10. Situation des patients figurant sur les listes d'attente, Nouvelle-Zélande, 1999-2001	261
5.11. Délais d'attente moyens et médians des patients admis, Angleterre, 1989-1999	264
5.12. Délais d'attente moyens et médians des patients figurant sur les listes, Angleterre, 1989-1999	264

5.13. Délais d'attente moyens (jours) des patients figurant sur les listes, Insalud, Espagne, 1996-2000	265
5.14. Interventions chirurgicales effectuées, Insalud, Espagne, 1996-2000	266
5.A1.1. Délais d'attente moyens et dépenses totales de santé par habitant : trois interventions chirurgicales, 2000	288
5.A1.2. Délais d'attente moyens et dépenses publiques de santé par habitant : trois interventions chirurgicales, 2000	289
5.A1.3. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : prothèse de la hanche, 2000	290
5.A1.4. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : hernie inguinale et fémorale, 2000	290
5.A1.5. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : opération des varices, 2000	291
5.A1.6. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : cholécystectomie, 2000	291
5.A1.7. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : prostatectomie, 2000 ..	292
5.A1.8. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : hystérectomie, 2000 ..	292
5.A1.9. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : opération de la cataracte, 2000	293
5.A1.10. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : prothèse du genou, 2000	293
6.1. Dépenses de santé par source de financement, 2000	298
6.2. Paiement à la charge du patient et assurance-maladie privée en pourcentage des dépenses totales de santé, 2000	299
6.3. Assurance-maladie privée par habitant et dépenses totales de santé par habitant, 2000	303
6.4. Taux de croissance moyen de l'assurance-maladie privée en pourcentage des dépenses totales de santé et du PIB par habitant, 1990-2000	303
6.5. Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB et part de financement des dépenses de santé par l'assurance-maladie privée, 2000	327
7.1. Dépenses en soins de santé aigus par personne et par groupe d'âge dans certains pays	362
7.2. Dépenses en soins de longue durée par personne et par groupe d'âge dans certains pays	363

Préface

Ce volume présente certains travaux empiriques et analytiques menés dans le cadre du Projet de l'OCDE sur la santé et qui ont été résumés dans le rapport de synthèse, *Vers des systèmes de santé plus performants*. Plusieurs directions de l'OCDE ont contribué à ces études thématiques, notamment la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, 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. Des experts des ministères de la Santé, de la Commission européenne, du monde académique et de l'industrie ont aussi contribué à ces travaux. Ces études ont également tiré profit des suggestions et commentaires émis par les membres du Groupe *ad hoc* sur le Projet de l'OCDE sur la santé. Gaétan Lafortune s'est chargé de la coordination et du travail d'édition de cet ouvrage.

Introduction

Les pays de l'OCDE peuvent être fiers des progrès accomplis par leurs systèmes de soins au cours des trente dernières années. 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 traitement mais aussi de prévention des maladies.

Néanmoins, il est possible d'améliorer encore beaucoup plus 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. Dans de nombreux pays, la croissance des coûts y est plus rapide que celle de l'économie générale, ce qui pose problème pour les finances publiques, 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 continueront d'avoir 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 la viabilité financière des systèmes de santé. L'efficacité de ces systèmes pourrait être considérablement améliorée en accroissant la productivité, en réduisant les gaspillages ou en améliorant le rapport coût-efficacité des soins. Améliorer l'efficacité se révèle toutefois une tâche difficile.

Le Projet de l'OCDE sur la santé a été mis en place pour alimenter les discussions politiques sur plusieurs des points clés auxquels sont aujourd'hui confrontés les systèmes de santé. Ce volume présente certains des travaux empiriques et analytiques qui sous-tendent le rapport de synthèse, *Vers des systèmes de santé plus performants* (OCDE, 2004). Il comprend sept chapitres, qui apportent un éclairage nouveau sur différents aspects de la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE.

Le chapitre 1 (Docteur et Oxley) décrit le contexte général. Il passe en revue les différentes réformes des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies, et l'impact qu'elles ont eu sur l'accès aux services, l'amélioration de la qualité des soins, l'allocation d'un niveau « approprié » de ressources aux soins de santé, et

l'efficacité microéconomique de la prestation des services. Même si presque tous les pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle, au moins pour un ensemble de services de santé de base, ce chapitre énumère certaines des mesures qui ont été prises dans différents pays au cours des dernières années pour résoudre des problèmes persistants de disparités d'accès aux soins. Ce chapitre résume aussi une série de constats d'études empiriques menées dans différents pays qui donnent à penser qu'il existe de sérieuses lacunes en matière de qualité de soins de santé. Présageant les conclusions tirées au chapitre 2 d'un examen plus détaillé de différentes approches adoptées ou envisagées pour faire face à ces inquiétudes concernant la qualité des soins, les auteurs concluent qu'il est encore trop tôt pour évaluer les effets relatifs des différentes approches visant à améliorer la qualité des soins de santé. Par ailleurs, ce chapitre note que plusieurs réformes visant à contrôler les dépenses de santé ont effectivement réussi à ralentir la croissance de ces dépenses (particulièrement les dépenses publiques) au cours des années 80 et 90, même si les dépenses de santé en pourcentage du PIB ont continué à augmenter dans la plupart des pays. Les pays sont parvenus à ralentir la croissance des dépenses en utilisant une combinaison de contrôles budgétaires et administratifs sur les paiements, les prix et l'offre de services. Toutefois, certains pays se sont inquiétés de ce que les restrictions de dépenses aient été trop loin et eu des effets négatifs sur les performances des systèmes de santé, et ont depuis assoupli ces mesures. Dans tous les systèmes, les responsables politiques se sont intéressés aux possibilités d'accroître l'efficacité, étant donné la croissance des dépenses et les contraintes budgétaires. Ce chapitre évalue l'impact des réformes qui ont eu pour but d'améliorer le rapport coût-efficacité de la prestation des soins et, plus généralement, des systèmes de santé et conclut que beaucoup de domaines sont encore à exploiter pour réaliser de tels progrès.

Tel que mentionné au chapitre 1, la mesure et l'amélioration de la qualité des soins sont devenues une priorité politique dans bon nombre de pays de l'OCDE, suite à de nombreux constats de sous-emploi, d'utilisation abusive ou impropre des soins. Le chapitre 2 (Mattke) présente les arguments qui soutiennent les interventions publiques pour assurer le suivi et l'amélioration de la qualité des soins. Il passe en revue l'éventail d'instruments à la disposition des décideurs politiques dans le but de promouvoir la qualité, au-delà de l'approche traditionnelle fondée sur l'autorégulation professionnelle. Ayant fait de l'amélioration de la qualité des soins une priorité importante, les décideurs politiques sont maintenant confrontés à la question difficile de déterminer si la réponse la plus efficace est de réformer les institutions d'autorégulation professionnelle, d'encourager la mise en place d'intermédiaires compétents entre les patients et les prestataires ayant pour rôle la protection de la qualité, ou d'habiliter directement les consommateurs à choisir leurs prestataires sur la base notamment de la qualité des soins offerts. Ce chapitre décrit les arrangements institutionnels actuels, et les réformes anticipées, des systèmes d'assurance de qualité dans un échantillon de sept pays de l'OCDE (Allemagne, Danemark, États-Unis, Japon, Pays-Bas, République tchèque et Royaume-Uni), représentatifs de la diversité des systèmes de soins de santé que l'on retrouve dans les pays membres. Ce survol indique que les initiatives politiques ont porté principalement jusqu'à maintenant sur le secteur hospitalier, mais on a aussi commencé à mettre sur pied des approches pour faire le suivi et promouvoir l'amélioration des soins au niveau des médecins. Bien que ces expériences soient trop récentes pour que l'on puisse évaluer leur impact de manière globale, ce chapitre conclut que le dynamisme de ce domaine d'interventions politiques devrait entraîner dans un avenir rapproché des

modèles innovateurs et de meilleures pratiques en terme de suivi et d'amélioration de la qualité.

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 ». Le chapitre 3 (Van Doorslaer, Masseria et al.) examine la question de l'inégalité de l'utilisation des services de santé en fonction du revenu dans 21 pays de l'OCDE, en utilisant des enquêtes nationales de santé. Cette étude présente à la fois des distributions par quintile de revenu et des indices sommaires de concentration pour évaluer l'équité horizontale, c'est-à-dire dans quelle mesure des adultes ayant un égal besoin de soins médicaux ont apparemment des taux identiques d'utilisation de soins médicaux. Pour ce qui est de l'utilisation des médecins, une fois prises en compte les différences de besoins entre catégories de revenu, cette analyse empirique montre une iniquité horizontale favorisant les groupes à revenus élevés dans près de la moitié des pays (tant pour la probabilité de consulter que pour le nombre total de visites au cours d'une année). C'est aux États-Unis, en Finlande, au Mexique, au Portugal et en Suède qu'on observe la plus grande iniquité du recours aux services des médecins. Il est important de noter toutefois que, dans la majorité des pays, cette étude n'observe aucune iniquité en fonction du revenu pour ce qui est des consultations de généralistes. Mais il en va tout autrement pour ce qui est des consultations de spécialistes. Dans tous les pays, une fois prises en compte les différences de besoins, les personnes à revenus élevés sont significativement plus susceptibles de consulter un spécialiste que les personnes à faibles revenus et, dans la plupart des pays, et de le consulter plus fréquemment aussi. L'iniquité en faveur des personnes à revenus élevés est particulièrement grande en Finlande, en Irlande et au Portugal. Les résultats pour ce qui est de l'utilisation des soins hospitaliers sont plus équivoques ; aucun schéma clair d'iniquité en faveur des riches ou en faveur des pauvres ne se dégage entre les pays. Ce chapitre évalue aussi l'effet des disparités régionales sur l'utilisation des services médicaux et, pour sept pays, la contribution des disparités en terme de couverture d'assurance-maladie (publique et privée). Les nouveaux résultats présentés à cet égard montrent que les interventions politiques peuvent contribuer à réduire les iniquités d'accès aux soins, lorsqu'elles existent, même si cela peut être coûteux. En France, par exemple, l'introduction de la *Couverture maladie universelle*, qui prend en charge les copaiements pour les personnes sous un certain seuil de revenu, a réduit considérablement les biais en faveur des personnes à revenus élevés pour ce qui est des consultations de médecins spécialistes.

Dans plusieurs pays de l'OCDE, on s'inquiète d'un écart grandissant entre la demande et l'offre de médecins et d'infirmières. Le chapitre 4 (Simoens et Hurst) passe en revue les données disponibles sur l'offre et la demande de médecins et d'infirmières dans plus de 20 pays de l'OCDE. Ces données confirment que des pénuries d'infirmières et de médecins sont maintenant apparues dans plusieurs pays et pourraient s'aggraver au cours des vingt prochaines années. Afin d'éviter ces pénuries, les mesures correctives peuvent consister à recruter une plus forte proportion de jeunes dans ces professions, ce qui peut exiger une augmentation des salaires relatifs et une amélioration des conditions de travail, surtout dans le cas des infirmières. Ce chapitre note aussi que les migrations internationales peuvent accroître la flexibilité des marchés du travail des professionnels de santé dans les pays d'accueil, mais d'épineuses questions de fuite de cerveaux viennent se poser lorsqu'elles se

traduisent par des flux nets durables de professionnels des pays pauvres vers des pays riches. De manière générale, les services fournis par les médecins et les infirmières dépendent non seulement de leurs effectifs, mais aussi de leur productivité. S'agissant des médecins, il y a de bonnes raisons de penser que les modes de rémunération liés à l'activité pourraient permettre d'accroître la productivité, mais on en sait peu sur les effets qui peuvent en découler pour ce qui est de la qualité des soins. La création de systèmes de rémunération des médecins consistant à rétribuer directement la qualité des services, lorsque c'est possible, est une piste intéressante qui retient de plus en plus l'attention dans plusieurs pays.

Les moyens d'accroître la capacité de réponse des systèmes de santé aux attentes et aux préférences des patients sont loin d'être épuisés. Le chapitre 5 (Hurst et Siciliani) résume les principaux résultats de l'étude de l'OCDE sur les délais d'attente, qui avait pour but de répondre, dans un contexte international, aux deux questions suivantes : Quelles sont les causes des différences de délais d'attente observées entre les pays de l'OCDE pour les interventions chirurgicales non urgentes financées sur fonds publics ? Quelles sont les politiques les plus efficaces pour remédier à des délais d'attente excessifs ? Cette étude a porté sur 12 pays faisant état de problèmes de délais d'attente, tandis que des informations complémentaires ont aussi été recueillies auprès de huit pays de l'OCDE ne faisant pas état de tels problèmes. Il n'existe pas de définition internationalement reconnue d'un délai d'attente « excessif » mais, récemment, plusieurs pays ont adopté des objectifs de délais d'attente maximums de 3 à 6 mois pour les interventions non urgentes. En ce qui a trait aux causes, cette étude comparative donne à penser que les différences de délais d'attente entre les pays sont dues principalement aux contraintes imposées à l'offre d'interventions chirurgicales financées sur fonds publics, lorsque ces interventions sont effectuées gratuitement (ou presque). Par ailleurs, certains signes montrent que les différents systèmes de santé ont des propensions différentes à générer de l'attente du fait d'incitations différentes à gérer la demande d'interventions chirurgicales. Logiquement, les politiques les plus performantes pour remédier à des délais d'attente excessifs sont directement liées à ces déterminants. Ce chapitre conclut ainsi que pour réduire l'attente excessive, une augmentation suffisante de la capacité et des dépenses chirurgicales peut être extrêmement efficace. Les pays qui salarient leurs chirurgiens et financent leurs hôpitaux selon un système de budgets globaux peuvent également obtenir une amélioration ponctuelle (non récurrente) de leur productivité en liant la rémunération des chirurgiens et le financement des hôpitaux à leur volume d'activité. Par ailleurs, 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) leur besoin dépasse un certain seuil minimum, et que ceux qui ont les besoins les plus grands accèdent en temps opportun aux services.

Le chapitre 6 (Tapay et Colombo) examine le rôle de l'assurance-maladie privée comme moyen possible d'atteindre des objectifs importants des politiques de santé, tels qu'accroître les capacités de réponse des systèmes de santé et freiner la croissance des dépenses publiques. Bien que l'assurance-maladie privée ne représente en moyenne qu'une petite fraction du financement total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, elle constitue dans certains pays un mode de financement important des soins et couvre au moins 30 % de la population dans un tiers des pays de l'OCDE. L'assurance-maladie privée joue des rôles divers selon les pays, allant de l'octroi d'une couverture de base pour certaines catégories de population à une fonction de soutien des régimes publics. Suivant une analyse des effets de l'assurance-maladie privée dans différents contextes nationaux, ce chapitre tire la conclusion que l'assurance-maladie privée est porteuse à la fois d'opportunités et de risques pour ce qui

est d'atteindre les objectifs de performance des systèmes de santé. Par exemple, dans les pays où elle joue un rôle prépondérant, l'assurance-maladie privée a injecté des ressources additionnelles dans les systèmes de santé, élargi le choix offert aux consommateurs et rendu ces systèmes plus réactifs. Cependant, elle a souvent engendré des problèmes d'équité et alourdi la facture des dépenses de santé (totales et, dans certains cas, publiques).

Dans plusieurs pays de l'OCDE, le vieillissement de la population suscite des préoccupations grandissantes quant à son impact sur l'augmentation des dépenses publiques de santé, étant donné que les personnes âgées ont tendance à avoir des besoins en soins de santé plus élevés que la population en âge de travailler. Le dernier chapitre de ce volume (chapitre 7, Bains et Oxley) présente des projections à long terme des dépenses de santé et de soins de longue durée liées au vieillissement de la population pour certains pays de l'OCDE. Ces projections sont fondées sur une méthodologie commune, et s'étalent sur une période de 50 ans. Les résultats de cette analyse empirique indiquent que le vieillissement de la population à lui seul pourrait entraîner une augmentation des dépenses de santé pour les soins aigus d'environ 2 points de pourcentage du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE, et des dépenses pour les soins de longue durée d'un peu plus de 1 point de pourcentage. Toutefois, on observe des variations considérables entre les pays dans l'effet attendu des dépenses. De plus, des simulations employant des hypothèses alternatives et des méthodes de projections différentes indiquent qu'il y a une large marge d'incertitude concernant ces estimations.

À long terme, accroître l'efficacité des systèmes de santé est peut-être le seul moyen de concilier l'augmentation de la demande de soins et les contraintes du financement public. Prises dans leur ensemble, les analyses comparatives présentées dans cette publication indiquent qu'il y a possibilité d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé dans tous les pays de l'OCDE de même que d'autres aspects de la performance. Heureusement, les responsables des politiques de santé des pays de l'OCDE ont maintenant une assez bonne idée des outils et des approches qui peuvent permettre d'atteindre beaucoup de leurs objectifs, comme la maîtrise du rythme de croissance des dépenses publiques, l'équité d'accès aux soins, l'amélioration de la santé et la prévention des maladies, et la 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 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. Mais l'ensemble d'expériences, de données et d'idées nouvelles réunies dans ce volume peut aider les responsables politiques à répondre aux défis auxquels ils sont confrontés.

Chapitre 1

Les systèmes de santé : enseignements tirés de la mise en œuvre des réformes¹

par

Elizabeth Docteur et Howard Oxley,

Secrétariat de l'OCDE

Cette étude présente un survol des réformes des systèmes de santé des pays de l'OCDE qui ont été mises en place au cours des dernières décennies. Ces réformes sont évaluées en fonction de leur impact sur les objectifs politiques suivants : assurer l'accès aux services de santé indispensables ; améliorer la qualité des soins et leurs résultats ; allouer un niveau « approprié » de ressources du secteur public et de l'ensemble de l'économie à la santé ; et s'assurer que les services soient dispensés de façon à optimiser l'efficacité et l'efficacités. Alors que presque tous les pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle, on a lancé des initiatives dans un certain nombre de pays pour résoudre les problèmes résiduels de disparités d'accès aux soins. Confrontés à l'apparition de problèmes liés à la qualité des soins, un grand nombre de pays ont récemment introduit des réformes pour tenter de l'améliorer, mais il est encore trop tôt pour se faire une idée des effets relatifs des nouvelles approches. Un certain nombre de mesures visant à contrôler les coûts ont réussi à réduire la croissance des dépenses de santé (dépenses publiques, en particulier) au cours des années 80 et 90, mais elles ne se sont pas attaquées aux causes profondes de cette croissance et les dépenses de santé en pourcentage du PIB continuent à croître dans la plupart des pays. Par ailleurs, quelques pays se sont inquiétés de ce que les restrictions de dépenses aient été trop loin et eu des effets négatifs sur la performance des systèmes de santé. Il apparaît que la prestation des services de santé est devenue plus efficace, notamment dans le secteur hospitalier, mais le champ des gains d'efficacité possibles reste large. Un certain nombre de mesures, telles que l'amélioration des méthodes de paiement des prestataires, ont amélioré les incitations microéconomiques. Mais l'amélioration de ces incitations par le biais d'un environnement plus compétitif entre fournisseurs et assureurs s'avère difficile.

1. Introduction

Ce chapitre passe en revue l'expérience des pays de l'OCDE qui ont engagé des réformes de leur système de santé au cours des dernières décennies. La nécessité persistante de réformes tient au caractère très particulier des soins de santé en tant qu'activité économique ainsi qu'aux objectifs fondamentaux d'équité. Plus précisément, le financement des soins de santé est fondé sur l'assurance (y compris des modèles fondés sur les impôts), et les marchés de l'assurance souffrent de plusieurs déficiences, qui sont particulièrement prononcées dans le cas de la santé :

- L'aptitude de l'assurance à mettre en commun les risques financiers et à assurer l'accès aux services pâtit du fait que ce sont les individus les plus « à risque » sur le plan de la santé qui ont tendance à prendre une assurance et à se « sur-assurer » par rapport aux individus en bonne santé. Ce problème de sélection en fonction des risques peut limiter l'accès à une assurance d'un coût raisonnable pour les individus plus exposés, réduire la couverture et conduire éventuellement à une sous-consommation de soins dans une optique sociale.
- La spécificité de l'assurance est que la personne assurée ne supporte pas l'intégralité du coût du traitement reçu. Le « risque moral » qui en résulte implique une propension à consommer supérieure à l'optimum social.
- Les prestataires de soins de santé sont en général mieux informés que les assureurs du besoin de traitement médical véritablement nécessaire ainsi que de la qualité des services dispensés. Cette « asymétrie d'information » (qui s'applique aux patients comme aux assureurs) pourrait bien influencer sur les choix médicaux, les professionnels de la santé étant souvent à même d'induire la demande de soins.

Pour toutes ces raisons, l'ensemble des pays de l'OCDE ont largement recours à la fois à la fourniture publique d'une assurance et à la régulation publique des divers aspects du système de santé et des marchés privés de l'assurance-maladie. Dans la pratique, le secteur public joue désormais un rôle dominant dans le financement, et dans certains cas, dans la fourniture de services de santé. Cependant, les dépenses de santé s'étant accrues au cours des années 60 et 70 à un rythme que la plupart des gouvernements ont considéré comme incompatible avec la viabilité des finances publiques, il a fallu rechercher des moyens de maîtriser ces dépenses. Dans nombre de cas, les autorités ont commencé dans cette optique par mettre en œuvre des types de restrictions macroéconomiques. Mais face aux problèmes que ces mesures ont souvent générés dans la fourniture de soins, la priorité a été accordée plus récemment à la promotion d'une plus grande efficacité. Néanmoins, si la progression des dépenses s'est ralentie considérablement ces deux dernières décennies, elle reste supérieure au taux global de croissance économique dans nombre de pays de l'OCDE.

Une telle évolution (consacrer une part plus grande du PIB aux soins de santé à mesure que la société s'enrichit) n'est pas nécessairement inadaptée. De fait, un dilemme auquel sont confrontées les autorités après cette période de restrictions consiste à déterminer le

niveau « adéquat » des dépenses. D'une part, une augmentation des dépenses publiques peut vraisemblablement contribuer au bien-être social, en particulier si la demande de services de santé tend à s'accroître plus rapidement que le revenu et si le coût du progrès technologique est plus que compensé par l'amélioration de la qualité des soins. De l'autre, les dysfonctionnements du marché associés aux soins de santé permettent de penser qu'il existe un risque de dépenses excessives, les mêmes résultats sanitaires pouvant éventuellement être obtenus à moindre coût. En particulier, les autorités restent préoccupées par le fait que les prestataires ont sans doute récupéré une partie de l'augmentation des dépenses de santé sous la forme de quasi-rentes et que certaines formes d'inefficience – et parfois d'inefficacité – ont perduré, même lorsque des options moins coûteuses et meilleures étaient possibles. En outre, les signaux de prix ne peuvent être utilisés que dans une mesure limitée pour restreindre les soins excessifs ou trop coûteux car la demande des patients semble être relativement inélastique. On craint également que cela n'empêche certaines personnes d'avoir accès aux soins, ce qui serait contraire aux objectifs fixés en matière d'équité et de santé.

Les autorités prennent de plus en plus conscience du fait que l'inadéquation des incitations incorporées dans les dispositifs existants d'organisation et de financement des services de santé a contribué dans une large mesure aux problèmes actuels. Plusieurs réformes destinées à faire face à ces problèmes ont donc été introduites, encore que les possibilités d'amélioration soient loin d'avoir été toutes exploitées. Mais le choix de nouvelles réformes est gêné par le manque d'informations sur l'incidence des (nombreuses) réformes qui ont été engagées, soit au niveau national, soit à l'étranger. En outre, ceux qui s'occupent de la gestion au jour le jour des systèmes de santé ne disposent que rarement des informations nécessaires pour identifier correctement les problèmes et suivre adéquatement les résultats des changements une fois que ceux-ci ont été introduits.

Ce chapitre vise à aider les responsables à mieux comprendre l'état d'avancement des réformes dans les différents pays de l'OCDE et à les informer des orientations qui pourraient être plus payantes. Néanmoins, les conclusions générales doivent être examinées avec prudence : si tous les pays ont rencontré les mêmes problèmes fondamentaux, ceux-ci se sont manifestés différemment en raison des divergences des situations institutionnelles et historiques et les réformes entreprises n'ont pas nécessairement reflété les mêmes facteurs et problèmes. L'analyse présentée ici vise à compléter les études plus détaillées menées dans le cadre du Projet de l'OCDE sur la santé – certaines d'entre elles se trouvant dans ce volume –, et à fournir un complément d'information au rapport qui a servi de base de discussion lors de la réunion ministérielle.

Les diverses réformes mises en œuvre dans les pays sont passées en revue sur la base des informations dont dispose le Secrétariat². La couverture la plus large possible a été recherchée, mais il n'a pas été possible d'accéder, pour tous les pays et pour tous les aspects des réformes, à l'ensemble des données requises. Ainsi, certaines expériences importantes n'ont peut-être pas été prises en compte.

Ce chapitre est structuré de la manière suivante. Il commence par une brève présentation des caractéristiques structurelles des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Vient ensuite un examen plus détaillé d'une série d'instruments visant à réaliser les objectifs globaux du système de santé. Sous le titre « Amélioration de l'accès aux soins et des résultats sanitaires », la première section analytique passe successivement en revue les mesures visant à améliorer l'accès aux soins de santé et les réformes destinées à

améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé et à mieux satisfaire les patients. Pour ce qui est du coût des soins de santé, la deuxième section analytique examine tout d'abord les mesures macroéconomiques de contrôle des dépenses publiques de santé puis les efforts visant à assurer une plus grande efficacité-coût dans la fourniture des soins. Les possibilités d'arbitrage entre les divers instruments sont mises en évidence dans les différentes sections. Les conclusions sont résumées en fin de section.

2. Caractéristiques structurelles des systèmes de santé des pays de l'OCDE

Les pays de l'OCDE s'appuient sur un large éventail de dispositifs institutionnels pour fournir une couverture d'assurance-maladie et financer et dispenser les soins de santé. Chaque approche a ses avantages et ses inconvénients qui reflètent dans une large mesure la structure des incitations propres aux dispositions institutionnelles et réglementaires.

2.1. Assurance-maladie et financement des soins de santé

Les soins de santé étant payés principalement par les assureurs, les parts respectives du secteur public et du secteur privé dans la couverture indiquent le contrôle exercé par l'État sur les dépenses de santé. Les possibilités d'introduire des réformes fondées sur la concurrence et l'éventail des choix disponibles pour les consommateurs seront affectées par l'existence d'un seul assureur universel ou de multiples assureurs dans le système. Tous les pays de l'OCDE ont des programmes d'assurance-maladie d'un certain type administrés ou financés par le secteur public (tableau 1.1). L'assurance-maladie privée est la forme dominante de couverture de base aux États-Unis et en Suisse et représente la principale couverture pour une minorité de la population en Allemagne et aux Pays-Bas. Dans des pays comme la Corée, le Japon, le Mexique et la plupart des pays nordiques et de l'Europe de l'Est, les polices d'assurance-maladie privée ne sont pas courantes. Dans d'autres pays, l'assurance-maladie privée est utilisée pour fournir un supplément aux prestations de base (police supplémentaire) ou pour rembourser les versements à la charge des malades (assurance complémentaire)³. L'assurance privée est une solution de rechange aux programmes publics universels en Australie, en Espagne, en Irlande, en Italie et au Royaume-Uni, où cette couverture sert essentiellement à élargir le choix des prestataires et à assurer un accès plus rapide aux soins⁴.

La façon dont les systèmes de santé sont financés affecte l'équité (tableau 1.2). Les systèmes fondés sur les primes individuelles (comme dans les dispositifs classiques d'assurance privée) et/ou ceux prévoyant un important cofinancement font peser une plus grande partie du coût sur les groupes à hauts risques et sur ceux qui utilisent les services. En outre, étant donné que le revenu est lié à l'état de santé (comme le sont les primes dans certains systèmes), une part disproportionnée du financement peut incomber aux ménages à faible revenu, faisant éventuellement obstacle à l'accès lorsque les coûts constituent une barrière financière. Les systèmes de financement qui sont étroitement reliés à la capacité de payer – c'est-à-dire essentiellement ceux qui sont fondés sur les impôts et les cotisations d'assurance sociale – et ceux où la participation aux coûts est peu importante sont généralement considérés comme plus équitables pour ce qui est de leur incidence financière et on considère également qu'ils encouragent une plus grande équité dans l'accès aux soins. La demande de services n'étant pas freinée par des coûts supplémentaires (financiers, directs) pour les patients prospectifs, ces systèmes peuvent être particulièrement sensibles au « risque moral ».

Tableau 1.1. **Couverture des régimes publics d'assurance-maladie en pourcentage de la population totale, 1960-2000**

	Couverture des soins publics de santé, en pourcentage de la population totale ^a					
	1960 ^b	1970 ^c	1980	1990 ^d	2000 ^e	2001 ^f
Australie	76.0	85.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Autriche	78.0	91.0	99.0	99.0	99.0	99.0
Belgique	58.0	97.8	99.0	97.3	99.0	99.0
Canada	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
République tchèque	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Danemark	95.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Finlande	55.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
France		95.6	99.1	99.4	99.9	99.9
Allemagne	85.2	89.2	92.3	88.8	90.9	90.9
Grèce	44.0	55.0	88.0	100.0	100.0	100.0
Hongrie			100.0	99.0	100.0	100.0
Islande	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Irlande	85.0	85.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Italie	87.0	93.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Japon	99.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Corée			29.8	100.0	100.0	100.0
Luxembourg	90.0	99.6	99.8	98.8	99.0	99.4
Mexique ^g					50.0	50.0
Pays-Bas	71.0	71.0	74.6	73.9	75.6	75.7
Nouvelle-Zélande	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Norvège	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Pologne						
Portugal	18.0	40.0	100.0	100.0	100.0	100.0
République slovaque						97.9
Espagne	54.0	61.0	83.0	99.0	99.8	99.8
Suède	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Suisse ^h	74.0	89.0	96.5	99.5	100.0	100.0
Turquie		26.9	38.4	55.1	66.0	66.0
Royaume-Uni	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
États-Unis				24.5	24.7	25.3
Moyenne ponctuelle OCDE ⁱ	80.4	86.6	92.3	93.9	93.0	93.2
Moyenne comparable pour 22 pays ^j	80.4	88.9	96.9	98.0	98.3	98.4
Écart type	22.5	17.1	6.7	5.9	5.4	5.4

a) Cette série présente le pourcentage de la population admissible aux biens et services de santé couverts par les dépenses publiques de santé. Cette couverture est donc indépendante du niveau de copaiement.

b) Données de 1961 pour l'Australie, le Canada, la Grèce, l'Irlande, le Japon et la République tchèque.

c) Données de 1967 pour les Pays-Bas.

d) Données de 1993 pour le Luxembourg.

e) Données de 1997 pour l'Espagne, l'Italie et la Turquie.

f) Données de 1997 pour l'Espagne, l'Italie et la Turquie ; 2000 pour l'Irlande, le Japon, le Mexique, le Portugal et la Suisse.

g) Données approximatives.

h) La Suisse possède une assurance-maladie obligatoire qui est indiquée comme couverture publique dans l'Éco-Santé OCDE, bien que ce soit un cas limite.

i) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

j) Moyenne non pondérée. Exclut la Corée, les États-Unis, la Hongrie, le Mexique, la Pologne, la République slovaque et la Turquie.

Source : Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition ; Barraza-Llorens et al. (2002), pp. 47-56 pour le Mexique.

Tableau 1.2. Sources de financement privées et publiques en pourcentage des dépenses totales de santé, 2000^a

	Sources de financement publiques			Sources de financement privées			
	Sécurité sociale	Autres dépenses publiques	Dépenses publiques	Assurance-maladie privée	Versements nets des ménages	Autres dépenses privées	Dépenses privées
Australie	0.0	68.9	68.9	7.3	18.5	5.4	31.1
Autriche	40.2	29.2	69.4	7.2	18.8	4.6	30.6
Belgique			72.1				27.9
Canada	1.4	69.5	70.9	11.4	15.8	1.9	29.1
République tchèque	81.7	9.7	91.4	0.0	8.6	0.0	8.6
Danemark	0.0	82.5	82.5	1.6	15.9	0.0	17.5
Finlande	15.4	59.7	75.1	2.6	20.4	1.9	24.9
France	73.3	2.5	75.8	12.7	10.4	1.0	24.2
Allemagne	68.7	6.3	75.0	12.6	10.5	1.8	25.0
Grèce			56.1				43.9
Hongrie	63.3	12.2	75.5	0.2	21.3	3.0	24.5
Islande	24.7	59.0	83.7	0.0	16.3	0.0	16.3
Irlande	0.9	72.4	73.3	7.6	13.5	5.6	26.7
Italie	0.1	73.3	73.4	0.9	22.6	3.1	26.6
Japon	65.4	12.9	78.3	0.3	16.8	4.5	21.7
Corée	34.3	10.1	44.4	8.7	41.3	5.6	55.6
Luxembourg	72.7	15.1	87.8	1.6	7.7	1.2	10.5
Mexique	31.5	16.4	47.9	0.6	51.5	0.0	52.1
Pays-Bas	59.4	4.0	63.4	15.2	9.0	12.4	36.6
Nouvelle-Zélande	0.0	78.0	78.0	6.3	15.4	0.4	22.0
Norvège	0.0	85.2	85.2	0.0	14.3	0.5	14.8
Pologne			70.0				30.0
Portugal			68.5				31.5
République slovaque	84.4	5.0	89.4	0.0	10.6	0.0	10.6
Espagne	6.9	64.8	71.7	3.9	23.5	0.9	28.3
Suède			85.0				15.0
Suisse	40.4	15.2	55.6	10.5	32.9	1.0	44.4
Turquie			71.9				28.1
Royaume-Uni	0.0	80.9	80.9				19.1
États-Unis	15.0	29.2	44.2	35.1	15.2	5.6	55.8
Moyenne ponctuelle OCDE ^b	32.5	40.1	72.2	6.4	18.7	2.6	27.8
Moyenne comparable pour 22 pays ^c	32.5	40.1	72.6	6.4	18.7	2.6	27.7
Écart type	31.1	31.3	13.2	8.0	10.6	3.0	13.5

a) Données de 1998 pour la Turquie.

b) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

c) Moyenne non pondérée. Les chiffres pour les sources de financement publiques excluent la Belgique, la Grèce, la Norvège, la Pologne, le Portugal, la Suède et la Turquie. Les chiffres pour les sources de financement privées excluent la Belgique, la Grèce, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie.

Source : Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition.

2.2. Relation entre les systèmes de financement/d'assurance et les systèmes de prestations

La mesure dans laquelle les systèmes de financement et de prestation des soins de santé sont contrôlés et administrés par le secteur public a des conséquences importantes pour la politique mise en œuvre, en particulier au niveau de la maîtrise des coûts et de l'efficacité. Bien qu'il existe des variations considérables entre les systèmes, les pays de l'OCDE peuvent être regroupés sur la base de l'une des trois approches décrites ci-après⁵. Il

importe de reconnaître que l'on retrouve des éléments de plusieurs de ces approches dans la plupart des pays (même lorsque l'une d'entre elles est dominante) et que le modèle dominant a eu tendance à se modifier au fil des réformes⁶.

Le *modèle public intégré* conjugue le financement sur le budget de la prestation de soins de santé avec des prestataires hospitaliers qui font partie du secteur public⁷. Ces systèmes, qui cumulent les fonctions d'assureur et de prestataire, sont organisés et gérés comme un service public. Le personnel est généralement salarié (encore que, dans certains cas, les médecins puissent avoir aussi une clientèle privée) et il fait le plus souvent partie de la fonction publique. Les médecins ambulatoires et les autres professionnels de la santé peuvent être soit des fonctionnaires publics soit des contractants privés de l'autorité de la santé, avec une grande diversité de rémunération. Il est particulièrement aisé d'obtenir la couverture intégrale de la population avec de tels systèmes, qui permettent en outre, du fait de l'existence d'un contrôle budgétaire direct, de maîtriser plus facilement la croissance des dépenses totales. Cependant, les incitations à l'augmentation de la production, à l'amélioration de l'efficacité et au maintien de la qualité et de la réactivité aux besoins des patients sont plutôt faibles. C'est sans doute moins le cas dans le secteur ambulatoire, où les systèmes de paiement sont plus souvent liés à la production du prestataire.

Dans le *modèle d'assurance publique avec contrat*, les assureurs publics négocient des contrats avec les prestataires privés de soins de santé. Les assureurs peuvent être soit des organismes publics, soit des organismes de sécurité sociale⁸. Les dispositifs à payeur unique (comme dans le modèle public intégré) sont en position plus forte par rapport aux prestataires et tendent à avoir des dépenses d'administration plus faibles que les systèmes à payeurs multiples. Dans un grand nombre de régimes publics avec contrat, les hôpitaux et cliniques privés sont des entités sans but lucratif. Des contractants privés indépendants fournissent généralement les soins ambulatoires. Par le passé, les paiements aux prestataires pour les services fournis ont souvent été réalisés *a posteriori* (voir encadrés 1.5 et 1.6), bien que les dispositions des contrats aient évolué. Ces systèmes sont généralement considérés comme plus réceptifs aux besoins des patients que les régimes intégrés publics, mais sont moins performants pour ce qui est de la maîtrise des dépenses de santé, exigeant des réglementations et un contrôle supplémentaires des autorités publiques.

Le *modèle assureur privé/prestataire privé* conjugue l'assurance privée avec des prestataires privés (travaillant souvent dans un but lucratif). L'assurance peut être obligatoire (Suisse) ou volontaire (États-Unis) et, dans ce dernier cas, il est possible qu'elle soit trop chère pour certains individus. Les méthodes de paiement ont généralement été fondées sur l'activité, permettant un plus large choix pour les patients et une plus grande réactivité à leurs besoins. Cependant, la maîtrise des dépenses n'a pas été très efficace car le système de paiement encourage des niveaux élevés de soins. Dans ces conditions, les plans de gestion des soins (*managed care plans*), qui contiennent des incitations à la maîtrise des volumes et des prix, se sont rapidement développés aux États-Unis dans les années 90. Dans le cadre de ces plans, les services de santé sont fournis par des prestataires contractualisés, sélectionnés après appel à la concurrence, et le choix des patients pour ce qui est des prestataires et des services est limité.

3. Amélioration de l'accès aux soins et des résultats sanitaires

L'amélioration de l'accès aux soins est un objectif fondamental de la politique de santé dans les pays de l'OCDE. Dans cette optique, les autorités ont cherché à rendre universelle la couverture de l'assurance pour les soins essentiels et ont pris des mesures pour éliminer les obstacles financiers, assurer une offre adéquate et remédier aux disparités liées aux caractéristiques sociales. Ce n'est que récemment que les pays ont prêté attention à d'autres dimensions de la performance du système de santé, et à faire en sorte que le système contribue à améliorer la santé et la capacité fonctionnelle et qu'il assure un niveau adéquat de satisfaction des patients et de la population. Dans les sous-sections qui suivent, les réformes mises en œuvre et les progrès dans la réalisation de ces objectifs de performances sont passés en revue.

3.1. Assurer une couverture universelle et une assurance-maladie complète

La couverture de l'assurance-maladie encourage l'accès aux soins, en particulier dans les pays qui séparent les fonctions de financement et celles de prestation des services de santé. Elle assure aussi une protection contre les coûts élevés entraînés par le traitement de maladies graves et d'affections chroniques⁹. À l'exception des États-Unis, du Mexique et de la Turquie, la couverture de la population était universelle (ou quasi universelle) dans tous les pays de l'OCDE en 1990¹⁰. Les niveaux d'assurance varient, depuis la couverture intégrale fournissant une protection financière totale pour les patients pour tous les services de santé nécessaires jusqu'à des systèmes qui excluent certains services ou exigent une participation des patients aux coûts¹¹.

La relation entre la couverture d'assurance-maladie et les soins de santé

L'absence d'assurance-maladie est le facteur qui risque le plus de contribuer à un accès inadéquat aux services. D'après des données rassemblées aux États-Unis, les personnes qui ne sont pas assurées se heurtent à des obstacles à l'accès malgré le nombre important de soins subventionnés ou offerts par des organismes sans but lucratif. Les adultes non assurés ont moins de chances que les adultes assurés d'obtenir des soins de santé lorsqu'ils sont gravement malades¹². La probabilité est aussi moins grande pour ceux qui n'ont pas d'assurance de bénéficier de soins préventifs et de soins réguliers pour des affections chroniques, d'où le risque qu'ils aient besoin de soins plus intensifs à une phase ultérieure de leur maladie¹³. Les personnes non assurées sont donc nettement moins bien soignées mais sont aussi plus exposées à un risque financier¹⁴. Dans ces conditions, le pourcentage d'assurés dans une population est un important déterminant de l'efficacité des dépenses dans le secteur de la santé.

Réformes visant à étendre la couverture de l'assurance-maladie aux populations non assurées

La couverture de l'assurance-maladie étant universelle ou quasi universelle dans la plupart des pays de l'OCDE, l'élargissement de la couverture n'a été au centre des réformes récentes que dans quelques pays. En fait, le maintien de la couverture intégrale a été plutôt une contrainte à certaines options de réformes (notamment le passage à des systèmes d'assurance volontaire).

L'approche la plus communément utilisée pour arriver à la couverture universelle a été de rendre l'affiliation obligatoire, soit en utilisant un programme public, soit en contraignant à l'achat d'une assurance privée. L'Australie, par exemple, est passée d'un

système volontaire à un système obligatoire avec l'introduction de Medicare, son programme d'assurance-maladie universelle, en 1984¹⁵. De même, la Suisse a rendu obligatoire l'achat d'une politique d'assurance-maladie privée en 1994 et, ce faisant, est passée d'un système quasi universel à un système universel. Depuis l'établissement de son programme d'assurance-maladie sociale, l'Espagne a élargi à plusieurs reprises la couverture et, en 2000, 99.8 % de la population était couverte. La France a comblé les dernières lacunes de la couverture d'assurance sociale en 2000, en instituant sa *couverture maladie universelle*. Aux Pays-Bas, l'assurance est devenue obligatoire pour 65 % de la population, y compris tous les groupes vulnérables (ceux qui ont droit à l'aide sociale et ceux dont le revenu est inférieur à un plafond assez élevé). Le fait que les pouvoirs publics fournissent aussi une assurance subventionnée à ceux qui ont refusé une police privée d'assurance-maladie et à ceux qui, assurés volontairement, voient leurs revenus tomber au-dessous d'un certain niveau, est peut-être la raison pour laquelle le pourcentage des non assurés dans le pays n'est que de 1.6 %.

Les pays dans lesquels l'assurance-maladie volontaire prédomine ont en général adopté une approche ciblée et différentielle pour élargir la couverture de la population non assurée. Par exemple, le Mexique a opté à cet effet pour la création de nouveaux programmes d'assurance sociale pour chaque nouveau groupe de salariés demandant l'affiliation. Cependant, du fait qu'une partie importante de la population n'est pas employée dans l'économie formelle, il n'est pas possible d'atteindre la couverture universelle par l'assurance sociale, d'où le recours à d'autres programmes et services publics. Le système de financement fragmenté qui en est résulté a été critiqué pour son inefficience et pour l'iniquité de l'accès aux soins (Barraza-Llorens et al., 2002), et a été à l'origine des réformes visant à élargir l'assurance-maladie publique. Les États-Unis ont entrepris de nombreuses réformes visant à développer l'assurance-maladie publique et privée¹⁶. Mais malgré ces initiatives et une économie florissante durant la majeure partie des années 90, le pourcentage des non-assurés s'est accru¹⁷.

Obstacles financiers associés au niveau de la couverture ou à la participation aux coûts

Les obligations de participation aux coûts et la couverture de certains services – comme les soins dentaires, les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins de santé mentale, les soins de réadaptation et les traitements contre la stérilité – varient largement suivant les pays de l'OCDE (tableau 1.3). Ainsi, le pourcentage moyen des dépenses totales de santé devant être financées par les patients est très différent au sein des pays et entre les pays (tableau 1.4). La Corée, le Mexique et la Turquie ont tous des systèmes dans lesquels plus d'un tiers des coûts est pris en charge par les patients. Le versement par les patients de sommes supplémentaires de façon non officielle pour compléter la rémunération du prestataire est une pratique commune à un petit nombre de pays de l'OCDE, essentiellement les nouveaux membres d'Europe de l'Est¹⁸. Le surfactage – l'application de rémunérations supérieures à celles fixées dans les contrats d'assurance sociale – est plus généralisé.

Le fardeau des dépenses de santé à financer par les ménages varie aussi considérablement entre les pays de l'OCDE, allant en 2000 de 1.1 % de la consommation totale des ménages à pas moins de 4.3 %, pour les pays ayant notifié des données (tableau 1.5). En outre, la répartition des dépenses dans la population peut aussi varier considérablement, suivant que l'on classe ces dépenses par revenu, utilisation des services, type de couverture ou autres facteurs¹⁹.

Tableau 1.3. **Les politiques de copaiement dans les régimes d'assurance publics pour les services de base dans les pays de l'OCDE^a**

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^b (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 ^c .	Nul.	Nul.
États-Unis (2004)^d	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 61 ^e au 90 ^e jour ; 438 USD par jour au-delà de 90 jours. 109.50 USD par jour dans les établissements de soins infirmiers spécialisés, du 21 ^e au 100 ^e 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 1.3. Les politiques de copaiement dans les régimes d'assurance publics pour les services de base dans les pays de l'OCDE^a (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 % ^e .	30 % ^e .	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^f	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^g	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^h	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 médicaments prescrits sont remboursés s'ils sont jugés valables d'un point de vue pharmaceutique et financier. Remboursement complet pour les produits par lesquels il n'existe pas d'alternative. Limite de remboursement pour les médicaments similaires aux autres produits remboursés. En conséquence, la participation aux frais s'élève à 0.5 % de l'ensemble des coûts dans la mesure où l'industrie fixe généralement les prix de façon à éviter la participation aux frais. Médicaments en vente libre non remboursés même s'ils sont prescrits.	Nul.	Nul.

Tableau 1.3. Les politiques de copaiement dans les régimes d'assurance publics pour les services de base dans les pays de l'OCDE^a (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
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.	
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.
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 comités 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.	–
Suisseⁱ	10 %.	10 %.	10 %.	10 CHF par jour (environ 7 USD).	10 %.
Turquie	Nul.	Nul.	10 % pour les retraités ; 20 % pour les actifs.	Nul.	Nul.

- a) 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.
- b) 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.
- c) Les malades chroniques paient 10 % par ordonnance, plafonnés à 400 pesetas (2.75 USD).
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.
- g) Maximum pour l'année dans le régime facturé.
- h) 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).
- i) 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 1.4. **Dépenses de santé financées par les patients, en pourcentage des dépenses totales, 1980-2000**

	Pourcentage des dépenses totales de santé				
	1980 ^a	1985 ^b	1990 ^c	1995 ^d	2000 ^e
Australie	16.1	14.3	16.6	16.5	18.8
Autriche				14.9	18.8
Belgique					
Canada		14.7	14.4	15.8	15.8
République tchèque			2.6	7.3	8.6
Danemark	11.4	13.6	16	16.3	15.9
Finlande	18.4	18.3	15.5	20.5	20.4
France			11.4	10.8	10.4
Allemagne	10.3	11.2	11.1	10	10.5
Grèce					
Hongrie			10.9	16	21.3
Islande	11.8	13	13.4	16.1	16.3
Irlande	13.8	14.4	16.5	15.5	13.5
Italie		15.7	15.3	24.4	22.6
Japon				15.5	16.6
Corée		59.9	53	51.1	41.3
Luxembourg	7.2	9.2	5.5	6.2	7.7
Mexique			58.3	56.2	50.9
Pays-Bas				8.8	9
Nouvelle-Zélande	10.4	10.8	14.5	16.2	15.4
Norvège			14.6	15.2	14.3
Pologne					
Portugal					
République slovaque				8.3	10.6
Espagne			18.7	23.5	23.5
Suède					
Suisse		37.6	35.7	33	32.9
Turquie			31.4	29.7	
Royaume-Uni	8.6		10.6	10.9	
États-Unis	24.2	22.8	20.1	15	15.2
Moyenne ponctuelle OCDE ^e	13.2	19.7	19.3	18.9	18.7
Moyenne comparable ^g pour 19 pays ^f			19.2	20.3	19.8
Écart type			14.4	13.3	11.1

a) Données de 1983 pour l'Irlande.

b) Données de 1988 pour le Canada et l'Italie.

c) Données de 1991 pour l'Espagne et la Hongrie ; 1992 pour la Turquie.

d) Données de 1997 pour la République slovaque ; 1998 pour les Pays-Bas.

e) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

f) Moyenne exclut l'Autriche, la Belgique, la Grèce, le Japon, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie.

g) Moyenne non pondérée. Inclut l'Allemagne, l'Australie, le Canada, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, la République tchèque et la Suisse.

Source : Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition.

Les obligations de participation aux coûts et l'absence de couverture pour certains types de soins constituent sans doute des obstacles financiers à l'utilisation des services dans les cas où les sommes en cause sont élevées par rapport aux revenus des patients. Les dépenses directes peuvent avoir une incidence sur l'utilisation de certains services, comme les consultations pour soins primaires et l'utilisation de médicaments délivrés avec ordonnance, lorsque le patient est à même de déterminer par lui-même dans une

Tableau 1.5. **Paiement à la charge des patients en proportion de la consommation totale des ménages, 1980-2000**

	Paiement à la charge des patients		
	1980 ^a	1990 ^b	2000
Australie	1.9	2.2	2.8
Autriche			2.7
Belgique			
Canada		2.4	2.7
République tchèque		0.3	1.2
Danemark	2.0	2.8	2.8
Finlande	2.3	2.5	2.9
France		1.8	1.8
Allemagne	1.6	1.8	2.0
Grèce			
Hongrie		1.5	2.8
Islande	1.3	1.8	2.6
Irlande	1.8	1.8	1.9
Italie	1.6	2.1	3.1
Japon			2.3
Corée		4.9	4.3
Luxembourg	0.7	0.7	1.1
Mexique		4.0	4.3
Pays-Bas			1.6
Nouvelle-Zélande	1.1	1.7	2.1
Norvège		2.4	2.7
Pologne			
Portugal			
République slovaque			1.1
Espagne		2.4	3.0
Suède			
Suisse		5.5	6.1
Turquie		1.7	
Royaume-Uni	0.8	1.1	
États-Unis	3.3	3.6	2.9
Moyenne ponctuelle OCDE ^c	1.7	2.3	2.6

a) Données de 1983 pour l'Irlande.

b) Données de 1991 pour la Hongrie ; 1992 pour la Turquie.

c) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

Source : *Éco-Santé OCDE 2003*, 3^e édition.

certaines mesure leur utilisation²⁰. Ces dépenses ont cependant peu d'incidence sur l'hospitalisation et les autres services à coût élevé pour lesquels il y a une faible sensibilité des patients aux prix (voir Docteur et Oxley, 2003, annexe).

Plusieurs études ont cherché à déterminer si l'accès aux services de santé est équitable dans la population, quel que soit le revenu. Van Doorslaer *et al.* (2000) ont évalué l'utilisation des services par catégorie de revenu dans 21 pays de l'OCDE. Après prises en compte des différences dans les besoins de soins de santé (en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé), on observe peu d'iniquités importantes dans le volume des services de santé utilisés. Cependant, différents profils d'utilisation apparaissent (par exemple la consultation plus fréquente de spécialistes par la population à revenu élevé dans tous les pays étudiés). Par ailleurs, une étude portant sur cinq pays de l'OCDE a constaté des inégalités dans l'accès aux soins fondées sur le revenu (Blendon *et al.*, 2002)²¹. Une minorité

de citoyens a fait état de problèmes concernant l'accès aux services, mais parmi ceux-ci, ils étaient plus nombreux à avoir des revenus inférieurs à la moyenne que des revenus supérieurs à la moyenne, pour l'une ou plusieurs des mesures d'accès considérées²². D'autres études portant sur des pays spécifiques ont mis en évidence des différences par catégorie de revenu pour ce qui est de l'accès qui pourrait s'accroître suite aux décisions visant à accroître la participation aux coûts²³.

Réformes visant à élargir la couverture des assurés

Certains pays pour lesquels l'assurance ne couvre pas toutes les prestations ou exige une participation des patients aux coûts ont institué des réformes visant à accroître le niveau de couverture, soit pour la population assurée de manière générale, soit pour les populations jugées vulnérables sur une base ciblée²⁴. Ces réformes ont pour objectif sous-jacent l'établissement d'une couverture minimale commune, jugée suffisante pour assurer l'accès aux soins considérés comme nécessaires d'un point de vue médical²⁵. Les approches diffèrent pour ce qui est de la question de la préservation de l'équité dans le contexte de la maîtrise des dépenses publiques. Lorsque les pays fixent des minima de couverture relativement bas, s'appuyant dans une plus large mesure sur l'assurance privée ou sur le financement personnel des dépenses, les populations couvertes sont davantage incitées à prêter attention aux coûts lorsqu'elles utilisent des services en sus du minimum établi. Dans la mesure où elles prennent directement en charge une plus grande partie des coûts associés à l'utilisation des services, elles peuvent renoncer à des services d'une utilité marginale relativement faible en raison des coûts. Cependant, les gains d'efficacité peuvent être obtenus aux dépens de l'équité, puisque ceux les moins à même de supporter le coût peuvent abandonner certains services ayant une valeur marginale relativement élevée. Lorsque la couverture de base fournie à l'ensemble de la population est relativement généreuse, une plus grande partie de la population pourra bénéficier de davantage de services.

L'Autriche et le Mexique sont parmi les pays qui ont élargi l'éventail des services de base fournis et le degré de protection de manière générale afin d'accroître l'accès et de réduire les obstacles financiers aux soins²⁶. D'autres pays ont axé leur attention sur des groupes de populations spécifiques jugés plus susceptibles de rencontrer des problèmes d'accès, comme les personnes à faible revenu ou les chômeurs. La France, qui a commencé en 2000 à prendre en charge une plus grande partie des dépenses des personnes à faible revenu, constitue un exemple à cet égard, comme le Japon qui, en 2002, a fixé un ticket modérateur maximal pour les personnes âgées de 70 ans et plus afin d'accroître l'accès. En 1997, la Nouvelle-Zélande a mis en place des subventions importantes pour les services de santé primaires et les produits pharmaceutiques pour les jeunes enfants, encourageant les médecins à assurer gratuitement ces soins aux patients.

3.2. Accès adéquat et équitable aux services de santé nécessaires

Un grand nombre de pays a constaté que la couverture universelle et complète de l'assurance n'est pas toujours suffisante pour assurer un accès équitable aux services (encadré 1.1)²⁷. Dans certains pays de l'OCDE, les pénuries ou la mauvaise distribution des prestataires ou des services, ou les contraintes représentées par la langue ou les différences structurelles, limitent l'accès aux soins médicalement nécessaires pour une certaine partie de la population. De nombreuses études ont fait apparaître d'importantes différences dans les schémas d'utilisation de services suivant les zones géographiques (au

Encadré 1.1. **Facteurs influant l'accès des assurés aux services**

En plus de la couverture d'assurance-maladie et des obstacles financiers à l'accès, trois types de facteurs sont à l'origine des problèmes d'accès dans un grand nombre de pays :

Pénuries/mauvaise répartition des praticiens : malgré une certaine planification de l'offre des soins de santé ou de l'administration ou de la prestation de services, nombre de pays de l'OCDE connaissent des problèmes liés au nombre et à la répartition des médecins en exercice et d'autres praticiens. Dans certains pays, les pénuries de certains types de professionnels de la santé rendent difficile la satisfaction de la demande de services. Aux États-Unis, par exemple, une récente pénurie d'infirmières n'a pas permis de pourvoir les postes vacants dans de nombreux hôpitaux et a suscité un débat qui se poursuit toujours sur les mesures qui s'imposent face à cette situation. Dans plusieurs pays, y compris l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Finlande, le Mexique et la Nouvelle-Zélande, on considère que certaines zones géographiques sont sous-équipées pour assurer un accès en temps voulu aux soins de santé de la population locale. Ce problème est caractéristique des pays qui ont des zones rurales très étendues avec une faible densité démographique, ce qui ne facilite pas la fourniture efficiente de services de santé. En outre, les zones urbaines où vivent les foyers à faible revenu, considérées comme des emplacements peu propices à l'exercice de la pratique médicale, souffrent aussi d'une pénurie de praticiens dans nombre de pays.

Disponibilité des services en temps voulu : même si le nombre ou la répartition des praticiens ne posent pas de problème, la demande de services peut dépasser la capacité du système d'assurer ces services en temps voulu. Les retards de traitement, en particulier pour les procédures non urgentes sont importants dans plusieurs pays de l'OCDE. Les listes d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes constituent un problème qui suscite des réformes ou des débats en Australie, au Canada, au Danemark, en Espagne, en Grèce, en Irlande, en Italie, au Mexique, en Norvège, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède (voir Siciliani et Hurst, 2003 ; Hurst et Siciliani, 2003 ; et le chapitre 5 de ce volume). Cependant, dans d'autres pays de l'OCDE, notamment l'Allemagne, les États-Unis et la France, les listes d'attente pour la chirurgie non urgente ne sont pas courantes.

Obstacles socioculturels : certains pays de l'OCDE dans lesquels vivent d'importantes minorités raciales ou ethniques, ou des groupes d'immigrants récents, ont mis en évidence des problèmes concernant l'accès aux soins de ces populations. Ces problèmes peuvent tenir à des différences dans la langue, à l'isolement géographique, aux normes culturelles, à la situation économique ou à une conjugaison de ces facteurs. Par exemple, à la suite de nombreuses études faisant apparaître des différences dans le traitement et les résultats ne pouvant être expliquées sur la base de la couverture ou de la nécessité des soins, les États-Unis ont établi comme objectif l'élimination des disparités dans le secteur de la santé qui touchent certaines minorités raciales et ethniques d'ici à 2010. Il s'agit d'initiatives visant à améliorer à la fois la couverture des services et l'accès à ces services. L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont également mis en évidence des problèmes au niveau de la réponse aux besoins de santé des populations autochtones.

sein des pays et entre les pays) ainsi qu'entre les divers groupes de populations dans un même pays. Certaines de ces différences semblent imputables à des conditions inéquitables d'utilisation des services d'après le principe adopté par la plupart des pays de l'OCDE, à savoir que le principal ou le seul déterminant de l'utilisation du service est la nécessité du soin.

Réformes visant à élargir l'accès aux services de santé : les initiatives et leurs effets

Conscients des problèmes posés par l'adéquation et l'équité de l'accès aux services, nombre de pays ont mis en œuvre des initiatives de réforme pour améliorer la situation²⁸. Afin de remédier aux pénuries et à la mauvaise distribution des prestataires et des services, les pays de l'OCDE ont utilisé des mesures de planification réglementaires, des incitations financières et d'autres mécanismes visant à accroître et à réorienter l'offre. Dans certains cas, reconnaissant que la non-disponibilité des services est un problème pour certaines populations, certains pays ont pris des mesures pour développer les services de santé publique gratuits, accessibles aux populations non assurées et défavorisées.

Dans le cadre des initiatives de réforme récentes, le Mexique s'est efforcé de développer son réseau de centres sanitaires dans les zones rurales. En 1992, l'Australie a mis en œuvre un programme rural d'incitations visant à améliorer l'accès aux centres de santé dans les zones rurales et reculées du pays. L'Australie a aussi développé ses services de santé primaires pour les populations autochtones compte tenu des résultats moins satisfaisants pour cette population dans le domaine de la santé et a mis en œuvre un programme de planification des effectifs visant à remédier notamment aux problèmes culturels. La Nouvelle-Zélande a développé les services de santé primaires et communautaires gérés par la population aborigène maori. L'Espagne a ouvert plus de 60 nouveaux hôpitaux publics ces dernières années pour assurer la proximité géographique des soins²⁹. Aux États-Unis, les initiatives récentes ont augmenté le financement fédéral des cliniques et autres prestataires qui fournissent essentiellement des services aux patients non assurés et défavorisés.

Les autres approches ont visé à alléger la charge pesant sur les prestataires existants en créant de nouvelles sources de soins. Comme plusieurs autres pays, l'Espagne a pris des mesures pour établir d'autres types de soins ambulatoires pouvant se substituer aux soins institutionnels afin de désengorger le système hospitalier. Pour réduire les délais d'attente, le Royaume-Uni a expérimenté un programme visant à permettre aux patients d'obtenir, dans d'autres pays, certains services pour lesquels la demande excède la capacité d'offre au niveau national. Au Canada, plusieurs provinces ont passé des contrats temporaires avec des prestataires aux États-Unis pour des services spécifiques pour lesquels il existe des temps d'attente dans le pays (Katz et al., 2002). Un grand nombre de pays ont pris des mesures pour élargir les possibilités de soins à domicile pour les patients qui recevaient auparavant des soins de longue durée dans les hôpitaux ou d'autres institutions.

Principalement dans les pays où le système de soins est largement financé par le secteur privé, des incitations financières ont été utilisées pour influencer sur l'offre. Par exemple, le programme Medicare des États-Unis exempte un grand nombre d'hôpitaux ruraux de son système de paiements pré-établis, les remboursant plutôt rétrospectivement sur la base des coûts encourus de façon à tenir compte de la moindre aptitude des petites institutions ayant un moins gros volume d'activité à se hisser au niveau d'efficacité des grands hôpitaux urbains. Au niveau fédéral, comme à celui des États, de nombreux programmes publics ont été établis pour encourager l'installation de médecins dans les zones mal desservies³⁰.

Les données disponibles permettent de penser que les initiatives visant à remédier à la pénurie ou à la mauvaise répartition des prestataires ont eu des effets divers : plus les investissements réalisés étaient importants, plus les effets correspondants étaient

notables. À première vue, cela donne à penser que pour les pays dans lesquels des zones importantes sont sous-desservies et connaissent des problèmes sociaux fortement enracinés, des investissements considérables pourraient être nécessaires pour assurer à l'ensemble de la population un véritable accès aux services.

3.3. Accroître l'efficacité des systèmes de santé

Accroître l'efficacité des systèmes de santé dans l'accomplissement des fonctions pour lesquelles ils ont été conçus est une priorité de plus en plus grande des responsables de nombreux pays. La notion d'efficacité couvre des aspects de plus en plus larges, témoignant d'une intensification des attentes dans nombre de pays, où les systèmes de santé doivent faire plus que seulement améliorer la santé de la population et réduire l'incapacité³¹. Notamment, un grand nombre de pays tiennent compte dans leur évaluation de l'efficacité de la mesure dans laquelle le système permet un niveau de satisfaction acceptable des consommateurs et des patients. La fourniture de soins de santé sûrs et adaptés d'une grande qualité technique est considérée comme indispensable pour accomplir les objectifs à la fois en matière de santé et de satisfaction. L'urgence des réformes est apparue avec d'autant plus d'acuité que la mesure de la performance des systèmes de santé – y compris les résultats sanitaires, la qualité des soins, la satisfaction des patients et la réactivité des systèmes – a augmenté et que ces nouvelles données ont fait apparaître des possibilités d'amélioration (Hurst, 2002).

Possibilités d'améliorer encore l'état sanitaire de la population et les résultats cliniques

L'état de santé de la population et les résultats cliniques sont largement suivis dans les pays de l'OCDE comme moyens d'évaluer l'efficacité du système de santé. Les mesures de l'état sanitaire de la population, comme l'espérance de vie et la mortalité infantile, sont en général des indicateurs indirects de l'efficacité du système de santé, en ce sens qu'elles sont très influencées par les facteurs de risque sociaux et environnementaux. Si l'on se fonde sur des mesures comme l'espérance de vie et la mortalité infantile, l'état de santé de la population s'est régulièrement amélioré au fil du temps dans les pays de l'OCDE. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue en moyenne de 8 ans pour les hommes et de 9 ans pour les femmes entre 1960 et 1999 dans l'ensemble des pays de l'OCDE (tableau 1.6). La mortalité infantile a reculé spectaculairement, pour passer d'une moyenne de 36.3 décès pour 1 000 naissances en 1960 à 6.4 en 1999 (tableau 1.7) pour l'OCDE. Ces améliorations sont dues à la hausse du niveau de vie ainsi qu'à des progrès dans l'accès aux soins et dans les traitements médicaux. Malgré ces améliorations générales, il existe toutefois des différences significatives dans l'état sanitaire des différents pays.

Les résultats cliniques, comme les taux de survie au cancer et les taux d'invalidité parmi les patients souffrant d'une affection chronique, permettent de mesurer plus directement l'efficacité des soins reçus. Ces résultats font l'objet d'une nouvelle attention dans les pays de l'OCDE. Les études fondées sur des comparaisons internationales des résultats pour des maladies comme la cardiopathie ischémique ont fait apparaître des différences significatives dans la mortalité par cas (Moise et Jacobzone, 2002). Les études de la mortalité postchirurgicale et de la survie au cancer ont aussi fait apparaître des différences entre les pays (Roos et al., 1990 et 1992 ; General Accounting Office, 1994). Il est intéressant de noter que les meilleurs résultats ne sont pas toujours liés à une plus grande utilisation de ressources ou un plus fort volume de services, ce qui donne à penser qu'il

Tableau 1.6. **Espérance de vie à la naissance, 1960-2000**

	Hommes			Femmes		
	Années		Changement en %	Années		Changement en %
	1960 ^a	2000 ^b	1960 ^a -2000 ^b	1960 ^c	2000 ^d	1960 ^c -2000 ^d
Australie	67.9	76.6	12.8	73.9	82.0	11.0
Autriche	65.4	75.4	15.3	71.9	81.2	12.9
Belgique	67.7	74.6	10.2	73.5	80.8	9.9
Canada	68.4	76.7	12.1	74.3	82.0	10.4
République tchèque	67.9	71.7	5.6	73.4	78.4	6.8
Danemark	70.4	74.5	5.8	74.4	79.3	6.6
Finlande	65.5	74.2	13.3	72.5	81.0	11.7
France	67.0	75.2	12.2	73.6	82.7	12.4
Allemagne	66.9	74.7	11.7	72.4	80.7	11.5
Grèce	67.3	75.5	12.2	72.4	80.6	11.3
Hongrie	65.9	67.2	2.0	70.1	75.7	8.0
Islande	70.7	78.0	10.3	75.0	81.4	8.5
Irlande	68.1	74.2	9.0	71.9	79.2	10.2
Italie	67.2	76.3	13.5	72.3	82.4	14.0
Japon	65.3	77.7	19.0	70.2	84.6	20.5
Corée	51.1	71.7	40.3	53.7	79.2	47.5
Luxembourg	66.5	74.9	12.6	72.2	81.3	12.6
Mexique	55.8	71.6	28.3	59.2	76.5	29.2
Pays-Bas	71.5	75.5	5.6	75.4	80.5	6.8
Nouvelle-Zélande	68.7	75.7	10.2	73.9	80.8	9.3
Norvège	71.3	76.0	6.6	75.8	81.4	7.4
Pologne	64.9	69.7	7.4	70.6	77.9	10.3
Portugal	61.2	72.7	18.8	66.8	79.7	19.3
République slovaque	68.4	69.2	1.2	72.7	77.4	6.5
Espagne	67.4	75.5	12.0	72.2	82.7	14.5
Suède	71.2	77.4	8.7	74.9	82.0	9.5
Suisse	68.7	76.9	11.9	74.5	82.6	10.9
Turquie	46.3	65.8	42.1	50.3	70.4	40.0
Royaume-Uni	67.9	75.4	11.0	73.7	80.2	8.8
États-Unis	66.6	74.1	11.3	73.1	79.5	8.8
Moyenne comparable ^e pour 30 pays	66.0	74.2	13.1	71.0	80.1	13.6
Écart type	5.6	3.0	9.2	6.0	2.7	9.5

a) Données de 1961 pour le Canada et l'Italie.

b) Données de 1999 pour l'Allemagne, la Corée et la Grèce.

c) Données de 1961 pour le Canada et l'Italie.

d) Données de 1999 pour l'Allemagne, la Corée et la Grèce.

e) Moyenne non pondérée.

Source : *Éco-Santé OCDE 2003*, 3^e édition.

existe peut-être des possibilités dans certains pays de réduire simultanément les coûts tout en maintenant, voire en améliorant la performance du système.

Ciblage des programmes de santé publique. Plusieurs pays ont fixé des objectifs et mis en œuvre des initiatives ciblées pour améliorer la santé de la population. Généralement, les initiatives de santé publique sont pluridimensionnelles et s'appuient sur plusieurs supports (par exemple campagnes d'éducation et de sensibilisation, modifications administratives visant à influencer sur les pratiques des professionnels de la santé) afin d'accomplir des objectifs ciblés. En Australie, aux États-Unis et au Royaume-Uni, et dans

Tableau 1.7. **Mortalité infantile, 1960-2000**

	Décès pour 1 000 naissances vivantes		Changement en pourcentage
	1960	2000 ^a	1960-2000 ^a
Australie	20.2	5.2	-74.3
Autriche	37.5	4.8	-87.2
Belgique	31.2	4.8	-84.6
Canada	27.3	5.3	-80.6
République tchèque	20	4.1	-79.5
Danemark	21.5	5.3	-75.3
Finlande	21	3.8	-81.9
France	27.5	4.6	-83.3
Allemagne	35	4.4	-87.4
Grèce	40.1	6.1	-84.8
Hongrie	47.6	9.2	-80.7
Islande	13	3	-76.9
Irlande	29.3	6.2	-78.8
Italie	43.9	4.5	-89.7
Japon	30.7	3.2	-89.6
Corée		6.2	
Luxembourg	31.5	5.1	-83.8
Mexique		23.3	
Pays-Bas	17.9	5.1	-71.5
Nouvelle-Zélande	22.6	5.8	-74.3
Norvège	18.9	3.8	-79.9
Pologne	56.1	8.1	-85.6
Portugal	77.5	5.5	-92.9
République slovaque	28.6	8.6	-69.9
Espagne	43.7	3.9	-91.1
Suède	16.6	3.4	-79.5
Suisse	21.1	4.9	-76.8
Turquie	189.5	39.7	-79.1
Royaume-Uni	22.5	5.6	-75.1
États-Unis	26	6.9	-73.5
Moyenne ponctuelle OCDE ^b	36.4	7.0	-81.0
Moyenne comparable ^c pour 28 pays	36.4	6.5	-81.0
Écart type	33.0	6.7	6.1

a) Données de 1999 pour la Corée et la Nouvelle-Zélande.

b) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

c) Moyenne non pondérée. Exclut la Corée et le Mexique.

Source : Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition.

un grand nombre d'autres pays de l'OCDE, des objectifs spécifiques ont été fixés pour les résultats sanitaires et des objectifs de santé intermédiaires. Des systèmes d'information ont été mis en place pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs. Nombre de ces efforts ont été couronnés de succès et ont permis de réduire les facteurs de risques sanitaires, comme la consommation de tabac et d'alcool, par exemple. L'approche pluridimensionnelle mise en œuvre par l'Australie pour réduire les taux d'infection par le VIH a vraisemblablement joué un rôle déterminant dans le ralentissement de la propagation de la maladie. Cependant, même lorsque les objectifs établis sont atteints ou le sont partiellement (le bilan est assez partagé suivant les pays et les objectifs), de nouveaux problèmes de santé publique apparaissent qui posent de nouveaux défis³².

Établissement de nouveaux dispositifs de prestations des soins de santé. Une orientation des réformes engagées par certains pays dans le but d'améliorer l'efficacité de la prestation des soins de santé consiste à établir de nouveaux dispositifs destinés à améliorer la coordination et à réduire la fragmentation du processus de prestation. Ces dispositifs pourraient contribuer à mieux intégrer les soins primaires avec les services spécialisés, comme c'est le cas dans les pays qui ont établi un système d'aiguillage. Comme on le verra dans la section suivante, l'Allemagne, les États-Unis, la France, les Pays-Bas et la Suisse sont parmi les pays qui ont expérimenté l'utilisation de dispositifs de gestion des soins (*managed care plans*) visant la coordination, la gestion et la rationalisation des services aux patients. Ces réformes ont en général été motivées autant par les préoccupations de coûts que par la volonté d'améliorer la prestation des soins de santé. Les données concernant les États-Unis permettent de penser que les programmes de gestion des soins tendent à être plus performants que les dispositifs non coordonnés d'assurance à caractère indemnitaire dans le domaine des soins préventifs et primaires, mais qu'ils ne sont pas aussi performants pour répondre aux besoins des malades chroniques (Miller et Luft, 2002).

Qualité des soins et sécurité des patients : nouvelles préoccupations

Les problèmes de qualité des soins – à savoir l'utilisation inadaptée des services de santé ou les problèmes de qualité technique des services fournis – ne préoccupent que depuis peu les responsables des politiques de santé. Jusqu'à ces dernières années, la compétence des praticiens et les jugements sur l'adéquation des soins fournis étaient largement autorégulés au niveau de la profession. Comme dans le cas des résultats sanitaires, des recherches influentes ont entraîné un nouvel intérêt et de nouvelles actions des gouvernements en tant que régulateurs du système de la santé et tiers payant. Dans ce cas, les études ont fait apparaître qu'aussi bien à l'intérieur des pays qu'entre ceux-ci, il existe de larges divergences dans les modes de prestation des soins de santé et dans la mesure dans laquelle ces différentes pratiques peuvent être jugées compatibles avec l'état actuel des connaissances médicales³³.

La sécurité des patients et les erreurs médicales sont aussi désormais des questions d'actualité du fait de nouvelles informations disponibles suggérant que les problèmes de ce type sont beaucoup plus courants qu'on ne le pensait précédemment³⁴. Les études fondées sur l'analyse des causes sous-jacentes des incidents spécifiques donnent à penser que la mauvaise conception des modalités de prestation des soins de santé, plutôt que l'incompétence technique des professionnels, explique la majorité des problèmes (Kohn et al., 2000).

Diffusion d'informations sur la qualité des soins de santé. Un aspect essentiel de la tendance à une plus grande obligation de rendre compte de la qualité est la publication et la large diffusion d'informations sur la performance des prestataires, des plans d'assurance-maladie ou d'autres domaines considérés comme pertinents (encadré 1.2). L'objectif de la publication de ce type d'informations est d'améliorer l'aptitude des consommateurs et de leurs agents à réclamer l'efficacité des soins ou bien d'inciter la profession à s'efforcer d'améliorer davantage les soins.

Les premiers efforts faits pour mettre au point et diffuser des informations sur la qualité des soins de santé se sont heurtés à de nombreuses difficultés, techniques et autres, et les résultats n'ont pas encore répondu aux attentes pour ce qui est de l'influence sur la prise de décisions (Marshall et al., 2000). En particulier, les consommateurs de soins

Encadré 1.2. **Amélioration de la base d'information pour de meilleurs résultats des systèmes de santé**

L'amélioration des résultats cliniques étant fortement tributaire du contexte, peu d'initiatives de réforme visant directement des résultats cliniques spécifiques ont été lancées au niveau du système de santé. Les pays se sont plutôt attachés à investir dans les mesures de la performance clinique et les systèmes d'information nécessaires pour les utiliser dans le cadre des cycles de suivi et d'amélioration en cours (Hurst, 2002).

La plupart des pays ont récemment mis en place des systèmes d'information, ou amélioré les systèmes existants, afin d'évaluer un ou plusieurs aspects de la performance du système de santé. Dans la partie de son dispositif financé par l'assurance sociale, le Mexique applique l'approche des groupes homogènes de malades pour recenser l'activité des services hospitaliers, ces informations devant être utilisées pour réduire les variations dans les pratiques. La République tchèque teste aussi à titre pilote l'application de cette approche pour la gestion des hôpitaux et la réalisation de mesures comparables de la qualité et de la production des diverses installations hospitalières. L'initiative de 1999 sur la gouvernance clinique au Royaume-Uni exige de toutes les organisations du NHS qu'elles établissent un rapport annuel de performance à des fins d'information publique. En outre, au Royaume-Uni, la National Patient Safety Agency a été créée en 2001 pour gérer un nouveau système obligatoire d'établissement de rapports au niveau national sur les événements indésirables et les « ratés » dans la prestation de soins de santé. Les États-Unis ont aussi investi dans des systèmes d'information axés sur la qualité des soins de santé et d'autres aspects de la performance. Notamment, tous les plans de santé participant aux programmes publics doivent fournir un ensemble type d'informations sur la qualité et les résultats^a. Des rapports sont aussi exigés d'un grand nombre d'employeurs ayant passé des contrats avec des plans d'assurance-maladie au nom de leurs salariés. Aux États-Unis, les programmes publics ont commencé de mettre en œuvre des systèmes de mesure de la qualité et d'information axés sur les prestataires de soins de santé, y compris les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les soins de santé à domicile^b.

a) Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS).

b) Au milieu des années 80, une initiative du gouvernement américain visant à publier des données sur la mortalité hospitalière spécifique pour les patients de Medicare a été stoppée car on s'inquiétait de la validité des comparaisons. Mais une initiative postérieure concernant la mortalité par crise cardiaque dans l'État de New York pourrait s'être traduite par une augmentation de la part de marché des chirurgiens obtenant des meilleurs résultats (Mukamel et Mushlin, 1998).

de santé n'ont pas été aussi réceptifs aux informations comparatives sur les performances que l'espéraient les partisans de réformes des systèmes de santé fondées sur les mécanismes du marché, comme en témoignent l'intérêt limité manifesté pour ces informations et la propension et l'aptitude à les utiliser. Il faut s'assurer que les informations en question sont considérées comme pertinentes et utilisables par les patients et les consommateurs pour que leur utilisation s'accroisse. En outre, les préoccupations des prestataires de santé quant à la qualité technique des informations et à la validité des comparaisons doivent être prises en compte si l'on veut qu'ils deviennent des utilisateurs actifs des informations comparatives sur la qualité. La préservation de la confidentialité des informations médicales s'est révélée difficile tant du point de vue technique que politique.

Fixation d'objectifs et de normes d'amélioration. En général, la réaction des pouvoirs publics des pays de l'OCDE aux récents constats de déficiences dans la qualité des soins de

santé et dans les résultats sanitaires a été de demander une plus grande responsabilisation des prestataires de soins de santé. Les mécanismes de responsabilisation consistent notamment à fixer des normes de qualité que les prestataires doivent respecter pour obtenir ou conserver une autorisation d'exercer ou pour participer à des programmes publics. Si les autorités recherchent encore le concours des professionnels pour définir les normes de qualité, elles jouent désormais un rôle de chef de file dans la mesure des performances par rapport aux normes et prennent des actions sur la base des résultats.

Aussi bien les responsables que les professionnels de la santé se sont ralliés à l'idée d'une « médecine fondée sur l'expérience et les résultats », stratégie visant à transposer les résultats des recherches cliniques dans la pratique et dans les décisions. Parmi les initiatives de réforme des pays visant à rendre opérationnelles ces idées, on peut citer la mise au point de directives pratiques devant être utilisées par les organismes payeurs et les organismes de réglementation pour suivre la prestation de services ainsi que pour élaborer les décisions sur les prestations d'assurance-maladie, la couverture et les autres facteurs affectant la fourniture de services. L'Espagne, par exemple, a institué des protocoles pour la pratique hospitalière visant à réduire les variations et améliorer la qualité des soins. La France a aussi publié des protocoles types, connus sous le nom de *références médicales opposables*.

Parmi les initiatives récentes visant à établir des conditions minimales à respecter par les prestataires de soins, on peut citer les règlements de la Hongrie, instaurés en 1998, qui ont été à l'origine de nouveaux efforts de gestion de la qualité des systèmes de santé. Des cadres nationaux pour les services ont été mis en place en 1998 au Royaume-Uni qui définissent des normes nationales pour les services ou les types de soins de santé, en même temps que des objectifs de performance et un calendrier d'amélioration par rapport auquel les progrès peuvent être mesurés³⁵. La France et plusieurs autres pays ont mis en place un programme d'accréditation obligatoire pour les hôpitaux qui évalue les prestataires par rapport à des normes établies. Les réformes introduites en Belgique en 1998 visaient à mettre en place des critères de performance pour les hôpitaux, comme une durée de séjour cible.

Les informations sur l'incidence des efforts publics consentis pour établir des normes pour la pratique d'une médecine fondée sur l'expérience et les résultats sont limitées, en grande partie parce que les systèmes visant à mesurer régulièrement les processus et les résultats sont encore au stade embryonnaire. Cependant, il est clair que cette approche se heurte à de nombreuses difficultés. Premièrement, elle doit être largement soutenue par les professionnels de la santé, qui peuvent estimer qu'il s'agit d'une intrusion dans leur pouvoir de décision professionnel et se montrer réticents en raison de l'augmentation des dépenses d'administration. Cette tension est illustrée par l'expérience des États-Unis dans la mise au point et la publication de directives cliniques pratiques, initiative soutenue et organisée par l'administration fédérale qui a suscité de nombreuses critiques pour aboutir finalement à l'arrêt de la mise au point de ces directives. Une deuxième difficulté concerne l'évolution des normes qui doivent refléter les dernières évolutions de techniques connaissant une rapide mutation dans le domaine de la santé. Maintenir des normes à jour est important pour encourager à la fois de meilleures pratiques et l'adhésion des prestataires. De fait, s'en tenir à des normes qui ne reflètent plus la meilleure pratique irait à l'encontre du but recherché.

Pour la conception de réformes visant à développer la pratique de la médecine fondée sur l'expérience et les résultats, les autorités doivent réfléchir soigneusement aux avantages et inconvénients respectifs des approches fondées sur les incitations (comme les systèmes d'accréditation volontaire) et des approches contraignantes (comme les obligations de licence). À l'heure actuelle, on dispose de peu d'informations permettant de déterminer celles qui se sont révélées le plus efficaces pour influencer sur la pratique en matière de soins de santé et les pays ont utilisé un mélange des deux approches.

Fourniture d'une assistance technique pour améliorer la qualité et la performance.

Parallèlement à l'exigence accrue de responsabilisation, a été reconnue la nécessité de faciliter l'amélioration de la qualité. Compte tenu de l'évolution de plus en plus rapide des connaissances médicales et des progrès technologiques, les professionnels de la santé ont de plus en plus de mal à rester au fait des dernières évolutions et ont sans doute besoin d'une formation ou d'une assistance continues. Les hôpitaux et les autres prestataires institutionnels peuvent aussi bénéficier d'avis techniques concernant les dernières méthodes et procédures disponibles pour assurer la qualité et la sécurité. Les médecins à titre individuel comme les prestataires institutionnels peuvent bénéficier d'efforts collectifs visant à regrouper certains types de données leur permettant d'évaluer plus précisément les tendances et de faire des comparaisons.

Un large éventail de réformes a été mis en œuvre dans le cadre des efforts d'assistance technique. Aux Pays-Bas, par exemple, les associations professionnelles ont pris en charge la transmission et la vérification des compétences professionnelles des médecins et le sentiment d'appropriation est fort. Une telle approche est plus difficile dans un environnement comme celui de la France, où il existe plusieurs syndicats professionnels ; en outre, dans ce cas, des organismes publics ont été établis pour évaluer les compétences médicales et procéder à la « réaccréditation » des médecins. Eu égard aux vastes différences existant entre les hôpitaux pour ce qui est du pourcentage de décès des patients et d'infections acquises, la France a mis en place de nouvelles normes d'accréditation et procédures d'évaluation. En 1999, le Royaume-Uni a établi une *Commission for Health Improvement*, qui examine les dispositifs de gouvernance clinique dans tous les organismes du NHS et procède à des enquêtes dans le cas de dysfonctionnements graves. Aux États-Unis, l'amélioration de la qualité a été confiée à des organismes chargés par le gouvernement de mesurer et d'aider les hôpitaux à concevoir et à mettre en œuvre des stratégies d'amélioration. La Nouvelle-Zélande a conçu des « trousseaux à outils » sur Internet destinées à regrouper les ressources et les informations pour soutenir les efforts de réalisation des objectifs de santé de la population entrepris par les prestataires, les conseils régionaux de santé et d'autres intervenants.

Les initiatives qui privilégient l'assistance technique aux prestataires de santé témoignent de la volonté politique de recourir à une approche concertée pour l'amélioration de la qualité. L'approche concurrentielle, qui est aussi utilisée dans certains cas parallèlement, aux États-Unis et dans d'autres pays, consiste à encourager les marchés privés des soins de santé ou de l'assurance-maladie. On ne peut pas encore dire avec précision quelle est l'option qui est la plus efficace et dans quelles conditions. Ceux qui insistent sur l'intérêt de la concertation notent que le partage des techniques et des données est sans doute le moyen le plus efficace d'encourager les progrès. Cependant, avec l'approche concurrentielle, de multiples possibilités d'amélioration de la qualité peuvent être testées et utilisées, ce qui conduit sans doute à des progrès techniques plus rapides.

Adaptation des incitations économiques aux objectifs d'efficacité. Par ailleurs, certains pays de l'OCDE ont introduit des incitations financières ou d'autres types d'incitations économiques pour assurer le respect des normes de qualité ou parvenir à des améliorations de l'efficacité. L'Australie, par exemple, applique depuis 1994 un système qui permet de récompenser les médecins qui satisfont à divers critères de qualité et d'efficacité. Les incitations visaient initialement à récompenser les praticiens qui passaient plus de temps avec les malades mais elles sont aujourd'hui liées à la performance au regard de plusieurs mesures de la qualité³⁶. De même, le système de santé du Royaume-Uni récompense aujourd'hui les prestataires de santé performants en leur accordant davantage de financements et en leur laissant une plus grande autonomie par rapport au contrôle central.

Les incitations économiques peuvent être un puissant instrument pour influencer sur la performance. Elles peuvent cependant aussi conduire les prestataires de santé à chercher à profiter du système en s'intéressant davantage aux aspects de la performance donnant lieu à des avantages financiers aux dépens des domaines où il n'y a pas d'incitation. En outre, comme il reste difficile de discerner les effets sur la performance qui sont en dehors du contrôle direct des prestataires de santé, certaines approches pourraient pénaliser des prestataires qui traitent les patients à haut risque et compromettraient ainsi l'accès au traitement. Compte tenu de ces facteurs, il faut veiller à bien concevoir et mettre en œuvre ces incitations.

Plus grande attention accordée à la satisfaction du patient et à la réactivité du système

Les autorités sont aussi plus attentives à la nécessité d'assurer que les patients sont satisfaits des soins reçus et du système. Elles s'appuient ainsi de plus en plus sur des études mesurant le degré de satisfaction à l'égard des médecins, des hôpitaux et des autres prestataires institutionnels, des plans d'assurance-maladie et du système de santé de manière plus générale. Une étude de l'OCDE sur les priorités de l'action des pouvoirs publics, réalisée en 1997, a constaté qu'environ la moitié des pays membres signalaient que les consommateurs de soins de santé n'étaient pas entièrement satisfaits (Kalisch et al., 1998)³⁷. D'après les sondages Eurobaromètre de 1999, il y a en moyenne dans chaque pays de l'Union européenne 12.7 % de personnes qui sont « très mécontentes » de leur système de santé, la fourchette allant de 2.2 à 34.1 % pour les 15 pays étudiés (tableau 1.8). Une étude de 2001 portant sur cinq pays – Australie, Canada, États-Unis, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni – a fait apparaître que la grande majorité des personnes interrogées souscrivent à l'affirmation selon laquelle des « changements fondamentaux » de leur système de santé sont nécessaires ou que le système doit être « repensé complètement » (Blendon et al., 2002). Seulement entre 18 et 25 % des personnes dans chaque pays estiment que leur système de santé n'a besoin que de « modifications mineures ».

Outre la détermination du degré de satisfaction des patients ou des consommateurs, certaines études rassemblent des informations sur la façon dont les patients perçoivent l'humanité du traitement, la qualité de la communication, la difficulté d'accès aux services et d'autres éléments subjectifs des soins. Conjuguées aux données objectives collectées simultanément, les données de ces études contribuent à des initiatives visant à repenser les éléments du système propres à améliorer la qualité et sont de plus en plus utilisées dans les campagnes d'information visant à encourager des décisions plus éclairées des patients et des consommateurs.

Tableau 1.8. **Satisfaction de la population concernant les systèmes de santé, 1999**

	Pourcentage					
	Part de la population satisfaite			Part de la population non satisfaite		
	Très satisfaite	Satisfaite	Totalement satisfaite	Mécontente	Très mécontente	Totalement mécontente
Autriche	31.4	52.0	83.4	11.9	2.2	14.1
Belgique	15.8	61.2	77.0	16.9	4.0	20.9
Danemark	30.7	45.1	75.8	20.1	3.8	23.9
Finlande	18.0	56.3	74.3	22.1	2.6	24.7
France	16.0	62.2	78.2	16.7	4.4	21.1
Allemagne	7.4	42.5	49.9	35.5	12.2	47.7
Grèce	2.9	15.7	18.6	45.7	34.1	79.8
Irlande	11.4	36.3	47.7	26.9	20.3	47.2
Italie	2.1	24.2	26.3	45.6	26.2	71.8
Luxembourg	26.0	45.6	71.6	16.8	5.1	21.9
Pays-Bas	19.0	54.2	73.2	21.9	4.1	26.0
Portugal	3.1	21.0	24.1	42.4	31.7	74.1
Espagne	9.6	38.0	47.6	40.6	9.3	49.9
Suède	13.5	45.2	58.7	29.6	9.3	38.9
Royaume-Uni	13.0	42.7	55.7	31.8	10.5	42.3
Moyenne UE-15 ^a	10.6	42.2	52.8	32.5	12.7	45.2
Moyenne de tous les pays ^b	14.7	42.8	57.5	28.3	12.0	40.3
Écart type	9.3	14.0	21.4	11.4	10.8	21.4

a) Moyenne pondérée par type de population.

b) Moyenne non pondérée.

Source : Commission européenne, résultats d'Eurobaromètre présentés dans *Key Figures on Health Pocketbook* (2001).

Établissement ou renforcement de la protection des patients et des droits au traitement. Une approche de plus en plus utilisée pour améliorer le degré de satisfaction des patients à l'égard des soins consiste à définir des droits ou protections spécifiques dans le système de santé, cette façon de procéder ayant été aussi utilisée pour assurer l'accès à un ensemble défini de services. Les droits des patients contribuant à une plus grande efficacité visent souvent à permettre de choisir les prestataires ou de faire appel des décisions de santé prises par d'autres acteurs du système. Par exemple, en 1997, a pris effet en Suède la garantie de traitement médical qui régit l'accessibilité des soins primaires et des soins de spécialistes³⁸. L'Autriche a établi en 1999 une charte du patient énonçant une série de droits arrêtés d'un commun accord entre le gouvernement fédéral et les provinces. Aux États-Unis, de nombreux États ont établi des « bills of rights » pour les patients qui visent en partie à définir le droit à la consultation de certains spécialistes ou à l'obtention de rendez-vous dans des délais déterminés.

Bien que l'on dispose de peu de données pour évaluer l'efficacité de cette approche, ses points forts et ses points faibles sont devenus évidents. Un point fort est qu'elle permet d'inciter les parties responsables de la garantie des droits des patients à prendre les mesures qui s'imposent. Suivant les droits spécifiques en cause, diverses approches peuvent être privilégiées par les parties responsables pour faire face aux problèmes perçus. Un point faible, toutefois, tient au fait que tout ensemble établi de droits risque de devenir périmé en raison de modifications dans la pratique médicale ou des besoins sous-jacents, ce qui peut entraîner des coûts de mise en œuvre supplémentaires.

Élargissement des possibilités de choix offerts aux patients. Les pays ont mis en œuvre des réformes pour élargir les possibilités de choix par les patients du prestataire ou de l'assureur afin d'accroître leur satisfaction. La Hongrie, la Pologne, la République tchèque et la Suède, par exemple, qui affectaient précédemment les patients à des médecins ou qui avaient institué des cliniques communautaires dans lesquelles les patients consultaient le premier médecin disponible, permettent aujourd'hui aux patients de choisir un médecin généraliste. L'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas et la Suisse permettent aussi une certaine concurrence entre les assureurs, en partie pour encourager la satisfaction des consommateurs. En Allemagne, la satisfaction des consommateurs, ainsi que le coût des primes, est l'un des principaux facteurs déterminant le changement de caisse d'assurance.

4. Contrôle des dépenses et amélioration de l'efficacité

Le niveau des dépenses de santé (publiques et totales) varie largement entre les pays reflétant des choix sociaux ou du marché en ce qui concerne, entre autres, l'offre de services, la rémunération des prestataires de santé, la diffusion des technologies médicales et les arrangements institutionnels pour le financement des soins de santé. Bien qu'il n'y ait pas de niveau « optimal » de ressources à consacrer aux soins de santé (ni de partage idéal entre les financements publics et les financements privés), le pourcentage du PIB consacré aux dépenses donne une indication générale des coûts de ce secteur et de la charge qu'il fait peser sur les finances publiques. Les gouvernements sont donc préoccupés lorsque ce pourcentage augmente même lorsqu'il n'y a à première vue aucune raison pour laquelle les dépenses de santé s'accroissent par rapport au PIB. De fait, plusieurs facteurs à long terme, y compris les progrès technologiques, devraient faire grimper les dépenses par rapport au PIB³⁹. En outre, certains gouvernements ont estimé que le niveau existant des ressources était inadéquat, eu égard à la demande publique de soins et ont accru le financement public des services de santé. La présente section examine tout d'abord l'évolution récente des dépenses de santé ainsi que les politiques qui, jusqu'à récemment, ont visé essentiellement à maîtriser la croissance de ces dépenses.

Pour atténuer les pressions de plus en plus vives sur les dépenses de santé, la politique publique a aussi cherché à augmenter la production à moindre coût. Plusieurs mesures ont été introduites dans cette optique, axées le plus souvent sur les arrangements institutionnels et les incitations adressées aux prestataires. Ces efforts sont examinés dans une deuxième sous-section.

4.1. Politiques influant sur le niveau des dépenses globales de santé

Cette sous-section décrit d'abord le profil des dépenses au cours des trois dernières décennies et certains des facteurs fondamentaux influant sur les évolutions. Elle examine ensuite les politiques visant à maîtriser la croissance rapide des dépenses au début de cette période et leur incidence sur l'évolution des dépenses dans les années 80 et 90.

Évolution des dépenses de santé

Les tentatives faites pour maîtriser les dépenses globales de santé ces deux dernières décennies ont fait suite à l'augmentation rapide et soutenue de ces dépenses durant les années 60 et 70 (tableau 1.9)⁴⁰. En pourcentage du PIB tendanciel, l'augmentation des dépenses s'est ralentie dans les années 80, en partie grâce à ces politiques. La part des dépenses publiques – qui représentent environ les trois quarts des dépenses totales de santé en moyenne dans les pays de l'OCDE – s'est accrue plus lentement que les dépenses totales

Tableau 1.9. **Dépenses totales de santé^a en pourcentage du PIB tendanciel, 1970-2000**

	Pourcentage du PIB tendanciel					
	1970 ^b	1980	1990 ^c	1992	1997	2000 ^d
Australie		7.5	7.7	7.9	8.7	9.2
Autriche	4.1	7.7	7.2	7.6	7.5	7.9
Belgique	3.6	6.6	7.6	7.9	8.3	8.7
Canada	6.3		9.0	9.4	8.6	9.2
République tchèque ^e			5.0	5.4	7.1	7.1
Danemark	8.0	9.1	8.4	8.3	8.3	8.4
Finlande		6.4	8.1	8.3	7.1	6.8
France			8.7	9.1	9.1	9.4
Allemagne	6.4	8.8	8.8	10.1	10.5	10.7
Grèce		7.0	7.4	7.9	9.3	9.3
Hongrie ^e			7.1	7.7	7.0	6.7
Islande	3.7	6.5	8.0	7.7	8.2	9.6
Irlande		8.7	6.4	6.9	6.5	6.8
Italie			8.1	8.3	7.7	8.2
Japon	4.6	6.5	6.1	6.3	7.0	7.7
Corée ^e			4.8	4.7	5.0	5.9
Luxembourg ^e	3.6	5.9	6.1	6.2	5.9	5.6
Mexique ^e			4.5	5.4	5.4	5.6
Pays-Bas	6.9	7.5	8.2	8.5	8.2	8.9
Nouvelle-Zélande		6.1	6.7	7.2	7.5	8.0
Norvège	4.7	8.7	8.7	9.3	9.7	10.3
Pologne ^e			5.3	6.6	6.1	6.0
Portugal	2.5	5.6	6.4	7.2	8.6	9.2
République slovaque ^e					5.9	5.7
Espagne		5.1	6.8	7.2	7.2	7.5
Suède	7.2	8.9	8.5	8.0	8.0	8.6
Suisse		7.8	8.9	9.5	10.2	10.7
Turquie ^e	2.4	3.3	3.6	3.8	4.2	2.0
Royaume-Uni	4.5	5.5	6.2	6.6	6.8	7.3
États-Unis	6.8	8.5	11.8	12.6	13.0	13.2
Moyenne ponctuelle OCDE ^f	5.1	7.1	7.4	7.8	7.9	8.2
Moyenne comparable pour 14 pays ^g	4.9	7.1	7.6	7.9	8.2	8.4
Écart type	1.3	1.3	2.3	2.5	2.3	2.3

dans les années 80 et, en particulier, durant les années 90, sous l'effet d'un transfert progressif des coûts au secteur privé (tableaux 1.10 et 1.11)⁴¹. Néanmoins, une augmentation moyenne d'un point des dépenses totales en pourcentage du PIB dans les années 90 donne à penser que les pressions à la hausse restent importantes dans plusieurs pays.

Si l'on est généralement d'accord sur les facteurs de l'offre et de la demande qui ont fait évoluer les dépenses globales de santé, il n'y a guère de consensus sur les contributions spécifiques de chacun d'entre eux à l'augmentation de ces dépenses (voir Docteur et Oxley, 2003, annexe). Les études testant statistiquement l'incidence du plafonnement budgétaire ou d'autres politiques visant à limiter les dépenses ne permettent guère de conclure à un effet significatif de ces mesures sur les dépenses de santé. Néanmoins, la variabilité plus grande de la progression des dépenses publiques de santé dans les différents pays durant les années 80 est sans doute due en partie à des divergences croissantes dans le type, l'ampleur et le calendrier des politiques visant à contrôler ces dépenses.

Tableau 1.9. **Dépenses totales de santé^a en pourcentage du PIB tendanciel, 1970-2000 (suite)**

	Changements en point de pourcentage			Changements en point de pourcentage		
	1970 ^b -1980	1980-1990	1990 ^c -2000 ^d	1990 ^c -1992	1992-1997	1997-2000 ^d
Australie		0.3	1.4	0.2	0.8	0.5
Autriche	3.6	-0.5	0.6	0.4	-0.1	0.3
Belgique	3.0	1.0	1.2	0.4	0.3	0.5
Canada			0.2	0.5	-0.8	0.6
République tchèque ^e			2.2	0.4	1.7	0.1
Danemark	1.1	-0.6	0.0	-0.2	0.0	0.2
Finlande		1.7	-1.2	0.2	-1.2	-0.3
France			0.7	0.4	0.0	0.4
Allemagne	2.5	-0.1	1.9	1.3	0.5	0.1
Grèce		0.4	2.0	0.5	1.4	0.1
Hongrie ^e			-0.5	0.5	-0.7	-0.3
Islande	2.8	1.5	1.7	-0.2	0.4	1.5
Irlande		-2.4	0.4	0.6	-0.4	0.3
Italie			0.0	0.2	-0.7	0.5
Japon	1.9	-0.4	1.5	0.2	0.7	0.7
Corée ^e			1.1	0.0	0.3	0.9
Luxembourg ^e	2.4	0.2	-0.5	0.0	-0.2	-0.3
Mexique ^e			1.0	0.9	0.0	0.2
Pays-Bas	0.6	0.8	0.6	0.3	-0.3	0.7
Nouvelle-Zélande		0.7	1.3	0.5	0.2	0.5
Norvège	4.0	0.1	1.6	0.6	0.4	0.6
Pologne ^e			0.7	1.4	-0.5	-0.1
Portugal	3.1	0.8	2.8	0.8	1.4	0.6
République slovaque ^e						-0.2
Espagne		1.7	0.7	0.4	0.0	0.3
Suède	1.7	-0.4	0.1	-0.4	-0.1	0.6
Suisse		1.1	1.8	0.6	0.7	0.5
Turquie ^e	0.9	0.3	-1.6	0.1	0.4	-2.2
Royaume-Uni	1.0	0.7	1.1	0.5	0.2	0.5
États-Unis	1.7	3.3	1.3	0.8	0.3	0.2
Moyenne ponctuelle OCDE ^f	2.1	0.6	0.9	0.4	0.2	0.3
Moyenne comparable pour 14 pays ^g	2.2	0.5	0.9	0.3	0.3	0.3
Écart type	1.0	1.5	0.7	0.5	0.5	0.2

a) Les dépenses totales de santé se rapportent aux points HC.1-HC.7 et au point HC.R.1 suivant la Classification internationale des comptes de la santé (ICHA).

b) Données de 1971 pour le Danemark ; 1972 pour les Pays-Bas.

c) Données de 1991 pour la Hongrie.

d) Données de 1998 pour la Turquie.

e) On a utilisé le PIB comme dénominateur, au lieu du PIB tendanciel, pour la Corée, la Hongrie, le Luxembourg, le Mexique, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Turquie.

f) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

g) Moyenne non pondérée. Inclut l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, les États-Unis, l'Islande, le Japon, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Norvège, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède et la Turquie.

Source : *Éco-Santé OCDE 2003*, 3^e édition ; *Perspectives économiques de l'OCDE (2003)*, n° 73.

Deux facteurs influant sur l'évolution des dépenses de santé devraient avoir une forte incidence sur les tendances futures des dépenses :

- La technologie a été et devrait rester un important accélérateur des dépenses de santé. S'il est difficile d'en déterminer précisément l'incidence, ce facteur a sans doute

Tableau 1.10. **Pourcentage des dépenses totales de santé financées par le secteur public, 1970-2000**

	Pourcentage des dépenses totales				Changements en points de pourcentage		
	1970 ^a	1980	1990 ^b	2000 ^c	1970 ^a -1980	1980-1990 ^b	1990 ^b -2000 ^c
Australie	57.2	63.0	67.1	68.9	5.8	4.1	1.8
Autriche	63.0	68.8	73.5	69.4	5.8	4.7	-4.1
Belgique				72.1			
Canada	69.9	75.6	74.5	70.9	5.7	-1.1	-3.6
République tchèque	96.6	96.8	97.4	91.4	0.2	0.6	-6.0
Danemark	83.7	87.8	82.7	82.5	4.1	-5.1	-0.2
Finlande	73.8	79.0	80.9	75.1	5.2	1.9	-5.8
France			76.6	75.8			-0.8
Allemagne	72.8	78.7	76.2	75.0	5.9	-2.5	-1.2
Grèce	42.6	55.6	53.7	56.1	13.0	-1.9	2.4
Hongrie			89.1	75.5			-13.6
Islande	66.2	88.2	86.6	83.7	22.0	-1.6	-2.9
Irlande	81.7	81.6	71.9	73.3	-0.1	-9.7	1.4
Italie			79.3	73.4			-5.9
Japon	69.8	71.3	77.6	78.3	1.5	6.3	0.7
Corée			36.6	44.4			7.8
Luxembourg	88.9	92.8	93.1	87.8	3.9	0.3	-5.3
Mexique			43.0	47.9			4.9
Pays-Bas	60.2	69.4	67.1	63.4	9.2	-2.3	-3.7
Nouvelle-Zélande	80.3	88.0	82.4	78.0	7.7	-5.6	-4.4
Norvège	91.6	85.1	82.8	85.2	-6.5	-2.3	2.4
Pologne			91.7	70.0			-21.7
Portugal	59.0	64.3	65.5	68.5	5.3	1.2	3.0
République slovaque				89.4			
Espagne	65.4	79.9	78.7	71.7	14.5	-1.2	-7.0
Suède	86.0	92.5	89.9	85.0	6.5	-2.6	-4.9
Suisse ^d			52.4	55.6			3.2
Turquie	37.3	27.3	61.0	71.9	-10.0	33.7	10.9
Royaume-Uni	87.0	89.4	83.6	80.9	2.4	-5.8	-2.7
États-Unis	36.4	41.5	39.6	44.2	5.1	-1.9	4.6
Moyenne ponctuelle OCDE ^e	70.0	75.1	73.4	72.2	5.1	0.4	-1.8
Moyenne comparable de 21 pays ^f	70.0	75.1	75.5	74.3	5.1	0.4	-1.2
Écart type	17.2	17.5	14.0	11.4	6.7	8.5	4.4

a) Données de 1969 pour l'Australie ; 1971 pour le Danemark ; 1972 pour les Pays-Bas.

b) Données de 1991 pour la Hongrie.

c) Données de 1998 pour la Turquie.

d) Dépenses dans le cadre de l'assurance-maladie privée obligatoire ; seuls 30 % des dépenses totales de santé sont des paiements à la charge des ménages.

e) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

f) Moyenne non pondérée. Exclut la Belgique, la Corée, la France, la Hongrie, l'Italie, le Mexique, la Pologne, la République slovaque et la Suisse.

Source : Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition.

expliqué pas moins de la moitié de la croissance des dépenses totales ces dernières décennies (Newhouse, 1992a ; OCDE, 1995b ; Jones, 2002).

- Le vieillissement démographique devrait accroître sensiblement la demande de soins de santé au cours des cinquante prochaines années (voir chapitre 7).

Dans ce contexte, les contrôles budgétaires resteront sans doute un important instrument de l'action menée par les pouvoirs publics pour maîtriser les dépenses. On

Tableau 1.11. **Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB tendanciel, 1970-2000**

	Pourcentage du PIB tendanciel					
	1970 ^d	1980	1990 ^b	1992	1997	2000 ^c
Australie		4.7	5.2	5.3	5.8	6.3
Autriche	2.6	5.3	5.3	5.6	5.3	5.5
Belgique				6.8	5.9	6.3
Canada	4.4		6.7	7.0	6.0	6.5
République tchèque ^d			4.9	5.2	6.5	6.5
Danemark	6.7	8.0	7.0	6.9	6.8	7.0
Finlande		5.1	6.5	6.6	5.4	5.1
France			6.7	7.0	6.9	7.2
Allemagne	4.6	7.0	6.7	7.8	7.9	8.0
Grèce		3.9	4.0	4.3	4.9	5.2
Hongrie ^d			6.4	6.8	5.6	5.1
Islande	2.4	5.7	6.9	6.5	6.8	8.1
Irlande		7.1	4.6	5.0	4.8	5.0
Italie			6.4	6.4	5.5	6.0
Japon	3.2	4.6	4.7	4.9	5.4	6.0
Corée ^d			1.7	1.6	2.1	2.6
Luxembourg ^d	3.2	5.5	5.7	5.7	5.5	4.9
Mexique ^d			2.0	2.4	2.4	2.7
Pays-Bas	4.1	5.2	5.5	6.2	5.6	5.6
Nouvelle-Zélande		5.3	5.6	5.7	5.8	6.2
Norvège	4.3	7.4	7.2	7.9	8.2	8.8
Pologne ^d			4.8	5.1	4.4	4.2
Portugal	1.4	3.6	4.2	4.3	5.6	6.3
République slovaque ^d					5.4	5.1
Espagne		4.1	5.4	5.6	5.2	5.4
Suède	6.2	8.2	7.6	7.0	6.9	7.3
Suisse			4.7	5.1	5.6	6.0
Turquie ^d	0.9	0.9	2.2	2.5	3.0	1.5
Royaume-Uni	3.9	4.9	5.2	5.6	5.5	5.9
États-Unis	2.5	3.5	4.7	5.4	5.9	5.9
Moyenne ponctuelle OCDE ^e	3.6	5.3	5.3	5.6	5.6	5.7
Moyenne comparable pour 13 pays ^f	3.5	5.4	5.6	5.9	6.0	6.2
Écart type	1.7	2.0	1.5	1.5	1.3	1.8

trouvera dans les paragraphes ci-après un examen des caractéristiques des politiques passées.

Initiatives macroéconomiques de maîtrise des dépenses

Les efforts faits par les pouvoirs publics pour ralentir la croissance des dépenses au cours des deux à trois dernières décennies se sont appuyés sur trois types de politiques : régulation des prix et des volumes des soins de santé et des ressources ; plafonnement des dépenses de santé, soit globalement, soit par secteur ; et transfert des coûts au secteur privé au moyen d'une plus large participation aux coûts⁴².

Contrôle des salaires, des prix et des ressources dans le secteur de la santé. La plupart des pays ont réglementé soit les prix, soit les volumes, soit les deux dans le secteur de la santé. Les mesures de contrôle des salaires ont été particulièrement nombreuses dans les systèmes publics intégrés à la fois dans les hôpitaux et dans les secteurs ambulatoires

Tableau 1.11. **Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB tendanciel, 1970-2000 (suite)**

	Changement en points de pourcentage			Changement en points de pourcentage		
	1970 ^a -1980	1980-1990	1990 ^b -2000 ^c	1990 ^b -1992	1992-1997	1997-2000 ^c
Australie		0.5	1.1	0.1	0.6	0.5
Autriche	2.7	0.0	0.1	0.3	-0.4	0.2
Belgique					-0.9	0.4
Canada			-0.2	0.3	-0.9	0.5
République tchèque ^d			1.7	0.3	1.3	0.0
Danemark	1.3	-1.0	0.0	-0.1	-0.1	0.2
Finlande		1.5	-1.4	0.1	-1.2	-0.3
France			0.5	0.3	0.0	0.2
Allemagne	2.3	-0.3	1.3	1.1	0.2	0.1
Grèce		0.1	1.3	0.3	0.6	0.4
Hongrie ^d			-1.3	0.4	-1.1	-0.6
Islande	3.4	1.2	1.2	-0.3	0.2	1.3
Irlande		-2.5	0.4	0.4	-0.1	0.1
Italie			-0.5	0.0	-0.9	0.5
Japon	1.4	0.1	1.3	0.2	0.5	0.6
Corée ^d			0.9	-0.2	0.5	0.5
Luxembourg ^d	2.3	0.2	-0.8	0.0	-0.2	-0.6
Mexique ^d			0.7	0.5	-0.1	0.3
Pays-Bas	1.1	0.3	0.1	0.7	-0.6	0.1
Nouvelle-Zélande		0.2	0.7	0.1	0.1	0.5
Norvège	3.1	-0.1	1.6	0.6	0.3	0.6
Pologne ^d			-0.6	0.2	-0.7	-0.2
Portugal	2.2	0.6	2.1	0.1	1.3	0.7
République slovaque ^d						-0.3
Espagne		1.3	0.0	0.2	-0.3	0.1
Suède	2.0	-0.6	-0.3	-0.6	-0.2	0.4
Suisse			1.3	0.4	0.5	0.3
Turquie	0.0	1.3	-0.8	0.3	0.5	-1.6
Royaume-Uni	1.0	0.3	0.8	0.5	-0.1	0.4
États-Unis	1.1	1.2	1.2	0.7	0.5	0.0
Moyenne ponctuelle OCDE ^e	1.8	0.2	0.4	0.2	0.0	0.2
Moyenne comparable pour 13 pays ^f	1.8	0.2	0.6	0.3	0.2	0.2
Écart type	1.0	0.7	0.9	0.5	0.5	0.7

a) Données de 1971 pour le Danemark ; 1972 pour les Pays-Bas.

b) Données de 1991 pour la Hongrie.

c) Données de 1998 pour la Turquie.

d) On a utilisé le PIB comme dénominateur, au lieu du PIB tendanciel pour la Corée, la Hongrie, le Luxembourg, le Mexique, la République tchèque et la Turquie.

e) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

f) Moyenne non pondérée. Inclut l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, les États-Unis, l'Islande, le Japon, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède et la Turquie.

Source : *Éco-Santé OCDE 2003*, 3^e édition ; *Perspectives économiques de l'OCDE (2003)*, n° 73.

lorsque le personnel de santé est rémunéré sur une base salariale [Danemark (hôpitaux), Espagne, Finlande, Irlande (hôpitaux), Royaume-Uni (hôpitaux) et Suède], bien que ces mesures se soient souvent inscrites dans le contexte d'une restriction plus générale des rémunérations dans le secteur public et ne soient donc pas spécifiques au secteur de la santé. Les contrôles de prix ont été utilisés dans les trois sous-secteurs, car les pouvoirs publics peuvent généralement fixer les prix de manière administrative ou ont un pouvoir de surveillance sur les prix convenus entre les acquéreurs et les prestataires de soins de

santé. Plusieurs pays ont fixé les rémunérations directement après la rupture des négociations avec les prestataires de santé (par exemple, Autriche, Australie, Belgique, Canada, France, Japon et Luxembourg). Le contrôle des coûts au Japon s'est fortement appuyé sur la fixation de prix directs pour les soins primaires comme pour les soins secondaires. Dans d'autres pays, les prix ont été automatiquement ajustés en fonction du volume des soins de façon à ne pas dépasser un plafond budgétaire fixe [par exemple, Allemagne (soins ambulatoires), Autriche (soins hospitaliers), Hongrie (soins à domicile) et réformes belges récentes⁴³]. Quelques juridictions utilisent des barèmes de prix biaisés pour réduire la rentabilité marginale tirée par les médecins d'une offre en sus des plafonds définis [Canada (Québec), Hongrie].

La fixation de prix administratifs a probablement été plus généralisée dans le secteur des produits pharmaceutiques, tous les pays à l'exception de l'Allemagne, des États-Unis et de la Suisse, ayant mis en place des dispositifs de contrôle des prix à divers niveaux de la chaîne de distribution, qui sont en général restés relativement inchangés au fil du temps^{44, 45}. Cependant, les politiques de fixation des prix ont été appliquées avec plus ou moins de vigueur au cours des périodes, prenant plus d'importance durant les phases de pressions budgétaires lorsque des gels supplémentaires des prix, des réductions ou des remboursements par les prestataires ont été introduits⁴⁶.

L'incidence des contrôles de prix sur les dépenses globales peut être atténuée par la réaction des prestataires, qui peuvent, entre autres, augmenter les volumes pour compenser la limitation de la hausse des prix ou des salaires (par exemple soins ambulatoires en Australie, en France et au Japon et secteur hospitalier en Suède)⁴⁷ ; fournir des services à un coût plus élevé, par exemple en développant les tests de diagnostic en cabinet (Allemagne, États-Unis et France) ; classer les patients dans des DRG à un coût supérieur (par exemple Medicare aux États-Unis) ou déplacer les services dans des secteurs où il n'y a pas de contrôle des prix⁴⁸. Même si l'effet des restrictions à l'entrée des études médicales est particulièrement important, l'encadrement des salaires et des prix peut aussi avoir des effets négatifs à long terme sur l'offre. Plusieurs pays sont aujourd'hui confrontés à des pénuries de personnel médical et la position sur le marché des travailleurs de la santé et des syndicats se renforce dans les négociations sur les salaires et les prix. Le manque d'attention porté aux prix relatifs pourrait aussi affecter l'offre de certains spécialistes, comme les anesthésistes, les gynécologues et les psychiatres⁴⁹. Beaucoup de pays manquent d'infirmières. Ainsi, si des gains peuvent être obtenus à court terme en diminuant les dépenses publiques de santé, le risque de se trouver confronté à des difficultés ultérieurement pour maintenir un niveau adéquat de services n'est pas négligeable.

Les *numerus clausus* imposés dans plusieurs pays pour l'entrée dans les écoles de médecine constituent un autre facteur influant sur les effectifs de professionnels de la santé. La progression du nombre de médecins par habitant s'est ainsi ralentie, mais reste positive dans presque tous les pays (tableau 1.12)^{50, 51}. Ailleurs, des réductions ont été opérées dans le nombre d'infirmières par habitant (Canada, Suède). Il existe des divergences considérables entre les pays pour ce qui est du nombre de médecins et de travailleurs sanitaires par habitant (tableaux 1.12 et 1.13), ce qui donne à penser qu'il est encore possible de limiter les dépenses par de nouveaux ajustements du personnel médical dans certains pays. Cependant, en ajustant encore l'offre, les pouvoirs publics doivent être attentifs à ne pas pousser ces mesures trop loin. Par exemple, aussi bien le Canada que le Royaume-Uni ont récemment accru les budgets de la santé, mais, comme le

Tableau 1.12. Médecins en activité dans les pays de l'OCDE, 1970-2000

	Pour 1 000 habitants				Croissance annuelle (%)		
	1970 ^a	1980 ^b	1990 ^c	2000 ^d	1970 ^a -1980 ^b	1980 ^b -1990 ^c	1990 ^c -2000 ^d
Australie	1.2	1.8	2.2	2.4	4.1	2.0	1.3
Autriche	1.4	1.6	2.2	3.1	1.3	3.2	3.5
Belgique	1.6	2.3	3.3	3.9	3.4	3.7	1.7
Canada	1.4	1.8	2.1	2.1	2.5	1.6	0.0
République tchèque	1.8	2.3	2.7	3.4	2.5	1.6	2.3
Danemark	1.4	2.2	3.1	3.4	4.6	3.5	1.0
Finlande	0.9	1.7	2.4	3.1	6.6	3.5	2.6
France			3.1	3.3			0.6
Allemagne			2.8	3.3			1.7
Grèce	1.6	2.4	3.4	4.5	4.1	3.5	3.2
Hongrie	2	2.3	2.9	3.1	1.4	2.3	0.7
Islande	1.4	2.1	2.8	3.4	4.1	2.9	2.2
Irlande			2	2.2			1.1
Italie			3.8	4.1			0.8
Japon	1.1	1.3	1.7	1.9	1.7	2.7	1.1
Corée		0.5	0.8	1.3		5.4	5.0
Luxembourg	1.1	1.7	2	2.5	4.4	1.6	2.3
Mexique			0.9	1.4			4.5
Pays-Bas	1.2	1.9	2.5	3.2	4.7	2.8	2.5
Nouvelle-Zélande	1.1	1.6	1.9	2.2	4.3	1.7	1.5
Norvège	1.4	2	2.6	2.9	3.6	2.4	1.2
Pologne	1.4	1.8	2.1	2.2	2.5	1.6	0.5
Portugal	0.9	2	2.8	3.2	8.3	3.4	1.3
République slovaque				3.7			
Espagne				3.3			
Suède	1.3	2.2	2.9	3	5.4	2.8	0.4
Suisse	1.5	2.5	3	3.5	5.2	1.8	1.6
Turquie	0.4	0.6	0.9	1.3	4.1	4.1	3.7
Royaume-Uni	0.9	1.3	1.5	2	3.7	1.4	2.9
États-Unis	1.6	2	2.4	2.7	2.3	1.8	1.3
Moyenne ponctuelle OCDE ^e	1.3	1.8	2.4	2.9	3.9	2.7	1.9
Moyenne comparable pour 22 pays ^f	1.3	1.9	2.4	2.9	3.9	2.6	1.8
Écart type	0.3	0.4	0.6	0.7	1.7	0.8	1.0

a) Données de 1969 pour la Belgique ; 1971 pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

b) Données de 1981 pour l'Australie et la Corée.

c) Données de 1991 pour l'Allemagne et la Norvège ; 1992 pour l'Irlande ; 1993 pour l'Italie.

d) Données de 1999 pour les États-Unis et la Hongrie.

e) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

f) Moyenne non pondérée. Exclut l'Allemagne, la Corée, l'Espagne, la France, l'Irlande, l'Italie, le Mexique et la République slovaque.

Source : Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition.

Danemark, rencontrent des difficultés pour accroître l'offre de soins de santé en raison du nombre limité de médecins et d'infirmières disponibles⁵². Dans d'autres pays, on observe déjà une pression à la hausse sur les salaires⁵³. Ainsi, l'augmentation des ressources budgétaires risque de conduire à une hausse des salaires des professionnels de la santé plutôt qu'à un développement des services dispensés. Pour l'avenir, plusieurs pays s'inquiètent désormais de l'incidence sur l'offre de services de la cessation attendue d'activité d'une part importante des professionnels de la santé à mesure que la génération d'après-guerre prend sa retraite. L'offre devrait diminuer alors que les besoins liés à l'âge vont augmenter. Une amélioration des politiques de planification des ressources

Tableau 1.13. **Infirmières en activité dans les pays de l'OCDE, 1970-2000**

	Pour 1 000 habitants				Croissance annuelle (%)		
	1970 ^a	1980	1990 ^b	2000 ^c	1970 ^a -1980	1980-1990 ^b	1990 ^b -2000 ^c
Australie	6.7	10.3	11.6	10.7	4.4	1.2	-0.8
Autriche	3.4	5.4	7.2	9.2	4.7	2.9	2.5
Belgique		8.5					
Canada	6.9	9.6	11.1	9.9	3.4	1.5	-1.1
République tchèque		6.8	8.4	8.9		2.1	0.6
Danemark		6.9	8.6	9.5		2.2	1.1
Finlande	6	8.3	10.2	14.7	3.3	2.1	3.7
France	3.1	4.7	5.6	6.7	4.7	1.8	1.8
Allemagne				9.6			
Grèce	1.4	1.9	3.4	3.9	3.1	6.0	1.5
Hongrie	2.7	3.7	4.5	4.8	3.2	2.0	0.6
Islande	4.9	9.6	13.3	14	7.0	3.3	0.6
Irlande			11.3	14			2.2
Italie			5	5.2			0.4
Japon	2.6	4.2	6	7.8	4.9	3.6	3.3
Corée				3			
Luxembourg				10.1			
Mexique			1.5	2.2			3.9
Pays-Bas				13.4			
Nouvelle-Zélande		6.1	9.3	9.6		4.3	0.3
Norvège				10.3			
Pologne	3	4.4	5.5	4.9	3.9	2.3	-1.1
Portugal	1.8	2.3	2.8	3.7	2.5	2.0	2.8
République slovaque				7.5			
Espagne				6.6			
Suède	4.3	7	9.2	8.8	5.0	2.8	-0.5
Suisse				10.7			
Turquie		1	1.3	1.7		2.7	2.7
Royaume-Uni			7.8	8.8			1.2
États-Unis	3.7	5.6	7.2	8.1	4.2	2.5	1.3
Moyenne ponctuelle OCDE ^d	3.9	5.9	7.2	8.2	4.2	2.7	1.3
Moyenne comparable pour 16 pays ^e	3.9	5.9	7.5	8.2	4.2	2.6	1.1
Écart type	1.8	2.8	3.3	3.5	1.2	1.2	1.7

a) Données de 1971 pour la France et le Portugal.

b) Données de 1993 pour l'Italie.

c) Données de 1998 pour le Japon ; 1999 pour les États-Unis, la Grèce et l'Italie.

d) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

e) Moyenne non pondérée. Inclut l'Australie, l'Autriche, le Canada, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Islande, le Japon, la Pologne, le Portugal et la Suède.

Source : *Éco-Santé OCDE 2003*, 3^e édition.

humaines, axée sur le maintien d'une offre adéquate de professionnels de la santé à long terme, sera probablement nécessaire.

Pour ce qui est de l'offre hospitalière, les années 60 et 70 ont été marquées par une croissance rapide aussi bien des soins ambulatoires que des soins exigeant une hospitalisation. De nouvelles technologies médicales ont progressivement réduit à la fois la nécessité des soins nécessitant une hospitalisation et la durée requise des séjours⁵⁴. Si les politiques n'ont pas réagi immédiatement aux effets de la technologie, les pouvoirs publics se sont attachés – en particulier ces deux dernières décennies – à encourager une réduction du nombre de lits par habitant et à concentrer les soins aigus dans les grandes

unités hospitalières de façon à dégager des économies d'échelle et de portée (tableau 1.14)⁵⁵. Cette politique a limité le risque de dépassement des dépenses publiques car il y a moins de lits à remplir⁵⁶. En outre, les autorités ont imposé des contraintes plus strictes sur les dépenses d'équipement des nouveaux hôpitaux, les assujettissant souvent à une restructuration de l'offre existante. Néanmoins, le nombre élevé de lits de soins aigus par habitant recensé dans quelques pays en 2000 donne à penser que de nouveaux ajustements sont possibles (notamment en Allemagne, en Autriche, en Hongrie, en République tchèque et en Slovaquie).

Tableau 1.14. **Lits de soins aigus dans les pays de l'OCDE, 1970-2000**

	Pour 1 000 habitants					Croissance annuelle (%)		
	1960	1970 ^a	1980	1990 ^b	2000 ^c	1970 ^a -1980	1980-1990 ^b	1990 ^b -2000 ^c
Australie	6.5	6	6.4	4.8	3.8	0.6	-3.1	-2.3
Autriche				7	6.2			-1.2
Belgique		4.7	5.5	4.9	4.6	1.6	-1.1	-0.6
Canada			4.6	4	3.2		-1.4	-2.4
République tchèque			8.6	8.5	6.6		-0.1	-2.5
Danemark		5.5	5.3	4.1	3.3	-0.5	-2.5	-2.4
Finlande	3.9	4.8	4.9	4.3	2.4	0.2	-1.3	-5.7
France			10.4	8.5	6.7		-2.0	-2.4
Allemagne	7.3	7.5	7.7	7.5	6.4	0.3	-0.3	-1.6
Grèce			4.7	4	4		-1.6	0.0
Hongrie	4.6	5.6	6.6	7.1	6.3	1.7	0.7	-1.2
Islande				4.3				
Irlande			4.3	3.3	3		-2.6	-0.9
Italie			7.9	6.2	4.3		-2.4	-4.0
Japon								
Corée				2.7	5.2			6.8
Luxembourg			7.4	7	6.7		-0.6	-0.4
Mexique				1	1			0.0
Pays-Bas	5.1	5.5	5.2	4.3	3.5	-0.6	-1.9	-2.0
Nouvelle-Zélande				8				
Norvège			5.2	3.8	3.1		-3.1	-2.0
Pologne	4.6	5.1	5.6	6.3	5.1	0.9	1.2	-2.1
Portugal	3.6	4.2	4.2	3.4	3.3	0.0	-2.1	-0.4
République slovaque					5.9			
Espagne				3.3	3.2			-0.4
Suède		5.5	5.1	4.1	2.4	-0.8	-2.2	-5.2
Suisse	8.2	7.1	7.2	6.5	4.1	0.1	-1.0	-4.5
Turquie		1.3	1.5	2	2.2	1.4	2.9	1.0
Royaume-Uni					3.9			
États-Unis	3.5	4.1	4.4	3.7	2.9	0.7	-1.7	-2.4
Moyenne ponctuelle OCDE ^d	5.3	5.1	5.8	5.0	4.2	0.4	-1.2	-1.6
Moyenne comparable pour 13 pays ^e		5.1	5.4	4.8	3.9	0.4	-1.0	-2.3
Écart type		1.5	1.6	1.6	1.4	0.8	1.7	1.9

a) Données de 1972 pour le Danemark ; 1973 pour la Suède.

b) Données de 1989 pour l'Australie ; 1991 pour le Mexique.

c) Données de 1997 pour la Belgique ; 1998 pour l'Espagne et le Portugal ; 1999 pour le Danemark et la Grèce.

d) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

e) Moyenne non pondérée. Inclut seulement l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, le Danemark, les États-Unis, la Finlande, la Hongrie, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Suède, la Suisse et la Turquie.

Source : Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition.

Plafonnement budgétaire. Le plafonnement ou le contrôle budgétaire est un instrument qui a été largement utilisé pour la maîtrise des dépenses (tableau 1.15). Alors qu'elle visait initialement le secteur hospitalier (l'élément le plus coûteux du système), cette mesure a souvent été complétée par des plafonds globaux et supplémentaires sur les dépenses au titre des soins ambulatoires et pharmaceutiques, illustrant la difficulté de maîtriser les dépenses globales en se concentrant seulement sur une de leurs composantes. En général, les mesures visant à contrôler et à remodeler l'offre et à plafonner les dépenses dans le secteur hospitalier semblent avoir été plus efficaces que celles mises en œuvre pour les soins ambulatoires ou les produits pharmaceutiques, bien que les différences institutionnelles aient entraîné des variations considérables entre les pays⁵⁷. Le contrôle des dépenses au moyen d'un plafonnement budgétaire semble aussi avoir été plus efficace dans des pays comme le Danemark, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, où des modèles intégrés de financement et d'offre des soins de santé sont (ou étaient) la règle ainsi que dans ceux où le mode du payeur unique est prédominant, comme le Canada, où les budgets de la santé sont généralement expressément fixés dans le cadre du processus budgétaire⁵⁸.

Quelques pays dont les systèmes sont fondés sur l'assurance sociale ont établi des budgets ou des objectifs indicatifs (Belgique, France, Luxembourg et Pays-Bas), mais ces limites ont rarement été respectées, en particulier en raison de leur caractère indicatif et, parfois, parce qu'il n'y avait pas de moyens de résorber les dépenses excédentaires les années suivantes (France)⁵⁹. D'autres ont cherché à limiter indirectement les dépenses, comme le gouvernement tchèque qui a établi des plafonds budgétaires pour les différents prestataires en 1994 (après une forte augmentation des dépenses en 1992-93), mais en passant par l'intermédiaire du principal assureur, ou l'Allemagne, qui a limité les dépenses grâce à l'augmentation des recettes tirées des cotisations compte tenu des taux de cotisation fixes sur la période 1992-93 à 1997. En outre, dans les pays où l'offre est organisée à des niveaux inférieurs d'administration, les autorités centrales ont limité le montant des transferts interadministrations (Canada, Finlande) ou ont imposé des limites aux hausses d'impôts décidées aux échelons inférieurs (Danemark et Suède).

Les nouveaux contrôles budgétaires ont aussi impliqué l'abandon des paiements rétroactifs – c'est-à-dire le remboursement des prestataires sur la base des coûts – pour passer à des budgets pré-établis ou prospectifs. Sous sa forme la plus simple, les prestataires ont été assujettis à une discipline budgétaire stricte tout en continuant d'assumer la responsabilité d'adapter l'offre de soins à la demande. Cependant, les contraintes de dépenses appliquées de haut en bas sous la forme de plafonds budgétaires peuvent avoir des effets incitatifs peu souhaitables. Elles n'encouragent pas (et pourraient décourager activement) les prestataires à accroître la production et à améliorer la productivité⁶⁰. Par exemple, lorsque le budget est alloué sans tenir compte de la production, il n'y a pas de coûts financiers si la production diminue ni de dédommagement pour une augmentation des coûts si la production augmente. Lorsque les budgets sont fixés sur la base du coût historique, cela peut favoriser les prestataires inefficients et pénaliser les prestataires efficaces, tout en faisant obstacle à la répartition géographique des ressources rares sur la base des besoins. En outre, lorsque toute économie réalisée est récupérée par les payeurs (le Danemark, la France et la Grèce continuent de budgétiser de cette manière), les plafonds budgétaires fixes encouragent les fournisseurs à réaliser le maximum de dépenses autorisées. En outre, étant donné que les plafonds budgétaires et les contrôles sur les intrants sont souvent associés à des réductions de personnel et à une

Tableau 1.15. **Dispositifs globaux et sectoriels pour la fixation des dépenses**

Budgets	
Allemagne ^a	Aucun budget global pour les soins de santé. Des budgets sont négociés pour les soins ambulatoires et dentaires au niveau régional. Des budgets cibles pour les hôpitaux et des plafonds régionaux sont négociés pour les dépenses de médicaments.
Australie	Budgets plafonnés pour les hôpitaux publics.
Autriche	Aucun budget global pour les soins de santé. Une partie des budgets pour les hôpitaux est fixée annuellement. Limites de dépenses pour certains médecins.
Belgique	Le budget de l'assurance-maladie est fixé annuellement par le gouvernement. Il y a des budgets cibles sur une base sectorielle pour les hôpitaux, les médicaments, les cliniques, la biologie, les soins dentaires et les soins primaires.
Canada	Payeur unique qui a la responsabilité de fixer le budget ; varie par province.
Corée	Aucun.
Danemark	Le budget global de la santé est négocié annuellement et fixé par le gouvernement et les gouvernements locaux (comtés). Les gouvernements locaux ne peuvent pas augmenter les impôts locaux. Les budgets pour les hôpitaux sont fixés annuellement. Budgets cibles pour les soins primaires et les médicaments.
Espagne	Un budget national est fixé annuellement mais il n'est généralement pas respecté. Budgets cibles pour les soins primaires, les médicaments, les malades hospitalisés, la recherche, la formation et les dépenses administratives.
Etats-Unis	Les dépenses de Medicare – moins de 20 % des dépenses totales de santé du pays – sont contrôlées par une fixation des prix. Les prix sont fixés pour chaque année pour toutes les unités de paiement. Il n'y a pas de budget prédéterminé, et selon les prix, les volumes indiquent la somme totale dépensée pour une année donnée.
Finlande	Aucun budget global pour les soins de santé. Des budgets sectoriels sont déterminés au niveau municipal pour les soins hospitaliers et ambulatoires.
France	Un budget cible est voté par le parlement. Des budgets sont fixés pour les hôpitaux, et des cibles de dépenses sont fixées pour la biologie clinique, les services infirmiers, la médecine de ville, les médicaments et la physiothérapie.
Grèce	Un budget national est établi annuellement, mais il n'est généralement pas respecté.
Hongrie	Le budget est fixé par le Parlement, y compris des sous-budgets par secteur. Les dépassements de coût sont limités par la capitation et un système de « points » pour les soins ambulatoires et des plafonds de dépenses par groupe de malades homogène.
Irlande	Les dépenses publiques sont limitées et déterminées par le ministère des Finances et le ministère de la Santé. Des budgets prospectifs sont fixés annuellement pour les huit conseils de santé. Des budgets sont fixés sur une base sectorielle pour les soins dans la communauté et pour les programmes spécifiques et généraux des hôpitaux.
Islande	Plafonds de dépenses pour les coûts totaux et par secteur.
Italie	Un budget national est établi annuellement, mais il n'est généralement pas respecté. Des budgets sont fixés pour les dépenses de médicaments. Dans certaines régions, des budgets sont fixés pour les soins ambulatoires des dépenses des hôpitaux privés.
Japon	Plafond implicite sur les dépenses de santé en proportion du PIB.
Luxembourg	Depuis 1994, des budgets prospectifs sont fixés pour les dépenses d'assurance-maladie.
Mexique	Les dépenses sont contrôlées par le budget, les taux de cotisation à la sécurité sociale et les subventions gouvernementales au système de sécurité sociale.
Norvège	Le budget est fixé par le gouvernement.
Nouvelle-Zélande	Le budget est fixé par le gouvernement.
Pays-Bas	Des budgets cibles sont déterminés par le gouvernement. Des cibles de dépenses sont établies pour les soins ambulatoires, hospitaliers et psychiatriques.
Pologne	Le budget est fixé par le gouvernement.
Portugal	Un budget national est établi annuellement mais il n'est généralement pas respecté. Des budgets sectoriels pour les généralistes, les médicaments et les équipements au niveau régional.
République slovaque	Système national d'assurance-maladie depuis 1992. Les déficits se sont accumulés.
République tchèque	Plafond de dépenses dans le secteur hospitalier établi depuis 1994 par le gouvernement (par l'intermédiaire de l'assureur principal). Paiement pour les soins ambulatoires par capitation.
Royaume-Uni	Les dépenses publiques sont limitées. Le budget des hôpitaux et des services dans la communauté est fixé au niveau national. Les services comprenant les dépenses de médicaments et les cabinets des médecins généralistes sont régulés indirectement.
Suède	Aucun budget global pour les soins de santé. Le taux d'imposition des régions est fixé par le gouvernement. Les conseils régionaux peuvent augmenter les taxes locales mais les réductions des subventions de l'État ont un effet dissuasif. Dans beaucoup de régions, il y a des budgets fixés au niveau du Conseil de région pour les centres de soins primaires et chaque hôpital. Dans d'autres régions, les budgets sont alloués à des groupes d'hôpitaux. Il n'existe pas de budgets pour les hôpitaux dans les conseils de région où il y a une distinction entre les acheteurs et les prestataires. Les dépenses de médicaments sont indirectement contrôlées par les conseils de région.
Suisse	Système national d'assurance-maladie depuis 1992. Les déficits se sont accumulés.
Turquie	Aucun.

a) En 1997, on a introduit de nouveaux systèmes : fixation des dépenses pour la rémunération à l'acte et cibles de volume d'activité pour les soins ambulatoires ; budgets souples et variables selon les pratiques pour les médicaments ; abolition des budgets cibles négociés avec chacun des hôpitaux.

Source : Mossialos et Le Grand (1999) ; différentes *Études économiques de l'OCDE* ; et informations fournies par les autorités nationales.

augmentation de la charge de travail, le moral et le dévouement du personnel peuvent en souffrir, alors que les restrictions sur les taux de salaires et sur l'embauche peuvent interférer avec les politiques en matière de personnel et la capacité d'attirer de la main-d'œuvre. En tout état de cause, la plupart des pouvoirs publics se sont trouvés obligés de financer les dépassements de coûts face au risque de faillite des hôpitaux (Italie, Grèce, Nouvelle-Zélande et Portugal). Dans ces conditions, les autorités ont de plus en plus cherché à associer les paramètres budgétaires à des mesures prenant davantage en compte les niveaux d'efficacité et de production des différents hôpitaux et la diversité des besoins entre les zones géographiques.

Transfert des coûts au secteur privé. Bien que le degré de participation aux coûts varie suivant les pays, le recours accru à cette pratique pour les soins médicaux a été assez répandu dans les années 80 et en particulier dans les années 90⁶¹. Cette évolution a surtout été perceptible pour les produits pharmaceutiques, alors que la participation des patients aux coûts des consultations à l'hôpital et des consultations de médecins a été moins généralisée (France, Italie, Suède)⁶². Le nombre de médicaments non remboursés s'est accru, essentiellement pour les médicaments de « confort » et pour ceux sans valeur thérapeutique prouvée. Le degré de participation aux coûts s'est accru pour grand nombre d'autres produits. Dans plusieurs cas, des paiements forfaitaires par prescription ont été introduits. Des systèmes de prix de référence ont aussi été mis en place dans plusieurs pays. Ces dispositifs augmentent la participation aux coûts pour les individus utilisant des produits de marque ou à coûts plus élevés, tout en assurant l'accès aux médicaments génériques⁶³.

Ces mesures ont réduit la part des dépenses publiques dans les dépenses totales, mais leur incidence sur la demande et la consommation de soins des ménages est probablement limitée (voir Docteur et Oxley, 2003, annexe). Les données empiriques disponibles donnent à penser que l'élasticité de la demande est généralement faible pour les soins de santé – de l'ordre de -0.2 à -0.3 – et encore plus faible pour les soins hospitaliers^{64, 65}. Une augmentation des copaiements suffisamment importante pour avoir des effets significatifs sur la demande aura vraisemblablement des effets peu souhaitables sur l'accès et pourrait se traduire par des coûts sociaux supplémentaires⁶⁶. En fait, nombre de pays ont cherché à atténuer l'incidence sur l'accès en exemptant les groupes vulnérables (les pauvres, les malades chroniques et les personnes âgées), qui consomment l'essentiel des services de santé, en fixant des plafonds sur les dépenses annuelles au titre des soins de santé à la charge des particuliers et des ménages (Suède, par exemple) et en autorisant une assurance complémentaire pour faire face à une plus grande participation aux coûts (France, par exemple). Cependant, là où coexistent beaucoup d'exemptions et plafonds, les frais d'administrations augmentent et l'économie budgétaire nette est moindre.

4.2. Amélioration de l'efficacité-coût au niveau microéconomique

Améliorer l'efficacité des systèmes de santé permet de compenser l'incidence budgétaire de l'accroissement de la demande de soins⁶⁷. Dans cette sous-section, on examine tout d'abord les réformes introduites pour améliorer la productivité et la production du secteur ambulatoire et hospitalier⁶⁸. Sont ensuite passés en revue les problèmes d'efficacité associés au marché de l'assurance-maladie. Les politiques concernant l'évolution technologique et, dans ce contexte, les produits pharmaceutiques, sont décrites ultérieurement.

Bien que l'efficacité des systèmes de santé soit difficile à mesurer, plusieurs indicateurs donnent à penser qu'il existe de grandes différences entre les pays (voire au sein des pays) pour ce qui est de la production, de la façon dont celle-ci est réalisée et l'incidence correspondante sur les résultats sanitaires (OCDE, 1995b). Comme le suggèrent les tableaux 1.12, 1.13 et 1.14, le niveau des ressources en capital et les ressources humaines employées dans le secteur varie largement entre les pays. En outre, il y a autant de différences que de pays dans la répartition des dépenses au titre des soins ambulatoires et des soins hospitaliers⁶⁹ et on observe aussi de grandes divergences dans le volume des soins spécialisés⁷⁰. Pour toute pathologie donnée, des différences importantes sont aussi observées dans le traitement et dans l'intensité des soins (profil des pratiques) aussi bien au sein des pays qu'entre ceux-ci⁷¹.

Réformes des marchés de prestataires : soins ambulatoires

Le médecin ou l'infirmière de soins primaires étant généralement le premier contact avec le système de santé, le rôle et l'organisation des soins ambulatoires revêtent une importance capitale dans l'efficacité et l'efficacité globale des systèmes de santé. En outre, transférer les soins vers le système ambulatoire contribue à contrôler les coûts globaux, car ces soins sont généralement moins coûteux que les soins hospitaliers. Il existe une très grande diversité entre les pays dans la façon dont les soins ambulatoires sont organisés et financés (encadré 1.3).

Malgré l'importance potentielle de ce secteur pour l'efficacité globale du système, les modifications ont été relativement modestes. Cela tient peut-être en partie à la résistance des professionnels de la santé à tout changement systémique, mais aussi à la difficulté de concevoir des systèmes de financement qui limitent les incitations à une offre excédentaire de soins, tout en maintenant un certain niveau de satisfaction des patients, en évitant, par exemple, les listes d'attente⁷². Un important changement d'orientation est sans doute en train d'intervenir au Royaume-Uni où les réformes récentes visent à accroître le rôle du généraliste dans les décisions de répartition des ressources dans le secteur hospitalier, et en Nouvelle-Zélande où les médecins auront un rôle plus important dans les décisions d'allocation des ressources pour les diagnostics et les médicaments⁷³. Le rôle d'aiguillage des médecins généralistes est encouragé dans quelques pays (États-Unis, France et Norvège)⁷⁴. Dans les pays d'Europe de l'Est, les soins ambulatoires, qui relevaient jusque-là du secteur public, ont été transférés aux praticiens privés dans les années 90, qui, dans certains cas, sont désormais payés à la capitation. Au début des années 90, la Suède a autorisé les médecins privés à être remboursés sur la base du paiement à l'acte par l'assureur public, une politique sur laquelle on est aujourd'hui largement revenu⁷⁵. Seuls quelques pays ont modifié les dispositifs de paiement, généralement pour abandonner les systèmes de paiements à l'acte au profit de dispositifs de rémunération salariale et de rémunération à la capitation⁷⁶.

Réformes des marchés de prestataires : le secteur hospitalier

Renforcer le rôle des acheteurs de soins. Un premier axe de réforme concerne la séparation entre les acheteurs et les prestataires de soins au sein des systèmes publics intégrés et, de manière plus générale, le renforcement du rôle d'agent joué par les acheteurs dans le système de soins. Les acheteurs/financeurs sont responsables auprès des autorités budgétaires de la maîtrise des coûts et, auprès des patients, de la qualité et de l'accessibilité des soins. Un certain nombre de pays dotés de systèmes intégrés

Encadré 1.3. Rémunération des médecins de premiers recours

Les généralistes reçoivent des salaires en Espagne (en association avec une capitation), en Grèce, en Finlande, en Islande, en Norvège (en association avec des honoraires), au Portugal, en Suède (en association avec une capitation) et en Turquie – autant de pays où les systèmes de santé sont intégrés. Les salaires sont généralement négociés au niveau central (c'est-à-dire entre les associations de médecins et l'État), avec des ajustements individuels possibles pour tenir compte de l'expérience, de l'emplacement et d'autres considérations liées à l'intéressement et/ou à l'incitation. Ces dispositifs de rémunération salariale permettent aux organismes de financement de contrôler directement les dépenses au titre des soins primaires ; cependant, ils peuvent conduire à une prestation insuffisante de services (pour alléger les charges de travail), à des renvois excessifs à des spécialistes et à la non prise en compte des préférences des patients.

Les systèmes de paiement à la capitation permettent aux généralistes de disposer d'un paiement fixe pour chaque patient sur leur « liste », avec généralement des ajustements en fonction de facteurs comme l'âge et le sexe. Ces systèmes sont utilisés en Italie (en association avec des honoraires), au Royaume-Uni (en association avec des honoraires et des allocations pour des services spécifiques), en Autriche (en association avec des honoraires pour des services désignés), au Danemark (où la capitation représente un tiers du revenu, le reste représentant la rémunération à l'acte), en Irlande (depuis 1989), aux Pays-Bas (avec un régime de rémunération des services pour les assurés privés et les salariés publics) et en Suède (depuis 1994). Les paiements à la capitation sont aussi plus courants dans les systèmes de gestion des soins des États-Unis^a. Ces systèmes permettent aux organismes de financement de contrôler le niveau global des dépenses de santé primaire et la répartition des financements entre les généralistes est déterminée par le nombre de patients enregistrés. Cependant, avec cette approche, les généralistes peuvent être incités à enregistrer un trop grand nombre de patients et à ne pas leur rendre les services voulus, à choisir les « meilleurs risques » et à réorienter des patients qu'ils auraient pu traiter directement. La liberté du choix des consommateurs pour ce qui est des médecins, associée au principe de « l'argent part avec le patient », pourrait contribuer à modérer certains de ces risques. Mis à part celui de la sélection, ces problèmes seront vraisemblablement moins prononcés que dans les dispositifs où les médecins sont salariés.

Les régimes de rémunération à l'acte sont utilisés pour rémunérer les généralistes dans les autres pays de l'OCDE et sont encore plus largement utilisés pour les spécialistes travaillant dans les soins ambulatoires. Les niveaux de rémunération sont soit négociés au niveau central [comme au Japon, en Allemagne, au Canada et en France (secteur 1)^b] soit fixés par les praticiens au niveau individuel. Certains pays [par exemple l'Australie, la France (secteur 2) et la Nouvelle-Zélande] permettent aux généralistes de majorer les taux auxquels sont en général remboursés les patients.

Les régimes de rémunération à l'acte laissent les médecins totalement libres de choisir le niveau et la combinaison de services, les aiguillages vers des spécialistes et les autres options de traitement. Mais les médecins sont incités à accroître le volume et les prix des services qu'ils fournissent. Le risque d'une demande induite par l'offre est particulièrement fort avec ce type de système de rémunération, par exemple parce qu'il favorise les services fournis « sur place », alors qu'il serait avantageux – par exemple du fait des économies d'échelle – de recourir davantage à des fournisseurs secondaires.

Encadré 1.3. Rémunération des médecins de premiers recours (suite)

Comme suggéré dans la description des contrats par capitation, on s'intéresse de plus en plus aux systèmes de paiement associant différents éléments de ces trois approches^c.

- a) Les systèmes de gestion de soins peuvent être définis comme étant une série d'activités cliniques, financières et organisationnelles dont le but est d'assurer la prestation de soins de santé appropriés de manière efficiente (Academy Health, 2003). Ces systèmes de gestion sont employés le plus souvent par des organismes et des professionnels qui assument le risque pour une population donnée.
- b) Les médecins exerçant dans le secteur ambulatoire appartiennent soit au secteur 1, où ils appliquent des honoraires convenus avec la Sécurité Sociale (secteur conventionné), soit au secteur 2, où ils peuvent fixer librement leurs honoraires. Un assouplissement des règles d'accès au secteur 2 conduit à une augmentation rapide des médecins choisissant ce secteur, de sorte que dans nombre de villes il est difficile de trouver un spécialiste du secteur 1. Plus récemment, l'accès au secteur 1 a été considérablement durci.
- c) Newhouse (1992b) avance que des systèmes mixtes sont plus performants que des systèmes par capitation ou des systèmes de rémunération à l'acte « purs », car ils réduisent les pertes de bien-être qui interviennent lorsque, dans le cadre de systèmes administrés, les prix sont fixés au « mauvais » niveau – c'est-à-dire loin du niveau où les coûts et les avantages marginaux des services s'égalisent.

(Australie, Italie, Nouvelle-Zélande, Portugal, Royaume-Uni, Suède, et plus récemment, Grèce) se sont engagés dans cette voie⁷⁷. Une politique plus active en matière d'achats apparaît aussi dans des pays dont les systèmes de santé reposent sur un modèle d'assurance publique avec contrat (Allemagne, Belgique, France). Le rôle des acheteurs a été renforcé aux États-Unis également, dans le contexte des réseaux de soins et des contrats d'assurance sélectifs. La nature de l'acheteur varie elle aussi. Alors que la plupart des pays se sont concentrés sur le secteur hospitalier, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande ont confié dans certains cas la fonction d'acheteur aux médecins de premier recours, et la même tendance a été renforcée en 1997 au Royaume-Uni (généralistes gestionnaires de budget)⁷⁸. Par ailleurs, des expériences plus ou moins étendues ont été menées dans des pays où les soins de santé sont décentralisés (Espagne, Italie, Suède)⁷⁹.

Les informations disponibles sur les effets de l'adoption d'une telle approche sur les coûts et les performances sont très limitées. Cependant, la capacité des acheteurs d'influer sur le comportement des prestataires semble dépendre dans une large mesure des informations dont ils disposent. Dans bien des cas, sauf peut-être aux États-Unis, les acheteurs ne disposaient pas des compétences et des ressources nécessaires pour remédier à l'asymétrie d'information en faveur des prestataires. De ce fait, ils ont eu des difficultés à faire respecter les contrats et à vaincre la résistance des prestataires au changement (Smee, 2000 ; Light, 2000)⁸⁰. Au Royaume-Uni, les généralistes gestionnaires de budget semblent avoir fait preuve d'une efficacité un peu plus grande que les District Health Authorities en ce qui concerne l'achat sélectif de soins non vitaux dans le nouvel environnement (Glennester et Le Grand, 1995).

Les acheteurs se sont également chargés, dans certains cas, de réorganiser et de rationaliser les établissements de soins. En France, les agences régionales d'hospitalisation (ARH) ont été créées en 1996 pour organiser les soins hospitaliers par région. Bien qu'elles n'achètent pas directement des soins, elles peuvent négocier des contrats avec des prestataires et affecter des budgets aux différents hôpitaux qui relèvent de leur compétence. Ces groupes jouent aussi un rôle actif dans la restructuration de l'offre de services hospitaliers.

Améliorer les relations contractuelles avec les hôpitaux et les modalités de leur rémunération. Parallèlement à l'établissement d'une distinction plus nette entre les acheteurs et les prestataires, les assureurs/financeurs des soins hospitaliers ont progressivement joué un rôle plus actif en matière d'achats et de contrats, ne se contentant plus de canaliser les ressources financières vers les prestataires. D'une manière générale, les contrats avec les hôpitaux ont aujourd'hui un caractère plus explicite et sont davantage axés sur la réalisation d'objectifs de maîtrise des coûts, d'efficience et de qualité des soins. Une attention plus soutenue est accordée aux incitations inhérentes à chacune des méthodes de paiement (les principales catégories de méthodes et leurs effets incitatifs sont décrits dans l'encadré 1.4 en ce qui concerne les soins hospitaliers). Diverses modalités contractuelles ont été utilisées, leur forme reflétant souvent le volume des informations mises à la disposition de l'acheteur. En l'absence d'informations détaillées sur les coûts des différents services hospitaliers, on s'est surtout orienté vers des contrats cadres, s'accompagnant parfois d'indications sur le niveau et la qualité des services demandés. En général, les acheteurs et les prestataires – notamment dans le contexte des systèmes publics intégrés – n'ont pas une idée précise du coût effectif de divers traitements. En conséquence, les prestataires ont des difficultés à déterminer quel est le traitement le plus efficace par rapport à son coût, tandis que les acheteurs n'ont guère la possibilité d'évaluer les performances des prestataires. Si les acheteurs jouent désormais un rôle plus actif dans la collecte des informations permettant de décider de l'affectation des ressources dans le secteur hospitalier, la manière dont ces informations doivent être utilisées suscite encore de sérieuses controverses, en France par exemple⁸¹. L'expérience des États-Unis en ce qui concerne le rôle plus actif joué par les assureurs privés sur le plan des achats (voir plus loin) montre que des investissements importants dans l'informatique et le capital humain sont nécessaires pour bien négocier les contrats et pour s'assurer que leurs termes sont respectés (Light, 1998, 2000).

Dans ce contexte, les coûts en capital ont de plus en plus retenu l'attention. Dans beaucoup de pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Pays-Bas), les investissements dans le secteur hospitalier sont toujours contrôlés et financés au niveau central ou régional, et les dépenses correspondantes sont généralement considérées comme ne faisant pas partie des budgets de fonctionnement. Cette situation a sans doute favorisé une offre excessive de services hospitaliers et une plus forte intensité capitalistique des soins, les équipements étant pratiquement gratuits pour les hôpitaux. Pour y remédier, quelques pays (Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni) ont décidé de faire figurer des charges d'investissement dans les contrats⁸².

Les systèmes de tarification prospective semblent avoir encouragé une plus grande efficience dans le secteur hospitalier. Aux États-Unis, on a observé une diminution sensible de la durée moyenne des hospitalisations par comparaison avec les autres méthodes de paiement, encore que cette évolution se soit aussi accompagnée dans certains cas d'une moindre intensité des soins (Chalkley et Malcolmson, 2000). En Suède, une comparaison entre les régions utilisant des systèmes de paiement prospectif et d'autres régions ont mis en évidence un écart de coût de l'ordre de 10 % (Gerdtham et al., 1999a et b), et des résultats analogues ont été observés en Australie. Cependant, l'utilisation de ces méthodes de paiement peut entrer en conflit avec une maîtrise globale des dépenses, en particulier en cas d'offre excédentaire ou de réserves de productivité. Par exemple, la mise en place de groupes homogènes de malades dans la région de Stockholm s'est soldée par une forte augmentation de l'activité et des dépenses et par le rétablissement d'une maîtrise

Encadré 1.4. **Systèmes de financement des hôpitaux**

Avec les *dotations/budgets globaux*, les hôpitaux reçoivent un budget annuel fixe pour couvrir l'ensemble de leurs services (en général à l'exclusion des grosses dépenses d'équipement). Dans les années 80, le financement global est devenu la principale méthode de financement utilisée dans nombre de systèmes de santé « intégrés » où l'État est le principal prestataire ainsi que le principal payeur des services de santé. On retrouve cette méthode, par exemple, en Australie, au Canada, au Danemark, en Finlande (en association avec une facturation directe aux municipalités), en Irlande, au Mexique, en Norvège, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et en Suède (jusqu'aux réformes récentes) et elle est aussi courante dans les secteurs publics hospitaliers d'autres systèmes [par exemple en Espagne (hôpitaux de sécurité sociale) et en France]. Au Danemark et en Suède, des subventions globales sont fournies au niveau des différents services des hôpitaux. Ce mode de financement est un moyen direct de limiter les dépenses hospitalières, à condition que les mécanismes de mise en œuvre soient adéquats (ce qui n'a pas été le cas dans plusieurs pays d'Europe du Sud). Cependant, comme on l'a noté, il n'incite guère les hôpitaux à améliorer l'efficacité de leurs opérations. Une autre solution plus complexe consiste à définir les prix et volumes des soins (Allemagne, Royaume-Uni), bien que ce type de dispositif se rapproche des GHM (groupes homogènes de malades) décrits ci-après.

Les *paiements par journée-lit* correspondent à une rémunération forfaitaire versée aux hôpitaux par lit mis en service. Cette approche a été utilisée essentiellement dans les systèmes financés par le secteur public, avec des prestataires à la fois publics et privés, et ne subsiste probablement aujourd'hui qu'en Suisse. Les dépenses hospitalières globales sont ainsi plafonnées par la capacité hospitalière totale ; cependant, les fournisseurs sont incités à diminuer la rotation du patient et à prolonger la durée des séjours de façon que les premières journées plus chères (lorsque l'intensité du traitement est plus grande) soient compensées par des journées à moindre coût ultérieurement durant la phase de récupération. Comme avec les subventions globales, les décisions de financement ne tiennent pas compte des informations sur les coûts relatifs des différentes méthodes de traitement. Pour minimiser cette incitation, l'Allemagne, par exemple, plafonne le nombre de journées-lit et ne rembourse que partiellement le prix de la journée-lit lorsque le plafond est dépassé.

Avec les méthodes de la *rémunération à l'acte*, les hôpitaux sont rémunérés en fonction des différents services fournis. C'est là la principale méthode de paiement des services hospitaliers au Japon, dans certains cantons suisses et, auparavant, aux États-Unis, c'est-à-dire dans des systèmes où les prestataires sont essentiellement du secteur privé et les assureurs sont multiples. Avec la rémunération à l'acte, le macro-contrôle est plus faible que, par exemple, avec les subventions globales (exigeant une limitation des dépenses par d'autres moyens), les fournisseurs étant incités à augmenter la quantité, la qualité et le prix des services fournis.

La *forfaitisation* consiste à fixer les rémunérations de façon prospective sur la base des conditions médicales diagnostiquées et des coûts standardisés du traitement. Le système le plus connu est celui des groupes homogènes de malades (GHM) introduit dans le programme Medicare, aux États-Unis, en 1983. Les différentes pathologies sont réunies en groupes de coûts homogènes et les coûts moyens du traitement sont estimés. Un patient est affecté à un groupe lors de son entrée à l'hôpital et le prestataire reçoit un montant forfaitaire pour le traitement. Les tarifs sont fixés administrativement pour chaque catégorie. Cette approche semble avoir certains aspects positifs : elle répartit les ressources budgétaires sur la base de la production ; elle donne aux acheteurs un certain

Encadré 1.4. **Systèmes de financement des hôpitaux** (suite)

contrôle sur l'intensité de traitement (par exemple au moyen du tarif) ; elle encourage les hôpitaux à accroître la production lorsque la demande et la capacité existent et à rechercher les moyens de réduire les coûts par épisode de maladie. Cependant, elle risque d'entraîner des dépassements de coûts pour les prestataires. Les systèmes de ce type pouvant conduire à des comportements peu souhaitables de la part des prestataires de soins – comme « l'écrémage » des patients^a – ils doivent être soigneusement conçus et appliqués en fonction de la situation existant dans chaque pays^b. Pour éviter certains de ces problèmes, plusieurs pays ont étudié des dispositifs de partage des risques (van de Ven et Ellis, 2000)^c. En outre, il faut éviter que l'augmentation de la production ne conduise à des dépassements budgétaires (Wennberg et al., 1984)^d.

Les systèmes GHM se sont depuis répandus dans les autres parties du système médical des États-Unis et sont mis en œuvre ou envisagés par d'autres pays, notamment l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Corée, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, le Mexique^e, la Norvège, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse. Dans nombre de ces pays, ils ont été utilisés comme indicateurs du volume des soins, permettant de passer à des allocations budgétaires sur la base de la production et non plus sur la base des coûts historiques (par exemple, Autriche)^f.

- a) L'écrémage peut toutefois être aussi un problème avec d'autres systèmes de paiement.
- b) Les tarifs doivent être fixés soigneusement en fonction de la structure des coûts de chaque pays et ajustés eu égard à la modification des pratiques. Plus généralement, les prestataires doivent être contrôlés pour empêcher le transfert de patients dans des catégories de coûts plus élevés ou le refus de traiter les individus à hauts risques.
- c) Ces dispositifs peuvent revêtir diverses formes : paiement d'une partie des dépenses totales, paiement des dépenses d'un niveau exceptionnel (van de Ven et Ellis, 2000). La Belgique, par exemple, a choisi de conjuguer un versement fixe ou une allocation journalière pour les dépenses d'hospitalisation, calculées dans une optique prospective, avec une rémunération à l'acte pour les dépenses relatives au traitement.
- d) Les préoccupations suscitées par cette question ont conduit à un plafonnement budgétaire global et à un système à points en Autriche, alors qu'en Suède l'introduction d'un système GHM a conduit à une augmentation rapide de la production et à la réimposition d'un plafond budgétaire au milieu des années 90. Mais ces mesures ont aussi leurs propres revers. Dans le cas de l'Autriche, elles ont encouragé les hôpitaux à augmenter la production de façon à maximiser leur part dans le budget total. Un tel résultat peut être positif si il y a des réserves de productivité et des listes d'attente, mais poser des problèmes lorsqu'il conduit à une hospitalisation inutile.
- e) Pour les principaux prestataires de soins payés par la Sécurité sociale (IMSS) et seulement une très petite part des budgets des hôpitaux.
- f) En Allemagne, en Irlande, au Luxembourg et aux Pays-Bas, les budgets sont fondés sur les fonctions hospitalières ; en Belgique et en Espagne, seulement une partie du budget est fondée sur les activités – par exemple les activités infirmières et les activités hôtelières – alors que le traitement médical est rémunéré sur la base des services et rétrospectivement ; en Italie et en Suède (dans certains comtés), les budgets sont payés sur la base des activités, alors qu'au Royaume-Uni et en Finlande, des ensembles de services hospitaliers et ambulatoires sont achetés sur la base de l'offre attendue.

centralisée des dépenses, des pénalités étant appliquées en cas de dépassement des plafonds de dépenses en volume.

Améliorer l'indépendance des hôpitaux en matière de gestion et rendre leurs coûts plus transparents. C'est surtout dans les pays dotés de systèmes intégrés initialement soumis à de strictes limites budgétaires qu'une plus grande indépendance a été donnée aux producteurs de soins, notamment sur le plan de la gestion et en termes de responsabilité vis-à-vis des financeurs. Parallèlement à cette plus grande latitude en matière de gestion, on observe une externalisation croissante des activités lorsque celle-ci permet de réaliser

des économies⁸³. Par exemple, en vertu de la Private Finance Initiative, au Royaume-Uni, le secteur privé peut construire des hôpitaux et sous-traiter tous les services non médicaux qui y sont offerts. Les gains d'efficacité réalisés dans le secteur hospitalier ont toutefois été partiellement neutralisés par la nécessité d'assurer une meilleure information, à la fois pour des raisons de gestion et pour satisfaire aux règles de contrôle imposées par les financeurs et les acheteurs. Certains pays ont par ailleurs décidé d'améliorer la flexibilité de la main-d'œuvre. Par exemple, le Portugal transfère progressivement le personnel hospitalier sur des contrats de travail privés, et l'expérience des hôpitaux pilotes donne à penser que des gains d'efficacité peuvent être réalisés grâce à une plus grande flexibilité de la main-d'œuvre.

Renforcer la concurrence entre prestataires. Un nombre limité de pays (États-Unis, Nouvelle-Zélande, République tchèque, Royaume-Uni et Suède) ont essayé d'introduire davantage de concurrence entre les hôpitaux afin de les inciter à améliorer leur efficacité, leur qualité et leur réactivité (encadrés 1.5 et 1.6). L'apparition des réseaux de soins aux États-Unis pour les personnes ayant souscrit une assurance privée et les remboursements de Medicaid dans un contexte de concurrence entre prestataires semblent avoir contribué à freiner la croissance des dépenses de santé privées sans perte de qualité⁸⁴. Ces résultats ont été obtenus dans des conditions de marché et de réglementation qui sont probablement spécifiques aux États-Unis (encadré 1.5). Cependant, la réapparition récente de fortes pressions à la hausse sur les primes d'assurance et les dépenses de santé donne à penser que ces approches atteignent sans doute aujourd'hui leurs limites en termes de maîtrise des dépenses⁸⁵. Les efforts déployés pour développer la concurrence dans d'autres pays – à partir de systèmes de financement, de prestation et d'offre très différents de ceux des États-Unis –, n'ont pas abouti aux résultats escomptés et se sont heurtés à une opposition considérable de la part des patients et des prestataires. Cependant, étant donné que ces expériences ont été abandonnées au bout d'une période relativement courte, il aurait sans doute fallu plus de temps pour que des résultats positifs puissent apparaître.

Concurrence sur les marchés de prestataires hors des États-Unis

Les réformes tendant à développer la concurrence entre les prestataires de soins ont surtout visé à créer des quasi-marchés⁸⁶. Ces expériences se sont principalement déroulées dans des pays dotés de services de santé nationaux (modèles intégrés) ou d'un seul organisme payeur. Il s'agissait d'exercer des pressions sur les prestataires en introduisant une concurrence limitée et en imposant des contraintes budgétaires plus rigoureuses (Espagne – Catalogne, surtout –, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et Suède) (encadré 1.6). Les réformes se sont généralement traduites par une mise en concurrence des prestataires de soins de santé, sur la base des prix, vis-à-vis des clients des acheteurs de soins. Cependant, les pressions concurrentielles et les mesures incitatives à l'égard des prestataires étaient faibles, les acheteurs n'avaient pas les compétences et informations nécessaires pour inciter suffisamment les prestataires à changer de comportement, et le caractère limité de l'offre mettait les prestataires dans une position de force. Ces politiques se sont par ailleurs heurtées à une vive opposition de la part des patients et des prestataires. Elles ont par conséquent été abandonnées, au point que, dans le cas de la Nouvelle-Zélande, les réformes les plus récentes constituent pratiquement un retour à la situation de départ.

Encadré 1.5. **Concurrence sur les marchés de prestataires et gestion des soins aux États-Unis**

Face à l'augmentation des coûts des soins de santé, le système d'assurance des États-Unis est progressivement passé d'un modèle d'indemnisation avec un libre choix des consommateurs pour ce qui est du prestataire et le remboursement a posteriori des dépenses médicales, à des politiques moins onéreuses qui limitent à des degrés divers le choix par les patients du prestataire. Les assureurs sélectionnent ensuite les soins qu'ils achètent sur la base des tarifs, en veillant à ne pas nuire à la qualité. Les patients ne peuvent faire appel qu'aux prestataires choisis par leurs assureurs s'ils ne veulent pas encourir des pénalités financières. Les plans de gestion des soins vont encore plus loin en limitant potentiellement le niveau des soins par des systèmes de filtrage, des examens des cas et de l'utilisation, des autorisations préalables et le suivi des pratiques médicales. La gestion des soins a revêtu diverses formes, avec des combinaisons différentes de la couverture des risques, de la participation aux coûts et des primes (Glied, 2000). À un extrême, certaines organisations de soins de santé intégrés (HMO) fournissent leurs propres soins, conjuguant ainsi des fonctions d'assurance et de prestataire. Une autre formule actuellement plus généralisée est l'établissement de relations contractuelles non exclusives avec des prestataires indépendants (Independent Practice Associations). D'autres systèmes permettent aussi un plus large choix individuel des prestataires, au prix d'une augmentation du ticket modérateur et du relèvement des primes (Preferred Provider Organizations ou Point of Service Plans). Mais quelle que soit la formule considérée, seulement 5 % de la population assurée à titre privé étaient couverts par ce type de dispositif en 2002 (Gabel et al., 2002)^a.

La plus grande concurrence entre prestataires a bénéficié des conditions particulières du marché des soins de santé aux États-Unis. Dans les grandes villes, la concurrence locale dans le domaine des services de santé est peu réglementée et l'offre est excédentaire (Dranove et Satterhwaite, 2000). Les organismes d'achat sont d'une taille suffisante et ont un pouvoir de marché leur permettant de collecter et d'analyser des informations complètes sur les coûts et l'utilisation des services, contribuant ainsi à remédier à une asymétrie d'information inhérente au marché de la santé. Ces facteurs ont permis aux assureurs d'obtenir des prix plus bas (Rice et al., 1985 ; Staten et al., 1988 ; Melnick et al., 1992).

Une fois prises en compte les différences dans la situation sanitaire imputables à l'écrémage et à l'autosélection^b, les plans de gestion des soins semblent conduire à une moindre utilisation des hôpitaux (à la fois en raison d'une diminution des admissions et de la réduction de la durée des séjours), alors que le montant total des coûts des soins tend à être de 10 à 15 % inférieur à celui pour les plans d'indemnisation (Miller et Luft, 1994, 1997 et 2002 ; Glied, 2000)^c. Les réductions de coût ne semblent pas s'être accompagnées d'une diminution de la qualité des soins – encore que cela soit difficile à mesurer. Malgré ces points positifs, les restrictions imposées par les plans de gestion des soins ont conduit à un mécontentement considérable du public. Les autorités au niveau central et au niveau des États ont donc eu tendance à multiplier les réglementations limitant l'aptitude des organisations de soins de santé intégrés à restreindre l'accès. Enfin, et surtout, on est passé à des formules plus vastes et plus souples de gestion des soins, comme les Preferred Provider Organisations et les Point of Service Plans. Cette évolution a empêché les systèmes de gestion des soins de maintenir les gains d'efficience réalisés jusque-là.

- a) Ce système s'est répandu dans le secteur public où les États ont enrôlé une grande partie des affiliés à Medicaid dans les organisations de soins de santé intégrés et dans une moindre mesure dans le système Medicare dans le cadre du programme Medicare+Choice.
- b) Du fait de l'autosélection et de l'écrémage, on estime que les participants au plan de gestion des soins dépensent 20 à 30 pour cent en moins au titre de la santé, quel que soit le plan auquel ils sont affiliés (Glied, 2000).
- c) Cependant, si l'on s'accorde généralement à reconnaître que la gestion des soins joue un rôle déterminant dans le ralentissement de la croissance des dépenses globales de santé, en particulier dans les années 90, toutes les études fondées sur des micro-données ne font pas apparaître cet effet [environ plus de la moitié des études signalées dans Glied (2000) font apparaître soit une augmentation des dépenses globales associées à la gestion des soins, soit aucune réduction]. Pour un autre point de vue, voir Sullivan (2000).

Encadré 1.6. **Expériences de la concurrence entre prestataires en dehors des États-Unis**

Au début des années 90, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont opté à peu près pour la même approche en achetant les soins de santé à des prestataires indépendants mais appartenant dans une large mesure au secteur public. Les hôpitaux devaient établir les tarifs pour les soins de façon à se concurrencer. Dans la pratique, cela n'a concerné presque uniquement que les soins non urgents car les services d'urgence devaient être fournis au niveau local. Au Royaume-Uni, la responsabilité des achats a été répartie entre les autorités sanitaires de district (principaux acheteurs) et les généralistes gestionnaires de fonds (General Practice Fundholders) – c'est-à-dire les généralistes qui se portaient volontaires pour acheter la plupart des actes de chirurgie non urgente pour leurs patients. Les groupements de généralistes en Nouvelle-Zélande (Independent Practice Associations) ont assumé certaines fonctions budgétaires.

En Suède, la concurrence a été limitée pour l'essentiel au Comté de Stockholm, où neuf autorités sanitaires de district semi-autonomes ont été établies et chargées des achats des soins médicaux et de santé publique. Ces autorités devaient établir des contrats avec des prestataires qui précisaient les volumes et la qualité. Les paiements devaient être effectués en fonction des GHM et la concurrence devait s'exercer sur la base des tarifs, la part des soins totaux faisant l'objet d'un appel d'offres augmentant progressivement à compter de 1993. Ces réformes ont été réalisées en laissant le libre choix du prestataire aux patients et en augmentant la part des services ambulatoires privés rémunérés à l'acte à compter de 1994.

L'expérience a été de très courte durée en République tchèque, où a été mis en place un régime de concurrence entre assureurs et prestataires en 1992. Ce système s'est caractérisé par une importante offre excédentaire dans le secteur de la santé et a reposé sur un système de rémunération à l'acte (OCDE, 2003a).

Bien que certains indicateurs d'efficience se soient légèrement améliorés au Royaume-Uni, il n'y a pas eu d'avancée durable au niveau des listes d'attente ou des temps d'attente ni aucune amélioration mesurable de la qualité clinique des soins^a et des résultats sanitaires, et par conséquent, de la satisfaction des patients (Smee, 2000 ; Mays et al., 2000)^b. Les généralistes gestionnaires de fonds seraient parvenus à obtenir des réductions des coûts en achetant, le cas échéant, l'offre hospitalière excédentaire (Glennester et Le Grand, 1995). En Nouvelle-Zélande, rien n'indique qu'il y a eu une amélioration de la performance du secteur hospitalier. Les appels d'offres ont peut-être permis des économies de faible importance dans les services hospitaliers non médicaux (Cumming et Mays, 2002). Ces petits succès remportés en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni doivent être replacés dans le contexte d'une augmentation significative des dépenses d'administration (Smee, 2000 ; Le Grand, 2002) et, au Royaume-Uni, d'un sentiment de plus grande inégalité de l'accès aux soins^c.

Les réformes dans le Comté de Stockholm semblent avoir conduit à une amélioration prononcée du volume des soins hospitaliers, en raison à la fois des paiements sur la base des GHM et du libre choix par les patients du prestataire. D'après certaines données économétriques, les hôpitaux des comtés qui ont été les plus actifs dans le recours à la sous-traitance et l'instauration de marchés internes se sont révélés plus efficaces que ceux des autres comtés (Gerdtham et al., 1999a et b)^d. Cependant, l'augmentation des volumes et la progression des dépenses ont conduit à des baisses des tarifs GHM et à l'imposition de pénalités pour les prestataires dépassant les volumes prévus dans les contrats, mettant ainsi en évidence la difficulté de conjuguer le contrôle des coûts et la

Encadré 1.6. **Expériences de la concurrence entre prestataires en dehors des États-Unis (suite)**

promotion d'une plus grande efficacité. Ce problème est apparu aussi en République tchèque : après la forte progression des dépenses de santé, des plafonds budgétaires ont été imposés sur les hôpitaux et les médecins ont été rémunérés à la capitation et non à l'acte.

Dans tous les pays qui en ont fait l'expérience, l'introduction de la concurrence n'a été que de courte durée : 1992 à 1997 pour le Royaume-Uni et 1992 à 1996 pour la Nouvelle-Zélande et la Suède. Ce résultat a été attribué à plusieurs facteurs : tradition d'un contrôle budgétaire et réglementaire centralisé ; monopoles des prestataires locaux, pénurie de l'offre et listes d'attente ; faible incitation des prestataires et absence de contraintes budgétaires strictes ; absence de personnel qualifié pour réaliser les achats ; et, plus généralement, sous-estimation de la complexité des marchés de la santé. Dans ces conditions, les forces concurrentielles sont restées faibles et les politiques mises en œuvre l'ont été pendant trop peu de temps pour avoir une incidence substantielle. D'après certains, la concurrence ne s'est pas véritablement matérialisée (Le Grand, 1999 ; Smeets, 2000 ; Light, 1998).

- a) De fait, Propper *et al.* (2002) fournissent des informations qui portent à croire que la qualité pourrait même avoir baissé au Royaume-Uni. Les taux de mortalité ont été plus élevés dans les hôpitaux où les possibilités de concurrence étaient les plus fortes.
- b) On a observé une légère accélération de la croissance de la productivité hospitalière et une réduction relative des dépenses pharmaceutiques des généralistes gestionnaires de fonds. Les prestataires semblent avoir aussi été plus sensibles aux préoccupations des généralistes quant à la qualité. Les généralistes gestionnaires de fonds ont été en mesure dans quelques cas d'obtenir de meilleurs tarifs, mais avec éventuellement des conséquences comme la diminution des recettes hospitalières. D'après certaines données, ce système a aussi conduit à un service à deux vitesses. Cependant, le fait que les généralistes gestionnaires de fonds aient eu généralement à modifier leurs modes d'activité – de façon à optimiser leur gestion de ces fonds – juste avant de participer au système rend difficiles les comparaisons de la situation avant et après (Mays *et al.*, 2000).
- c) Les temps d'attente semblent avoir été plus courts pour les généralistes gestionnaires de fonds (Mays *et al.*, 2000).
- d) Ces études donnent à penser que les différences en matière d'efficacité pourraient être de l'ordre de 10 %. Cependant, l'exactitude de ces estimations est limitée par la capacité de contrôler adéquatement ces facteurs exogènes. Certaines améliorations de la performance des hôpitaux sont intervenues mais elles ont été assez dispersées et sont parfois apparues avant que les marchés concurrentiels ne commencent de fonctionner. Cette évolution pourrait donc tenir à l'incidence du système de Garantie des patients introduit antérieurement.

Bien que les tentatives visant à instituer une concurrence active sur les marchés des soins de santé en Europe et en Nouvelle-Zélande n'aient pas abouti, certains de leurs éléments de base subsistent néanmoins. Tous les pays semblent avoir conservé des dispositifs contractuels, même si ceux-ci s'inscrivent désormais dans une perspective à plus long terme et mettent davantage l'accent sur la coopération que sur une véritable concurrence. Il est donc probable que les décideurs y voient un instrument utile pour renforcer la position des acheteurs, pour encourager une plus grande transparence et pour rechercher des solutions plus efficaces par rapport à leur coût (Light, 2001). Dans certains cas, les incitations ont été améliorées ; par exemple, les acheteurs et les prestataires peuvent désormais conserver des excédents au Royaume-Uni depuis la réforme de 1997, tandis que les acheteurs peuvent encore, en dernier recours, retirer leur clientèle aux prestataires locaux s'ils ne sont pas satisfaits des services qu'ils reçoivent⁸⁷. Les formules de financement sont de plus en plus fondées sur la production, avec certains ajustements pour compenser les coûts plus élevés imputables aux maladies graves, plutôt que sur des contrats cadres ou des budgets plafonnés. Un certain nombre de pays (le Royaume-Uni

notamment) continuent de recourir à la sous-traitance ou y ont de plus en plus recours pour les services hospitaliers non médicaux. On s'efforce de plus en plus d'intégrer la planification des soins de santé, en prenant en compte tous les niveaux de soins, de manière à rechercher une combinaison plus efficiente de la médecine de ville et des soins de santé (Suède et Royaume-Uni). Enfin, on utilise de plus en plus des comparaisons et points de repère entre prestataires (par exemple, Portugal et Royaume-Uni).

Une forme ou une autre de contrôle budgétaire demeure nécessaire pour assurer l'efficacité de l'ensemble du système et éviter les problèmes de risque moral. Néanmoins, des arbitrages peuvent être opérés entre la maîtrise globale des coûts et l'importance des gains d'efficacité recherchés – même si certains indicateurs (voir plus haut) donnent à penser que des gains d'efficacité considérables sont possibles. Ceux-ci peuvent dépendre de la manière dont des incitations plus appropriées se traduisent par des changements dans le comportement des prestataires. C'est particulièrement le cas dans le secteur hospitalier, où les améliorations d'efficacité dépendront d'un certain nombre de facteurs comme la qualité de la gestion, les possibilités d'amélioration des modalités de fonctionnement et les moyens d'inciter le personnel à rechercher et à accepter de nouveaux modes de travail. Les informations dans ce domaine sont très limitées, mais de longues périodes de restrictions budgétaires (ou salariales) peuvent rendre plus difficile l'établissement de conditions propices au changement, en particulier lorsque les améliorations nécessitent des investissements en capital humain et physique. Certaines augmentations des ressources peuvent donc se révéler nécessaires pour faciliter le changement. Cependant, ces augmentations doivent être choisies avec soin, de manière à encourager les gains d'efficacité.

En outre, certains mécanismes de paiement ne sont pas toujours compatibles avec une maîtrise des coûts. À en juger par l'expérience de la Suède et de la Norvège, les tentatives visant à améliorer la productivité des hôpitaux au moyen de systèmes de paiement liés au volume de l'activité peuvent rapidement conduire à des dépassements de coûts, à moins qu'il ne soit possible d'ajuster les prix (ce que permet le système de points en vigueur dans le secteur hospitalier autrichien)⁸⁸.

Renforcer la concurrence entre les assureurs

La concurrence sur le marché de l'assurance peut améliorer l'efficacité de deux manières. Premièrement elle encourage les assureurs à réduire au minimum leurs coûts administratifs et à améliorer les services offerts aux assurés, même s'il est probable que les dépenses de fonctionnement et de commercialisation resteront plus élevées que dans les pays ayant retenu le modèle de l'assureur unique. Lorsque plusieurs plans d'assurance sont proposés, le bien-être du consommateur peut se trouver amélioré du fait de la plus grande diversité des régimes de couverture et, en particulier, des degrés de couverture offerts. Par ailleurs, les pressions concurrentielles engendrées par le fait que les assureurs ont la possibilité de choisir entre divers prestataires de soins peuvent favoriser des gains d'efficacité en matière de soins. L'expérience récemment acquise sur les marchés de l'assurance-maladie donne à penser qu'il est plus difficile qu'on ne le pensait d'atteindre cet objectif tout en continuant à couvrir la totalité de la population (van de Venet Ellis, 2000).

Préoccupés par l'augmentation des coûts des soins de santé, quelques pays de l'OCDE dotés de systèmes à assureurs multiples (Allemagne, Belgique, Pays-Bas et République tchèque) ont ouvert plus largement le marché de l'assurance-maladie à la concurrence. En Suisse, où il y avait déjà des marchés concurrentiels de l'assurance privée, l'assurance-

maladie est devenue obligatoire (encadré 1.7). Cependant, un contrôle réglementaire rigoureux et la nécessité de permettre à l'ensemble de la population d'accéder à une couverture des soins de santé ont limité les possibilités de réforme et imposé de nouveaux arbitrages.

Encadré 1.7. La concurrence dans le secteur des assurances de certains pays européens

Ces systèmes concurrentiels d'assurance visent à associer la concurrence avec une couverture intégrale ou quasi intégrale. La couverture a été rendue obligatoire ou a été obtenue par le biais de dispositifs publics couvrant les groupes vulnérables (Pays-Bas). En général, les systèmes offrent à la fois un ensemble déterminé de soins assurés et le libre choix de l'assureur à intervalles réguliers, et une évaluation globale pour tous les membres d'un même plan d'assurance. Les assureurs sont souvent des entités à but non lucratif (Belgique, Suisse)^a. Les systèmes de cotisation peuvent être fondés sur les salaires (par exemple, Allemagne), le revenu, les primes d'assurance individuelle (par exemple, Suisse) ou un mélange des trois (par exemple, Pays-Bas).

Un élément clé de tous les systèmes est un dispositif d'ajustement *ex ante* en fonction du risque qui vise à tenir compte des différences dans les risques représentés par les affiliés auprès des différents assureurs. Les assureurs dont les affiliés ont des profils à hauts risques reçoivent une subvention croisée de ceux couvrant des risques moindres de façon à pouvoir financer les dépenses plus élevées de santé escomptées. Cependant, ces systèmes d'ajustement ne pouvant couvrir qu'une petite partie des véritables écarts en matière de risques^b, tous les assureurs sont incités à attirer des individus en meilleure santé – c'est-à-dire de procéder à un écrémage^c. Cela, à son tour, fait perdre de son intérêt aux mesures visant à inciter les prestataires de santé à réduire les coûts car l'écrémage constitue un moyen plus facile d'assurer la rentabilité (ou la viabilité financière dans le cas des assureurs sans but lucratif). Dans ces conditions, les politiques gouvernementales ont cherché à atténuer les risques auxquels sont confrontés les assureurs individuels, par exemple grâce au remboursement rétrospectif des déficits des assurances (par exemple, Belgique et Pays-Bas) ou par des paiements pour les patients à coût élevé^d. Cependant, ces pratiques n'ont guère incité les assureurs à rechercher des soins moins onéreux et plus efficaces par rapport au coût auprès des prestataires.

- a) Dans les deux pays, le fait qu'il s'agisse d'entités à but non lucratif repose sur la notion selon laquelle les décisions de santé ne doivent pas être fondées sur des motifs de profit mais plutôt sur la stricte prise en compte du besoin médical (OCDE, 1999a et 2000a).
- b) Jusqu'ici, les systèmes d'ajustement en fonction du risque n'ont permis de couvrir qu'à peine 10 % de la variance totale des dépenses de santé, laissant d'amples possibilités d'un écrémage profitable. Les indicateurs du risque dont on dispose prennent en compte généralement uniquement l'âge et le sexe mais, suivant le pays, peuvent aussi couvrir l'invalidité (Belgique et Pays-Bas), la région (Belgique, Pays-Bas et Suisse), le chômage (Belgique), la mortalité (Belgique) et l'hospitalisation (Irlande). Une amélioration des ajustements en fonction du risque est possible, cependant (voir van de Ven et Ellis, 2000, tableau 3 ; Van Doorslaer *et al.*, 2000 ; Beck et Zweifel, 1998).
- c) Les plans d'assurance essaient d'augmenter leur chance d'accroître leur surplus financiers en attirant les individus à faible risque et en décourageant les personnes à haut risque. Les méthodes employées peuvent comprendre entre autres le refus ou l'établissement de primes très élevées pour l'assurance complémentaire et une faible prise en compte des préférences des personnes à haut risque. Dans un environnement de gestion des soins, cela peut entraîner des soins de faible qualité pour les malades chroniques, des temps d'attente pour obtenir des accords préalables pour les soins et d'autres formes de services de moindre qualité. En outre, certaines caisses en Allemagne par exemple ne font pas de publicité auprès des personnes à faible revenu parce qu'elles sont considérées comme étant à plus haut risque (Brown et Arneburg, 1999).
- d) En Belgique comme aux Pays-Bas, les caisses d'assurance sont de plus en plus responsables des déficits – par exemple le partage du risque *a posteriori* est réduit.

A court terme, ces réformes semblent avoir conduit à une uniformisation des primes d'assurance-maladie à l'intérieur des pays, les assurés délaissant les compagnies les plus coûteuses pour se tourner vers les plus compétitives, ce qui s'est soldé, au début du moins, par une plus grande équité dans les primes versées. L'ampleur de la réduction des taux de prime dépend dans une large mesure des différences initiales entre les caisses d'assurance. Les changements d'assureur et la réduction des écarts de primes ont été plus marqués en Allemagne (où les différences de taux de cotisation étaient très prononcées au départ) qu'aux Pays-Bas (où elles étaient relativement faibles) (Gress *et al.*, 2002)⁸⁹. En Suisse, par contre, les consommateurs semblent très attachés à leur caisse d'assurance et, en dépit de prime très différentes, le nombre de personnes ayant délaissé les caisses les plus coûteuses pour les moins coûteuses semble relativement limité jusqu'à présent (Colombo, 2001).

Par ailleurs, la concurrence présente l'avantage d'exercer des pressions sur les coûts administratifs et de forcer les assureurs à mieux prendre en compte les besoins des consommateurs et leur degré de satisfaction (Allemagne, Belgique). En Belgique, les économies réalisées par les assureurs sur le plan administratif ont permis d'accroître la couverture dans d'autres domaines des soins de santé (Gress *et al.*, 2000 ; OCDE, 1999a). Aux Pays-Bas, les fonds sociaux ont été en grande partie regroupés et l'on assiste même à des fusions entre fonds sociaux et assureurs privés, ce qui pourrait conduire à des économies encore plus importantes en termes de coûts administratifs⁹⁰.

Abstraction faite de quelques réformes limitées, peu d'efforts ont été déployés dans le but d'utiliser les pressions concurrentielles émanant des marchés d'assurance pour influencer sur le comportement des prestataires⁹¹. Les assureurs continuent de réglementer les prix et la qualité des services, ainsi que l'entrée et la sortie des prestataires. Surtout, ils ne sont généralement pas en mesure de sélectionner les prestataires, ce qui limite les possibilités d'extension de la concurrence depuis le marché de l'assurance vers les marchés de prestataires, et donc tout effet potentiel sur le coût des soins. Les relations contractuelles avec les prestataires continuent de s'inscrire dans le contexte d'un monopole bilatéral : les assureurs en tant que groupe négocient généralement avec les prestataires en tant que groupe sous le contrôle des autorités de réglementation, et les prix et paiements sont généralement les mêmes pour tous les prestataires et assureurs (Allemagne, Pays-Bas – pour ce qui est des hôpitaux – et Suisse). En outre, les assureurs se heurtent au même problème d'asymétrie d'information que dans les autres pays et ont encore à se doter des instruments nécessaires pour pouvoir se lancer dans la mise en place de réseaux de soins. Même avec des réformes réglementaires permettant une plus grande diffusion des réseaux de soins, il serait sans doute difficile de maintenir des conditions de concurrence. Les assureurs les plus compétitifs attireront davantage de clients, ce qui entraînera une réduction progressive de leur nombre⁹². Si ces systèmes évitent le problème fondamental de la couverture, l'expérience récente du marché de l'assurance aux États-Unis met en lumière quelques-uns des problèmes qui risquent de se poser à terme. Les marchés de l'assurance-maladie semblent être de plus en plus segmentés. Ainsi, les affiliés aux réseaux de soins ont un profil à faible risque, mais le coût de l'assurance traditionnelle reposant sur l'indemnisation s'accroît, ce qui pousse de plus en plus de personnes à s'affilier à des réseaux de soins dans lesquels les choix sont plus limités. Les risques sont moins partagés entre les diverses composantes de la population et certains segments des marchés de l'assurance risquent alors de s'effondrer⁹³.

Changement technologique et produits pharmaceutiques

Analyse du changement technologique. Le changement technologique recouvre un large éventail de produits, de procédés et de structures organisationnelles dans le secteur des soins de santé⁹⁴. Ainsi qu'on l'a noté, il a eu un impact considérable sur l'évolution des soins de santé et sur leur qualité. Mais il a aussi été l'une des principales sources (sinon la principale) de la croissance des dépenses de santé au cours des dernières décennies (Newhouse, 1992a ; OCDE, 1995a et 2002e).

Le changement technologique peut exercer des effets complexes sur les dépenses de santé. Alors que l'arrivée de nouveaux médicaments ou de nouvelles procédures peut accroître les coûts à court ou à moyen terme, elle peut les réduire à long terme s'ils contribuent à éviter l'apparition de maladies plus graves⁹⁵. Des effets dynamiques peuvent aussi se produire par suite d'un élargissement de leur utilisation⁹⁶. Dans certaines circonstances, des personnes peuvent choisir des traitements plus coûteux, notamment si leur assurance leur garantit une large couverture⁹⁷. Parallèlement, les différences importantes d'intensité d'utilisation de nombreuses technologies suivant les pays, souvent en l'absence de disparités de revenu prononcées, donnent à penser qu'il est très difficile de définir le niveau approprié d'utilisation d'une technologie et qu'il serait souhaitable de mieux comprendre les coûts et avantages de leur utilisation (OCDE, 2002e ; Cutler, 2002).

Le changement technologique demeure rapide et il devrait le rester à l'avenir, notamment en matière de diagnostic, de mesures thérapeutiques et préventives et de procédures et appareils médicaux (Gelijns *et al.*, 2002 ; Aaron, 2003). La maîtrise à long terme des dépenses de santé exigera que les pouvoirs publics jouent un rôle plus important dans l'évaluation des coûts et des avantages des nouvelles technologies.

Les mesures de contrôle avant mise sur le marché, visant à déterminer si une nouvelle technologie est sûre et efficace pour une utilisation donnée, sont aujourd'hui très répandues et ont été renforcées, par exemple par l'Agence européenne d'évaluation des médicaments, créée en 1995. Par ailleurs, de nombreux pays demandent aux hôpitaux d'obtenir une licence pour utiliser des procédures et des matériels coûteux (matériel d'imagerie, unités de chirurgie à cœur ouvert), et il semblerait que cette procédure ait été mieux respectée que le système de certification des besoins qui existe aux États-Unis (Gelijns *et al.*, 2002). En outre, l'institution de plafonds budgétaires a forcé les hôpitaux à être plus sélectifs dans leurs investissements dans les nouvelles technologies. Cependant, étant donné que les coûts des soins de santé augmentent en général sous l'effet de postes de dépenses relativement peu importants au niveau des unités individuelles de soins, cela ne constitue peut-être pas un moyen efficace de contrôler le changement technique. Par ailleurs, les plafonds budgétaires ne fournissent pas de critères pour le choix des techniques et ne permettent probablement pas, d'eux-mêmes, d'opérer les choix les plus efficaces ou les plus efficaces à mesure que de nouveaux produits et procédés apparaissent.

L'un des principaux problèmes auxquels sont confrontés les pouvoirs publics dans ce contexte tient à l'absence d'indicateurs fiables permettant d'évaluer les coûts relatifs et les avantages potentiels des nouvelles technologies – par opposition aux technologies existantes. L'investissement des gouvernements dans l'amélioration de leurs outils d'intervention est probablement faible par rapport aux avantages potentiels⁹⁸. Cependant, ces approches nécessitent un volume important d'information, ce qui oblige souvent à procéder à des essais cliniques qui peuvent prendre du temps avant l'obtention de

résultats définitifs⁹⁹. Par conséquent, les décisions sont souvent prises sur la base de groupes de patients nettement plus restreints, si bien que les risques d'erreur sont beaucoup plus grands et les problèmes de sélection plus importants. Enfin, les estimations des coûts et des avantages des soins sont difficiles à interpréter, en particulier dans le cas des maladies chroniques, pour lesquelles le coût des soins doit être envisagé dans une perspective à long terme.

Un petit nombre de pays cherche désormais à améliorer les informations fournies aux décideurs. Par exemple, le National Institute for Clinical Excellence, au Royaume-Uni, et l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, en France, présentent des recommandations aux décideurs sur la base des informations disponibles et signalent les domaines dans lesquels des recherches plus approfondies sont nécessaires. Dans un petit nombre de cas (États-Unis et Pays-Bas), les pays ont commencé à utiliser un système d'assurance conditionnelle (le paiement du traitement utilisant la nouvelle technologie est intégré à un programme de recherche), afin de veiller à ce que les dépenses contribuent à accroître les informations disponibles sur les coûts et les résultats des traitements. Étant donné que les technologies sont diffusées dans l'ensemble des pays de l'OCDE, une coopération internationale plus étendue dans le domaine des essais et de l'évaluation des produits serait sans doute très avantageuse compte tenu des économies d'échelle possibles.

Politiques concernant les produits pharmaceutiques. Les marchés de produits pharmaceutiques ont particulièrement retenu l'attention parce qu'ils sont un élément dynamique des dépenses de santé. Ils sont très réglementés dans tous les pays (voir encadré 1.8). Des règles rigoureuses doivent être respectées avant la mise sur le marché afin de déterminer si les produits sont sans danger. Par ailleurs, la plupart des pays contrôle les prix sur les marchés de gros et de détail, et cette méthode – qui s'appuie souvent sur des comparaisons avec les prix pratiqués dans les autres pays – semble avoir permis de réduire les écarts de prix entre les pays (Jacobzone, 2000).

Ainsi qu'on l'a noté plus haut, la participation aux coûts est plus courante dans le cas des produits pharmaceutiques que dans celui des autres composantes des soins de santé, encore que l'impact de cette participation sur la consommation et sur les dépenses publiques soit souvent atténué par les exemptions dont bénéficient les groupes vulnérables. Cette évolution est due à l'exclusion de certains produits de la liste des produits remboursés – principalement des produits pharmaceutiques en vente libre et de confort – et à la modification des taux de remboursement des autres produits. Un certain nombre de pays a institué des systèmes de prix de référence, en vertu duquel les remboursements sont effectués sur la base du prix de produits génériques moins coûteux, pratique qui contribue aussi à assurer l'accès des groupes vulnérables aux médicaments.

Les différences marquées des niveaux de prescription à l'intérieur des pays et entre ceux-ci ont renforcé l'importance des lignes directrices à l'intention des médecins, lesquelles sont devenues courantes dans plusieurs pays. Ces lignes directrices visent à réduire les risques de surmédication et sous-médication et à limiter certains effets sociaux plus généraux – résultant par exemple d'une utilisation excessive d'antibiotiques¹⁰⁰. Cependant, ces lignes directrices ne semblent guère avoir eu d'effet sur les pratiques des médecins pris individuellement, car les habitudes de ceux-ci et les attentes des patients restent fortes.

Encadré 1.8. Régulation du secteur pharmaceutique

Les produits pharmaceutiques représentent environ 15 % des dépenses de santé totales. Une forte réglementation de ce marché a été inévitable compte tenu des asymétries d'information sur la sécurité et le risque moral associé à une couverture d'assurance importante. Un large éventail de règlements a été introduit du côté de la demande comme du côté de l'offre, dont la forme précise diffère suivant les pays.

Politiques du côté de la demande

Comme on l'a noté plus haut, les niveaux de participation aux coûts sont très différents suivant les pays et les produits pharmaceutiques sont généralement considérés comme l'élément des dépenses de santé le plus sensible aux prix. Tous les pays ont aussi des systèmes de remboursement public à l'exception du Canada, des États-Unis, du Mexique et de la Turquie^a. Les gouvernements établissent les listes des médicaments qui seront remboursés, ces listes étant modifiées plus ou moins fréquemment et sur la base de critères différents.

La participation aux coûts varie selon le médicament mais est souvent limitée pour les groupes à hauts risques, les personnes défavorisées et les malades chroniques. Étant donné que ces groupes sont ceux qui consomment la plus grande partie des médicaments, la participation aux coûts concerne relativement peu de monde^b. La participation aux coûts est généralement proportionnelle au prix, mais l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, le Japon, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni utilisent un tarif fixe par ordonnance alors que la Finlande et l'Italie mélangent ces deux approches. Les différences entre les pays pour ce qui est des dépenses pharmaceutiques reflètent aussi la pratique des médecins en matière de prescription et plusieurs pays ont introduit différents instruments pour suivre et comparer les comportements dans ce domaine (France et Royaume-Uni) ainsi que des directives (dans la plupart des pays de l'OCDE) et des budgets au niveau individuel (généralistes gestionnaires de fonds au Royaume-Uni) et au niveau régional [Allemagne 1992-93 à 1997, Belgique, Grèce (principale caisse d'assurance), Italie et Mexique].

Les pouvoirs publics encouragent aussi la consommation de produits génériques moins chers. Des directives ont été adoptées dans la plupart des pays pour favoriser le passage à des médicaments moins chers mais, ce qui est tout aussi important, pour promouvoir la prescription appropriée de médicaments et limiter la sur-consommation. Des systèmes de prix de référence ont été établis dans le cadre desquels les taux de remboursement des assurances dépendent du prix du produit comparable le moins cher. Ces systèmes ont encouragé des réorientations dans le sens souhaité ainsi qu'un assouplissement des réglementations permettant aux pharmaciens de substituer des produits génériques lorsqu'ils existent. Ces mécanismes permettent au consommateur d'exercer un plus grand contrôle, contribuent à assurer l'accès individuel aux médicaments et renforcent la concurrence.

Politiques du côté de l'offre

Les réglementations du côté de l'offre sont largement fondées sur la fixation des prix et tous les pays, à l'exception des États-Unis, de l'Allemagne et, dans une moindre mesure, de la Suisse, fixent les prix à la production. Les problèmes de tarification diffèrent suivant que le produit fait ou non l'objet d'un brevet. Pour les produits brevetés, les pouvoirs publics s'efforcent de fixer des prix qui assurent un rendement approprié de l'investissement dans l'innovation, tout en veillant à ce que les prestataires n'obtiennent pas une position de monopole grâce à la protection des brevets. Pour ces médicaments, les pays utilisent un

Encadré 1.8. Régulation du secteur pharmaceutique (suite)

large éventail de critères pour la fixation des prix : la valeur thérapeutique, la comparaison avec les produits existants, les prix dans les autres pays et la contribution du secteur pharmaceutique à l'économie. Quelques pays fixent des prix visant à assurer des taux de rentabilité préétablis du capital investi [Corée, Espagne, Mexique, Royaume-Uni et, dans une moindre mesure, République tchèque (producteurs nationaux) et Turquie]^c. Comme on l'a noté, certains pays ont introduit des critères de coût-efficacité pour les nouvelles listes de produits pharmaceutiques. Si la plupart ont maintenu les arrangements bilatéraux de monopole après l'expiration des brevets, les coûts globaux ont aussi été affectés par les gels ultérieurs des prix dans la plupart des pays dans les années 80 et 90, la suppression de produits de la liste des produits remboursables (souvent des médicaments délivrés sans ordonnance) et l'application de taxes spécifiques sur l'industrie pharmaceutique (Belgique et France).

Systèmes de distribution pour les produits pharmaceutiques

Le nombre de pharmacies diffère largement suivant les pays comme le suggère les variations dans le nombre de pharmaciens en exercice par habitant dans les différents pays de l'OCDE (tableau 1.16). Les systèmes de distribution sont très réglementés, avec des limitations sur la propriété, l'entrée, les prix et les marges au niveau du détail dans la plupart des pays, même si un renforcement de la concurrence est plus envisageable dans ce secteur que dans la plupart des autres domaines de la santé. Les dispositifs institutionnels varient depuis celui de la Suède – où Apoteket AB est un monopole public – jusqu'à l'Amérique du Nord où il n'y a pratiquement pas de restrictions à l'entrée et où un grand nombre de pharmacies appartiennent à des chaînes de détail vendant un large éventail d'autres produits. Dans beaucoup de pays, les pharmacies continuent d'avoir un monopole sur la vente de médicaments sans ordonnance, limitant la concurrence dans ce domaine, et des majorations fixes sont appliquées aux prix de gros, même si les pharmacies sont souvent en mesure d'obtenir des rabais auprès des fabricants ou des grossistes. Ces marges n'ont pas contribué à inciter les pharmacies à promouvoir les produits génériques, car leurs marges sur ces produits sont moins importantes.

- a) Une part importante des médicaments au Mexique est fournie directement aux patients par la Sécurité sociale et aussi, en principe, aux patients du système public. Cependant, dans ce dernier cas, l'offre est souvent insuffisante pour répondre à la demande. Au Canada, les provinces ont généralement mis en place des dispositifs visant à protéger les personnes âgées et les médicaments dans les hôpitaux sont gratuits pour tous.
- b) Par exemple, pour ce qui est de la France, une couverture à 100 % est assurée pour les maladies chroniques, le ticket modérateur est largement couvert par l'assurance complémentaire et la couverture maladie universelle a été instaurée en 2000. L'Allemagne, l'Autriche, l'Espagne, le Japon et la Suisse ont officiellement interdit pour leur part la réassurance par un assureur de deuxième niveau qui, selon eux, diminuerait les incitations incorporées dans les systèmes publics.
- c) Par exemple, dans le cadre du système de réglementation des prix des produits pharmaceutiques du Royaume-Uni, un taux de rentabilité spécifié de 17 à 21 % est autorisé avec une tolérance jusqu'à 25 % lorsque les sociétés soumettent de nouveaux produits.

Sur le plan de l'offre, le processus d'autorisation des médicaments a été sensiblement renforcé aux États-Unis, au Japon et en Europe, où l'Agence européenne d'évaluation des médicaments a été créée en 1995. Dans le contexte général de la politique décrite plus haut en matière de technologie, une attention croissante est accordée à l'évaluation de l'efficacité des nouveaux traitements par rapport à leur coût (Jacobzone, 2000). Par exemple, suivant l'initiative prise par l'Australie en 1993, au moins onze pays de l'OCDE procèdent désormais à diverses évaluations pharmacoéconomiques pour établir des listes de produits bénéficiant de financements publics (Dickson et al., 2003)¹⁰¹.

Tous les pays, à l'exception de l'Allemagne et des États-Unis, contrôlent directement ou indirectement les prix des produits pharmaceutiques (encadré 1.8)¹⁰². Les méthodes de fixation des prix ont relativement peu évolué¹⁰³, mais la Corée, l'Espagne, le Mexique et la République tchèque ont décidé de recourir à une approche fondée sur la rentabilité, comme celle qui est utilisée au Royaume-Uni depuis la fin des années 50.

Au niveau des détaillants, on observe des différences importantes dans le nombre de pharmaciens (tableau 1.16), ce qui donne à penser qu'une rationalisation du secteur pourrait aussi permettre de réaliser des économies¹⁰⁴. La réglementation des systèmes de

Tableau 1.16. **Pharmaciens en activité dans les pays de l'OCDE, 1970-2000**

	Pour 1 000 habitants				Croissance annuelle (%)		
	1970 ^a	1980 ^b	1990 ^c	2000 ^d	1970 ^a -1980 ^b	1980 ^b -1990 ^c	1990 ^c -2000 ^d
Australie	0.7	0.7	0.5	0.8	0.0	-3.3	4.8
Autriche	0.3	0.4	0.5	0.6	2.9	2.3	1.8
Belgique	0.7	1	1.2		3.6	1.8	
Canada		0.5	0.6	0.6		1.8	0.0
République tchèque	0.4	0.4	0.4	0.5	0.0	0.0	2.3
Danemark			0.5	0.5			0.0
Finlande		1.4	1.4	1.5		0.0	0.7
France	0.5	0.7	0.9	1	3.4	2.5	1.1
Allemagne		0.4	0.6	0.6		4.1	0.0
Grèce	0.2	0.5	0.7	0.9	9.6	3.4	2.5
Hongrie	0.3	0.3	0.3	0.5	0.0	0.0	5.2
Islande	0.5	0.7	0.9	1.2	3.4	2.5	2.9
Irlande		0.6	0.6	0.8		0.0	2.9
Italie		0.8	1	1.1		2.3	1.0
Japon	0.4	0.5	0.7	1.1	2.3	3.4	4.6
Corée							
Luxembourg	0.5	0.6	0.8	0.7	1.8	2.9	-1.3
Mexique							
Pays-Bas	0.1	0.1	0.2	0.2	0.0	7.2	0.0
Nouvelle-Zélande		0.7	0.7			0.0	
Norvège			0.5				
Pologne	0.4	0.4	0.4	0.6	0.0	0.0	4.1
Portugal	0.3	0.5	0.5	0.8	5.2	0.0	4.8
République slovaque				0.4			
Espagne				0.8			
Suède	0.4	0.5	0.6	0.6	2.3	1.8	0.0
Suisse	0.3	0.4	0.5		2.9	2.3	
Turquie	0.1	0.3	0.3	0.3	11.6	0.0	0.0
Royaume-Uni			0.6				
États-Unis	0.5	0.6	0.7		1.8	1.6	
Moyenne ponctuelle OCDE ^e	0.4	0.6	0.6	0.7	3.0	1.6	1.9
Moyenne comparable pour 14 pays ^f	0.4	0.5	0.6	0.7	3.0	1.6	2.4
Écart type	0.2	0.2	0.2	0.3	3.6	2.5	2.2

a) Données de 1971 pour l'Australie.

b) Données de 1981 pour l'Australie ; 1982 pour le Canada.

c) Données de 1989 pour la Norvège ; 1992 pour le Danemark.

d) Données de 1999 pour l'Islande et la Suède.

e) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays pour lesquels des données sont disponibles pour l'année en question.

f) Moyenne non pondérée. Inclut seulement l'Australie, l'Autriche, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Islande, le Japon, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Suède et la Turquie.

Source : *Éco-Santé OCDE 2003*, 3^e édition.

distribution est restée en grande partie inchangée, et elle est relativement lourde en ce qui concerne les prix (voir plus haut), l'entrée sur le marché et le degré de concurrence au niveau du commerce de gros et de détail. Abstraction faite de l'Europe orientale, où le nombre de grossistes et de détaillants a augmenté lorsque le système de distribution est passé des mains de l'État au secteur privé, de sérieuses limites continuent d'être imposées à l'entrée sur le marché dans presque tous les pays. Il a été difficile de laisser la concurrence se développer, même en ce qui concerne les produits en vente libre¹⁰⁵.

Des avantages considérables pourraient être retirés d'une plus large concurrence sur ces marchés. Par exemple, les sociétés de gestion des prestations pharmaceutiques, qui jouent le rôle d'acheteurs pour les assureurs sur le marché des États-Unis, très peu réglementé, sont parvenues à réaliser des économies dans l'achat de produits pharmaceutiques auprès des fabricants – mais il n'est pas certain qu'elles puissent continuer à le faire de façon durable (Kaisernetzwerk, 2003). Certaines de ces fonctions existent déjà dans d'autres pays de l'OCDE au sein des institutions publiques et des systèmes de réglementation existants, mais des économies seraient sans doute possibles, en particulier dans le domaine des médicaments génériques, dans beaucoup de pays.

5. Conclusions

On trouvera ci-après des conclusions générales concernant les réformes de la politique de santé, articulées autour des principaux objectifs.

5.1. Couverture de l'assurance et résultats sanitaires

Dans presque tous les pays de l'OCDE, la couverture de l'assurance est aujourd'hui universelle ou quasi universelle, ce qui a des incidences positives aussi bien pour l'accès aux soins que pour l'efficacité. L'expérience donne à penser qu'une couverture intégrale peut être assurée en utilisant des formules fondées essentiellement sur les programmes publics ou bien sur l'assurance privée. Mais les systèmes dans lesquels la couverture est volontaire n'ont pas permis une couverture intégrale de la population. Il apparaît nécessaire de rendre obligatoire l'affiliation à une assurance ou de fournir une assurance obligatoire.

L'expérience a montré que la couverture seule n'est pas toujours suffisante pour assurer l'accessibilité des soins de santé : de plus en plus de pays se heurtent à des obstacles financiers ou sociaux à l'accès ou à des pénuries générales ou isolées dans l'offre de prestataires ou de services de santé. Pour remédier de façon satisfaisante à ces problèmes, il faudra peut-être réaliser des investissements supplémentaires afin d'améliorer la couverture (globale ou des populations vulnérables) ou l'offre de services, y compris des investissements supplantant des arbitrages avec les objectifs d'efficacité.

Les réformes visant la participation aux frais ont réduit la croissance des dépenses publiques de santé en transférant les coûts au secteur privé. Les estimations des élasticités-prix donnent à penser que l'incidence sur la demande sera faible, sauf dans le cas où la participation aux coûts était pratiquement nulle ou très faible avant les réformes (voir Docteur et Oxley, 2003, annexe). L'incidence de la participation aux frais sur les soins hospitaliers sera vraisemblablement encore moins importante, puisque les choix sont le plus souvent déterminés par les médecins. En outre, étant donné qu'une plus grande participation aux coûts déplace la charge du financement des soins de santé des personnes en bonne santé vers les personnes malades et des personnes aisées vers les défavorisées,

un élargissement du recours à cette approche suffisant pour avoir un effet substantiel sur la demande serait vraisemblablement contraire au principe de l'accès égal à besoin égal. De fait, de nombreux pays ont, pour cette raison, limité la participation aux frais des groupes à risque. Néanmoins, une plus large participation pour certains types de services pourrait utilement freiner la demande de services lorsque ceux-ci revêtent un caractère discrétionnaire ou décourager l'utilisation de produits pour lesquels il existe des substituts moins chers (par exemple, médicaments de marque contre médicaments génériques).

Bien que l'état de santé de la population et les résultats cliniques se soient spectaculairement améliorés au fil du temps, les autorités ont progressivement pris davantage conscience des problèmes de qualité et de sécurité des soins de santé, se préoccupant également de la faible satisfaction des patients. Malgré le vif intérêt manifesté par les responsables et la grande activité déployée, les réformes visant à renforcer l'efficacité des systèmes de santé sont relativement récentes. Les progrès dans ce domaine exigeront une augmentation des investissements dans les systèmes d'information permettant de suivre les performances ainsi que des mesures pour améliorer l'organisation et la prestation des soins de santé ainsi que la pratique de la médecine fondée sur l'expérience et les résultats. Les systèmes de paiement, également, doivent évoluer de façon à moduler le mieux possible les incitations sur les résultats souhaités. Les paiements, qui étaient auparavant fondés sur l'offre, sont désormais fondés sur l'activité, mais pourraient finir par prendre davantage en compte l'efficacité des soins dans l'amélioration de la santé et la satisfaction des patients. En outre, les responsables doivent reconnaître que les facteurs comportementaux et les facteurs de risque, comme la consommation de tabac, la violence et l'obésité, ainsi que les facteurs sociaux, comme les niveaux et la distribution des revenus dans la population, sont les principaux éléments qui déterminent l'état de santé de la population en général. Pour améliorer les systèmes de santé, on peut accorder la priorité aux résultats cliniques, mais ceux-ci, bien qu'importants, ne jouent dans nombre de cas qu'un rôle secondaire comme déterminants de l'état de santé et d'incapacité de la population.

5.2. Contrôle des dépenses et amélioration de l'efficacité des systèmes

Face aux importantes différences existant entre les pays pour ce qui est de la part des ressources consacrées aux soins de santé, les responsables continuent de s'interroger sur le niveau approprié des dépenses. Ceux qui dépensent relativement peu se demandent si les dépenses sont suffisantes pour atteindre les objectifs du système. Ceux qui dépensent relativement beaucoup se demandent si le redéploiement des ressources ou la restructuration du système permettrait de réaliser les objectifs à moindre coût. Mais quel que soit le niveau des dépenses, la plupart des gouvernements ont réagi à leur augmentation rapide dans les années 60 et 70. Plusieurs mesures ont été mises en œuvre, qui ont permis un ralentissement de la croissance des dépenses depuis les années 80. Bien que les échéanciers aient varié, les restrictions imposées sur les volumes et les prix des services de santé ont été suivies de mesures visant à plafonner les budgets de la santé et à transférer le financement des soins de santé au secteur privé. L'évolution rapide des traitements médicaux possibles, l'exigence d'un accès adéquat à des soins de qualité et les contraintes croissantes au niveau de l'offre ont conduit les pays à mettre en œuvre des réformes plus ciblées. Quelques-uns d'entre eux, souvent ceux ayant réussi à maîtriser les dépenses, ont considéré qu'on était peut-être allé trop loin et qu'une augmentation des ressources destinées au secteur de la santé était nécessaire.

Les aspects ci-après peuvent être dégagés des réformes mises en œuvre pour limiter l'augmentation des dépenses :

- Les systèmes à payeur unique financés par le secteur public (en particulier les systèmes publics intégrés) facilitent vraisemblablement la maîtrise des dépenses. En revanche, les systèmes à payeurs multiples (dispositifs d'assurance sociale et dispositifs d'assurance privée) ont eu plus de mal à obtenir et à assurer dans la durée le ralentissement de la progression des dépenses.
- Les efforts visant à contrôler le volume des services ont été couronnés de succès, en particulier dans le secteur hospitalier. Les mesures de contrôle des prix et des salaires, tout en permettant une limitation des dépenses sur de courtes périodes, pourraient ne pouvoir être maintenues à terme en raison des distorsions qu'elles entraînent dans les prix relatifs des intrants et des produits.
- Le plafonnement budgétaire sous ses diverses formes a permis de maîtriser les dépenses, notamment dans le secteur hospitalier. Cependant, les méthodes d'affectations budgétaires ont introduit leurs propres problèmes, en particulier lorsqu'elles ont limité les incitations à l'amélioration de l'efficacité.

Une plus grande efficacité dans la prestation des services de santé peut contribuer à atténuer les pressions budgétaires (qui continueront malgré tout à s'exacerber sous l'effet du progrès médical et du vieillissement démographique) et/ou à libérer des ressources pour améliorer les services ailleurs. Les réformes ont visé essentiellement à modifier les dispositifs de financement pour que les incitations visant les prestataires de soins de santé et, dans certains cas, les patients, aillent davantage dans le sens d'une production et d'une utilisation efficaces des services de santé. Certains aspects essentiels se dégagent de l'évaluation de ces réformes :

- Dans les pays à systèmes publics intégrés, les réformes axées sur l'efficacité ont visé notamment : à distinguer les fonctions de prestataire et les fonctions d'acheteur, à mieux adapter les incitations aux objectifs dans le cadre des contrats, à décentraliser l'adoption des décisions, à introduire une plus grande concurrence entre les prestataires et, plus récemment, à établir des analyses comparatives avec les hôpitaux les plus performants. Bien que leur incidence positive ait le plus souvent été réduite par le maintien d'un contrôle central, une stricte limitation des dépenses et des contraintes du côté de l'offre plus pesantes qu'ailleurs, ces politiques ont généralement été maintenues, malgré les réformes mises en œuvre ultérieurement dans nombre de pays.
- Les expériences visant à introduire la concurrence entre les prestataires ont été moins satisfaisantes et ces initiatives ont été abandonnées dans les pays où elles ont été tentées. Les échecs ont été dus en partie aux contraintes du côté de l'offre et à la position de monopole des prestataires sur les marchés locaux des soins de santé ainsi qu'à l'absence d'acheteurs suffisamment qualifiés. Pour que la concurrence ait des effets positifs, il faut probablement établir des conditions de marchés favorables, améliorer la capacité des acheteurs et mettre en place la base d'informations nécessaires pour établir et suivre de façon appropriée les contrats.
- Les nouveaux systèmes de paiement peuvent améliorer la productivité s'ils sont introduits avec soin. Par exemple, les systèmes de paiements pré-établis, fondés sur la production, peuvent encourager les prestataires à minimiser les coûts sans nuire aux soins apportés aux patients si les prix sont fixés correctement et s'il existe un contrôle adéquat de la qualité et du comportement des prestataires.

Le renforcement de la concurrence entre les assureurs, l'aspect le plus frappant des réformes dans les systèmes à payeurs multiples, suscite des réflexions assez partagées :

- Le renforcement de la concurrence sur le marché des assurances a sans doute eu des effets positifs en réduisant les primes, en encourageant l'amélioration des services et en instituant des incitations à une réduction des dépenses d'administration.
- En outre, la négociation des prix et les procédures d'appels d'offres instituées par les acheteurs pour le choix des prestataires ont permis de ralentir la progression des coûts aux États-Unis. Les dispositifs de gestion des soins, dans le cadre desquels les patients acceptent une certaine limitation du choix des prestataires et des services, pourraient être particulièrement adaptés pour réduire les coûts.
- Cependant, une question importante est celle de savoir comment encourager la concurrence entre les assureurs sans créer de nouvelles segmentations du marché des assurances et réduire la « solidarité » en raison de mécanismes inadéquats d'ajustement des risques encourageant les assureurs à éviter les mauvais risques.

Pour finir, il faut évoquer les arbitrages possibles entre le contrôle budgétaire et l'efficacité des systèmes. Par exemple, l'introduction de systèmes de paiement ou de gestion ou d'autres modifications visant à améliorer l'efficacité peut exiger des investissements à la fois en ressources humaines et en capital, qui pourraient être problématiques dans les cas où de strictes contraintes de ressources ont déjà été imposées. Il pourrait aussi être difficile d'améliorer la flexibilité face à des pénuries de personnel ou de longues périodes de restrictions des salaires. Autrement, c'est-à-dire lorsqu'il y a des réserves de productivité inutilisées, des incitations à accroître l'offre par des dispositifs de paiement fondés sur la production (c'est-à-dire des dispositifs de paiements pré-établis) pourraient faire peser une pression sur les budgets, en l'absence de contrôle des prix adéquats ou d'ajustement visant à compenser ces effets de volume. Les politiques doivent donc être soigneusement modulées de façon à faire en sorte que les avantages des mesures introduites pour réaliser un objectif ne soient pas annulés par des coûts inattendus ailleurs.

Notes

1. Ce rapport est paru initialement en tant que document de travail (n° 374) du Département des affaires économiques de l'OCDE en décembre 2003 et en tant que document de travail de l'Unité des politiques de santé (n° 9). Le document de travail comprend également une annexe sur les déterminants des dépenses de santé et les effets de la participation aux coûts. Les auteurs souhaitent remercier les autorités des pays de l'OCDE pour le partage de leur expérience sur les réformes des systèmes de santé et leurs commentaires sur les versions précédentes de ce rapport. Sont également remerciés Irène Sinha pour son aide administrative, Gabrielle Hodgson pour l'aide statistique et Jean-Yves Gnabo pour son soutien dans la recherche. Des conseils pour mener à bien ce travail ont été fournis par Willi Leibfritz, Jorgen Elmeskov et Michael Feiner du Département des affaires économiques, et par Peter Scherer, Martine Durand et John Martin de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales. Des commentaires utiles ont aussi été fournis par Rauf Gonenc, David Grubb, Peter Hoeller, Manfred Huber, Jeremy Hurst, Rick Imai, Peter Jarrett, Jens Lundsgaard, Flavio Padriani, Luigi Siciliani, Clive Smee et Nicole Tapay.
2. Pour l'établissement du présent rapport, on s'est appuyé sur les chapitres spéciaux des études nationales du Comité EDR (voir bibliographie) qui ont été consacrés à la santé et rédigés pour la plupart dans les années 90, ainsi que sur d'autres rapports de l'OCDE sur la santé et la politique de santé. Lorsqu'il l'a pu, le Secrétariat a mis à jour ce matériel et élargi le nombre de pays couverts sur la base des ouvrages disponibles et des réponses apportées par les pays au questionnaire qu'il leur a adressé. La série de publications *Health Care Systems in Transition* du

European Observatory on Health Care Systems a été une autre source d'information sur les réformes dans certains pays de l'OCDE.

3. Parmi les pays où les polices d'assurance-maladie privée complémentaires ou supplémentaires sont courantes figurent l'Allemagne, la Belgique, le Canada, le Danemark, les États-Unis (dans le cas des bénéficiaires du programme Medicare), la France, les Pays-Bas et la Nouvelle-Zélande.
4. Dans les pays où il existe une assurance-maladie privée, les gouvernements imposent souvent des règles sur le type de couverture autorisée. Par exemple, en Australie, il est interdit aux polices d'assurance privée de couvrir les tickets modérateurs pour les soins ambulatoires prévus dans le programme public. Le Canada interdit aux sociétés d'assurance privée de couvrir les prestations incluses dans le plan national.
5. Dans la pratique, on ne trouve dans aucun des pays membres de l'OCDE un système de santé conjuguant financement privé et prestation publique de soins.
6. Par exemple, aux États-Unis, le système hospitalier pour les anciens combattants est un modèle public intégré alors que Medicare et Medicaid s'apparentent à un modèle public avec contrat, les autres régimes relevant du modèle assureur/prestataire privés. La situation est tout aussi complexe dans les autres pays. La France a un régime général d'assurance qui finance la majeure partie des soins de santé, mais le système hospitalier public se rapproche davantage d'un modèle public intégré. Parallèlement, des contrats sont passés par le secteur public avec des cliniques et des hôpitaux privés (dont certains sont à but lucratif).
7. De manière générale, on rencontre des systèmes intégrés publics dans les pays nordiques, en Australie (hôpitaux publics), en Grèce, en Italie et au Portugal et, avant les réformes des années 90, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Dans les années 90, la Nouvelle-Zélande a introduit une séparation entre les acheteurs et les prestataires comme au Royaume-Uni, mais depuis elle est revenue plus près d'un système intégré suite aux réformes en 2000.
8. Le Canada, la plupart des pays restant d'Europe continentale, le Japon et, aujourd'hui, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande, se classent dans la catégorie des contrats publics.
9. Le risque de dépenses très élevées est faible, étant donné que, dans tout pays et quelle que soit l'année, l'essentiel des dépenses de santé n'est attribuable qu'à un petit pourcentage de la population.
10. La part de la population sans assurance-maladie est de 50 % au Mexique (même si les réformes à partir de 2003 devraient élargir la couverture d'assurance-maladie publique), 17 % en Turquie et 14 % aux États-Unis. Dans tous les autres pays de l'OCDE, au moins 98,4 % de la population est assurée. La couverture de la population était universelle ou quasi universelle dans six pays de l'OCDE – Islande, Nouvelle-Zélande, Norvège, République tchèque, Royaume-Uni et Suède – avant 1960. Dans la plupart des autres pays de l'OCDE, la couverture est devenue universelle entre 1960 et 1980, alors que dans trois d'entre eux – Corée, Espagne et Grèce – les droits ont été élargis pour arriver à une couverture intégrale de la population dans les années 80.
11. Dans les dispositifs de participation aux coûts des patients entrent notamment le copaiement (montant fixe par service), le ticket modérateur (pourcentage fixe de la rémunération ou du paiement total) et la franchise (montant des dépenses à financer par le patient pendant une période donnée avant que l'assurance n'intervienne). Ces obligations peuvent être limitées par le plafonnement des dépenses totales qui peut financer le patient durant une certaine période.
12. Par exemple, Baker *et al.* (2000) ont constaté, qu'après correction des différences pour l'âge, le sexe, l'état de santé et les revenus, les personnes non assurées aux États-Unis avaient moitié moins de chances que les personnes assurées de bénéficier d'un traitement pour une maladie considérée par un médecin comme très grave et à traiter.
13. Ayanian *et al.* (2000) ont constaté que les adultes qui n'étaient pas assurés pendant une année ou plus avaient beaucoup moins de chances que les adultes assurés de bénéficier de dépistages du cancer, d'examen pour la réduction des risques cardiovasculaires et de soins en cas de diabète.
14. Une étude récente a constaté que les malades chroniques sans assurance devaient financer eux-mêmes des dépenses plus importantes au titre des soins de santé, alors que leur probabilité de consulter un médecin était cinq fois moindre (Hwang *et al.*, 2001). Les dépenses médicales représentent la deuxième cause essentielle de faillite personnelle aux États-Unis après la perte d'emploi (Jacoby *et al.*, 2001).
15. La couverture universelle avait été assurée précédemment, entre 1974 et 1976, dans le cadre du programme appelé Medibank.

16. La couverture des enfants pauvres a été élargie par la création du State Children's Health Insurance Program en 1997. Les réformes entreprises par certains États pour réglementer les marchés privés de l'assurance-maladie ont rencontré des résultats divers, conduisant parfois à la substitution d'un problème (offre limitée) par un autre (système trop onéreux). Au niveau fédéral, la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 a établi des normes pour l'amélioration de la transférabilité de la couverture et ont donné également la possibilité aux personnes ayant une assurance privée de garder cette assurance en cas de perte d'emploi.
17. En 1990, 14,9 % des Américains âgés de moins de 65 ans n'avaient pas d'assurance (Fronstin, 2002). Ce taux s'est accru régulièrement tout au long des années 90, atteignant 17 % en 1998. Après être revenu à 15,8 % en 1999, le pourcentage des non-assurés s'est de nouveau accru en 2000 et 2001, pour se situer à 16,5 %.
18. Ces paiements ne sont pas pris en compte dans les données sur le financement de la santé recensées par l'OCDE.
19. Entre 10 et 14 % des ménages mexicains ont consacré plus d'un tiers de leur revenu total aux soins de santé en 1998 (Barazza-Llorens *et al.*, 2002). Aux États-Unis, on observe une large variation dans les dépenses financées par les patients, suivant la source de la couverture, le type d'assurance et l'utilisation des services. Par exemple, parmi les personnes âgées et handicapées, les bénéficiaires de Medicare consacraient en moyenne 19 % de leurs revenus au financement des dépenses de santé en 1997. Les paiements directs des bénéficiaires de Medicare ayant un revenu inférieur au seuil de pauvreté variaient de 35 % du revenu total pour les 40 % recevant une aide de Medicaid à environ la moitié du revenu en moyenne, pour les 60 % non bénéficiaires de ce dispositif (Gross *et al.*, 1999).
20. Une étude récente de la population adulte d'âge actif aux États-Unis a montré que le doublement des co-paiements de 5 dollars à 10 dollars a réduit le coût annuel moyen des médicaments de 725 à 563 dollars (Joyce *et al.*, 2002).
21. Les pays couverts dans l'étude étaient l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni.
22. Par exemple, dans quatre des cinq pays étudiés, les personnes à faible revenu étaient sensiblement plus nombreuses à signaler des difficultés d'accès à des soins spécialisés.
23. Par exemple, des études récentes de l'utilisation des soins de santé et de l'accès aux soins en Suède ont fait apparaître des différences liées aux revenus qui n'étaient pas mises en évidence dans des études antérieures. Ces différences pourraient tenir à des modifications du système de santé de la Suède dans les années 90, notamment l'augmentation de la participation aux coûts (Burstrom, 2002). Entre 1970 et 1995, le ticket modérateur pour la consultation d'un généraliste à Stockholm s'est accru trois fois plus vite que l'indice des prix à la consommation (Elofsson *et al.*, 1998).
24. Certains pays (ou les mêmes pays à des périodes différentes) ont choisi une direction opposée. Dans la section suivante consacrée aux réformes visant la maîtrise des coûts, sont décrites des mesures destinées à accroître le recours aux dépenses remboursables et à l'assurance de santé privée pour enrayer la croissance des dépenses du secteur public.
25. Les modes de détermination de la nécessité médicale varient suivant les pays. Outre les considérations de nécessité médicale, certains pays tiennent compte également du caractère routinier des services, de leur prévisibilité ou de leur faible coût. Ainsi, la couverture des soins dentaires varie largement.
26. Les réformes autrichiennes mises en œuvre en 1992 ont élargi les prestations au titre de la psychothérapie, de la réadaptation médicale et de certains soins de santé à domicile par des infirmières qualifiées. Les prestations pour soins de longue durée ont été élargies en 1993. Le Japon et l'Allemagne ont aussi établi des prestations pour soins de longue durée dans les années 90.
27. Dans cette optique, l'adéquation correspond à la mesure dans laquelle les services nécessaires sont disponibles et accessibles pour la population ayant besoin de soins alors que l'équité correspond à la mesure dans laquelle des personnes ayant des besoins identiques sont en mesure d'obtenir des soins de santé identiques.
28. La question des disparités au niveau des résultats sanitaires et de l'état de santé en général revêt une grande importance dans plusieurs pays de l'OCDE. Cette question est examinée dans la prochaine section qui passe en revue les réformes visant à améliorer les résultats sanitaires, la qualité des soins et la satisfaction des patients.

29. Suite à ces efforts, presque toute la population vit à moins d'une heure d'un hôpital général public offrant un ensemble minimum de services de base, y compris des services d'urgence 24 heures sur 24.
30. Parmi ces programmes figurent un système de prêts bonifiés ou de dispense de remboursement des prêts consentis ainsi que des dispositifs de paiements complémentaires, comme les primes de Medicare pour les soins fournis dans les zones désignées comme connaissant une pénurie.
31. Les concepts d'efficacité et d'efficience ne s'excluent pas mutuellement. Dans la présente étude, les réformes « d'efficacité » sont celles qui visent à améliorer la performance du système de santé par des mesures qui peuvent accroître les coûts, être neutres sur le plan des coûts ou faire baisser les coûts, alors que les réformes « d'efficience » visent à améliorer la valeur obtenue pour un montant donné de dépenses de santé.
32. A l'heure actuelle, nombre de pays connaissent une croissance rapide du pourcentage de la population souffrant d'obésité. L'obésité entraînant une augmentation des problèmes de santé, cette tendance et les coûts correspondants constituent un sujet de préoccupation qui donnera vraisemblablement lieu à de nouvelles initiatives à l'avenir dans le domaine de la santé publique (Strum, 2002).
33. On citera comme exemples de ces études celle ayant constaté de larges divergences dans le traitement des maladies respiratoires des nouveau-nés dans neuf pays de l'OCDE (Behrendt, 1998) et une autre qui a fait état de faibles taux de respect des directives pour le suivi des maladies asthmatiques dans sept pays européens (Vermeire et al., 2002).
34. Par exemple, un rapport de l'Institut de médecine (Kohn et al., 2000) a noté que les erreurs médicales sont responsables d'autant de décès que les accidents d'aviation aux États-Unis. Des études ont constaté des taux d'erreurs comparables en Australie, au Danemark et au Royaume-Uni.
35. La première série de normes concernait le cancer, les soins intensifs pédiatriques, la santé mentale, les maladies artérielles coronariennes, le diabète et les soins aux personnes âgées. Bien que l'initiative soit relativement récente, les performances ont été suivies sur une base trimestrielle et des améliorations ont été notées dans plusieurs domaines, y compris les services d'aiguillage.
36. L'Australie a aussi instauré un ensemble d'objectifs et de stratégies au niveau national pour l'amélioration de la qualité des soins de santé, qui pourraient éventuellement donner lieu au versement de primes.
37. Les études ont fait apparaître régulièrement des divergences dans le degré de satisfaction des utilisateurs de soins de santé et de la population dans son ensemble. Souvent, les premiers se montrent plus satisfaits, en particulier de leur propre médecin et des soins qu'ils ont reçus le plus récemment.
38. La garantie vise à assurer que les patients ont la possibilité de bénéficier de soins infirmiers le jour où ils se présentent dans un centre de santé. Un rendez-vous avec un médecin doit être offert dans les huit jours. Le renvoi vers un spécialiste doit donner lieu à un rendez-vous dans les trois mois (un mois si le diagnostic est incertain). Les soins doivent être organisés dans un autre comté si les emplois de temps ne permettent pas ces rendez-vous.
39. Les soins de santé sont généralement comptabilisés sur la base des intrants, sans tenir compte de la valeur de l'amélioration de la qualité des soins découlant des progrès de la médecine. En outre, les pressions à la hausse sur les dépenses des soins de santé peuvent venir de l'introduction des nouvelles technologies, du vieillissement démographique et de l'accroissement des salaires et des rémunérations dans le secteur de la santé en proportion de la hausse des rémunérations dans le reste de l'économie. Les gouvernements peuvent aussi estimer que le volume actuel des ressources doit être accru ou que les salaires relatifs doivent être ajustés.
40. Les dépenses de santé ont été calculées en pourcentage du PIB tendanciel et non du PIB effectif. Le PIB tendanciel réduit l'incidence des variations cycliques entre les pays et entre les périodes. Il est tiré de la base analytique de données de l'OCDE. Les estimations sont fondées sur les fonctions de production pour la plupart des pays, les données restantes étant estimées en lissant le PIB.
41. Une réduction de la part des dépenses publiques dans les dépenses de santé totales est intervenue dans 13 pays dans les années 80 et dans 19 pays dans les années 90, la part des coûts transférés au secteur privé augmentant de façon très importante (plus de 5 points de

- pourcentage) dans huit pays de l'OCDE (Espagne, Finlande, Grèce, Hongrie, Italie, Pologne, Suède et Suisse). Une partie de cette augmentation a été couverte par l'assurance privée.
42. Beaucoup de pays ont eu tendance à introduire les réformes dans cet ordre (Mossialos et Le Grand, 1999).
 43. Le système par points de l'Allemagne, qui a été modifié en 1997, combine un budget global pour les soins ambulatoires avec un système de points pour les services dispensés. La valeur du point est fixée de façon à assurer que le plafond budgétaire n'est pas dépassé. L'Autriche utilise un système semblable dans son secteur hospitalier après l'introduction d'un dispositif de paiement par groupes homogènes de diagnostic (DRG). La Belgique a récemment renforcé sa capacité de contrôle des coûts en modulant les prix lorsque les dépenses effectives s'écartent de l'objectif budgétaire.
 44. Par exemple, Jacobzone (2000) signale que le gel des prix a été introduit, essentiellement dans les années 90, dans tous les pays couverts par cette étude (Allemagne, Autriche, Belgique, Canada (deux provinces), Corée, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse).
 45. Le Canada, l'Italie et les Pays-Bas fixent désormais les prix des médicaments sur la base des prix appliqués dans les autres pays. La Corée, l'Espagne, le Mexique, la République tchèque et la Turquie prennent de plus en plus en compte les coûts de la recherche-développement (Jacobzone, 2000).
 46. En outre, les groupes de soins coordonnés aux États-Unis (*managed care groups*) ont pris une position beaucoup plus agressive sur le marché des médicaments, obtenant dans la plupart des cas des ristournes importantes aussi bien auprès des fabricants que des grossistes pour les produits pharmaceutiques.
 47. Le risque de ce type de réaction a amené l'Allemagne et l'Autriche à mettre en place les mécanismes d'ajustement automatique décrits plus haut. En Australie, des tentatives ont été faites pour contrôler l'offre de médecins ambulatoires en limitant les places dans les établissements de formation de généralistes.
 48. Par exemple, en Grèce, où les taux de remboursement de l'assurance sociale pour les consultations sont faibles, les médecins font passer leurs patients dans le privé. L'offre excédentaire de services de santé en Europe de l'Est – l'un des héritages de l'époque communiste – se traduit par la persistance de faibles salaires et rémunérations dans ce secteur, conduisant à des demandes de « dessous de table ». Au Royaume-Uni et en Irlande, les consultants hospitaliers augmentent leur revenu en encourageant les patients à passer dans le privé. Si cette pratique peut effectivement réduire les dépenses de santé publiques, elle conduit en général à une augmentation des dépenses de santé globales.
 49. Dans certains pays, le problème de la responsabilité juridique – et l'augmentation associée des primes d'assurance pour faute professionnelle – dans certains domaines influe désormais beaucoup sur l'offre de certains spécialistes.
 50. Le nombre de praticiens dans le secteur ambulatoire est aussi contrôlé par les associations professionnelles (Allemagne, Autriche) et en limitant le nombre de médecins dont les services peuvent être remboursés par les assureurs publics (Danemark et Pays-Bas).
 51. Ces contraintes n'ont pas toujours été efficaces. En Italie, le nombre de docteurs et de dentistes a augmenté de 25 % de 1987 à 1994, alors même qu'il y avait un gel sur l'embauche (Fattore, 1997), le nombre de médecins par habitant restant parmi les plus élevés de la zone de l'OCDE.
 52. Ces difficultés sont aussi liées aux restrictions de salaires dans les deux pays et un certain ajustement à la hausse des salaires est donc probable. L'Irlande et la Suède ont connu une situation semblable à la fin des années 70 et au début des années 90. Dans ces pays, les fortes pressions sur les budgets ont conduit à une diminution des dépenses mais ont été suivies d'un rebond ultérieur. Certaines de ces difficultés au niveau de l'offre conduisent à la migration du personnel de santé.
 53. Comme en témoigne le nombre croissant de grève parmi les docteurs dans des pays comme la Finlande, la France, la Corée et dans certaines provinces de Canada. Des augmentations de salaires ont été récemment acceptées au Canada (au Québec et en Colombie-Britannique, alors que l'Ontario a accru le financement global des soins de santé).
 54. Des facteurs d'ordre d'économie politique sont à l'origine d'une partie de l'augmentation de l'offre hospitalière. Dans nombre de pays, de fortes pressions politiques ont été exercées en faveur d'une augmentation des hôpitaux dans les municipalités et les villes de façon à assurer un

accès local. Ces hôpitaux sont également des employeurs importants. En outre, d'importantes incitations financières ont été fournies lorsque l'investissement dans l'augmentation des capacités était financé par d'autres niveaux d'administration ou d'autres institutions.

55. Dans une certaine mesure, le décalage dans l'action des pouvoirs publics est dû aux incitations incorporées dans les méthodes de paiement. Les paiements sur la base des journées d'hospitalisation – qui étaient fréquents – incitaient fortement les hôpitaux à garder les patients aussi longtemps que possible, masquant ainsi les effets du progrès technologique. Cela est illustré par la forte corrélation entre le nombre de lits et la durée des séjours (voir OCDE, 1995a, graphique 4).
56. D'après Roemer, « un lit disponible est un lit occupé » (voir Oxley et MacFarlan, 1995), bien que les liens entre le nombre de lits et leur utilisation soient complexes (Taroni, 2001). En outre, les pays tendent aussi à mieux équilibrer les lits pour soins de longue durée et les lits de soins aigus et à accroître les services visant à encourager les personnes âgées à rester chez elles aussi longtemps que possible. Cela réduit les pressions sur le nombre de lits nécessaires pour les soins aigus (Casey *et al.*, 2003).
57. Par exemple, les dépenses dans le secteur des soins ambulatoires sont plus faciles à contrôler avec un système de paiements à la capitation qu'avec un système de paiements à l'acte.
58. Néanmoins, ces résultats ne sont pas une conclusion inéluctable et peuvent dépendre de la période considérée. Les plafonds budgétaires ont généralement été moins bien respectés ou pas respectés du tout en Espagne, en Grèce, en Italie et au Portugal, alors même que ces pays ont des arrangements institutionnels du même type. En outre, des pays à modèle intégré ont aussi délibérément augmenté les ressources pour le secteur de la santé au cours de certaines périodes – c'est le cas récemment, par exemple, du Canada, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni – ou ont connu un rebond des dépenses après des périodes de fortes restrictions budgétaires (Irlande).
59. La Belgique a récemment renforcé sa capacité de modifier les prix pour les ajuster en cas d'écarts par rapport aux objectifs budgétaires.
60. Le résultat peut dépendre de la quantité de l'offre excédentaire dans le système. Par exemple, le contrôle des dépenses a toujours été strict dans le National Health Service britannique. Les pressions pour améliorer l'efficacité et réduire les délais d'attente ont eu pour résultat des gains de productivité considérables durant une bonne partie de la période considérée.
61. Le recours à la participation aux coûts s'est accru en Autriche (1988, 1996, 1997), en Belgique (1992-95), en Finlande (1990-95, 2002), en France (années 70 et 80), en Allemagne (mesures successives dans les années 90), en Italie (1995), aux Pays-Bas (1997 mais inversion de la politique en 1999), au Portugal et en Suède (années 90). Dans certains cas, cette tendance est allée de pair avec des mesures visant à transférer les patients des hôpitaux vers des centres de soins de longue durée où la participation aux coûts est plus importante (Australie, Belgique et Royaume-Uni).
62. Cela n'est sans doute pas sans lien avec la plus forte élasticité-prix des produits pharmaceutiques que des soins ambulatoires et, en particulier, des soins hospitaliers.
63. Les médicaments de marque semblent en mesure de maintenir des prix plus élevés que les génériques, même après l'expiration des brevets, en raison des efforts de commercialisation faits par les entreprises pharmaceutiques et la forte loyauté des médecins aux médicaments de marque (voir Scherer, 2000 pour un examen). Dans ces conditions, plusieurs pays ont mis en place des politiques proactives pour encourager l'introduction des génériques. Avec les systèmes de prix de référence, les patients sont remboursés sur la base du substitut générique le moins cher ou du médicament le moins cher dans une catégorie thérapeutique particulière [par exemple, Danemark (1993), Allemagne (1989), Hongrie (1989), Italie, Pays-Bas (1996), Nouvelle-Zélande (fin des années 80) et Suède (1993)].
64. Pour les soins secondaires, les professionnels de la santé ont probablement une forte influence sur le niveau et le type des soins et l'incidence d'une plus grande participation aux coûts sur la demande est donc atténuée.
65. L'incidence de l'élasticité est calculée en faisant le produit de l'élasticité par la variation en pourcentage de la participation des coûts. Ainsi, lorsque le niveau de la participation aux frais est pourcentage de zéro, l'incidence de toute variation peut être importante. Par exemple, l'expérience de l'assurance-maladie des États-Unis a fait apparaître qu'une augmentation des copaiements, qui sont passés de près de zéro à 25 %, a réduit les dépenses d'environ un cinquième, malgré une élasticité de l'ampleur indiquée dans le texte (Manning *et al.*, 1987).

66. Comme on l'a noté, la plus forte incidence de la participation aux coûts sur la demande de soins concernera les soins ambulatoires et les produits pharmaceutiques. Les contacts « nécessaires » avec le système de santé paraissant aussi affectés par la participation aux coûts que les consultations « non nécessaires », les chances d'un diagnostic précoce sont réduites, ce qui impliquera vraisemblablement un traitement plus coûteux dans une phase ultérieure. Des problèmes semblables peuvent aussi se poser lorsque les patients ne prennent pas les médicaments prescrits.
67. Dans le présent document, on entend par efficience la réalisation d'une production maximum en termes de services de santé pour un niveau donné de ressources et de coûts ou la réalisation des objectifs de production pour un coût minimum. Cela suppose de trouver le meilleur équilibre entre les différents types de soins et les intrants utilisés pour ces soins et leurs coûts et de maximiser l'efficience technique avec laquelle les intrants sont utilisés.
68. Pour des informations complémentaires sur les développements du secteur hospitalier européen, voir McKee et Healy (2002).
69. Les ressources réelles consommées dans chaque secteur peuvent différer des chiffres indiqués dans le tableau 1.9 en raison des différences des prix relatifs entre les pays des soins ambulatoires et institutionnels.
70. Cela est particulièrement le cas en Europe de l'Est, où la part des spécialistes dans le nombre total de médecins est très élevée. En Pologne, les spécialistes redeviennent des médecins de famille (Girouard et Imai, 1999).
71. Cet aspect est aussi souligné dans les études nationales. Par exemple, Skinner et al. (2001) font apparaître les larges différences entre les États dans le montant des dépenses de Medicare aux États-Unis. Les auteurs estiment que si les dépenses étaient ramenées au niveau des États les moins dépensiers, les dépenses globales de Medicare pourraient diminuer d'un peu moins de 30 %.
72. Dans l'idéal, les médecins de soins primaires (généralistes) devraient informer les patients et coordonner les soins avec les spécialistes ou les hôpitaux, par exemple par le biais de dispositifs d'aiguillage. Cependant, les médecins ont peut-être de trop nombreux patients fréquentant leur cabinet pour les soigner efficacement et les paiements à la capitation ne les incitent guère à réduire leur clientèle. Cela conduit souvent à des listes d'attente et à une faible satisfaction des patients. En revanche, les dispositifs de rémunération à l'acte n'incitent guère à renvoyer vers des soins hospitaliers ou des soins spécialisés ou à assurer la coordination avec ces niveaux, contribuant ainsi à une sur-offre.
73. Au Royaume-Uni, le système du General Practice Fundholding établi à l'occasion de la réforme de 1992 a encore évolué lors des réformes de 1997. Dans le nouveau système, tous les généralistes seront rattachés à un Primary Care Trust. Ces trusts seront les nouveaux « acquéreurs » de soins secondaires, remplaçant les autorités sanitaires de district. En Nouvelle-Zélande, il est envisagé de donner un rôle plus important aux Independent Practice Associations.
74. Pour la France, les patients qui acceptent de recourir à un « médecin référent » ne paient pas la consultation, le médecin étant ultérieurement remboursé par l'assurance. Cette option, toutefois, est volontaire et a été relativement peu utilisée, surtout parce que les incitations financières des médecins sont faibles : ils reçoivent un remboursement forfaitaire par patient peu important, mais ont des obligations administratives et de prescription supplémentaires. Aux États-Unis, cette évolution est intervenue dans le cadre des plans de gestion coordonnée des soins.
75. Avant ce changement, le financement public des soins ambulatoires était limité aux services fournis par le secteur public.
76. Certains plans de gestion coordonnée des soins aux États-Unis ont introduit des contrats de paiement à la capitation ou de rémunération salariale. La République tchèque est passée de la rémunération salariale au paiement à l'acte puis à la capitation. L'Espagne abandonne progressivement le système de paiement à la capitation pour passer à la rémunération salariale. L'Irlande est passée du système de rémunération à l'acte au système à la capitation, ce qui a conduit à une baisse estimée de 20 % des visites chez le médecin (Hughes, 1999). Au Royaume-Uni, les généralistes peuvent aussi être payés désormais sous la forme d'un paiement forfaitaire, équivalant à un salaire. Le Danemark est passé à un système mixte associant les paiements à la capitation, qui représentent environ un tiers des revenus des généralistes, et les paiements à l'acte pour les services, qui représentent deux tiers des revenus.

77. Cette évolution s'est parfois accompagnée d'une meilleure répartition géographique des budgets grâce à des systèmes de pondération en fonction du nombre de personnes couvertes par le prestataire et de leurs caractéristiques en matière de santé. Ces budgets sont ensuite distribués aux divers financeurs en fonction d'un certain nombre d'indicateurs allant du profil historique (France) à la structure de la population ou aux facteurs de risque, tels que l'âge ou les caractéristiques de la population concernée en matière de santé (Canada, Italie, Suède). La France a l'intention de s'orienter vers des dispositifs fondés sur la capitation ou le risque pour répartir les crédits publics au secteur hospitalier entre les régions. Ces dispositifs devaient initialement être opérationnels au début de cette décennie, mais il apparaît maintenant que leur mise en œuvre prendra beaucoup plus de temps (Imai *et al.*, 1999).
78. A la suite des réformes de 1992 au Royaume-Uni, les généralistes volontaires (généralistes gestionnaires de budget) se sont vu attribuer un budget pour l'achat de produits pharmaceutiques et de soins non vitaux. Après une période d'expérimentation, ce système est aujourd'hui étendu sous la forme de Primary Care Trusts regroupant tous les généralistes, qui constitueront les principaux organismes acheteurs. En Nouvelle-Zélande, les associations de praticiens indépendants et les organisations de soins primaires se sont développées et jouent aujourd'hui le rôle d'acheteurs pour certains services comme les tests de laboratoire.
79. Des systèmes d'achat ont été mis sur pied dans 11 régions de Suède. En Italie, où la responsabilité financière des budgets de santé a été décentralisée pour être confiée aux régions, les unités de soins locales ont été renforcées et rendues plus indépendantes ; elles peuvent passer des contrats avec les hôpitaux locaux et les prestataires de soins ambulatoires. Cependant, une séparation totale entre acheteurs et prestataires n'existe que dans un petit nombre de régions (Jommi *et al.*, 2001). La Grèce a récemment décidé de s'orienter vers un système d'achat de soins de santé, lequel sera progressivement mis en place au cours des six prochaines années.
80. Ce problème a été accentué par le fait que les acheteurs étaient obligés de passer des contrats avec tous les prestataires et que la passation des contrats a lieu dans un environnement de monopole bilatéral entre les assureurs et les prestataires, ce qui permet moins d'influer sur le comportement de chaque hôpital. En outre, dans la plupart des cas, les acheteurs de soins de santé étaient issus du même groupe de personnes que celles qui avaient précédemment administré le système, ce qui rendait encore plus difficile le changement de rôle.
81. En France, les cliniques privées sont parvenues à obtenir plus des trois quarts du marché de la chirurgie non urgente. Les patients n'ont la plupart du temps aucune complication médicale importante, si bien que le risque de dépassement des coûts est limité. En revanche, les hôpitaux publics – qui sont souvent mieux équipés pour les cas complexes – accueillent en général une forte proportion de personnes très malades. En conséquence, les hôpitaux publics craignent que la constitution d'un seul groupe homogène de malades pour les hôpitaux publics et privés ne les désavantagent.
82. Par exemple, en Nouvelle-Zélande, la valeur du capital a été estimée et les hôpitaux ont été obligés d'assurer à son détenteur, l'État en l'occurrence, un certain taux de rendement.
83. Dans une certaine mesure, cependant, la réduction des coûts peut s'expliquer par le fait que les barèmes de salaire du secteur public ou parapublic assurent aux travailleurs peu qualifiés des rémunérations plus élevées que dans le secteur privé.
84. Cependant, un certain nombre d'autres instruments et facteurs, en dehors de la concurrence, ont joué un certain rôle. Par exemple, les réseaux de soins ont aussi freiné la hausse des coûts en limitant les possibilités de choix quant aux soins reçus. Le système de prix prospectifs de Medicare a aussi joué un certain rôle en démontrant que des prix plus bas étaient possibles.
85. On estime que le coût des soins de santé a augmenté d'environ trois quarts de point de PIB en 2001, encore que ce chiffre s'explique en partie aussi par un ralentissement de la croissance du PIB (Levit *et al.*, 2003 ; Sethi et Fronstin, 2004). Cette évolution est due pour une large part au fait que la population a délaissé les réseaux de soins coordonnés en faveur de dispositifs moins restrictifs tels que les contrats préférentiels qui laissent un plus large choix aux patients. Par ailleurs, l'intensité croissante des soins et l'augmentation des prix ont également joué un certain rôle.
86. Sur des quasi-marchés, ce sont des tiers payants ou des organismes publics, et non les patients eux-mêmes, qui passent des contrats de soins (Le Grand *et al.*, 1998).
87. Cependant, il est difficile de dire comment les Primary Care Trusts arbitreront entre différents groupes de généralistes, et ils seront peut-être obligés de remplacer la capacité de contrôle limitée des acheteurs des District Health Authorities de l'ancien système par des dispositifs encore moins efficaces dans le cadre des Primary Care Trusts face aux hôpitaux (Le Grand, 2002 ; OCDE, 2000b).

88. Cela peut conduire à une augmentation souhaitable de la production de soins en particulier en présence de listes d'attente. Cependant, s'il n'y a pas de problème de listes d'attente, une telle mesure peut simplement encourager les hôpitaux à fournir des services supplémentaires n'ayant guère de valeur marginale pour la collectivité, afin de s'assurer une part plus importante des points.
89. La composante forfaitaire des primes d'assurance-maladie versées par les assurés aux Pays-Bas peut varier dans une proportion allant jusqu'à 25 %. Cependant, cette composante ne représente qu'une très petite partie du coût total des soins de santé, qui sont principalement financés par le secteur public.
90. Entre 1985 et 1998, le nombre de caisses d'assurance-maladie a été ramené de 53 à 31 (Lieverdink et van der Made, 2001).
91. Certaines évolutions se sont produites, surtout dans le secteur des soins ambulatoires. Aux Pays-Bas, les contrats sélectifs avec des prestataires comme les généralistes ou les spécialistes sont devenus plus fréquents. Certains assureurs commencent à recourir à des systèmes de réseaux de soins, et notamment à la gestion par groupe de cas pour les sinistres importants, à la coordination de l'orientation des patients par les généralistes vers les spécialistes, à la fourniture aux médecins de données sur l'utilisation des ressources et à la mise en place de contrats préférentiels (van Doorslaer et al., 2000). En Suisse, certaines caisses ont mis sur pied des projets pilotes se rapprochant des réseaux de soins coordonnés pour les soins ambulatoires, ce qui a eu des effets importants sur les coûts. Les principaux organismes d'assurance-maladie sont tous dotés aujourd'hui de divisions spécialisées dans les réseaux de soins coordonnés ; en 1998, il y avait environ dix dispositifs de ce type, représentant 3 % du marché, mais leur part s'accroît rapidement. Dans plusieurs petites villes, des réseaux de soins primaires ont été créés à titre de services d'orientation pour les assureurs participants. Les médecins s'efforcent d'éviter les hospitalisations inutiles et bénéficient d'une partie des économies réalisées (Zweifel et Manning, 1998).
92. Par exemple, si un assureur peut attirer une clientèle à faible risque, ses primes seront également peu élevées, ce qui lui permettra d'attirer de nouveaux membres. Même si la sélection des risques n'est pas possible, l'assureur le plus compétitif continuera généralement d'attirer de plus en plus de clients, même si ses primes augmentent progressivement à mesure que des personnes à plus haut risque s'affilient. Il absorbera progressivement une part de plus en plus importante du marché, au point qu'à la limite il deviendra l'assureur unique. Les entrées sur le marché seront sans doute limitées, en particulier si les assureurs sont des organisations à but non lucratif.
93. Certaines évolutions intervenues aux États-Unis (Harvard University Health plans et Federal Employees Health Benefits programme) illustrent ce qui peut se passer. Dans le cas du régime de Harvard, la décision de ne pas subventionner l'autre régime le plus généreux existant dans le cadre du dispositif de soins de santé a conduit à une mort lente de celui-ci. Les personnes à haut risque ont eu tendance à choisir le régime le plus généreux, ce qui a fait monter les coûts et les primes et sortir les personnes à faible risque qui se sont tournées vers des régimes moins coûteux (et éventuellement moins généreux). Une évolution comparable s'est produite dans le cas des employés fédéraux (Cutler et Reber, 1998).
94. Pritchard (2002) en donne une définition générale : « produits pharmaceutiques, appareils, procédures médicales ou chirurgicales utilisées dans les soins médicaux, et organisations et systèmes de soutien au sein desquels les soins sont assurés ».
95. Par exemple, les médicaments qui réduisent l'hypertension et réduisent ainsi les risques cardiovasculaires peuvent accroître les coûts dans un premier temps mais peuvent ensuite différer l'apparition de maladies très coûteuses.
96. Par exemple, d'après une étude récente consacrée à un réseau de soins coordonnés sur une période de cinq ans (Legoretta et al., 1993), malgré une réduction de 25 % du coût moyen des soins liés aux opérations de la vésicule biliaire grâce à la chirurgie célioscopique, les coûts ont globalement augmenté car le nombre d'opérations s'est accru de 60 %, du fait qu'il est devenu possible d'opérer des patients présentant des risques plus élevés.
97. Zweifel et Manning (2000) estiment que les systèmes d'assurance peuvent créer un « risque moral dynamique », les malades choisissant des technologies plus coûteuses s'ils sont bien couverts par leur assurance et s'ils ont la liberté de choix. Ce phénomène peut être encore plus prononcé dans le cadre des systèmes de rémunération à l'acte avec remboursement ultérieur. En revanche, la question est probablement moins importante dans les pays qui limitent la diffusion des nouvelles technologies et l'accès à celles-ci.
98. Une méthode prometteuse consiste à comparer le coût des traitements par années de vie gagnées, ou par années de vie corrigées de la qualité, pour les technologies visant des catégories relativement étroites de malades (Gelijns et al., 2002).

99. Par exemple, d'après une étude récente, les effets à long terme de nombreux médicaments coûteux contre l'hypertension ne sont pas significativement supérieurs à ceux de diurétiques beaucoup moins coûteux.
100. Une utilisation excessive d'antibiotiques a fait apparaître des bactéries qui sont aujourd'hui résistantes aux combinaisons les plus puissantes de médicaments.
101. Ces pays sont les suivants : Australie, Belgique, Canada, France, Italie, Japon, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Suisse.
102. La Suisse ne contrôle pas les prix au moment de la mise sur le marché mais elle peut influencer sur leur taux d'augmentation au fil des ans.
103. La France a commencé à organiser des négociations sur la valeur des produits et a adopté la valeur d'innovation comme critère en 1994. L'Italie a décidé de s'appuyer sur les prix moyens pratiqués en Europe en 1995 et a créé le critère de produit innovant ; les Pays-Bas ont fixé des prix maximums autorisés en 1996 ; des systèmes de prix de référence ont été institués en Norvège et en Suède au début des années 90, et la Suisse a modifié sa méthode d'ajustement des prix pour les produits anciens en 1995.
104. Cependant, les différences observées entre pays peuvent s'expliquer par des pratiques différentes en matière de prescription. Dans les pays où les médecins prescrivent beaucoup de médicaments, la demande de services est plus importante. Il faudra sans doute que les comportements des patients et des médecins évoluent pour que des gains puissent être réalisés dans ce domaine.
105. Les problèmes soulevés par les réformes tiennent en partie au fait que la plupart des pharmacies ont capitalisé les rentes découlant de ces situations de monopole dans leur valeur sur le marché. En d'autres termes, des réformes réglementaires qui réduiraient ces rentes réduiraient aussi la valeur de revente des pharmacies. Par conséquent, leurs propriétaires actuels s'opposent vivement aux réformes.

Bibliographie

- Aaron, H. (2003), « Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health-care Spending? », *Health Affairs*, janvier.
- Academy Health (2003), *Glossary of Terms Commonly Used in Health Care*, Washington, DC.
- Ayanian, J.Z., J.S. Weissman, E.C. Schneider, J.A. Ginsburg et A.M. Zaslavsky (2000), « Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States », *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 16, 25 octobre.
- Baker, D.W., M.F. Shapiro et C.L. Schur (2000), « Health Insurance and Access to Care for Symptomatic Conditions », *Archives of Internal Medicine*, vol. 160, n° 9.
- Barraza-Llorens, M., S. Bertozzi, E. Gonzalez-Pier et J.P. Gutierrez (2002), « Addressing Inequity in Health and Health-care in Mexico », *Health Affairs*, vol. 21(3), pp. 47-56, mai/juin.
- Beck, K et P. Zweifel (1998), « Cream Skimming in Deregulated Social Health Insurance: evidence from Switzerland », in P. Zweifel (dir. pub.), *Health, the Medical Profession and Regulation*, Dordrecht, Kluwer.
- Behrendt, D. (1998), « Home Care and Clinical Paths – Steps toward more effective care », *Health-care Innovation*, janvier-février, vol. 8(1), pp. 23-26.
- Blendon, R.J., C. Schoen, C.M. Desroches, R. Osborn, K.L. Scoles et K. Zapert (2002), « Inequities in Health Care: a five-country survey », *Health Affairs*, vol. 21(3), pp. 182-190, mai/juin.
- Brown, L.D. et J. Arneburg (1999), « Manacled Competition: market reforms in German health care », *Health Affairs*, vol. 18, n° 3.
- Burström, B. (2002), « Increasing Inequalities in Health-care Utilisation across Income Groups in Sweden during the 1990s », *Health Policy*, vol. 62, pp. 117-129.
- Casey, B., H. Oxley et E. Whitehouse (2003), « Policies for an Ageing Society: recent measures and areas for further reform », Economics Department Working Papers, n° 369, OCDE, Paris.
- Chalkley, M. et J. Malcolmson (2000), « Government Purchasing of Health Services », in A. Culyer and J. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier.
- 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 Paper, n° 53, OCDE, Paris.

- Cumming, J. et N. Mays (2002), « Reform and Counter reform: how sustainable is New Zealand's latest health system restructuring », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 7 (supplément 1).
- Cutler, D. (2002), « Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform », *Journal of Economic Literature*, vol. XL. pp. 881-906.
- Cutler, D. et S. Reber (1998), « Paying for Health Insurance: The Trade-off between Competition and Adverse Selection », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 113(2).
- Dickson, M., J. Hurst and S. Jacobzone (2003), « Survey of Pharmacoeconomic Assessment Activity in Eleven Countries », OECD Health Working Papers, n° 4, OCDE, Paris.
- Docteur, E. et H. Oxley (2003), « Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience », Economics Department Working Paper, n° 374, OCDE, Paris.
- Docteur, E., H. Ssuppanz et J. Woo (2003), « The US Health System: an assessment and prospective directions for reform », Economics Department Working Paper, n° 350, OCDE, Paris.
- Dranove, D. et M.A. Satterthwaite (2000), « The Industrial Organisation of Health-care Markets », in A. Culyer et J. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier.
- Elofsson, S., Uden, A.L. et I. Krakau (1998), « Patient Charges – A hindrance to financially and psychosocially disadvantage groups seeking care », *Social Science Medicine*, vol. 46(10), pp. 1375-1380, mai.
- European Observatory on Health-Care Systems (1996), *Health-care Systems in Transition: Greece*.
- European Observatory on Health-Care Systems (1999), *Health-care Systems in Transition: Hungary*.
- European Observatory on Health-Care Systems (1999), *Health-care Systems in Transition: Luxembourg*.
- European Observatory on Health-Care Systems (1999), *Health-care Systems in Transition: Poland*.
- European Observatory on Health-Care Systems (1999), *Health-care Systems in Transition: Portugal*.
- European Observatory on Health-Care Systems (1999), *Health-care Systems in Transition: United Kingdom*.
- European Observatory on Health-Care Systems (2000), *Health-care Systems in Transition: Belgium*.
- European Observatory on Health-Care Systems (2000), *Health-care Systems in Transition: Czech Republic*.
- European Observatory on Health-Care Systems (2000), *Health-care Systems in Transition: Germany*.
- European Observatory on Health-Care Systems (2000), *Health-care Systems in Transition: Norway*.
- European Observatory on Health-Care Systems (2000), *Health-care Systems in Transition: Slovakia*.
- European Observatory on Health-Care Systems (2000), *Health-care Systems in Transition: Spain*.
- European Observatory on Health-Care Systems (2000), *Health-care Systems in Transition: Switzerland*.
- Fattore, G. (1997), « Cost Containment and Reforms in the Italian National Health Service », in E. Mossialos et J. Lebrand (dir. pub.), *Health Care Cost Containment in the European Union*, Aldershot, Ashgate.
- Fronstin, P. (2002), « Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: analysis of the March 2002 Current Population Survey », *Employee Benefit Research Institute Issue Brief*, n° 252.
- Gabel, J.L. Levitt, E. Holve, J. Pickreign, H. Whitmore, K. Dhont, S. Hawkins et D. Rowland (2002), « Job-based Health Benefits in 2002: some important trends », *Health Affairs*, vol. 21, n° 5.
- Gelijns, A., L. Brown, D. Heitjan et A. Moskowitz (2002), « Exploring the Political Economy of Technological Change in Medicine », miméo, Direction de la science, de la technologie et de l'industrie, OCDE, Paris.
- General Accounting Office (1994), « Cancer Survival: an international comparison of outcomes », Government Printing Office, Washington, DC, pp. 1-45 (Publication n° GAO/PEMD-94-5).
- Gerdtham, U.G., M. Löthgren, M. Tambour et C. Rehnberg (1999a), « Internal Markets and Health-care Efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis », *Health Economics*, vol. 8, n° 2, mars, pp. 151-164.
- Gerdtham, U.G., Rehnberg, C. Tambour, Magnus (1999b), « The Impact of Internal Markets on Health-care Efficiency: evidence from health-care reforms in Sweden », *Applied Economics*, vol. 31, n° 8, pp. 935-945.
- Girouard, N. et Y. Imai (2000), « The Health-care System in Poland », Economics Department Working Paper, n° 257, OCDE, Paris.
- Glennerster, H. et J. Le Grand (1995), « The Development of Quasi-markets in Welfare Provision in the United Kingdom », *International Journal of Health Services*, vol. 25, n° 2, pp. 203-218.

- Glied, S. (2000), « Managed Care », in A. Culyer et J. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier.
- Gress, S., P. Groenewegen, J. Kerssens, B. Braun et J. Wasem (2002), « Free Choice of Sickness Funds in Regulated Competition: evidence from Germany and the Netherlands », *Health Policy*, vol. 60, n° 3.
- Gross, D.J., L. Alexih, M.J. Govspam, J. Corea, C. Caplan et N. Bramgan (1999), « Out-of-pocket Health Spending by Poor and Near-poor Elderly Medicare Beneficiaries », *Health Services Research*, vol. 34, avril.
- Hughes, J. (1999), « Health Expenditure and Cost Containment in Ireland », in E. Mossialos et J. Le Grand (dir. pub.), *Health-care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot, Ashgate.
- Hurst, J. (2002), « Mesure et amélioration de la performance dans les systèmes de santé de l'OCDE : aperçu des enjeux et des défis », *Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, OCDE, Paris.
- Hurst, J. et L. Siciliani (2003), « Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries », *Health Working Papers*, n° 6, OCDE, Paris.
- Hwang, W., W. Weller, H. Ireys et G. Anderson (2001), « Out-of-pocket Medical Spending for Care of Chronic Conditions », *Health Affairs*, vol. 20, n° 6, novembre/décembre.
- Imai, Y., S. Jacobzone et P. Lenain (2000), « The Changing Health System in France », *Economics Department Working Paper*, n° 269, OCDE, Paris.
- Jacoby, M.B., T.A. Sullivan et E. Warren (2001), « Rethinking the Debates over Health Care Financing. Evidence from the Bankruptcy Courts », *New York University Law Review*, vol. 76, n° 2, mai.
- Jacobzone, S. (2000), « Pharmaceutical Policies in OECD Countries: reconciling social and industrial goals », *Labour Market and Social Policy Occasional Paper*, n° 40, OCDE, Paris.
- Jommi, C., E. Cantu et E. Anessi-Pessina (2001), « New Funding Arrangements in the Italian National Health Service », *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 16, pp. 347-368.
- Jones, C. (2002), « Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen so Much? », *National Bureau of Economic Research Working Paper*, n° 9325.
- Joyce, G.F, J.J. Escarce, M.D. Solomon et D.P. Goldman (2002), « Employer Drug Benefit Plans and Spending on Prescription Drugs », *Journal of the American Medical Association*, 9 octobre, vol. 288(14), pp. 1733-1739.
- Kaisernetwerk (2003), « Savings Produced by PBMs Not as Great as Previously Experienced », *source: Philadelphia Enquirer* 10/02/03.
- Kalisch, D.W., T. Aman et L.A. Buchele (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.
- Katz, S.J., K. Cardiff, M. Pascali, M.L. Barer et R.G. Evans (2002), « Phantoms in the Snow: Canadians' use of health-care services in the United States », *Health Affairs*, vol. 21(3), pp. 19-31, mai/juin.
- Kohn, L.T., J.M. Corrigan et M.S. Donaldson (dir. pub.) (2000), *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington, DC.
- Le Grand, J. (1999), « Competition, Cooperation, or Control? Tales from the British National Health Service », *Health Affairs*, vol. 18, n° 3.
- Le Grand, J. (2002), « Further Tales from the British National Health Service », *Health Affairs*, vol. 2, n° 3, pp. 116-128.
- Le Grand, J., N. Mays et J.-A. Mulligan (1998), *Learning from the NHS Internal Market: a Review of the Evidence*, The Kings Fund Publishing, Londres.
- Legorreta A.P., J.H. Silber, G.N. Costantino et al. (1993), « Increased Cholecystectomy Rate after the Introduction of Laparoscopic Cholecystectomy », *JAMA*, vol. 270, pp. 1420-1432.
- Levit, K., C. Smith, C. Cowan, H. Lazenby, A. Sensenig et A. Catlin (2003), « Trends in US Health-care Spending, 2001 », *Health Affairs*, vol. 22, n° 1.
- Lieverdink, H. et J.H. van der Made (2001), « The Reform of Health Insurance Systems in the Netherlands and Germany: Dutch Gold and German Silver? », *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, chapitre 6, pp. 109-160.
- Light, D. (1998), « Effective Commissioning, Lessons from Purchasing in American Managed Care », *Office of Health Economics*

- Light, D. (2000), « Sociological Perspectives on Competition in Health Care », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 25, n° 4.
- Light, D. (2001a), « Managed Competition, Governmentality and Institutional Response in the United Kingdom », *Social Science and Medicine*, vol. 52.
- Light, D. (2001b), « Comparative Institutional Response to Economic Policy Managed Competition and Governmentality », *Social Science and Medicine*, vol. 52.
- Manning, W.G., J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler, A. Leibowitz et M.S. Marquis (1987), « Health Insurance and the Demand for Medical Care: evidence from a randomized experiment », *The American Review*, vol. 77, n° 3, juin, pp. 251-277.
- Marshall, M.N., P.G. Shekelle, S. Leatherman et R.H. Brook (2000), « The Public Release of Performance Data: what do we expect to gain? A review of the evidence », *Journal of the American Medical Association*, vol. 283(14), pp. 1866-1874, 12 avril.
- Mays, N., J. Mulligan et N. Goodwin (2000), « The British Quasi-market in Health Care: a balance sheet of the evidence », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 5, n° 1, pp. 49-58.
- McKee, M. et J. Healy (dir. pub.) (2002), *Hospitals in a Changing Europe*, Open University Press, Buckingham, Philadelphie.
- Melnick, G., J. Zwanziger, A. Bamezai et R. Pattison (1992), « The Effects of Market Structure and Bargaining Position on Hospital Prices », *Journal of Health Economics*, vol. 11, n° 3, pp. 217-233.
- Miller, R. et H. Luft (1994), « Managed Care Performance since 1980: a literature analysis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 271, n° 19.
- Miller, R. et H. Luft (1997), « Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care », *Health Affairs*.
- Miller, R. et H. Luft (2002), « HMO Plan Performance Update: an analysis of the literature 1997-2001 », *Health Affairs*, vol. 21, n° 4.
- Moïse, P. et S. Jacobzone. (2002), « Comparing Treatments, Costs and Outcomes for Heart Disease in OECD Countries », *Labour Market and Social Policy Occasional Paper*, n° 58, OCDE, Paris.
- Mossialos, E. et J. Legrand (1999), « Cost Containment in the EU: an overview », in E. Mossialos et J. Legrand (dir. pub.), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot, Ashgate.
- Mukamel, D.B. et A.I. Mushlin (1998), « Quality of Care Information Makes a Difference: an analysis of market share and price changes after publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports », *Medical Care*, vol. 36(7), pp. 945-954, juillet.
- Newhouse, J.P. (1992b), « Pricing and Imperfections in the Medical Care Market », in P. Zweifel. et H. Frech (dir. pub.), *Health Economics Worldwide*, Kluwer, Dordrecht.
- Newhouse, J.P. (1992a), « Medical Care Costs: how much welfare loss? », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, pp. 3-21.
- OCDE (1991), *Études économiques : Suisse*, Paris.
- OCDE (1992a), *Études économiques : Italie*, Paris.
- OCDE (1992b), *Études économiques : États-Unis*, Paris.
- OCDE (1993), *Études économiques : Canada*, Paris.
- OCDE (1994), *Études économiques : Royaume-Uni*, Paris.
- OCDE (1995a), *Études économiques : Australie*, Paris
- OCDE (1995b), *New Directions in Health Policy*, *Health Policy Studies*, n° 7, Paris.
- OCDE (1996), *Études économiques : Espagne*, Paris
- OCDE (1997a), *Études économiques : Autriche*, Paris.
- OCDE (1997b), *Études économiques : Irlande*, Paris
- OCDE (1998), *Études économiques : Mexique*, Paris.
- OCDE (1998a), *Études économiques : Finlande*, Paris.
- OCDE (1998b), *Études économiques : Norvège*, Paris.
- OCDE (1998c), *Études économiques : Portugal*, Paris
- OCDE (1999), *Études économiques : Allemagne*, Paris.
- OCDE (1999a), *Études économiques : Belgique*, Paris.
- OCDE (1999b), *Études économiques : Hongrie*, Paris.

- OCDE (2000a), *Études économiques : Suisse*, Paris.
- OCDE (2000b), *Études économiques : Royaume-Uni*, Paris.
- OCDE (2002a), *Études économiques : Belgique*, Paris.
- OCDE (2002b), *Études économiques : Grèce*, Paris.
- OCDE (2002c), *Études économiques : Portugal*, Paris.
- OCDE (2002d), *Études économiques : Suède*, Paris.
- OCDE (2002e), *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost*, Paris.
- OCDE (2002f), *Études économiques : États-Unis*, Paris.
- OCDE (2003a), *Études économiques : République tchèque*, Paris.
- OCDE (2003b), *Études économiques : Finlande*, Paris.
- Oxley, H. et M. MacFarlan (1995), « Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency », *OECD Economic Studies*, n° 24/1, OCDE, Paris.
- Pritchard, C. (2002), « The Social and Economic Impact of Emerging Health Technologies: mechanisms for diffusion/uptake of technology and evidence-based planning », miméo, Directorate for Science, Technology and Industry, OCDE, Paris.
- Propper, C., S. Burgess et K. Green (2002), « Does Competition between Hospitals Improve the Quality of Care? Hospital death rates and the NHS internal market », *CMPO Working Paper n° 00/027*.
- Rice, T. et al. (1985), « The State of PPOs: results from a national survey », *Health Affairs*, vol. 4, n° 25.
- Roos, L.L., E.S. Fisher, R. Brazaukas, S.M. Sharp et E. Shapiro (1992), « Health and Surgical Outcomes in Canada and the United States », *Health Affairs*, vol. 11(2), pp. 56-72, été.
- Roos, L.L., E.S. Fisher, S.M. Sharp, J.P. Newhouse, G. Anderson et T.A. Bubloz (1990), « Postsurgical Mortality in Manitoba and New England », *Journal of the American Medical Association*; vol. 263(18), pp. 2453-2458.
- Scherer, F.M. (2000), « The Pharmaceutical Industry », in A. Culyer et J. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier.
- Sethi, R. et P. Fronstin (2004), « National Health Spending Rose 9.3 per cent in 2002; Sixth Consecutive Year of Increase », *EBRI Notes*, vol. 25, n° 3.
- Siciliani, L. et J. Hurst (2003), « Explaining Waiting-times Variations for Elective Surgery across OECD Countries », *Health Working Papers*, n° 7, OCDE, Paris.
- Skinner, J., E. Fisher et J. Wennberg (2001), « The Efficiency of Medicare », *National Bureau of Economic Research Working Paper*, n° 8395.
- Smee, C. (2000), « United Kingdom », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 25, n° 5, octobre, pp. 945-951.
- Staten, M., J. Umbeck et W. Dunkelberg (1988), « Market Share/Market Power Revisited: a new test for an old theory », *Journal of Health Economics*, vol. 7, n° 1.
- Strum, R. (2002), « The Effects of Obesity, Smoking, and Drinking on Medical Costs », *Health Affairs*, vol. 21(2), pp. 245-253, mars/avril.
- Sullivan, K. (2000), « On the "Efficiency" of Managed Care Plans », *Health Affairs*, juillet/août.
- Taroni, F. (2001), « Roemer's Effect Reconsidered », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 1, janvier.
- Van de Ven, P. et R. Ellis (2000), « Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets », in A. Culyer et J. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier.
- Van Doorslaer E. et al. (2000), « Equity in the Delivery of Health-care in Europe and the US », *Journal of Health Economics*, vol. 19, pp. 553-583.
- Vermeire, P.A., K.F. Rabe, J.B. Soriano et W.C. Maier (2002), « Asthma Control and Differences in Management Practices across Seven European Countries », *Respiratory Medicine*, vol. 96(3), pp. 142-149.
- Wennberg, J., K. McPherson et P. Caper (1984), « Will Payment Based on Diagnosis Related Groups Control Hospital Costs », *The New England Journal of Medicine*.
- Zweifel, P. et W.G. Manning (2000), « Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care », in A.J. Culyer et J.P. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, chapitre 8, Elsevier, Amsterdam.

Chapitre 2

Suivi et amélioration de la qualité technique des soins médicaux : un nouveau défi pour les responsables politiques des pays de l'OCDE

par

Soeren Mattke¹,

Secrétariat de l'OCDE

Les responsables politiques de nombreux pays de l'OCDE placent désormais parmi leurs priorités le suivi et l'amélioration de la qualité des soins. La lourde tâche à laquelle doivent à présent s'atteler les pouvoirs publics est de déterminer si la réponse la plus efficace à ce nouveau défi surgira de réformes appliquées aux institutions d'autorégulation professionnelle, de l'intervention d'experts intermédiaires pour garantir la qualité ou de l'habilitation des consommateurs à choisir leurs prestataires sur des critères de qualité des soins. Cette étude a pour objectif d'informer les pouvoirs publics sur les choix possibles en matière de politiques de suivi et d'amélioration de la qualité dans un échantillon de sept pays de l'OCDE : Allemagne, Danemark, États-Unis, Japon, Pays-Bas, République tchèque et Royaume-Uni.

Une taxonomie des instruments d'assurance qualité est illustrée par des exemples nationaux. Les observations tirées de l'étude confirment que les responsables politiques préparent et mettent actuellement en place des réformes majeures, comme le développement de grilles d'indicateurs pour évaluer et comparer les fournisseurs et la création de nouvelles institutions auxquelles il incombera de suivre et d'améliorer la qualité. Les réformes accentuent le rôle des gouvernements, des acheteurs et du public, mais la profession médicale et ses institutions restent généralement des acteurs essentiels. Les réformes ont jusqu'à présent surtout concerné le secteur hospitalier, mais le suivi et l'amélioration des soins au niveau des médecins ont été entrepris plus récemment. Bien que ces expériences sont trop récentes pour que l'on puisse évaluer leur impact, le dynamisme de ce champ politique laisse toutefois espérer l'introduction dans un futur proche de modèles innovants et de meilleures pratiques de suivi et d'amélioration de la qualité.

1. Introduction

Le suivi et l'amélioration de la qualité des soins ou, plus précisément, de la qualité technique de l'administration des soins, ont récemment été hissés au rang de priorités par les pouvoirs publics dans de nombreux pays de l'OCDE, s'ajoutant à la liste des préoccupations majeures en santé soulevées par les problèmes de volumes, d'accès et de coûts.

Le fait même que les responsables politiques considèrent qu'il est nécessaire de traiter le problème de la qualité des soins constitue un bouleversement du paradigme, car il remet en cause le principe acquis selon lequel les institutions d'autorégulation professionnelles assureraient sans faille une qualité adéquate des soins. Toutefois, plusieurs scandales et des problèmes systématiques ont soulevé dans divers pays de l'OCDE la question de la viabilité actuelle de ce dispositif traditionnel face aux mutations permanentes de la médecine et à l'évolution de l'opinion sur la responsabilité. Par conséquent, de nombreux pays ont initié des réformes dans les domaines du suivi et de l'amélioration de la qualité dans l'objectif de renforcer la sécurité et l'efficacité des soins médicaux. Stimulées par les inquiétudes engendrées par le coût élevé des soins médicaux et son impact sur les finances publiques, ces réformes ont pris de l'ampleur. L'amélioration de la qualité est désormais considérée comme l'une des solutions au problème de pression des coûts, davantage par une amélioration de l'efficacité des soins que par la simple réduction des dépenses.

Cette étude a pour ambition d'informer les pouvoirs publics sur les options en matière de politiques de suivi et d'amélioration de la qualité et sur les expériences qui ont été tentées dans ce domaine, et décrit les dispositifs actuels des systèmes d'assurance qualité dans quelques pays de l'OCDE, et les réformes envisagées. L'échantillon de sept pays inclus dans cette étude (Allemagne, Danemark, États-Unis, Japon, Pays-Bas, République tchèque et Royaume-Uni) représente tout l'éventail des systèmes de soins de santé prévalents dans les pays membres.

Ce document s'appuie sur des études préalables de l'OCDE concernant les systèmes de mesures de performance en Australie, au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis (Hurst et Jee-Hughes, 2001), et sur des expériences d'amélioration de la qualité en France, aux Pays Bas, en Nouvelle-Zélande et en Suède (Or, 2002). Il s'articule autour de cinq points. La section 2 analyse les données qui suggèrent l'existence d'un problème de qualité d'importance économique et politique dans le domaine des soins médicaux. La section 3 décrit les dispositifs traditionnels qui garantissent la qualité par l'autorégulation professionnelle et leurs inconvénients attribuables à la versatilité de l'administration des soins médicaux. La section 4 établit les fondements des modifications à apporter à la pratique médicale pour améliorer la qualité. Une taxonomie des instruments nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins, ainsi que des exemples issus des pays étudiés, sont présentés dans la section 5. La section 6 conclut par un résumé des tendances communes aux pays de l'OCDE.

2. Qualité des soins : recensement des problèmes

Ces dernières années, des scandales soulevés dans plusieurs pays de l'OCDE ont remis en question les institutions d'autorégulation professionnelle et ouvert le débat sur l'opportunité de les réformer ou de les remplacer. Les professionnels ont beau régulièrement affirmer que ces scandales traduisent des défaillances individuelles et non institutionnelles, des preuves révélatrices de problèmes structurels dans le domaine de la qualité des soins s'accumulent, qui justifient l'instauration de réformes fondamentales (Newhouse, 2002). Les recherches mentionnées dans ce contexte démontrent systématiquement l'utilisation abusive, le sous-emploi et l'utilisation inadéquate des soins, qui se classent en quatre grandes catégories.

2.1. Utilisation inadéquate des interventions

Au début des années 80, les recherches effectuées à la RAND Corporation ont montré que de nombreuses interventions chirurgicales, tels que le pontage aorto-coronaire ou la coronarographie, étaient pratiqués pour des indications pour lesquelles les connaissances scientifiques suggéraient que les risques encourus excédaient les bénéfices espérés. Par exemple, une étude a montré que 14 % de l'ensemble des pontages aorto-coronaires dans trois hôpitaux des États-Unis choisis au hasard pouvaient être qualifiés d'inadéquats (Winslow *et al.*, 1988). Ce type de recherche a été initié aux États-Unis, mais on observe des résultats comparables dans d'autres pays qui ont cependant des taux d'interventions globaux généralement bien inférieurs. En Suède et aux États-Unis, respectivement, les chercheurs ont comptabilisé 10 % et 16 % de pontages aorto-coronaires inadéquats (Bernstein *et al.*, 1999 ; Gray *et al.*, 1990).

2.2. Sous-emploi des services reconnus

Parallèlement à l'utilisation excessive de certaines interventions, des traitements standard universellement acceptés et largement reconnus sont étonnamment peu prescrits dans la pratique médicale quotidienne. Par exemple, les bienfaits d'un traitement par l'aspirine et les bêtabloquants après un infarctus du myocarde aigu sont démontrés sans controverse possible, ce qu'admettent les médecins interrogés à ce sujet dans le monde entier. Mais seulement respectivement 84 % et 72 % d'entre eux prescrivent ces médicaments à la sortie de l'hôpital, selon une étude récente (Jencks, 2000). Une nouvelle étude de la RAND Corporation aux États-Unis a conclu que les médecins ne prescriraient les traitements standard à seulement la moitié des patients qui les consultent (McGlynn *et al.*, 2003).

2.3. Variation régionale des taux d'interventions

Les taux d'interventions chirurgicaux courants, comme l'hystérectomie ou la mise en place de prothèse de genou, présentent des disparités considérables entre régions ou petites zones à l'intérieur d'un pays, qui ne peuvent totalement s'expliquer par des différences de demande et de capacité (www.dartmouthatlas.org/default.php, 30 septembre 2002)². Ces disparités ont aussi tout d'abord été signalées aux États-Unis, mais des résultats similaires ont été rapportés dans de nombreux autres pays (Wennberg, 1999 ; McPherson *et al.*, 1982). En outre, il semble que les variations régionales ne soient pas corrélées à l'adéquation, autrement dit, les taux d'interventions chirurgicales inadéquates ne sont pas plus faibles dans les régions où les taux d'utilisation sont inférieurs (Chassin *et al.*, 1987). L'étude des services non chirurgicaux révèle également des variations

géographiques, par exemple, relatives aux hospitalisations et aux visites des médecins (Ashton *et al.*, 1999). Ces variations ont été attribuées au « style de pratique clinique » et traduisent les préférences particulières des médecins, souvent liées aux institutions qui les ont formés. Il convient toutefois de noter que les variations sont en parties dues à une incertitude réelle relative aux indications, mais il semble pourtant que leur amplitude ne s'explique pas toujours par la prudence qu'engendrent l'incertitude et l'ambiguïté des connaissances médicales.

Ces faisceaux de preuves suggèrent donc que la prise de décision en matière médicale est soumise dans une large mesure à l'arbitraire, même lorsqu'il existe des normes acceptées de pratique médicale. Le problème ne semble pas non plus naître de manque de connaissances ou de controverses scientifiques, car peu de médecins mettraient en cause la validité de ces normes. Les systèmes de prestation des soins semblent mal adaptés pour transposer ces normes en pratique systématique.

2.4. Erreurs médicales

La découverte d'un taux d'erreur d'ampleur alarmante lors de la prestation des soins médicaux, en particulier dans les hôpitaux, a d'autant plus sensibilisé les responsables politiques, les professionnels et le public aux problèmes de qualité. Ces événements indésirables, tels que des interventions chirurgicales en un site erroné ou des erreurs de médication, se produisent à hauteur de 1 à 3 % de toutes les admissions à l'hôpital, selon des études provenant de divers pays (Leape, 1994 ; Kohn *et al.*, 1999 ; Schiøler *et al.*, 2001). Des estimations en provenance des États-Unis suggèrent que l'on meurt davantage d'erreurs médicales que des accidents de la route ou du cancer du sein (Kohn *et al.*, 1999). Un tel taux d'erreur serait tenu pour désastreux dans d'autres industries à haut risque, comme l'aviation, où un pourcentage d'échec de 0.1 % est estimé inacceptable, puisqu'ils correspondrait à l'atterrissage de deux avions dangereux par jour à l'aéroport de O'Hare, Chicago (Deming, 1987 cité dans Leape, 1994)³.

2.5. Les arguments en faveur des réformes

Tous les indices évoqués précédemment témoignent de problèmes de qualité substantiels dans le domaine des soins médicaux, et démontrent que ces soins sont abusivement utilisés, sous employés ou mal utilisés par le fait de défaillances davantage attribuables aux systèmes qu'à des individus isolés. La médecine a toujours été considérée autant comme un art que comme une science, mais la part d'arbitraire et d'illogisme qui intervient dans les décisions médicales et leur exécution excède largement celle imputable à l'incertitude et à l'absence de connaissances scientifiques, et à la variation statistique affectant la pratique. Il ne s'agit pas non plus de compromis entre les coûts et la qualité : des indices émergents démontrent que l'amélioration de la qualité des soins pourrait contribuer à réduire les coûts de santé (voir ci-dessous). Il semble donc nécessaire d'appliquer des réformes fondamentales pour garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, ce qui soulève des questions difficiles sur plusieurs plans pour les responsables politiques.

Sur le plan sociétal, les réformes devront être compatibles avec les valeurs et les attitudes sur les rôles respectifs des individus, des intervenants et de l'état, ainsi qu'avec la nature délicate des relations entre les médecins et leurs patients. Sur le plan des systèmes de paiements, on doit prendre en compte les effets que les changements des systèmes de paiements peuvent avoir sur les incitatifs à améliorer la qualité. Dans le

domaine de la recherche, il faut poursuivre les efforts pour améliorer la base de connaissances scientifiques sur laquelle repose la pratique de la médecine, par les essais cliniques, la recherche sur les services de santé et l'évaluation des technologies médicales.

L'analyse de ces questions sort du cadre de la présente étude, dont l'ambition est de proposer des recommandations portant sur les changements à apporter aux dispositifs institutionnels de suivi et d'amélioration des soins. Il convient de noter que l'étude s'attache aux approches politiques, visant davantage à garantir l'utilisation des connaissances médicales existantes et reconnues dans les pratiques quotidiennes, qu'à améliorer les connaissances cliniques. En principe, trois approches politiques sont possibles :

- Réformer les institutions d'autorégulation professionnelle.
- Accroître la surveillance du secteur médical par des intermédiaires (par exemple, autorités de réglementation, acheteurs).
- Créer un environnement favorable à la compétition sur le terrain de la qualité.

Selon la première option, le corps médical conserverait la responsabilité de l'assurance qualité, mais la confiance inconditionnelle actuellement placée dans la profession serait suppléée par des dispositifs institutionnels qu'elle mettrait elle-même en place. Les deux autres options modifieraient la division traditionnelle des responsabilités, la première en introduisant des intermédiaires agissant dans l'intérêt des patients et des consommateurs et la seconde en habilitant ces derniers à choisir leur prestataires en fonction de la qualité des soins.

Bien évidemment, ces trois options ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent s'intégrer dans une politique globale d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité pour le patient. L'approche politique dépendra largement du contexte particulier et de la structure historique de chaque système de santé. En particulier, il devra s'adapter aux valeurs et aux attitudes sociétales, telles que les poids relatifs accordés à l'efficacité et à l'équité, et à l'équilibre entre les responsabilités attribuées aux individus et à l'état. L'introduction de réformes soulèvera également de difficiles problèmes techniques et politiques. Par exemple, l'élaboration d'un système de contrôle de la qualité exige des compétences techniques appréciables dans le domaine de la conception des mesures, de l'ajustement du risque associé aux patients et de l'interprétation et de la présentation des informations. Elle réclame également de nouveaux investissements en recherche, en collecte des données, en technologie de l'information et en capital humain. Ainsi, il conviendra de prendre en considération le coût attendu de ces investissements et leurs résultats. Même les systèmes les plus ingénieusement conçus devraient rencontrer une résistance politique au niveau des parties prenantes.

3. Les imperfections du marché comme justification de l'autorégulation

Avant de modifier une organisation sociétale ancienne, telle que l'autorégulation professionnelle, il convient d'analyser les motifs de sa création et de s'interroger sur la persistance ou non des conditions en vigueur à l'origine. Cette démarche est particulièrement justifiée lorsqu'il est difficile d'aménager et de mettre en place de nouveaux dispositifs. Autrement dit, pourquoi a-t-on accordé au corps médical le privilège de l'autorégulation, alors que dans la plupart des autres secteurs de l'économie, le marché est censé se réguler par élimination des intervenants les moins performants à moins qu'ils ne compensent leur qualité inférieure par des prix moins élevés ?

De toute évidence, les nombreuses imperfections qui affectent le marché des soins médicaux limitent les gains d'efficacité par le jeu de la compétition. La plus sérieuse d'entre elles est l'asymétrie d'information entre les patients et les médecins. L'incapacité des patients à traduire eux-mêmes leur recherche de résultats sanitaires en une demande de services médicaux, en partie par manque de connaissances, en partie en raison de leur vulnérabilité, leur impose de se fier aux connaissances plus approfondies et au recul du médecin pour prendre ces décisions à leur place (Dranove et White, 1987 ; Arrow, 1963). Ils doivent également s'en remettre à la compétence et à l'attention de leur médecin dans son devoir d'administration des soins (McGuire, 2000)⁴.

Ces problèmes d'information sont courants dans le secteur des services et non restreints au marché des soins de santé. Toutefois, certaines particularités des soins médicaux renforcent leur acuité, par exemple, l'absence d'interactions répétées entre les patients et les prestataires dans les cas de maladies aiguës, la vulnérabilité des patients et le temps limité consacré à la recherche de l'information. La rapidité des progrès technologiques en médecine complique particulièrement la mise à jour des informations scientifiques et la présentation des données de qualité.

En outre, le rôle dominant du secteur public en soins de santé contribue aux imperfections du marché (Newhouse, 2002). Le secteur public ayant également pour objectif, outre l'efficacité, entre autres, l'équité et la redistribution, il interfère avec les mécanismes commerciaux, tels que la réglementation des prix, la capacité et la planification de la force de travail et d'autres systèmes de régulation.

Pratiquement toutes les sociétés ont choisi de composer avec les imperfections du marché par un contrat social implicite passé avec la profession médicale, qui garantit une autorégulation efficace du comportement de ses membres en échange du respect et du prestige social, ainsi que de revenus supérieurs à la moyenne (Arrow, 1963). Les décisions médicales sont censées répondre à l'intérêt et au bénéfice des patients et correspondre à l'état actuel des connaissances spécialisées, les intérêts financiers devant rester au second plan (Starr, 1982). Ce consensus encourage les patients à accorder leur confiance aux médecins et à se livrer au jugement médical sans ressentir le besoin de les contrôler.

Des économistes tels que Milton Friedman ont depuis longtemps remis en question l'efficacité de cet accord (Friedman, 1962). Il fait valoir que ces praticiens usent de ce code de comportement professionnel reconnu nécessaire comme prétexte pour restreindre l'entrée sur le marché médical et se garantir un niveau de revenus élevé. L'élimination de la discipline que le marché impose aux prestataires comporte également le risque évident qu'ils se satisfont de la situation et réduisent leur capacité de réponse aux besoins des patients. D'autres auteurs ont assimilé le modèle d'autorégulation de la profession médicale à celui d'une guilde médiévale (Krause, 1996). Les nouveaux membres subissent une sélection rigoureuse et suivent un cursus de formation interne au secteur professionnel, sur le modèle d'apprentissage, qui présente le maître clinicien sous les traits du modèle idéal. Un code professionnel contraignant prescrit des règles de conduite entre membres de la profession et à l'égard du public et définit également des normes pour les biens et les services produits par le secteur. La surveillance exercée par les pairs et le désir de reconnaissance sont les forces principales qui motivent la recherche de l'amélioration, et les entorses à la qualité sont considérées comme des défaillances individuelles.

Il existe cependant des différences considérables entre la profession médicale et les guildes, principalement l'importance considérable accordée à la recherche clinique, et les

efforts consentis pour propager les connaissances obtenues localement et globalement par l'intermédiaire de journaux et de conférences. De surcroît, l'entrée dans la profession médicale et la carrière que l'on y suit sont fondées sur la compétition plutôt que sur l'ascendance et l'ancienneté. Ce modèle s'est révélé très efficace pour élever les normes sanitaires au XX^e siècle et renforcer les termes du contrat social implicite. Il correspond également à la pratique traditionnelle de la médecine, qui se caractérise par une relation personnelle et durable entre le médecin et le patient, en mettant l'accent sur la responsabilité du praticien individuel et sur le traitement du cas individuel et de ses particularités.

Toutefois, la pratique de la médecine a largement évolué au cours du temps. L'administration des soins a été transférée des praticiens individuels à des institutions polyvalentes complexes, que sont les hôpitaux actuels ou les pratiques faisant intervenir de multiples spécialités. Ces institutions se caractérisent par une infrastructure complexe et la collaboration de professionnels médicaux et non médicaux très divers. Les approches thérapeutiques évoluées telles que la transplantation d'organe ou la chirurgie à cœur ouvert constituent des défis autant sur le plan opérationnel que d'un point de vue purement médical. Ainsi, une partie importante des actes de prestation des soins n'est plus sous le seul contrôle des médecins, et encore moins d'un seul médecin.

4. Modifier la pratique médicale pour des soins plus efficaces et plus sûrs

À la lumière des éléments mis en évidence ci-dessus, l'adaptation à un environnement en constante évolution du modèle traditionnel d'assurance qualité en médecine est remise en question⁵. En effet, certaines de ses particularités, par exemple, la prépondérance exclusive de la responsabilité individuelle, sont à présent considérées comme des obstacles à l'amélioration de la qualité. Les problèmes de qualité sont assimilés à des défaillances personnelles, ce qui développe une culture de blâme et de honte qui décourage la reconnaissance des erreurs et la discussion franche de leur cause et des moyens de les éviter (Leape, 1994).

De surcroît, l'étude des facteurs humains et la psychologie cognitive démontrent que l'esprit humain est sujet à l'erreur, en particulier en conditions de stress⁶. Par exemple, il est difficile pour l'homme de maintenir son niveau d'attention dans un contexte de tâches répétitives et routinières et il est susceptible de commettre des erreurs de jugement sous une pression extrême. Les événements intenses et émotionnels ont tendance à l'emporter sur les données statistiques dans la mémoire humaine. Par exemple, les décisions futures d'un médecin peuvent être influencées par un cas dramatique, même très rare, qu'il vient de traiter. De plus, les stress physiologiques, comme la privation de sommeil et la faim, courants chez les médecins, peuvent gravement altérer le jugement.

Après avoir compris ce phénomène et accepté qu'un certain degré d'erreur humaine est inévitable, les experts en sécurité recommandent l'élaboration d'environnements de travail complexes pour réduire la probabilité d'erreurs en introduisant des mécanismes de sécurité intégrée et en proposant des supports de décision. Les dispositifs mis en place limitent le recours à la mémoire humaine et structurent la prise de décision (voir encadré 2.1). Divers exemples de ces approches existent en médecine, en particulier dans le domaine de l'anesthésiologie, une discipline universellement reconnue à l'avant-garde de la sécurité médicale et de l'éviction des erreurs. Par exemple, un code de couleurs pour les lignes d'accès artériel et veineux pendant une intervention chirurgicale peut contribuer

Encadré 2.1. Une approche pour améliorer les soins : la reconfiguration des systèmes

Les décideurs et les chercheurs en matière de santé ont conclu que les outils et les méthodes employés pour améliorer la qualité et la sécurité dans d'autres industries pourraient également être appliqués avec succès à la médecine. Il faudrait alors modifier matériellement l'organisation et la pratique de la médecine, car le modèle traditionnel d'amélioration de la qualité basée sur le recours exclusif aux individus ne semble plus répondre aux enjeux auxquels le secteur est désormais confronté. Proposées à l'origine par Donabedian, de nouvelles techniques d'amélioration de la qualité, empruntées à l'industrie de fabrication, pénètrent à présent le secteur médical (Donabedian, 1985). Désignés par les termes de « gestion totale de la qualité » (TQM, Total Quality Management) ou « amélioration continue de la qualité » (CQI, Continuous Quality Improvement), ces modèles reposent sur des approches systématiques de reconfiguration pilotée par les données. Un problème est identifié grâce à des méthodes statistiques, ses causes profondes décrites et un plan d'amélioration est élaboré et instauré. De nouvelles mesures évaluent ensuite l'efficacité de l'intervention à l'étude. Cette démarche d'amélioration de la performance des systèmes de prestation de soins, également appelée « cycle de performance », est loin d'être universellement implantée, mais est de mieux en mieux acceptée dans la profession médicale.

L'introduction de ces techniques en soins médicaux pourrait bénéficier de précieuses leçons issues de l'aviation commerciale, car ces deux secteurs ont en commun les caractéristiques d'une industrie de services hautement spécialisés à haut risque*. Ainsi, les constructeurs, les compagnies aériennes et les autorités de réglementation ont combiné leurs efforts pour améliorer systématiquement la sécurité aérienne par diverses approches, ayant toutes pour objectif d'une part de réduire la probabilité d'accidents, et d'autre part de limiter, le cas échéant, leurs conséquences. Le premier cas est illustré par l'instauration d'un système confidentiel de recensement des événements dangereux qui permet l'analyse des causes profondes et la transmission des enseignements tirés, ou par l'amélioration permanente des cockpits et des procédures destinées à éliminer les sources identifiables d'erreur humaine. Un exemple d'action sur les conséquences est l'amélioration de la résistance à l'écrasement des réservoirs de carburant et des sièges de passagers.

L'essentiel n'est pas de remplacer l'analyse des pilotes par des procédures standard et des décisions informatisées, mais de réserver l'exercice de leurs compétences uniquement aux décisions complexes qui ne peuvent être résolues par la standardisation. L'erreur humaine est également acceptée, malgré une formation rigoureuse et des procédures de sécurité, et les systèmes doivent en être tenus quittes. Cette approche a provoqué un déplacement de paradigme dans cette industrie où auparavant, comme en médecine, l'amélioration de la sécurité reposait principalement sur la compétence professionnelle des pilotes. Les techniques de contrôle de la qualité sont désormais renforcées par l'intervention de plusieurs disciplines, telles que l'ingénierie, la psychologie cognitive et les statistiques.

* Pour davantage de détails, se référer à www.flightsafety.org/about_fsf.html, site consulté le 10 mars 2003.

à éviter l'injection accidentelle (et éventuellement nocive) de médicaments dans une artère plutôt que dans une veine.

Des solutions techniques sont également employées pour améliorer les soins de routine dans les domaines où une stricte observance des modèles de pratique standard constitue un élément clé, par exemple, dans le soin des maladies chroniques. Les systèmes d'enregistrement médicaux électroniques peuvent ainsi être programmés pour émettre des alertes rappelant aux médecins d'ordonner certains tests, en particulier des examens oculaires de routine et des tests sanguins pour les diabétiques. La capacité de ces tests à identifier des complications diabétiques suffisamment tôt pour les traiter efficacement est reconnue, mais ils sont malgré tout très insuffisamment employés. Avec une bien meilleure fiabilité que le recours à la mémoire d'un médecin en pleine activité qui doit se rappeler, pendant une brève visite, que le patient est diabétique, s'il a bénéficié ou non d'un examen oculaire depuis plus d'un an et que ce test comporte des avantages intéressants, ces alertes garantissent l'administration de soins préventifs de bonne qualité avec une bien meilleure certitude. De tels supports de décision pourraient décharger les médecins des multiples décisions de routine requises par la pratique quotidienne et leur permettraient de se concentrer sur les problèmes complexes qui ne peuvent être automatisés. Si les carences de qualité sont considérées non plus comme des problèmes de défaillance individuelle, mais comme des défauts du système, il faudra alors les résoudre en améliorant le système et non en stigmatisant les individus. La cible de l'amélioration est ainsi déplacée du cas individuel et du praticien individuel vers des modèles de systèmes de prestation de soins, dont font partie intégrante les médecins. L'idée centrale est d'accepter la faillibilité de l'être humain et de concevoir des systèmes résistants aux défaillances humaines.

Les succès obtenus dans plusieurs domaines laissent augurer du bien-fondé de l'utilisation des approches de reconfiguration des systèmes pour améliorer la qualité des soins médicaux. Ces exemples démontrent que l'implication des professionnels, l'intervention du gouvernement et les pressions exercées par le marché peuvent provoquer des modifications profondes.

L'anesthésiologie est considérée comme le premier exemple positif d'amélioration de la qualité et de la sécurité grâce à l'effort des professionnels. Après la mise en évidence dans les années 50 de données suggérant que l'anesthésie en général, et certaines pratiques en particulier, entraînaient des décès et des lésions cérébrales évitables, les leaders d'opinion dans la profession, en collaboration avec les fabricants de dispositifs et de médicaments sont parvenus à introduire des modifications substantielles de l'équipement, des protocoles médicamenteux, de la préparation et du suivi des patients et de la documentation (Pierce, 1996). Des projets de recherche systématiques ont été initiés pour identifier les meilleures pratiques et les pratiques associées à des taux de morbidité et de mortalité inhabituellement élevés. La baisse des taux de mortalité intra-opératoire de 1 pour 10 000 cas dans les années 70 à 5 pour 1 000 000 à l'heure actuelle atteste des gains potentiels qui résultent d'un contrôle de qualité rigoureux en médecine (Chassin, 1998). L'anesthésie dispose donc à présent de normes de fiabilité comparables à celles des industries de fabrication les plus performantes, qui ont pour objectif la qualité « Six Sigma ». Certaines caractéristiques de l'anesthésie, comme le volume important de protocoles similaires, conviennent particulièrement à l'approche d'amélioration inspirée par la fabrication, mais d'autres domaines, comme la chirurgie cardiaque, ont également

mis en chantier l'exploitation de ces techniques avec un grand succès (Malenka et O'Connor, 1998).

Les réformes appliquées à la Veterans Health Administration (VHA) aux États-Unis ont été largement diffusées comme exemple de reconfiguration réussie d'un système de soin de santé détenu et dirigé par le gouvernement (Kizer, 2000). La VHA, créée pour administrer des soins médicaux et de rééducation aux anciens combattants, a été mise en cause par de nombreux rapports signalant des défaillances de fonctionnement et de gestion et sa réputation auprès du public s'est détériorée au début des années 90. Cette crise a déclenché une restructuration importante au milieu des années 90, à commencer par la mise en place de soins primaires universels. La composante essentielle en fut la création de réseaux de services intégrés, qui rassemblaient tous les prestataires de la VHA en un même lieu, en une seule unité organisationnelle. Associées à un programme de gestion de la performance fondé sur sa mesure, à un investissement en technologies de l'information et à l'utilisation de directives cliniques, ces innovations ont permis des améliorations importantes de la qualité des soins. En quatre ans, la mortalité liée à une intervention chirurgicale a chuté de 9 % et l'observance des normes acceptées de soins préventifs s'est élevée de 34 % à 81 % (Khuri et al., 1998 ; Kizer, 2000). Le coût estimé par patient a notamment chuté de 25 % en cinq ans (Kizer, 2000), ce qui démontre que l'amélioration de la qualité et le contrôle des coûts peuvent être complémentaires, et non exclusifs.

Animé par l'intérêt croissant du public pour la qualité des soins, et dans l'espoir que son amélioration se révèle une stratégie d'épargne des coûts, plusieurs prestataires, principalement aux États-Unis, ont décidé d'employer dans leur démarche la qualité pour différencier les produits et améliorer la compétitivité. On citera par exemple Intermountain Health Care (IHC) à Salt Lake City, Utah, que l'on peut qualifier de prestataire intégré, car il offre une gamme complète de soins médicaux et d'assurance-maladie. Alors même qu'IHC domine depuis longtemps son secteur de marché, la compagnie a entrepris au milieu des années 90 de réorganiser son système de soins afin d'améliorer leur qualité et leur efficacité. Cette décision était motivée par des prévisions d'augmentation de la pression des coûts et un authentique intérêt professionnel pour la qualité. Sous la direction conjointe du personnel médical et des cadres administratifs supérieurs, l'IHC a fortement investi en technologie de l'information pour intégrer les données cliniques et administratives en un système cohérent et a développé des protocoles standard de prises de décision cliniques et non cliniques. À l'origine, les changements ont concerné le système hospitalier, et après démonstration de leur efficacité, ils ont été étendus à la pratique des médecins. Sur une période de cinq ans, l'investissement a été rentabilisé par la baisse du coût des soins, l'amélioration des résultats pour les patients et de nombreuses publications de recherche⁷.

Plusieurs thèmes communs émergent de ces expériences positives. Qu'il s'agisse de démarches entreprises par les professionnels, un organisme gouvernemental ou une compagnie privée, elles se caractérisent toutes par une approche interdisciplinaire, un large recours aux données et aux mesures, et une direction énergique. De telles expériences sont très encourageantes, mais l'application de ces modèles innovants à la pratique de la médecine à grande échelle est ardue. La tâche de transformation nécessaire ne doit pas être sous-estimée, car elle implique des mutations fondamentales dans l'organisation et la culture de la profession. Aucune industrie n'a jamais accueilli de tels changements avec enthousiasme et le domaine des soins médicaux ne fait pas exception⁸.

Lorsqu'ils ont acquis le consentement du corps médical, les responsables politiques restent confrontés à de nombreux obstacles sur la voie de l'amélioration de la sécurité et de l'efficacité des systèmes de santé. Plus précisément, les réformes exigent des investissements préalables considérables en termes de collecte des données et de technologie de l'information, et imposent des dépenses permanentes pour les analystes qui extraient l'information pertinente des bases de données, et pour les dirigeants, qui assurent l'exécution des plans d'action. Au regard de l'ampleur de l'investissement envisagé, se pose la question évidente des bénéfices attendus. Autrement dit, bien que l'amélioration de la qualité soit susceptible d'augmenter l'efficacité des systèmes de soins de santé en donnant de meilleurs résultats, il faut également considérer ses effets sur le coût. La nature de certains types de problèmes de qualité décrits ci-dessus, porte à l'optimisme. De meilleures pratiques pourraient réduire les dépenses en éliminant les interventions inappropriées, en imposant des stratégies préventives efficaces et en évitant les conséquences des erreurs médicales⁹. Mais des soins meilleurs et plus sûrs peuvent également prolonger la vie des patients atteints de maladies chroniques et rendre possible des interventions chirurgicales pour des patients chez qui les risques interdisaient auparavant tout acte en générant ainsi de nouvelles dépenses de santé. L'amélioration de la qualité peut donc réduire les coûts, mais rendre également les soins plus efficaces pour davantage d'individus et engendrer ainsi une augmentation des dépenses globales.

A court terme, le problème à résoudre par les pouvoirs publics est celui du choix des politiques et des changements institutionnels relatifs au suivi et à l'amélioration de la qualité qu'il est possible d'instaurer pour préparer l'application d'une réforme plus fondamentale. Dans de nombreux pays, les réformes sont encore au stade de la conception. Les politiques mises en place sont généralement assez récentes et leur évaluation est encore en cours. L'importance du problème a cependant conduit à l'ouverture de champs d'expérimentation sur diverses approches possibles et leur mise en place dans différents pays, et ces expériences peuvent servir de guides et de support de décisions pour les pouvoirs politiques. Par conséquent, l'objectif de cette étude est de recueillir des informations sur les systèmes d'assurance qualité dans un ensemble choisi de pays qui représentent l'éventail des modèles de soins de santé dans les pays de l'OCDE et de structurer cet aperçu pour étoffer les futures décisions politiques.

L'échantillon comprend le Royaume-Uni qui est un exemple de système de gouvernement central, le Danemark dont le système est basé sur le gouvernement local, et les États-Unis dont le système est en grande partie fondé sur le marché. En outre, quatre pays dotés de systèmes de sécurité sociale sont examinés : les Pays-Bas, qui se caractérisent par un contrôle central, l'Allemagne qui a traditionnellement délégué de nombreuses responsabilités aux partenaires corporatistes, le Japon qui intègre des éléments des deux pays précédents, mais dont la tradition culturelle est très différente, et la République tchèque, qui représente les pays sortant d'une économie planifiée.

L'étude s'intéresse particulièrement aux tentatives effectuées par les pouvoirs publics nationaux et régionaux, mais témoignent également d'initiatives prises par la profession médicale, les prestataires, les assureurs et des associations de consommateurs. Elle se restreint aux soins médicaux, c'est-à-dire aux soins primaires, aux soins spécialisés et aux soins hospitaliers et ne traite pas de l'assurance qualité dans d'autres domaines du secteur de santé tel que la santé publique et les soins de longue durée. Ces limites ont été définies car les soins médicaux restent du domaine traditionnel de l'autorégulation professionnelle et restent les plus coûteux.

Ce document propose une taxonomie des instruments et des approches appliquées au suivi et à l'amélioration de la qualité et les classe par ordre d'influence qu'ils sont susceptibles d'avoir sur les systèmes de santé dans une démarche de transfert de l'autorégulation professionnelle vers une obligation formelle de rendre compte. Des exemples issus d'études de cas nationaux montrent comment ces outils peuvent être utilisés.

5. Taxonomie des instruments de suivi et d'amélioration de la qualité des soins

Cette classification cherche à structurer les différentes approches institutionnelles susceptibles de contribuer au suivi et à l'amélioration de la qualité des soins, et à les présenter par ordre d'interférence avec l'autorégulation professionnelle. Elle décrit en premier lieu les instruments traditionnels de l'autorégulation professionnelle, puis leurs prolongements modernes, les instruments utilisés par les intermédiaires, tels que les autorités de réglementation, les acheteurs et les assureurs, pour terminer par les instruments qui informent directement le consommateur sur la qualité des soins. Toutes ces approches peuvent (ou devraient) être utilisées conjointement à des incitations financières et non financières appropriées.

Il convient de noter que les catégories de cette taxonomie ne sont pas mutuellement exclusives. Les instruments d'autorégulation traditionnelle d'assurance qualité sont habituellement combinés à des démarches qui obligent la profession à rendre compte à d'autres parties prenantes. Toutefois, en déterminant les catégories prédominantes des instruments utilisés dans un pays donné, les responsables politiques peuvent situer leur pays dans ce continuum.

Comme dans toute classification, les frontières sont parfois arbitraires. De surcroît, il faut garder à l'esprit que la hiérarchie doit être comprise comme descriptive et non évaluative, c'est-à-dire qu'une prédominance de l'obligation formelle de rendre compte ne conduit pas nécessairement à de meilleures politiques, et inversement. Enfin, bien que la formation diplômante des écoles de médecine joue un rôle important dans la détermination de la qualité des soins, on ne considérera que les instruments qui s'appliquent à des membres reconnus du corps médical.

5.1. L'approche corporatiste : instruments d'autorégulation traditionnels

Ces instruments représentent les formes les plus traditionnelles d'autorégulation professionnelle. Nombre d'entre eux ont été employés par les guildes médiévales, et subsistent encore dans les professions modernes. En raison de leur tradition ancienne et de leur profonde intégration dans la pratique quotidienne, ils sont parfois, et à tort, négligés dans les approches de l'assurance qualité. Ils sont également principalement axés sur la base de connaissances des professionnels.

Normes de conduite et éthique

Ces normes réglementent les rôles et les responsabilités des médecins vis-à-vis de leurs patients, de leurs pairs et du public. Leur utilisation constitue probablement l'instrument le plus ancien de l'assurance qualité et remonte au serment d'Hippocrate.

Formes d'échange collégial

Comme dans d'autres professions, les médecins ont créé diverses tribunes d'échange mutuel de savoirs avec leurs pairs, par exemple à l'occasion de réunions régulières du

personnel pour discuter des cas, de tables rondes sous la supervision des collègues plus expérimentés et de conférences de morbidité et de mortalité (M & M), lors desquelles sont débattus confidentiellement les complications et les décès des patients.

Formation et diffusion des connaissances

Outre les apprentissages informels sur le terrain mentionnés ci-dessus, il existe en médecine diverses possibilités de formation explicite, par exemple des séminaires, des clubs de revues scientifiques (discussion collégiale des publications récentes dans le domaine), formations et conférences.

Formation médicale postuniversitaire

Comme c'était le cas dans les guildes médiévales, les médecins fraîchement diplômés doivent pratiquer pendant une certaine période sous la supervision de médecins expérimentés avant d'être considérés comme des membres à part entière de la profession. De nos jours, la durée et le contenu de cette formation ont été structurés et formalisés dans la plupart des pays industrialisés.

Autorisation d'exercer et enregistrement

La profession médicale tient un registre des médecins autorisés qui ont terminé le cycle de formation exigé et se conforment aux règles professionnelles. L'annulation de cette inscription au registre, qui menace les médecins indisciplinés ou incompetents, équivaut à perdre l'autorisation de pratiquer. Bien que la politique et le fonctionnement des organismes responsables des licences d'exercice et de l'enregistrement soient essentiellement dominés par la profession dans tous les pays, ils peuvent faire partie d'une agence gouvernementale (par exemple, la Commission nationale de la santé au Danemark et les State Medical Boards aux États-Unis) ou d'une institution professionnelle autonome (telle que la chambre médicale tchèque).

Comités d'arbitrage et tribunal médical

Tout comme les guildes, la profession médicale dispose depuis toujours d'institutions internes qui enquêtent sur des comportements désapprouvés envers les patients ou les pairs et les mauvaises pratiques et éventuellement les sanctionnent. Les rapports du General Medical Council au Royaume-Uni en sont un exemple.

5.2. Vers une corporation moderne : prolongements les plus récents des instruments traditionnels

Ces approches exploitent les principes sous-jacents aux instruments traditionnels décrits ci-dessus, mais les adaptent aux exigences d'une profession moderne. Ils restent malgré tout entièrement contrôlés par la profession et indépendants du public ou des autorités de réglementation et appartiennent généralement aux domaines de la formation sans contrôle des résultats.

Formation médicale continue

La formation médicale continue permet de formaliser l'obligation professionnelle de formation permanente. Pour conserver leur autorisation d'exercer, les médecins doivent accumuler un certain nombre d'unités de formation médicale continue par an en participant à des cycles de formation. Les unités ne comportent généralement pas de tests

de connaissance. Diverses institutions sont habituellement habilitées à délivrer la formation médicale continue, par exemple des sociétés scientifiques, des publications médicales et des universités. Généralement, un programme de formation médicale continue doit être accrédité par un corps professionnel qui reconnaît la valeur des unités. Cette fonction est exercée, par exemple, par la chambre médicale tchèque en République tchèque, les Royal Colleges au Royaume-Uni et l'association médicale japonaise au Japon.

Cercles de qualité

Il s'agit de groupes de discussion informels et confidentiels, au sein desquels les médecins, le plus souvent sous la vigilance d'un président qualifié, débattent de cas complexes ou d'approches thérapeutiques. Ils ont pour fonction de stimuler les échanges collégiaux dans des environnements où ceux-ci sont rares, par exemple, dans le contexte des pratiques individuelles. Aux Pays-Bas, les cercles de qualité sont habilités à délivrer des unités de formation médicale continue, et en Allemagne, ils ont évolué en un forum élargi permettant l'échange entre médecins des meilleures pratiques.

Directives et lignes de conduite cliniques

L'objectif de ces outils est de transformer les connaissances médicales en instructions explicites pour le traitement de certaines conditions ou la mise en œuvre de certaines interventions (directives) et pour adapter son comportement à une situation clinique donnée (ligne de conduite). Ce sont fréquemment les sociétés scientifiques médicales qui élaborent les recommandations. Aux Pays-Bas, des associations de défense des patients et des payeurs ont récemment été intégrés dans le processus, et l'institut néerlandais pour l'amélioration des soins de santé prépare depuis peu des recommandations pour le processus de développement, afin de standardiser les approches entre différentes spécialités.

Systèmes de support de décision

Ces systèmes peuvent être passifs ou actifs. Les systèmes passifs divulguent des informations sur simple demande, par exemple, par recherche de publications sur Internet. Les systèmes actifs sont intégrés à la routine de travail et fournissent un support de décision en temps réel, par des rappels et des alertes. Par exemple, ils peuvent remémorer au médecin de prescrire un examen de la rétine régulier à un patient diabétique pour prévenir la survenue de la cécité. L'utilisation de ces systèmes prend une importance croissante aux États-Unis, élaborée notamment par les compagnies de logiciels, les hôpitaux et le Department of Veteran Affairs. Ces systèmes emploient généralement une forme ou une autre d'enregistrement médical électronique.

5.3. Autorégulation moderne : mécanismes internes mais formalisés

Les instruments traditionnels d'autorégulation et leurs prolongements modernes se caractérisent par l'absence d'expertise et d'évaluation formelle du médecin par ses pairs. L'accès aux informations et leur retour sont censés suffire pour maintenir une qualité de soins adéquate. Des mécanismes de surveillance ont toutefois été récemment introduits pour formaliser et institutionnaliser l'échange collégial et structurer un élément d'évaluation. La surveillance est fréquemment de ressort d'experts externes afin d'assurer une perspective plus objective. Les règles et critères d'évaluation dans ces approches sont définis par la profession médicale et les mesures qui en résultent restent sous son entier

contrôle, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas diffusés vers le public, les acheteurs et les autorités de réglementation.

Examen par les pairs ou audit médical

Ces instruments, souvent utilisés indifféremment, correspondent à l'examen et à l'évaluation du style de pratique clinique d'un médecin par un groupe de pairs. Les procédures de surveillance répondent parfois à des critères implicites, par exemple la lecture des dossiers des patients et un retour d'informations sur les approches diagnostiques et thérapeutiques, ou bien des critères explicites, qui correspondent à la pratique médicale standard et au contrôle de l'observance. Les résultats expertisés donnent lieu à une évaluation et à des recommandations. Ce système constitue la principale méthode d'amélioration de la qualité des soins de spécialité dans les hôpitaux néerlandais depuis les années 70. La participation peut être obligatoire ou volontaire, mais elle est fortement incitée par la pression des pairs. Les médecins examinateurs évaluent des pratiques et des lignes d'action dans les domaines prioritaires ainsi que des critères explicites et émettent des recommandations confidentielles pour les améliorer. Il existe également en République tchèque des plans pour élaborer un système d'évaluation des pratiques de soins primaires fondé sur une surveillance mutuelle entre pairs.

Inspection ou audit de pratique

Alors que l'audit médical évalue les soins cliniques en temps réel, les inspections apprécient la qualité d'une pratique ou de l'organisation et de la direction d'un hôpital. Les inspecteurs, qui sont généralement des médecins nommés par les sociétés médicales scientifiques, vérifient par exemple la présence de procédures standard et la qualité de l'infrastructure. Cette approche provient des Pays-Bas (*visitatie*), remonte aux années 60, et constitue toujours une composante importante du processus d'amélioration de qualité dans ce pays.

Renouvellement de l'agrément

Au lieu de lui maintenir son statut indéfiniment ou jusqu'à démonstration de son incompétence, les institutions professionnelles peuvent exiger du médecin un renouvellement régulier de la licence d'exercer fondé, par exemple, sur l'obligation d'obtenir un certain nombre d'unités de formation médicale continue et de s'astreindre à un volume de pratique minimale. Par exemple, le General Medical Council au Royaume-Uni met au point et introduit actuellement un système de réévaluation obligatoire régulière des médecins, et la chambre médicale tchèque exige un certain nombre de points de formation médicale continue pour renouveler leur licence. Un système complexe de renouvellement de l'agrément a été récemment instauré par l'American Board of Internal Medicine aux États-Unis, dans le cadre duquel les médecins doivent réussir des tests d'autoévaluation dans cinq domaines, subir un examen basé sur les connaissances et présenter des preuves satisfaisantes caractérisant l'état de leur compétence clinique.

Utilisation confidentielle d'indicateurs de qualité et d'évaluation comparative

Les indicateurs de qualité mesurent la qualité technique des soins médicaux et reflètent principalement l'observance de normes médicales (indicateurs d'activités) et l'efficacité des traitements (indicateurs de résultats). Dans le contexte d'une amélioration de qualité interne, ils sont généralement retournés aux cliniciens et comparés à ceux d'un

groupe de pairs de référence. La confidentialité totale est garantie. Ce processus s'apparente à une automatisation de l'audit médical fondé sur des critères explicites. En Allemagne, l'association fédérale des médecins de l'assurance santé statutaires, ainsi que diverses sociétés de spécialistes, utilisent cette approche.

Revue confidentielle d'incidents et de problèmes perçus

La revue et la discussion de problèmes sanitaires isolés, ou d'archétypes de ces problèmes, sont de tradition depuis toujours dans le domaine de soins médicaux, par exemple, lors des conférences de morbidité et de mortalité. Une revue d'incident est une approche formalisée qui s'appuie sur cette tradition. Parfois qualifiée d'analyse des causes profondes, elle emploie une investigation structurée pour déterminer les causes immédiates et sous-jacentes d'un problème. Il ne s'agit généralement pas de blâmer un individu, mais d'identifier et de corriger des défaillances des systèmes au cœur du problème observé, et d'éviter la répétition des mêmes mésaventures. Parce que ces événements sont sensibles et que la menace de conséquences punitives pourrait décourager les témoignages, le gouvernement n'interfère généralement pas avec ces procédures. Le Danemark s'interroge sur l'opportunité d'exclure l'utilisation de ces investigations dans des poursuites légales. Au Royaume-Uni, la National Patient Safety Agency a été créée pour recueillir et analyser confidentiellement les événements indésirables et développer des recommandations pour réduire le volume d'erreurs.

5.4. Évolution vers la surveillance externe : établissement de normes structurelles pour les soins

Ces instruments marquent le début d'une ère nouvelle en suivi et amélioration de la qualité des soins, car ils font tous appel à des normes externes pour standardiser la pratique médicale, imposées soit par les autorités de réglementation, soit par les acheteurs grâce à des exigences contractuelles. L'observance peut être audité, mais les résultats ne sont pas divulgués au public. Sous la forme qui interfère le moins avec l'autorégulation professionnelle, ces normes comportent des prescriptions structurelles et opératoires, en laissant à la profession médicale le soin d'adapter la pratique à ces contraintes. Il n'y a aucune interférence avec les processus de soins ou d'évaluation externe des résultats. Le public peut supposer que si les prestataires ont obtenu licence d'exercer, ils se conforment aux exigences, ou bien l'observance est explicitement rendue publique. Toutefois, la diffusion de l'information se restreint généralement à signaler l'observance du prestataire, les détails de son évaluation restant confidentiels.

Déclaration des droits du patient

Ces chartes garantissent au patient le respect par les prestataires de certains de leurs droits. Les dispositions sont généralement plus spécifiques et plus détaillées que celles contenues dans les codes de conduite professionnels et comportent, par exemple des droits à l'information concernant les options de traitement ou le droit de donner des instructions détaillées. Aux Pays-Bas, plusieurs lois définissant les conditions du consentement éclairé, de la protection de la vie privée, de la responsabilité, des procédures de plainte et la participation du client aux décisions de politique institutionnelle ont été mises en place au milieu des années 90. De nombreux États des États-Unis ont également adopté ces chartes.

Lois de protection du consommateur

Ces lois stipulent les conditions de sécurité des produits. Elles sont parfois appliquées aux soins médicaux, mais sont le plus souvent remplacées par des réglementations plus spécifiques à ce secteur (voir ci-dessous).

Normes réglementaires ou d'achat

Les autorités de réglementation et/ou les acheteurs imposent des conditions minimales aux prestataires pour les décisions de délivrance d'autorisation et/ou d'établissement de contrats. Ces normes peuvent rendre obligatoires, par exemple, des ratios d'effectifs minimums dans les hôpitaux, des formations données pour les médecins et des caractéristiques d'équipement médical. Par exemple, les prestataires tchèques doivent se conformer à des normes nationales pour accéder aux paiements dans le cadre des programmes de prévention et de dépistage. Le Danemark a exigé des hôpitaux qu'ils se conforment aux systèmes de dossiers médicaux électroniques.

Agrément et accréditation

Les termes agrément et accréditation, utilisés indifféremment dans une certaine mesure, indiquent qu'un organisme externe accorde son approbation à un prestataire, par exemple à un hôpital ou à un cabinet médical. Il existe parfois (mais pas toujours) une distinction entre l'agrément qui s'applique à certains aspects des soins, par exemple, la planification de sorties d'un hôpital, tandis que l'accréditation considère le prestataire dans son ensemble. Selon les modèles les plus courants, l'accréditation et l'agrément exigent des prestataires l'emploi de procédures standardisées et détaillées, ainsi que le respect des normes minimales concernant, par exemple le personnel et l'infrastructure. Les contrôles permettant d'obtenir l'autorisation reposent souvent sur une auto-évaluation doublée d'un audit externe. Les prestataires peuvent faire valoir leur agrément et leur accréditation comme gages de qualité auprès des acheteurs et du public, mais il est rare que l'organisme de contrôle publie les détails de l'audit ou les défaillances d'un prestataire¹⁰.

Les hôpitaux acceptent désormais de mieux en mieux l'accréditation et l'agrément. La US Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) est un organisme d'accréditation indépendant, qui évalue des prestataires de soins, tels que les hôpitaux et les cabinets de médecins et octroient des certificats après passage d'audits. Au Danemark, la corporation des hôpitaux de Copenhague est à l'origine de l'accréditation volontaire. La branche internationale de la JCAHO a octroyé le statut d'accréditation à ses six hôpitaux en 2002 et un modèle national est en préparation. Le gouvernement allemand a appuyé le développement d'un modèle d'accréditation national, qui a été récemment instauré. Le conseil japonais pour la qualité des soins de santé (JCQHC) a été établi en 1995. Il existe déjà 35 programmes volontaires différents au Royaume-Uni, et la République tchèque développe un programme obligatoire pour remplacer les divers programmes volontaires. L'accréditation des cabinets médicaux a plus de retard, mais de nombreux gouvernements (par exemple, Danemark, États-Unis et République tchèque) mènent ou appuient des projets de développement dans ce sens.

5.5. Obligation de rendre compte à des experts intermédiaires : le champ de la pratique des soins

L'échelon suivant d'interférence avec l'autorégulation professionnelle est atteint par les efforts des autorités de réglementation et/ou des acheteurs pour influencer ou juger les soins administrés, sans plus se limiter simplement à l'établissement de conditions minimales applicables aux structures dans lesquelles ils sont administrés. De nombreux instruments possibles sont similaires à ceux utilisés par les professionnels dans leurs systèmes d'amélioration interne, mais dépourvus du caractère de confidentialité. De surcroît, ils permettent une transition entre l'approche purement éducative et l'application d'éventuelles sanctions positives et négatives. Les évaluations ne sont néanmoins utilisées que pour orienter les décisions d'octroi de licence et de contrat, mais ne sont pas diffusées au public.

Examen externe de pratique et audit médical

Comme les audits médicaux mis en œuvre par la profession qui ont été décrits ci-dessus, ces enquêtes cherchent à évaluer les décisions de soins, souvent d'après l'étude de dossiers médicaux, mais sous l'égide d'enquêteurs externes qui procèdent à la demande des autorités de réglementation et des acheteurs. Par exemple, les enquêtes sur l'utilisation apprécient l'adéquation d'indications pour des interventions et les enquêtes de qualité estiment le degré de conformation à certains critères de qualité. Le NHS au Royaume-Uni a instauré ce type d'audit en 1991 en contribution à l'établissement de marchés intérieurs, et le plan du NHS actuel impose des normes nationales qui doivent être auditées.

Inspection

En prolongement des audits contrôlant la conformité à des normes réglementaires, on peut également inspecter les processus de soins cliniques. Dans cet objectif, des visites sur sites sont généralement complétées par des entretiens avec le personnel et l'examen des dossiers médicaux et d'autres documents. Par exemple, les inspecteurs peuvent évaluer la conformité aux directives de traitement. C'est le cas de la Commission axée sur l'amélioration de la santé dont la tâche est de mener des enquêtes dites de gouvernance clinique des organisations de la NHS au Royaume-Uni, c'est-à-dire des évaluations de la qualité de l'administration des soins.

Enquête externes sur des incidents

Alors que les deux instruments précédents sont utilisés en routine pour assurer la qualité des soins, l'enquête sur incident est déclenchée par un événement. À la suite d'incidents d'une certaine gravité, par exemple une intervention chirurgicale sur un site erroné, une enquête externe approfondie sur les procédures et les modèles de pratique est ouverte. Au Royaume-Uni, c'est la Commission axée sur l'amélioration de la santé qui porte la responsabilité de ces investigations et au Danemark, c'est le Comité national de la santé (une agence du ministère de l'Intérieur et de la Santé).

Communication des indicateurs de qualité et des résultats d'évaluation comparative aux autorités de réglementation ou aux acheteurs

Les autorités de réglementation ou les acheteurs peuvent demander un compte-rendu des mesures de qualité de soins afférentes aux activités et aux résultats.

Contrat avec clauses de qualité

Grâce à cet outil relativement nouveau, les acheteurs incluent des conditions de qualité dans les contrats établis avec les fournisseurs. Ces clauses peuvent par exemple spécifier qu'un hôpital doit réduire son taux d'infection d'un certain pourcentage dans l'année. Le prestataire est seul juge des moyens à mettre en œuvre pour respecter ces clauses. La non observance peut entraîner une réduction des paiements ou une rupture de contrat. Une base légale a été mise en place pour réglementer ces clauses dans plusieurs pays dotés d'une assurance sociale (par exemple, Pays-Bas, République tchèque) et même dans des pays dans lesquels les soins sont directement prodigués par le gouvernement (par exemple, Danemark). Actuellement, les termes des contrats concernent principalement des caractéristiques structurelles, telles que des exigences portant sur l'équipement et le personnel, mais il existe également au Danemark, au Pays-Bas et au Royaume-Uni des plans qui intègrent aussi des cibles explicites d'amélioration de la qualité. Le gouvernement japonais réduit les honoraires accordés aux hôpitaux qui ne développent pas de plans de traitement explicites pour les patients ou qui ne parviennent pas à maintenir un volume de cas suffisamment élevé d'interventions chirurgicales techniquement exigeantes.

5.6. Obligation totale de rendre compte au public

L'étape ultime s'écartant du modèle d'autorégulation traditionnel est de rendre obligatoire une diffusion totale au public des informations que tous les instruments mentionnés ci-dessus auront permis d'obtenir. Cette étape peut être particulièrement efficace si les patients ont le libre choix de leurs prestataires. Grâce à l'élimination des experts intermédiaires, tels que les acheteurs et les autorités de réglementation, et par le biais de la communication des résultats de qualité aux consommateurs et aux patients, la composante essentielle du contrat social implicite, c'est-à-dire la confiance que les patients se doivent d'accorder à la profession médicale pour garantir la qualité, disparaît et est remplacée par une responsabilité formelle de rendre des comptes. Les implications d'une telle mutation ne doivent pas être sous-estimées, non seulement parce que la confiance compose une partie du contrat social implicite perçu comme une solution efficace depuis toujours, mais qu'elle constitue également une condition essentielle de la relation thérapeutique entre les médecins et leurs patients (O'Neill, 2002). De surcroît, la diffusion d'informations techniques complexes à l'usage d'une audience profane exige d'autant plus de rigueur dans les méthodes employées pour mesurer la qualité et requiert une stratégie de communication efficace.

Classements

Cette approche classe les prestataires en fonction de leur performance grâce à une mesure de qualité particulière. Cette stratégie de communication emploie les propriétés ordinales de la mesure et les classements sont donc généralement fondés sur des indicateurs de qualité.

Notations

Les notations regroupent les prestataires en plusieurs catégories de niveaux de performance relativement homogènes. Cette approche est mieux adaptée que les méthodes de classement à l'incorporation d'informations descriptives. Le système de classement par étoiles des hôpitaux du NHS britannique en est un exemple.

Bulletins d'évaluation équilibrée

Alors que les méthodes de notation représentent la performance correspondant à une mesure unique, les bulletins d'évaluation équilibrée cherchent à établir une représentation plus globale des performances du prestataire. Ils comportent les rangs ou les notes attribués à un prestataire pour divers paramètres différents, généralement regroupés par domaine de performance. Par exemple, le « réseau de performance » du NHS publie des données sur le système de santé et les prestataires individuels rassemblés en six domaines : amélioration de la santé, accès équitable, administration efficace, efficacité, expérience du patient et résultats sanitaires. Le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports néerlandais a commandité l'élaboration d'un bulletin d'évaluation équilibrée évaluant les prestataires de soins. Les bulletins d'évaluation sont très répandus aux États-Unis, où les agences fédérales et de États ainsi que des institutions non gouvernementales publient de nombreux bulletins d'évaluation pour informer les patients ou les intermédiaires sur la qualité des soins.

Diffusion à l'usage du public des rapports d'audit ou d'accréditation

De toute évidence, la diffusion au grand public des divers types de rapports suscités par les approches d'amélioration de la qualité mentionnées ci-dessus permettrait de s'acquitter de l'obligation de lui rendre compte. Par exemple, tous les rapports des enquêtes effectuées par la Commission axée sur l'amélioration de la santé du Royaume-Uni sont à la disposition du public sur son site Internet.

6. Résumé et conclusions

L'évolution rapide des arrangements visant à assurer le suivi et l'amélioration de la qualité des soins *interdit toute évaluation exhaustive et définitive*. Mais des tendances cohérentes se dégagent de l'examen des expériences récentes dans sept pays de l'OCDE représentatifs de l'éventail des systèmes de santé en vigueur dans l'ensemble des pays membres. Il est à remarquer notamment que le suivi et l'amélioration de la qualité technique des soins médicaux apparaissent comme une priorité politique essentielle dans les sept pays étudiés, et que leurs gouvernements ont élaboré et mis en place des plans destinés à augmenter l'obligation de rendre compte dans le secteur médical. À elle seule, cette observation démontre un déplacement du paradigme qui admettait jusqu'alors que le contrat social implicite de délégation à la profession médicale d'une autorité étendue d'autorégulation constituait le système le plus efficace pour garantir la qualité des soins. Confrontés à l'évolution permanente du domaine médical, les pouvoirs publics s'inquiètent désormais de l'adéquation actuelle des dispositifs traditionnels d'assurance qualité.

Si sérieux sont leurs doutes, que les gouvernements, à l'heure de restrictions budgétaires drastiques, investissent largement dans des projets d'amélioration de la qualité et dans la création de nouvelles institutions vouées à cet objectif¹¹. Les ministères de la Santé danois et néerlandais ont lancé des projets de développement d'indicateurs nationaux destinés à fournir au public des mesures de qualité au niveau du prestataire. Le gouvernement tchèque a créé le Centre national pour l'assurance qualité en soins de santé, et plusieurs nouvelles agences ont été fondées à l'intérieur du NHS britannique ces dernières années pour établir et divulguer des normes de qualité. Aux États-Unis, le gouvernement fédéral combine le financement de la recherche et son influence en tant que payeur majeur des soins pour instaurer un système national unifié de suivi et de compte-rendu de la qualité.

Les réformes accorderont un rôle plus large au gouvernement, mais la profession médicale et ses institutions restent habituellement des acteurs essentiels. Le conseil national danois pour le développement de la qualité dispose de représentants de toutes les parties prenantes et le projet national d'indicateurs fait l'objet d'une coopération entre les gouvernements centraux et locaux, et les associations scientifiques et professionnelles. Le ministère tchèque de la Santé a orchestré la fondation d'un comité national des normes médicales, mais a délégué sa mise en œuvre aux associations de spécialistes et aux organismes professionnels.

Une autre caractéristique commune est l'implication plus large du public. Au Royaume-Uni, des citoyens participent à la définition du National Service Frameworks qui établit des normes minimales pour les soins. De surcroît, 40 % des membres du General Medical Council, institution au cœur de l'autorégulation professionnelle, sont désormais des non-spécialistes. Les associations de défense des patients prennent une part croissante au développement des directives aux Pays-Bas et les établissements de soins ont pour obligation légale de tenir compte des recommandations de conseils de clients avant de prendre des décisions importantes. Les associations de défense sont également impliquées dans le contrôle de la qualité aux États-Unis, par exemple, par leur représentation au National Quality Forum, un organisme national dédié à l'élaboration d'un consensus en mesure de qualité.

De son côté, le rôle des acheteurs s'accroît dans le suivi de la qualité. Dans les pays dotés d'une assurance sociale, il semblait évident de choisir l'acheteur en tant qu'expert intermédiaire pour garantir une qualité excellente dans l'intérêt des bénéficiaires. En République tchèque, les caisses d'assurance ont la responsabilité légale d'assurer une qualité adéquate dans l'intérêt des souscripteurs de leur police. Elles s'orientent vers l'intégration et le contrôle de conditions de qualité explicites dans les contrats établis avec leurs prestataires. Les réformes de l'assurance actuellement débattues aux Pays-Bas et en Allemagne envisagent d'autoriser une compétition entre les assureurs en termes de qualité et de prix pour garantir au mieux les intérêts des patients. Les systèmes financés par les gouvernements initient également une politique d'utilisation des achats pour améliorer la qualité. Les comités danois ajoutent sans cesse des spécifications de qualité dans leurs contrats, et ce même vis-à-vis de leurs propres hôpitaux. Les British General Practitioners, responsables de l'achat de soins de spécialité et hospitaliers pour leurs patients souscripteurs, reçoivent à présent des informations sur la qualité des soins dispensés par différents prestataires pour documenter leurs décisions. Aux États-Unis, les employeurs acquièrent l'assurance-maladie pour leurs employés, et ont initié des collaborations dans le but d'employer des critères de qualité lors des décisions d'achat.

De toute évidence, les réformes pèsent surtout sur les prestataires, et à ce jour, le secteur hospitalier est particulièrement affecté. Les hôpitaux tchèques ont désormais pour mission de mener et de publier des enquêtes annuelles de satisfaction des patients. Les directeurs d'hôpitaux du NHS sont tenus pour responsables de diverses mesures de performances cliniques et non cliniques et sont soumis à la surveillance de plus en plus étroite de la Commission axée sur l'amélioration de la santé. Au Japon, les honoraires des hôpitaux diminuent lorsqu'ils ne satisfont pas aux normes de qualité et de sécurité nationales. Tous les pays étudiés ont déjà introduit ou vont introduire des modèles d'accréditation de leurs hôpitaux, et des démarches ont déjà été entreprises pour contrôler et améliorer les soins au niveau des médecins. Par exemple, le General Medical Council du Royaume-Uni élabore un protocole de revalidation qui imposera aux médecins de satisfaire des critères de qualité pour conserver leur autorisation d'exercer. Aux Pays-Bas, des modèles d'audit des pratiques pour les

soins primaires ont été introduits, et un modèle d'accréditation pour les prestataires de soins dépendants des communautés a été mis en place dans le comté danois du Jutland du Sud.

En résumé, alors que la qualité des soins est un enjeu encore récent pour les pouvoirs publics, de nombreuses approches ont déjà été débattues et expérimentées dans les pays étudiés. Il est trop tôt pour évaluer l'impact des nouveaux dispositifs, mais leur présence démontre que l'intérêt pour la qualité des soins est devenu un problème de politique publique. La délégation de sa résolution aux seules professions médicales et infirmières appartient à une époque révolue.

Notes

1. Depuis la publication de ce chapitre, Soeren Mattke travaille à RAND Health, États-Unis.
2. On observe également des variations importantes des taux d'interventions entre les pays, ce qui est moins surprenant, car contrairement aux variations régionales, celles-ci peuvent s'expliquer par des différences structurelles, telles que la capacité et le système de paiement, et par des différences culturelles.
3. Plus exigeante encore, la qualité Six Sigma est une référence acceptée pour les objectifs de fiabilité en fabrication, introduite par Motorola en 1988 (<http://mu.motorola.com/index.shtml>, 4 octobre 2002), qui considère que le nombre de défauts par million d'unités doit rester inférieur à 3.4 (soit 0.00034 %). Bien que cet objectif semble ambitieux, la plupart des compagnies ayant défini une qualité acceptable entre 35 000 et 50 000 défauts par million, plusieurs entreprises ont réduit significativement leurs coûts en cherchant à l'atteindre. Par exemple, General Electric a estimé qu'en utilisant Six Sigma comme cible, la compagnie avait réalisé 1.2 milliards USD d'économies en 1998 (Henderson et Evans, 2000).
4. L'importance de la vulnérabilité et de l'altération du jugement sous l'effet d'une maladie grave est également confirmée par le fait que même les médecins, qui disposent en théorie des connaissances nécessaires, choisissent un confrère pour se soigner.
5. David Blumenthal de l'Université Harvard l'a qualifié de « modèle de la sacoche », car il remonte à l'époque où la totalité de l'équipement nécessaire au médecin tenait dans sa sacoche (Blumenthal, 1995).
6. Leape a proposé un excellent résumé des recherches menées à ce sujet (Leape, 1994).
7. Par exemple, un projet d'amélioration clinique a permis d'économiser 20.7 millions USD en 1995. L'introduction de protocoles de soins a réduit la mortalité dans l'année et les taux de réadmission à l'hôpital pour insuffisance cardiaque congestive de 22.7 à 17.8 % et de 46.5 à 38.5 %, respectivement. Pour des informations plus détaillées, on se référera à Bohmer et Edmondson (2002).
8. Le rôle des incitations financières et non financières dans le déclenchement des changements n'est pas négligeable. Il est vraisemblable que la motivation des pilotes à améliorer la sécurité est beaucoup plus forte que celle des médecins qui peuvent rentrer chez eux en toute sécurité, même après les pires avatars. Comme le fait remarquer un expert de l'industrie « le pilote est toujours le premier sur les lieux d'un accident ». Cependant, il n'est pas nécessaire de proposer des incitations professionnelles démesurées comme le montre l'exemple de l'anesthésie. On peut considérer ce domaine comme une spécialité médicale dotée d'un degré élevé de responsabilité professionnelle immédiate. Un patient en (relativement) bonne santé est endormi pour une intervention, dans la plupart des cas non urgente, et on escompte qu'il ou elle se réveillera indemne.
9. Même s'il leur faut considérer le système de santé dans sa globalité, les pouvoirs publics doivent également prendre en compte ce qui est à présent désigné par « les arguments commerciaux en faveur de la qualité ». En raison des effets externes, des changements qui sont bénéfiques au système peuvent ne pas l'être pour les prestataires individuels. Par exemple, la plupart des systèmes de paiements corrént le paiement au volume, ce qui n'incite pas financièrement les fournisseurs à réduire les interventions inutiles.
10. Il est difficile en fait de classer l'accréditation et l'agrément dans la hiérarchie proposée, car la nature de cet instrument dépend largement du contenu du processus d'approbation. Certains organismes d'accréditation ont décidé d'intégrer des informations sur les processus et les résultats des soins dans leur décision, en empiétant davantage sur l'autorégulation professionnelle. On peut par ailleurs considérer différents par nature des modèles qui exigent la diffusion publique des détails de l'audit et/ou des défaillances.

11. Hors du contexte de cette étude, on notera que l'intérêt des pays membres pour le contrôle de la qualité se traduit également par le soutien qu'ils apportent au projet des indicateurs de qualités des soins de l'OCDE, dont l'objectif est de développer des mesures d'évaluation comparative des systèmes de soins à l'échelon international. À la fin 2003, plus de vingt pays membres participaient à ce projet.

Bibliographie

- Arrow, K.J. (1963), « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *Am Econ Review*, n° 53, pp. 941-973.
- Ashton C.M., N.J. Petersen, J. Soucek, T.J. Menke, H.J. Yu, K. Pietz, M.L. Eigenbrodt, G. Barbour, K.W. Kizer et N.P. Wray (1999), « Geographic Variations in Utilization rates in Veterans Affairs Hospitals and Clinics », *N Engl J Med*, n° 340(1), pp. 32-39.
- Bernstein, S.J., B. Brorsson, T. Aberg, H. Emanuelsson, R.H. Brook et L. Werko (1981), « Appropriateness of Referral of Coronary Angiography Patients in Sweden », SECOR/SBU Project Group, *Heart*, n° 5, pp. 470-477, mai.
- Blumenthal, D. et R. Bohmer (1995), « Contending Views of Quality Management in Health Care: Implications for competition and regulation », in T.A. Abbott (dir. pub.), *Health Care Policy and Regulation*, Kluwer Academic Press, Boston, Dordrecht, Londres.
- Chassin, M.E. (1998), « Is Health Care Ready for Six Sigma Quality? », *Milbank Quarterly*, n° 76, pp. 565-591.
- Chassin, M.R., J. Kosecoff, R.E. Park, C.M. Winslow, K.L. Kahn, N.J. Merrick, J. Keeseey, A. Fink, D.H. Solomon et R.H. Brook (1987), « Does Inappropriate Use Explain Geographic Variations in the Use of Health Care Services? A study of three procedures », *JAMA*, 13 novembre, vol. 258(18), pp. 2533-2537.
- Donabedian, A. (1985), « Twenty Years of Research on the Quality of Medical Care: 1964-1984 », *Eval Health Prof*, vol. 8(3), pp. 243-265.
- Dranove, D. et W.D. White (1987), « Agency and the Organization of Health Care Delivery », *Inquiry*, n° 24, pp. 405-415.
- Friedman, M. (1962), *Capitalism and Freedom*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Gray, D., J.R. Hampton, S.J. Bernstein, J. Kosecoff et R.H. Brook (1990), « Audit of Coronary Angiography and Bypass Surgery », *Lancet*, 2 juin, vol. 335(8701), pp. 1317-1320.
- Henderson, K.M. et J.R. Evans (2000), « Successful Implementation of Six Sigma. Benchmarking General Electric Company. Benchmarking », *An International Journal*, n° 7, pp. 260-281.
- Hurst, J. et M. Jee-Hughes (2001), « Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems », Labour Market and Social Policies Working Papers, n° 47, OCDE, Paris.
- Jencks, S.F., T. Cuedon, D.R. Burwen, B. Fleming, P.M. Houck, A.E. Kussmaul, S. Nilasena, D.L. Ordian et D.R. Arday (2000), « Quality of Medical Care Delivered to Medicare Beneficiaries: A profile at state and national levels », *JAMA*, n° 284, pp. 1670-1676.
- Khuri, S.F., J. Daley, W. Henderson, K. Hur, J. Demakis, J.B. Aust, V. Chong, P.J. Fabri, J.O. Gibbs, F. Grover, K. Hammermeister, G. Irvin, G. McDonald, E. Jr Passaro, L. Phillips, F. Scamman, J. Spencer et J.F. Stremple (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 », *Ann Surg*, vol. 228(4), pp. 491-507.
- Kizer, K.W. (2000), « Reengineering the Veterans Healthcare System », in Ramsaroop et al. (dir. pub.), *Advancing Federal Healthcare*, Spinger, New York.
- Kohn, L.T., J.M. Corrigan et M.S. Donaldson (1999), *To Err is Human. Building a Safer Health System*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington DC.
- Krause, E.A. (1996), *Death of the Guilds. Professions, States and the Advance of Capitalism, 1930 to the Present*, Yale University Press, New Haven et Londres.
- Leape, L.L. (1994), « Error in Medicine », *JAMA*, n° 272, pp. 1851-1857.
- Malenka, D.J. et G.T. O'Connor (1998), « The Northern New England Cardiovascular Disease Study Group: a regional collaborative effort for continuous quality improvement in cardiovascular disease », *Jt Comm J Qual Improv*, vol. 24(10), pp. 594-600.

- McGlynn, E.A., S.M. Asch, J. Adams, J. Keeseey, J. Hicks, A. Decristofaro et E.A. Kerr (2003), « The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States », *N Engl J Med*, n° 348, pp. 2635-2645.
- McGuire, T.G. (2000), « Physician Agency », in A.J. Culyer et J.P. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science.
- McPherson, K., J.E. Wennberg, O. Hovind et P. Clifford (1982), « Small-area Variations in the Use of Common Surgical Procedures: an international comparison of New England, England and Norway », *N Engl J Med*, vol. 307(21), pp. 1310-1314.
- Newhouse, J.P. (2002), « Why is There a Quality Chasm », *Health Affairs*, n° 21, pp. 13-25.
- O'Neill, A. (2002), *Question of Trust*, Reith Lectures 2002. BBC Radio. <http://bbc.co.uk/radio4/reith2002/1.shtml>, 13 novembre.
- Or, Z. (2002), « Improving the Performance of Health Care Systems: from measures to action (A Review of Experience in Four OECD Countries) », *Labour Market and Social Policy Occasional Paper*, n° 51, OCDE, Paris.
- Pierce, E.C. (1996), « The 34th Rovenstine Lecture. 40 Years behind the mask », *Anesthesiology*, n° 84, pp. 965-975.
- Starr, P. (1982), « The Social Transformation of American Medicine », *Basic Books*, New York.
- Schiøler, T., P. Lipczak, B.L. Pedersen, T.S. Mogensen, K.B. Bech, A. Stockmarr, A.R. Svenning et A. Frølich (2001), « Incidence of Adverse Events in Hospitalized Patients. The Danish Adverse Event Study (DAES) », *Ugeskr Læger*, n° 163, pp. 5370-5378.
- Wennberg, J.E. (1999), « Understanding Geographical Variations in Health Care Delivery », *N Engl J Med*, n° 340, pp. 52-53.
- Winslow, C.M., J.B. Kosecoff, M. Chassin, D.E. Kanouse et R.H. Brook (1988), « The Appropriateness of Performing Coronary Artery Bypass Surgery », *JAMA*, 22-29 juillet, vol. 260(4), pp. 505-509.

Chapitre 3

L'inégalité de l'utilisation des services de santé en fonction du revenu dans 21 pays de l'OCDE¹

par

Eddy Van Doorslaer et Cristina Masseria,

Département de politique et de gestion de la santé, Université Erasmus, Pays-Bas
et le Groupe de recherche de l'OCDE sur l'équité dans le domaine de la santé*

Cette étude présente de nouveaux résultats sur l'équité d'utilisation des services de santé par catégorie de revenu pour 21 pays de l'OCDE. Elle utilise des distributions par quintile et des indices de concentration pour évaluer l'équité horizontale, c'est-à-dire dans quelle mesure des adultes ayant un égal besoin de soins ont apparemment des taux identiques d'utilisation de soins médicaux.

Pour ce qui est de l'utilisation des services des médecins, on observe une iniquité horizontale favorisant les personnes à revenu élevé dans près de la moitié des pays. C'est aux États-Unis, au Mexique, en Finlande, au Portugal et en Suède que le degré d'iniquité du recours aux services de médecins est le plus grand. Dans la majorité des pays, cette étude n'observe aucune iniquité pour ce qui est des consultations de généralistes et lorsqu'il existe une iniquité horizontale, elle est en faveur des personnes à faible revenu. Pour les consultations de spécialistes toutefois, dans tous les pays, une fois prises en compte les différences de besoins, les riches sont significativement plus susceptibles de consulter un spécialiste que les pauvres et, dans la plupart des pays, plus fréquemment aussi. Ceci est particulièrement le cas au Portugal, en Finlande et en Irlande. Aucun schéma clair d'iniquité en faveur des riches ou en faveur des pauvres ne se dégage concernant l'utilisation des soins hospitaliers et il n'est pas évident d'expliquer les distributions observées en fonction des caractéristiques des systèmes de santé. Enfin, cette étude constate une distribution en faveur des riches de la probabilité et de la fréquence des visites chez le dentiste dans tous les pays, même si on observe des variations importantes entre les pays. En utilisant une méthode de décomposition, cette étude évalue aussi l'effet des disparités régionales sur l'utilisation des services médicaux et, pour sept pays, la contribution des disparités de la couverture de l'assurance-maladie (publique et privée).

* Les membres du Groupe de recherche de l'OCDE sur l'équité dans le domaine de la santé sont : Gaétan Lafortune (Unité des politiques de santé, OCDE) ; Philip Clarke (Health Economics Research Centre, Université d'Oxford et Economics Research School of Social Sciences, Australian National University) ; Unto Häkkinen (Centre for Health Economics, STAKES, Helsinki, Finlande) ; Agnès Couffinhal, Sandy Tubeuf et Paul Dourgnon (CREDES, France) ; Ulf Gerdtham (Department of Community Medicine, Université de Lund, Suède) ; Martin Schellhorn (IZA, Bonn, Allemagne) ; Agota Szende (MEDTAP, Pays-Bas) ; Gustavo Nigenda et Hector Arreola (FUNSALUD, Mexique) ; Astrid Grasdahl (Health Economics Department, Université de Bergen, Norvège) ; Robert Leu (Economic Institute, Université de Bern, Suisse) ; Renata Nemeth (National Center for Epidemiology, Budapest, Hongrie) ; Frank Puffer et Elizabeth Seidler (Department of Economics, Clark University, Worcester, États-Unis) ; et Xander Koolman (Université Erasmus, Rotterdam, Pays-Bas).

1. Introduction

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la couverture quasi universelle de la population est depuis longtemps une réalité pour un ensemble de services de santé assez complet. S'il existe des exceptions, l'accès à des services médicaux de qualité est assuré à un coût relativement faible, voire gratuitement, dans la plupart de ces pays. Ce résultat a été obtenu principalement grâce à différents programmes d'assurance publique visant à garantir l'équité de l'accès aux services. Cette équité est également considérée par l'OCDE comme un élément déterminant de la performance des systèmes de santé (Hurst et Jee-Hughes, 2001). Dans le contexte de l'évaluation de la performance, une question qui se pose est de savoir dans quelle mesure les pays de l'OCDE ont atteint l'objectif de l'égalité de l'accès ou de l'utilisation à besoin égal, indépendamment d'autres caractéristiques telles que le revenu, le lieu de résidence, l'ethnicité, etc. Tout comme dans les autres études comparatives internationales que nous avons réalisées (Van Doorslaer et al., 1992 ; Van Doorslaer et al., 1993 ; Van Doorslaer et al., 2000 ; Van Doorslaer et al., 2002), nous mettrons l'accent sur le principe de l'équité horizontale – c'est-à-dire selon le principe de « à besoin égal, traitement égal » – et nous mesurerons les écarts systématiques par rapport à ce principe, selon le revenu. Van Doorslaer et al. (2000) et Van Doorslaer et al. (2002) ont conclu que, aux États-Unis et dans plusieurs pays européens, des écarts systématiques par rapport au principe de l'équité horizontale pouvaient être décelés. Nous avons constaté, en particulier, que les riches ont souvent tendance à consulter les spécialistes plus qu'on pourrait s'y attendre sur la base des différences observées pour ce qui est des besoins de soins.

Les travaux antérieurs reposaient sur une analyse secondaire d'enquêtes nationales sur la santé ou d'enquêtes générales existantes, mais les données autodéclarées relatives à l'utilisation des services médicaux et à l'état de santé posaient des problèmes de comparabilité entre les pays. Van Doorslaer et al. (2002) ont utilisé les informations beaucoup plus comparables du *Panel des ménages de la Communauté européenne* (PMCE) pour 1996, du *National Medical Expenditure Panel* (NMEP) de 1996 pour les États-Unis et de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) de 1996 pour le Canada. Nous utilisons ici le PMCE du cycle de collecte de l'année 2000, qui fournit des données comparables pour 10 des pays membres de l'UE. Pour les 11 autres pays, nous avons pris les résultats d'enquêtes nationales effectuées auprès des ménages² afin d'obtenir des informations comparables. Toutefois, nous ne disposons pas de telles informations comparables pour tous les pays et pour toutes les variables.

Nous commencerons par définir, à la section 2, les instruments de mesure de l'équité que nous avons utilisés. La section 3 résumera les principales caractéristiques des systèmes de santé des 21 pays étudiés qui peuvent influencer sur le degré d'occurrence d'écarts systématiques par rapport au principe d'une répartition équitable. La section 4 décrira les données et les méthodes d'estimations que nous avons utilisées (l'annexe

fournit de plus amples détails) et la section 5 présentera les principaux résultats que nous discuterons et dont nous tirerons des conclusions à la section 6.

2. Iniquité horizontale de la prestation de soins de santé

2.1. Définition de l'iniquité horizontale

Dans tous les pays de l'OCDE, assurer un accès adéquat aux soins à l'ensemble de la population sur la base des besoins est un objectif fondamental des politiques de santé. En outre, de nombreux pays de l'OCDE incluent explicitement l'égalité de l'accès aux services de santé au nombre des principaux objectifs énoncés dans leurs documents d'orientation (Van Doorslaer *et al.*, 1993 ; Hurst and Jee-Hughes, 2001). Toutefois, dans certains pays, les politiques de santé visent uniquement à assurer l'égalité d'accès aux personnes à faible revenu. Et dans presque tous les pays des options sont proposées pour compléter, à des degrés divers, la couverture publique générale par une couverture privée complémentaire ou supplémentaire. Ces options visent souvent à assurer un supplément de confort ou de commodité mais elles peuvent également, comme dans le cas des soins dentaires, être l'unique source de couverture pour des pans importants de l'offre de soins.

Habituellement, on considère que la version horizontale du principe d'équité exige que des personnes ayant les mêmes besoins soient traitées de la même façon, quel que soit leur revenu, leur lieu de résidence, leur race, etc.³ C'est ce principe d'équité horizontale que la présente étude utilise comme étalon dans les comparaisons internationales. Bien entendu, cet étalon n'est utile pour mesurer la performance que dans la mesure où ce principe est en accord avec les objectifs de la politique nationale. Pour les pays qui ne souscrivent pas à ce principe, la méthode peut néanmoins être utile pour effectuer des comparaisons avec d'autres pays mais pas pour mesurer la performance du système national.

2.2. Description et mesure de l'iniquité

La méthode que nous avons utilisée dans la présente étude pour mesurer le degré d'iniquité horizontale de la prestation des services de santé est identique à celle employée dans Wagstaff et Van Doorslaer (2000), Van Doorslaer *et al.* (2000) et Van Doorslaer *et al.* (2002). Elle consiste à comparer la répartition effective observée des soins médicaux à la répartition des besoins par catégorie de revenu. Cette étude ne peut traiter des différences d'offre globale entre les pays : elle suppose que les taux de traitement moyens pour chaque pays et les différences moyennes de traitement observées entre des individus n'ayant pas les mêmes besoins reflètent la « norme » globale admise pour le pays en question. Pour égaliser statistiquement les besoins des groupes ou des individus à comparer, nous prenons la relation moyenne entre les besoins et le traitement pour l'ensemble de la population comme « norme » d'équité verticale et nous cherchons à voir dans quelle mesure des écarts systématiques sont enregistrés par rapport à cette norme selon le niveau de revenu.

L'indice de concentration (CI) de l'utilisation effective des soins médicaux mesure le degré d'inégalité et l'indice de concentration de l'utilisation standardisée par rapport aux besoins mesure le degré d'iniquité horizontale. Une valeur nulle de l'indice indique une égalité ou équité. Une valeur positive de l'indice indique une inégalité/iniquité en faveur des riches et une valeur négative une inégalité/iniquité en faveur des pauvres. L'annexe

fournit plus de détails sur les méthodes statistiques utilisées pour mesurer et décomposer l'iniquité horizontale.

3. Différences sur le plan de l'équité entre les caractéristiques des systèmes d'offre de soins de santé des pays de l'OCDE

En 2000, tous les pays analysés ici – à l'exception des États-Unis et du Mexique – assuraient à leur population une couverture quasiment universelle pour la majorité des services de santé. Cependant, d'autres différences importantes subsistent entre les pays pour ce qui est des caractéristiques de leurs systèmes de financement et de prestation de soins susceptibles d'influer sur l'équité. Les tableaux 3.A1.1 et 3.A1.2 de l'annexe résument quelques unes des principales caractéristiques des systèmes pouvant avoir un impact sur l'utilisation des services d'un généraliste ou d'un spécialiste, des soins hospitaliers et de soins dentaires par niveau de revenu.

Deux des pays analysés ici ont encore une proportion importante de leur population qui n'est couverte par aucune assurance. Au Mexique, près de la moitié de la population (soit environ 48 millions de personnes) n'a aucune assurance-maladie et doit compter sur des soins publics de santé de qualité variable (Barraza-Llorens *et al.*, 2002) tandis qu'aux États-Unis la proportion non assurée de la population est d'environ 14 % (soit plus de 40 millions de personnes) (Haley et Zuckerman, 2003). Dans un certain nombre de pays, certains groupes de population ayant des niveaux de revenus divers souscrivent une assurance-maladie privée soit parce qu'ils ne sont pas admis à bénéficier d'une couverture publique soit parce qu'ils ont choisi de ne pas en bénéficier. Il en est ainsi, en Allemagne, pour un nombre assez faible de personnes à revenu élevé ayant opté pour une couverture privée mais aux Pays-Bas (où environ un tiers de la population n'est pas admis à bénéficier d'une couverture publique), ce sont des pans importants de la population qui sont dans ce cas. En Irlande, environ les deux tiers de la population n'a droit à aucune couverture publique (*medical card*) pour les consultations de généralistes et autres services externes. Les personnes souscrivent une assurance-maladie privée dans le but essentiellement d'avoir une alternative privée à la couverture hospitalière publique à laquelle l'ensemble de la population a droit. En Suisse, l'assurance-maladie obligatoire est l'unique source de couverture pour l'ensemble de la population. Les règles du régime public d'assurance de certains pays, comme l'Australie, la Belgique, la Finlande, la France, la Norvège et le Portugal, imposent aux assurés une participation aux coûts qui varie en fonction du type of services, alors que dans de nombreux autres pays (comme l'Allemagne, le Canada, le Danemark, l'Espagne et le Royaume-Uni) les consultations des médecins du secteur public sont gratuites au point de prestation. Et dans d'autres pays encore, comme la Hongrie et la Grèce, les soins sont officiellement gratuits au point de prestation mais les paiements à titre non officiel sont pratique courante.

Les pays diffèrent également par leurs règles d'accès aux soins secondaires. Dans certains pays, notamment l'Australie, le Canada, le Danemark, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, le médecin de premier recours joue le rôle de « portier » aiguillant vers des spécialistes les malades qui nécessitent des soins secondaires, tandis que dans d'autres pays les personnes ont accès directement à l'ensemble des médecins. Néanmoins, dans certains pays, comme la Finlande, la Grèce, l'Italie, dans lesquels officiellement le généraliste joue ce rôle de médecin référent, ce principe n'est pas strictement appliqué. Dans d'autres pays (Espagne, Portugal), il peut être court-circuité par le biais des services d'urgence des hôpitaux. Certains pays rémunèrent

essentiellement leurs généralistes selon un système de forfait par tête ou capitation (Danemark, Irlande – groupe I, Italie, Pays-Bas), ou leur versent un salaire (Espagne, Grèce, Mexique, Portugal, Suède) tandis que d'autres les rémunèrent essentiellement à l'acte.

Certains petits pays européens (Belgique, Danemark et Pays-Bas) présentent des disparités régionales moindres que dans les pays de taille plus importante où les personnes peuvent être confrontées à des problèmes d'éloignement par rapport aux centres de soins et où la diversité de l'accès peut être due à l'autonomie régionale. Bon nombre de caractéristiques résumées aux tableaux 3.A1.1 et 3.A1.2 seront pertinentes lorsqu'on cherchera à interpréter les conclusions de cette étude. Si ce sommaire n'est en aucune façon exhaustif, en ce sens qu'il ne rend pas pleinement compte de la diversité des caractéristiques de ces systèmes, il contribue à illustrer les facteurs susceptibles d'expliquer les différences observées entre les pays au regard de l'équité horizontale.

4. Données et méthodes d'estimation

4.1. Données tirées des enquêtes

Pour la plupart des pays membres de l'Union européenne (UE), les données sont tirées du septième cycle de collecte (celui de 2000) du *Panel des ménages de la Communauté européenne* (PMCE) conduit par l'Office statistique des Communautés européennes, Eurostat⁴. Le PMCE est une enquête effectuée sur la base d'un questionnaire normalisé qui comprend des entretiens annuels d'un panel représentatif de ménages et de particuliers âgés de 16 ans et plus, menés dans chaque État membre de l'UE (Eurostat, 1999). L'enquête porte sur un large éventail de sujets, notamment la démographie, le revenu, les transferts sociaux, la santé, le logement, l'éducation, l'emploi, etc. Nous avons utilisé les données de ce panel pour dix pays membres de l'UE : l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas et le Portugal.

Les ensembles de données utilisés pour les autres pays sont énumérés au tableau 3.1, ainsi que les années auxquelles ils se rapportent et la taille de l'échantillon d'adultes. Pour tous les pays, à l'exception des États-Unis (1999), les enquêtes concernent l'année 2000 ou une année plus récente et toutes sont représentatives au niveau national de la population adulte, c'est-à-dire des personnes âgées de plus de 16 ans, ne vivant pas en établissement. Elles ont été sélectionnées principalement sur la base de leur pertinence pour cette analyse et de leur comparabilité avec les informations du PMCE.

4.2. Utilisation des services de santé

Dans le PMCE, l'utilisation des services de généralistes, de spécialistes et de dentistes est mesurée à l'aide de la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, environ combien de fois avez-vous consulté 1) un généraliste, 2) un spécialiste, 3) un dentiste ? » L'utilisation des soins hospitaliers a été mesurée par la question : « Au cours des 12 derniers mois, combien de nuits avez-vous passées dans un hôpital ? » Des questions analogues faisant référence à une période de 12 mois ont été utilisées dans les autres pays, quoique certaines enquêtes pour certains pays ne contiennent pas toutes ces informations. Le tableau 3.A1.3 de l'annexe fait un tour d'horizon de la disponibilité des variables d'utilisation.

Les enquêtes de certains pays (Allemagne, Australie, États-Unis, Mexique et Suède) ne distinguent pas les consultations de généralistes des consultations de spécialistes. En Australie et au Mexique, il est seulement demandé aux personnes si elles ont consulté un

Tableau 3.1. **Enquêtes auprès des ménages utilisées pour 11 pays**

Non couverts par le Panel des ménages de la Communauté européenne

	Enquête	Année	Taille de l'échantillon	Unité d'échantillonnage	Limites d'âge utilisées
Allemagne	Panel socio-économique (SOEP)	2001	12 961	Ménage	16+
Australie	Enquête nationale sur la santé (ABS)	2001	15 516	Individu	16+
Canada	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	2001	107 613	Ménage	16+
États-Unis	Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)	1999	16 541	Ménage	16+
France	Enquête nationale sur la santé liée à l'utilisation de l'assurance sociale (EPAS-ESPS)	2000	4 381	Membres des 3 principales caisses d'assurance-maladie	16+
Hongrie	Enquête nationale de surveillance de la santé (OLEF 2000)	2000	4 404	Ménage	18+
Mexique	Enquête nationale sur la santé (ENSA)	2001	153 865	Ménage	16+
Norvège	Enquête sur le niveau de vie norvégien – panel	2000	3 709	Individu	16-80
Royaume-Uni	British Household Panel Survey (BHPS)	2001	13 712	Ménage	16+
Suède	Enquête sur les conditions de vie (ULF)	2001	5 054	Ménage	16-80
Suisse	Enquête suisse sur la santé	2002	13 692	Ménage, puis nombre aléatoire d'individus dans le ménage	18+

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

médecin au cours de l'année écoulée. En Allemagne et en Suède, il leur est demandé si elles ont consulté au cours des trois derniers mois et l'enquête britannique BHPS comporte une catégorie de réponse qui ne permet pas d'additionner les visites chez des généralistes et les visites chez des spécialistes. L'enquête norvégienne n'enregistre pas les admissions à l'hôpital et plusieurs enquêtes ne contiennent aucune information sur les visites chez le dentiste.

4.3. État de santé

L'évaluation de l'état de santé comme variable d'approximation des besoins de soins se fait sur la base de deux types de questions. Invités à autoévaluer leur état de santé général, les répondants du PMCE devaient se classer dans l'une des cinq catégories suivantes : « Très bon, bon, passable, mauvais ou très mauvais ». La plupart des enquêtes donnent le choix entre des réponses similaires même si les catégories de réponses peuvent varier et si le nombre de catégories varie de 3 (en Suède) à 10 (en Allemagne et en France).

L'enquête du PMCE renfermait une autre question liée à la santé : « Un problème de santé, une maladie ou une incapacité physique ou mentale vous gêne-t-elle dans vos activités quotidiennes ? (non ; oui, dans une certaine mesure ; oui considérablement) ». Nous avons utilisé deux variables indicatrices pour indiquer le degré de limitation. Des questions similaires mais pas identiques ont été utilisées dans les autres enquêtes. Le libellé exact des questions et les définitions sont présentées au tableau 3.A1.4.

Il est bien connu que l'inclusion dans la procédure de standardisation des besoins d'informations supplémentaires sur la santé tend à donner des résultats moins en faveur des pauvres (ou plus en faveur des riches) (par exemple, Van Doorslaer et al., 1993).

Apparemment, cela tient non seulement au fait que les pauvres souffrent plus fréquemment de problèmes de santé mais également au fait que ces problèmes sont *plus graves*. L'inclusion dans le processus de standardisation des besoins d'un nombre moindre d'informations sur la santé (à cause, par exemple, du choix d'un ensemble commun d'indicateurs pour les comparaisons internationales) risque donc de conduire à sous-estimer les schémas d'utilisation en faveur des riches et à surestimer les schémas d'utilisation en faveur des pauvres.

4.4. Revenus

Le tableau 3.A1.5 donne une liste d'informations pertinentes sur les questions utilisées qui sont tirées de ces enquêtes. La mesure du revenu (notre variable de classement) dans le cadre du PMCE est le revenu disponible (c'est-à-dire après impôt) des ménages par équivalent-adulte, calculé à l'aide de l'échelle d'équivalence modifiée de l'OCDE⁵. Le revenu total du ménage comprend l'ensemble des revenus monétaires nets perçus par les membres du ménage au cours de l'année de référence (1999 pour le cycle de l'année 2000). Il inclut les revenus tirés du travail (salarie ou indépendant), les revenus privés (revenus tirés des placements et des biens et transferts privés au ménage), de même que les retraites et autres transferts sociaux directs. Nous n'avons pas tenu compte des transferts sociaux indirects (remboursement des frais médicaux, par exemple), non plus que des revenus en nature et du loyer théorique calculé pour un logement occupé par son propriétaire. Dans certaines autres enquêtes, les informations relatives aux revenus étaient plus limitées. Dans l'enquête canadienne, nous n'avons pas pu utiliser le revenu réel mais uniquement une variable catégorielle qui n'a pu être traitée à l'aide de l'échelle d'équivalence modifiée de l'OCDE. Nous avons utilisé à la place quatre variables indicatrices catégorielles de revenus. La mesure du revenu avant impôt des ménages américains tirée de l'enquête a été convertie en revenu net à l'aide des estimations de l'impôt fédéral payé par les ménages, estimations qui ont été obtenues avec le modèle NBER TAXSIM. Nous ne disposons pas de suffisamment de données pour estimer l'impôt des États. Pour certaines enquêtes (les enquêtes suédoises et norvégiennes, par exemple), les données sur les revenus sont plus précises que la variable de revenu du PMCE dans la mesure où elles ne sont pas tirées de l'enquête mais de la liaison avec les fichiers des services fiscaux nationaux.

4.5. Autres variables explicatives

Les autres variables explicatives utilisées dans l'analyse incluent le niveau d'instruction et la situation au regard de l'activité, deux variables qui affectent la propension générale d'un individu à consommer des soins de santé mais sur lesquelles les responsables des politiques de santé ne peuvent bien souvent pas influencer directement. Les informations des enquêtes sur le niveau d'instruction et la situation au regard de l'activité sont décrites au tableau 3.A1.5. Les deux autres variables utilisées, couverture des dépenses de santé par une assurance et région de résidence (cette dernière mesurant indirectement la disponibilité des soins) sont décrites au tableau 3.A1.6.

La question sur l'assurance-maladie a été exclue du questionnaire du PMCE après le troisième cycle (1996) ; elle est donc manquante pour toutes les analyses reposant sur le PMCE. Dans les enquêtes n'utilisant pas le PMCE, les variables pertinentes relatives à la couverture par une assurance-maladie (privée) étaient généralement disponibles. Le PMCE nous renseigne également très peu sur la région de résidence des répondants. La plupart

du temps pour des raisons de confidentialité, aucune information n'a été fournie à cet égard (par exemple au Danemark et aux Pays-Bas) ou encore les données fournies se rapportent uniquement à une région très vaste (dans la plupart des autres pays). La plupart des enquêtes n'utilisant pas le PMCE ont fourni des informations plus approfondies sur les identifiants régionaux. Pour cinq pays, il a été possible de distinguer des régions présentant des degrés d'urbanisation différents. Les informations que nous avons pu utiliser sont présentées au tableau 3.A1.6. Nous n'avons pu entreprendre de relier l'identification régionale à la disponibilité des services médicaux (prestataires, lits d'hôpitaux, etc.). Les effets fixes régionaux, estimés à l'aide de variables indicatrices régionales, peuvent rendre compte uniquement des variations entre quelques grandes régions dans les différents pays. Nous ne pouvons pas réellement présumer qu'ils reflètent des circonstances locales de l'offre et de la demande pour chaque type de soins.

4.6. Méthodes d'estimation

Les données sur l'utilisation des services de santé, comme les consultations médicales, sont connues pour avoir une distribution asymétrique ; en général, une grande majorité de répondants déclarent n'avoir que très peu, voire jamais, consulté et une très faible proportion seulement déclare aller fréquemment chez le médecin. Ces caractéristiques générant des violations du modèle standard de la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO), diverses spécifications de modèles intrinsèquement non linéaires à deux volets ont été proposées dans la littérature ; elles distinguent la probabilité d'utilisation positive et le niveau d'utilisation conditionnel si les services ont été utilisés au cours de la période de référence (pour un examen, voir Jones, 2000). Si ces modèles présentent certains avantages par rapport aux spécifications MCO, leur non linéarité intrinsèque rend impossible la méthode de décomposition (linéaire) décrite à l'annexe. Pour rétablir la mécanique de la décomposition, il faut revenir soit à une décomposition de l'inégalité de la propension (variable latente) à utiliser (plutôt que de l'utilisation effective) ou à une relinéarisation des modèles à l'aide d'approximations (voir, par exemple, Van Doorslaer et al., 2004). Toutefois, Van Doorslaer et al. (2000) ont montré que la mesure de l'iniquité horizontale ne diffère guère entre les modèles à deux volets reposant sur le modèle MCO et les spécifications de modèles à deux volets non linéaires tel que le modèle de logistique associé à un modèle binomial négatif tronqué.

Pour cette étude, nous avons donc choisi une approche pragmatique. Nous utilisons une estimation MCO simple pour les mesures reposant sur la décomposition et nous vérifions la sensibilité des indices HI et des répartitions par quintile en les comparant aux indices et aux répartitions obtenues à l'aide de spécifications non linéaires. Nous avons obtenu l'utilisation des soins de santé « nécessaires » sur la base d'un modèle binomial négatif généralisé pour la consommation totale, d'une spécification logistique pour la probabilité d'utilisation et d'un modèle binomial négatif tronqué pour l'utilisation positive (conditionnelle). Nous avons comparé les indices HI obtenus à l'aide de modèles linéaires à ceux obtenus à l'aide de modèles non linéaires, et avons observé que les estimations sont extrêmement similaires et que dans un très petit nombre de cas seulement les indices estimés par des méthodes linéaires diffèrent sensiblement des indices estimés par des méthodes non linéaires. Ceci confirme que nos résultats ne sont pas subordonnés au choix du modèle de standardisation linéaire.

Pour tous les pays et toutes les enquêtes, des pondérations transversales de l'échantillon ont été utilisées dans tous les calculs afin que les résultats soient plus

représentatifs des populations des différents pays. Des erreurs types robustes ont été obtenues à l'aide de la valeur estimée de Huber et White. Cette valeur estimée a été ajustée pour permettre d'effectuer une corrélation intragroupe pour les pays pour lesquels nous disposons d'informations sur les unités primaires d'échantillonnage.

5. Résultats

Nous discuterons des résultats séparément pour chaque type de soins médicaux. Pour la présente étude, nous n'avons pas tenté de regrouper les différents types de soins à l'intérieur d'une mesure globale de l'utilisation des soins médicaux. Cela aurait nécessité d'additionner des services de nature différente en attribuant des poids ou des scores relatifs aux différents types de soins médicaux. Même cette approche désagrégée est déjà très grossière dans la mesure où elle n'établit pas de distinction par type de spécialité, diagnostic ou service hospitalier.

5.1. Répartitions et indices d'iniquité

Pour tous les types de soins, nous montrons la répartition de l'utilisation standardisée en fonction des besoins par quintile de revenus. C'est la répartition que l'on observe après « égalisation » (statistique) des besoins entre les groupes de revenus. Dans la procédure de standardisation, en général, les besoins sont représentés par un vecteur de neuf variables indicatrices d'âge-sexe, quatre variables indicatrices pour l'état de santé autoévalué (SAH) et au moins une variable indicatrice pour la présence d'une maladie chronique ou d'un handicap et pour la gêne que cette présence entraîne pour les activités habituelles de la personne (pour plus de détails, voir tableau 3.A1.4). Les indices rapportés et leurs valeurs de t ont été obtenus à l'aide des modèles de régression MCO décrits à l'annexe.

Toute inégalité subsistant dans l'utilisation standardisée en fonction des besoins est interprétée comme inéquitable. Cette inégalité peut favoriser les pauvres ou les riches. S'il n'y a pas d'iniquité d'utilisation, les répartitions standardisées en fonction des besoins doivent être égales dans tous les groupes de revenus. Pour faciliter l'interprétation, nous présentons également deux valeurs d'indice pour chaque répartition par quintile. Ces valeurs résument le degré d'inégalité liée au revenu. L'indice de concentration (CI) pour la répartition *effective* et *non* standardisée des soins résume l'inégalité d'utilisation effective. Nous utilisons l'indice de concentration des répartitions standardisées en fonction des besoins comme indice d'iniquité horizontale (HI) : il résume l'inégalité d'utilisation qui subsiste après suppression par normalisation des différences de besoins. Des valeurs positives de CI (HI) indiquent une inégalité (iniquité) en faveur des riches. Des valeurs négatives de CI (HI) indiquent, au contraire, une inégalité (iniquité) en faveur des pauvres. Une valeur de CI (HI) nulle ou non significative indique une utilisation également (équitablement) répartie entre les différents groupes de revenus.

Nous présentons ces répartitions pour deux mesures de l'utilisation : a) l'utilisation annuelle totale rapportée (c'est-à-dire le nombre de visites ou de nuits) et b) la probabilité d'une utilisation au cours de l'année (consultation ou nuit d'hospitalisation). Par manque de place, nous ne rendons pas compte des résultats des estimations pour l'utilisation conditionnelle des utilisateurs positifs (auxquels sont attribués au moins une visite ou une nuit à l'hôpital) mais ceux-ci peuvent être estimés à partir de la comparaison de a) et b). La distinction entre les trois types d'utilisation est importante car elle donne de nouveaux aperçus de la manière dont les schémas d'utilisation diffèrent par niveau de revenu. Les graphiques 3.1 à 3.8 présentent les indices nationaux et les intervalles de confiance à 95 %.

5.1.1. Ensemble des consultations auprès des médecins

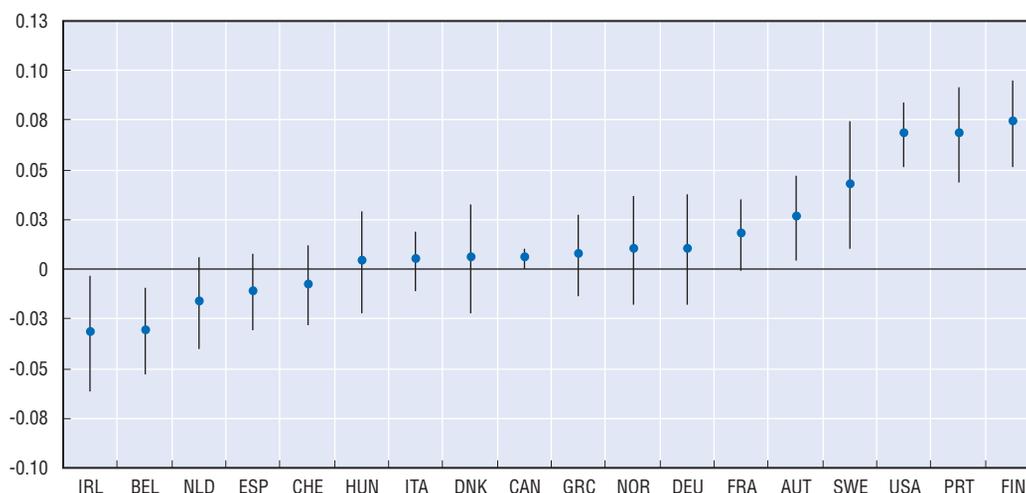
Comme le montre le tableau 3.A1.7, la plupart des pays de l'OCDE ont des taux moyens qui se situent aux alentours de cinq visites chez le médecin par année par personne mais certains, dont l'Autriche, la Belgique, la France, la Hongrie et l'Italie, ont des taux moyens bien supérieurs (plus de six visites par personne par an). Les pays qui ont des taux moyens faibles (moins de quatre visites par personne par an) sont notamment le Danemark, les États-Unis, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, la Suisse et la Norvège. Nous avons un ensemble presque complet de résultats pour la probabilité d'au moins une visite pour tous les pays étudiés ici quoique pour deux pays (l'Allemagne et la Suède) ces résultats ne soient pas comparables parce qu'ils se réfèrent à une période plus courte (3 mois seulement). Nous pouvons observer que dans tous les pays excepté le Mexique (21 %), la Grèce (63 %) et les États-Unis (68 %), plus de 70 % de la population adulte est allée chez un médecin au cours des douze derniers mois. En Belgique, ce pourcentage atteint presque 90 %. On pourrait s'attendre à ce que ces différences de taux d'utilisation entre les pays soient dans une large mesure déterminées par la présence de médecins mais on n'observe pas que le taux de visite ou la probabilité d'aller chez le médecin soit étroitement lié au nombre de médecins par habitant tel que rapporté dans *Éco-santé OCDE 2003*. Il est possible que les différences de modes de rémunération et les différences culturelles expliquent également les disparités en matière de consultation ou de soins. Il est également possible que dans certains pays, on délègue à d'autres catégories de professionnels de la santé que les médecins des traitements plus simples ou le renouvellement des prescriptions.

Les schémas d'utilisation par revenu sont plus intéressants aux fins de la présente étude. Il est frappant de constater que dans tous les pays (excepté la Finlande et la Suède), les indices de concentration de l'utilisation effective (non standardisée) sont négatifs et particulièrement importants. Cela implique que dans pratiquement tous les pays de l'OCDE, les catégories à faible revenu vont plus souvent chez le médecin que les catégories à revenu élevé. Les différences d'utilisation varient selon le pays mais, en moyenne, la catégorie correspondant au quintile inférieur déclare un nombre annuel de visites chez le médecin supérieur d'environ 50 %, soit environ 1.5 visite de plus que la catégorie correspondant au quintile supérieur (non représenté). Mais ces différences d'utilisation par groupe de revenu ne nous apprennent rien sur l'iniquité dans la mesure où ces inégalités peuvent refléter des différences de besoins en matière de soins.

Les répartitions standardisées en fonction des besoins sont donc beaucoup plus révélatrices. *Stricto sensu*, pour que l'équité horizontale subsiste, il faut que les répartitions soient identiques d'un groupe de revenu à l'autre. En moyenne, tous les groupes de revenu devraient utiliser la même quantité de soins lorsque les besoins sont égaux statistiquement. Et, de fait, tous les indices de concentration (CI) de l'utilisation des services d'un médecin standardisés en fonction des besoins (c'est-à-dire les indices HI) se révèlent être beaucoup moins négatifs que les indices CI, pour tous les pays. Ils ne restent sensiblement négatifs qu'en Belgique et en Irlande ; ils deviennent non significatifs (5 %) en Allemagne, au Canada, au Danemark, en Espagne, en France, en Grèce, en Hongrie, en Italie, en Norvège, aux Pays-Bas et en Suisse ; ils sont positifs et significatifs en Autriche, aux États-Unis, en Finlande, au Portugal et en Suède (voir graphique 3.1). Cela signifie que dans la majorité des pays la répartition des visites chez le médecin correspond apparemment aux besoins. Les pays dans lesquels on observe une iniquité importante en faveur des riches sont les mêmes que ceux cités dans Van Doorslaer et al. (2002) (à l'exception de la Grèce), auxquels s'ajoutent deux pays scandinaves : la Finlande et la Suède.

Graphique 3.1. **Indices d'iniquité horizontale relatifs au nombre de visites chez le médecin, par pays**

Intervalle de confiance à 95 %

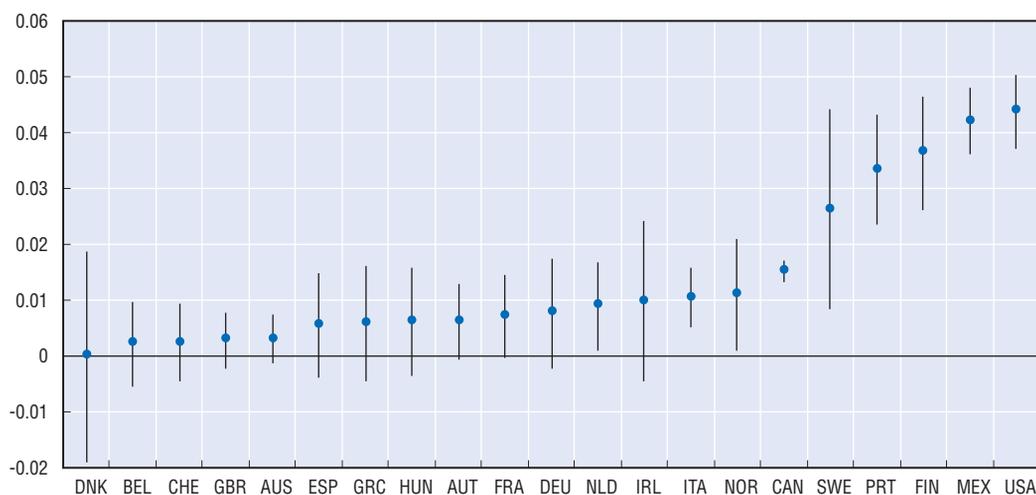


Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Mais l'utilisation totale peut se décomposer en probabilité d'utilisation et utilisation conditionnelle, étant donné un minimum d'une visite. Cette décomposition est intéressante si c'est plutôt le patient qui est à l'origine de la décision initiale de consulter et plutôt le médecin qui est à l'origine des décisions ultérieures de consulter. Les schémas d'utilisation ne sont en aucune façon identiques pour les deux parties du processus d'utilisation. La probabilité d'utilisation présente des indices HI positifs pour la plupart des pays et significatifs dans neuf d'entre eux : le Canada, les États-Unis, la Finlande, l'Italie, le Mexique, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal et la Suède (voir graphique 3.2). Mais dans les douze autres pays nous n'observons aucune violation du principe d'équité horizontale : la

Graphique 3.2. **Indices d'iniquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un médecin, par pays**

Intervalle de confiance à 95 %



Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

valeur de HI n'est pas sensiblement différente de zéro en Allemagne, en Australie, en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Espagne, en France, en Grèce, en Hongrie, en Irlande, au Royaume-Uni et en Suisse. Ceci signifie que dans environ la moitié des pays, pour un même besoin donné, les riches sont plus susceptibles de voir un médecin que les pauvres. Le fait que cela ne se traduise pas par une iniquité du nombre total de consultations pour tous ces pays a un rapport avec ce qui se passe dès lors qu'ils ont consulté un médecin. Cela signifie que le nombre conditionnel de visites, étant donné un minimum d'une visite, doit jouer en faveur des pauvres. En fait, nous observons (résultats non présentés) que dans plusieurs pays, notamment en Belgique, au Canada, en Irlande, aux Pays-Bas et en Suisse, les indices HI du nombre conditionnel de visites sont sensiblement *négatifs*, ce qui indique une iniquité en faveur des pauvres. Mais dans quatre autres pays (Autriche, États-Unis, Finlande et Portugal), l'indice est sensiblement positif. Cela explique pourquoi ces pays comptent tous au nombre de ceux qui présentent une iniquité positive importante pour l'ensemble des visites au tableau 3.A1.7.

Que nous révèle la décomposition *en deux parties* (probabilité d'utilisation et utilisation conditionnelle) ? Si la probabilité d'au minimum une visite était principalement déterminée par le comportement des patients en matière de consultation, on pourrait dire que dans la majorité des pays les patients plus aisés exploitent leur capacité à accroître leur probabilité de consulter un médecin. Si, en revanche, le nombre conditionnel de visites résultait principalement des décisions ou des conseils d'un médecin, cela signifierait que seuls les médecins des cinq pays susmentionnés exploitent d'une manière ou d'une autre leur capacité à voir les patients plus aisés plus souvent que les patients pauvres. Toutefois, dans la pratique, les enquêtes ne permettent pas de faire une distinction aussi claire car la première consultation d'une année ne se fait pas nécessairement à l'initiative du patient et nous ne savons pas non plus si les consultations ultérieures effectuées au cours de la même année le sont nécessairement à l'initiative d'un médecin. Cette conclusion est donc provisoire.

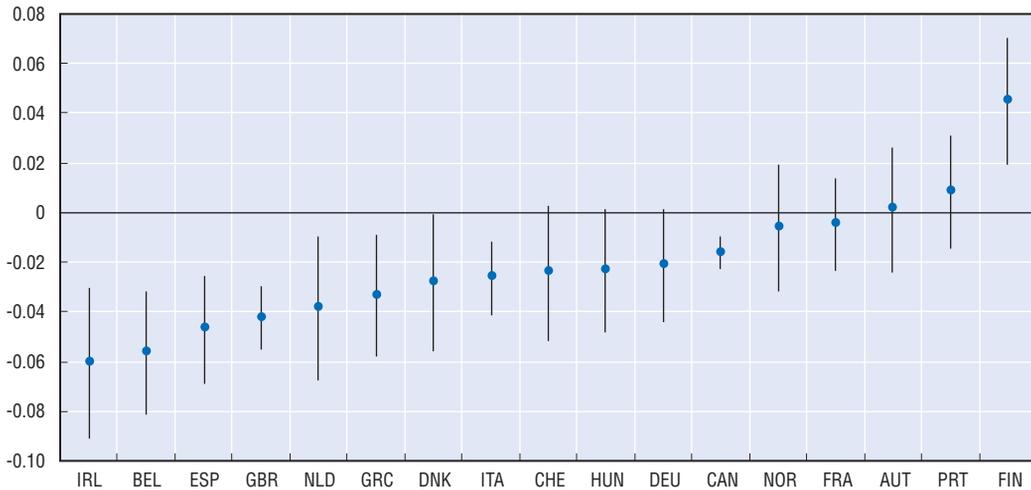
La répartition par quintile de l'ensemble des visites ne nous renseigne pas sur les différences de ventilation de celles-ci entre les médecins dispensant des soins primaires et ceux dispensant des soins secondaires. Dans la section qui suit, nous procéderons à une ventilation différente par type de consultation. Nous le ferons en distinguant, dans la mesure du possible, les consultations de généralistes et les consultations de spécialistes.

5.1.2. Consultations de généralistes

Le tableau 3.A1.8 (p. 176) présente les répartitions par quintile, standardisées en fonction des besoins, des consultations de généralistes pour les 17 pays pour lesquels nous avons pu établir cette distinction. Dans une année, les adultes consultent leur généraliste en moyenne trois fois mais le taux moyen varie sensiblement : il est d'environ deux consultations par personne et par an en Grèce, en Finlande et en Suisse et de plus de cinq consultations en Belgique. Les pauvres voient un généraliste plus souvent que les riches. Nous pouvons observer que dans tous les pays les répartitions non standardisées sont désormais en faveur des pauvres (CI négatifs) et que les répartitions standardisées en fonction des besoins sont sensiblement en faveur des pauvres (HI négatifs) dans dix d'entre eux (voir graphique 3.3). La Finlande est le seul pays dans lequel l'indice HI est sensiblement positif (voir ci-dessous une discussion plus approfondie de ce résultat). Stricto sensu, cela signifie que les pauvres ont davantage recours aux services de généralistes que les riches même lorsqu'on prend en compte les différences de besoin mais

Graphique 3.3. **Indices d'iniquité horizontale relatifs au nombre de visites chez un généraliste, par pays**

Intervalle de confiance à 95 %



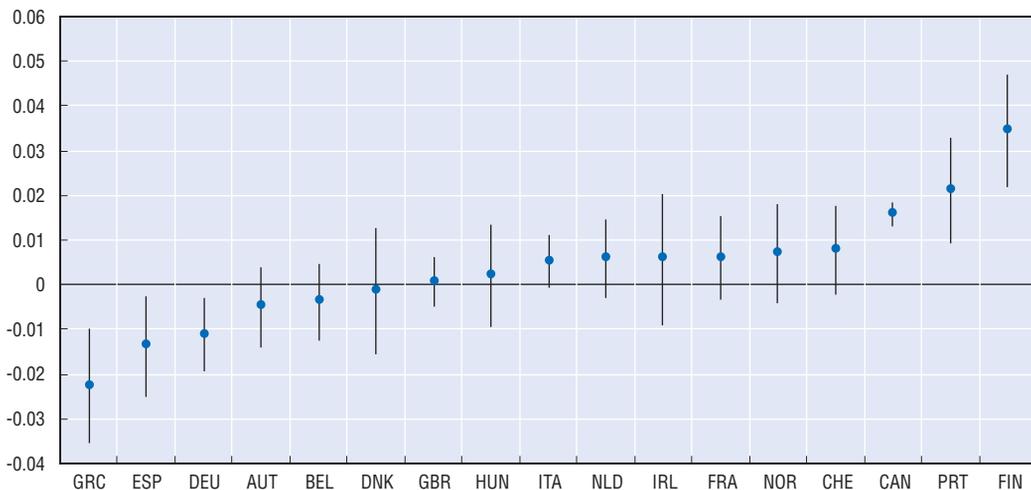
Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

cette conclusion doit être interprétée avec prudence et conjointement aux résultats obtenus pour les spécialistes et rapportés ci-dessous.

Si la répartition est en faveur des pauvres lorsqu'elle n'est pas standardisée, la probabilité de consulter un généraliste ne présente guère d'indices d'une iniquité horizontale après standardisation en fonction des besoins. Comme le montre le graphique 3.4, les indices HI sont généralement faibles et non significatifs, avec un petit nombre d'exceptions en faveur des riches (Canada, Finlande et Portugal) et un petit nombre en faveur des pauvres (Allemagne, Espagne et Grèce). Mais, dans l'ensemble, la probabilité de voir un généraliste se répartit également entre les différents groupes de revenus dans tous les pays de l'OCDE. Cela doit signifier que l'essentiel du schéma de répartition en

Graphique 3.4. **Indices d'iniquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un généraliste, par pays**

Intervalle de confiance à 95 %



Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

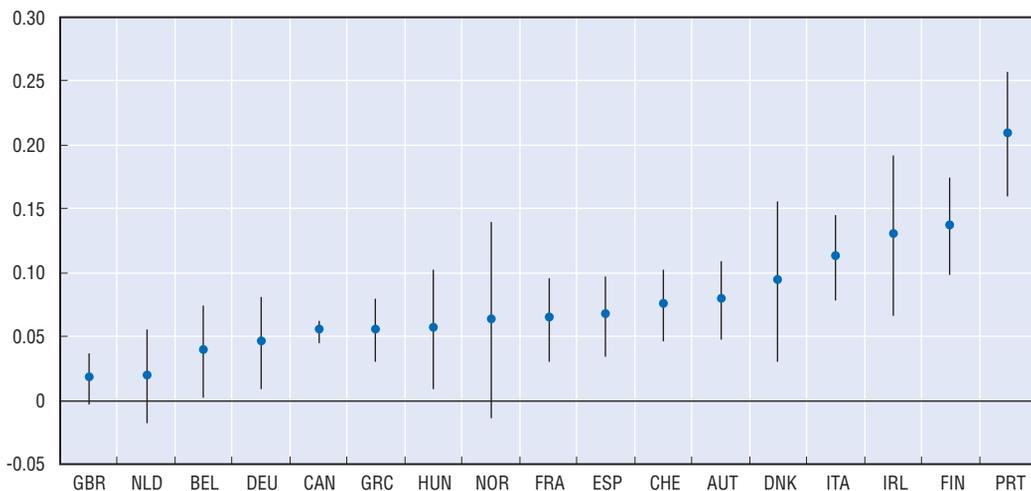
faveur des pauvres résulte d'une utilisation conditionnelle en faveur des pauvres. Les résultats (non présentés) le confirment. Dans pas moins de 10 des 16 pays, nous observons une HI significativement négative, qui indique une iniquité en faveur des pauvres pour un nombre conditionnel de visites. Pour trois pays seulement (Canada, Finlande et Portugal), nous observons une iniquité en faveur des riches mais les degrés d'iniquité sont relativement faibles. Ceci signifie que dans pratiquement tous les pays de l'OCDE, la probabilité de voir un généraliste se répartit également entre les différents groupes de revenus, mais que dès lors qu'ils commencent à consulter les pauvres consulteront probablement plus souvent. Là encore, nous reportons l'interprétation de ce résultat après la discussion des résultats concernant les consultations de spécialistes.

5.1.3. Consultations (externes) de spécialistes

Pour les consultations de spécialistes, les schémas de répartition sont complètement différents (voir tableau 3.A1.9). Si le taux moyen de visites par personne et par an est en général inférieur (environ 1.5 visite) à celui enregistré pour les généralistes, la variation n'est pas moindre. Alors que les Allemands déclarent une moyenne de 3.3 visites par an, en Irlande le taux moyen n'est que de 0.6 visite, soit cinq fois moins⁶. L'utilisation non standardisée se répartit de façon plus égale entre les différents quintiles de revenus que pour les consultations de généralistes et plusieurs CI ne sont pas significativement différents de zéro. Mais, après standardisation, pratiquement toutes les répartitions sont significativement en faveur des catégories à revenu élevé. Les seules exceptions à signaler sont la Norvège, les Pays-Bas et le Royaume-Uni où les indices HI positifs ne sont pas sensiblement différents de zéro (voir graphique 3.5). Ceci donne à penser que dans pratiquement tous les pays de l'OCDE, les riches consultent davantage les spécialistes que ce à quoi on pourrait s'attendre compte tenu des caractéristiques de leurs besoins. Les gradients semblent particulièrement prononcés au Portugal, en Finlande, en Irlande et en Italie, quatre pays dans lesquels l'assurance privée et les paiements privés directs jouent un certain rôle dans l'accès aux services de spécialistes. Chose étonnante, nous n'obtenons

Graphique 3.5. **Indices d'iniquité horizontale relatifs au nombre de visites chez un spécialiste, par pays**

Intervalle de confiance à 95 %



Note : Les résultats pour le Royaume-Uni (GBR) se réfèrent aux consultations de spécialistes à l'hôpital ou dans un cabinet.

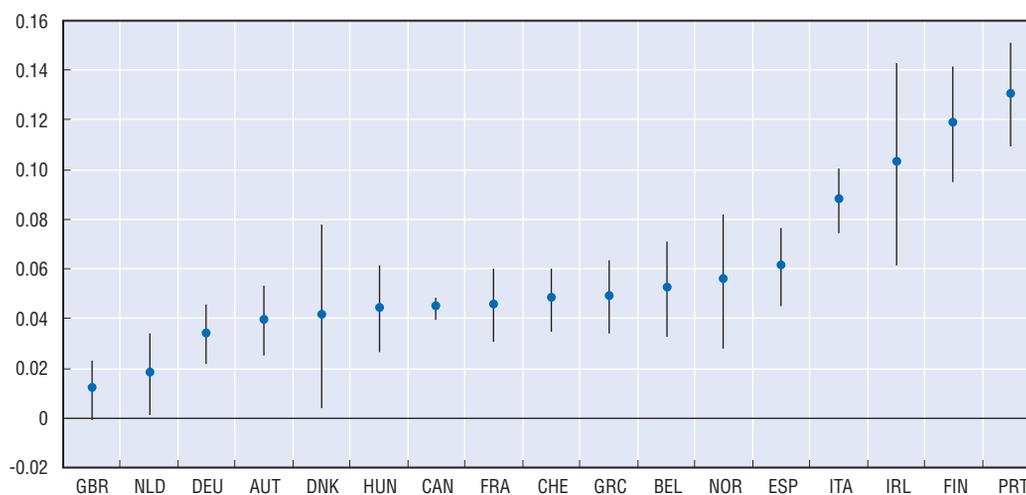
Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

pas ce résultat dans un pays comme le Royaume-Uni. Les résultats de la ENSP britannique (sur la base d'une mesure par catégorie des consultations externes) sont déconcertants et nettement opposés aux constats établis antérieurement sur la base du PMCE de 1996 pour lequel on a observé une iniquité importante en faveur des riches (Van Doorslaer *et al.*, 2002). Les conclusions récentes de Morris *et al.* (2003), qui ont analysé les données du Health Survey for England regroupées pour la période 1998-2000, suggèrent également l'existence d'une iniquité en faveur des riches dans les consultations externes.

Si l'on examine les répartitions et les indices de probabilité pour les consultations de spécialistes, on constate qu'une grande partie de l'iniquité observée en faveur des riches est déjà présente au cours de cette première phase du processus d'utilisation. Dans tous les pays (à l'exception, là encore, du Royaume-Uni), nous observons une iniquité importante en faveur des riches dans la probabilité de consulter un spécialiste (voir graphique 3.6). S'il existe entre les pays des différences assurément importantes d'occurrence de cette iniquité, il est clair que l'accès aux services de spécialistes n'est pas égalisé entre les différents groupes de revenu. Les pays non couverts par le PMCE (Canada, France, Hongrie, Norvège et Suisse) ne diffèrent guère sur ce point du schéma européen moyen : partout, pour un besoin donné, les riches sont plus susceptibles que les pauvres de solliciter l'aide d'un spécialiste. Dans la plupart des pays, le degré d'iniquité observé pour le total des consultations de spécialistes est quelque peu supérieur à la probabilité de consulter au moins une fois, ce qui donne à penser que l'utilisation conditionnelle renforce généralement les schémas induits par une répartition inéquitable de la probabilité.

Graphique 3.6. **Indices d'iniquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un spécialiste, par pays**

Intervalle de confiance à 95 %



Note : Les résultats pour le Royaume-Uni (GBR) se réfèrent aux consultations de spécialistes à l'hôpital ou dans un cabinet.

Source : Van Doorslaer, Masseria *et al.* pour l'OCDE.

5.1.4. Utilisation des soins hospitaliers

Les schémas de répartition de l'utilisation des soins hospitaliers sont, là encore, différents. Le tableau 3.A1.10 montre que la probabilité d'être admis dans un hôpital et le nombre de nuits passées à l'hôpital varie d'un pays à l'autre mais que dans tous les pays, excepté le Mexique, les soins hospitaliers se concentrent davantage parmi les catégories à faible revenu. Les probabilités annuelles d'admission s'échelonnent entre 3,7 % pour le

Mexique et 15.2 % pour la Hongrie, et dans les lits d'hôpitaux on trouve généralement davantage de pauvres que de riches. Après standardisation en fonction des besoins, la situation est beaucoup plus variée. Tout d'abord, dans un grand nombre de pays, on n'observe aucun indice d'iniquité important, ni pour le nombre total de nuits passées chaque année à l'hôpital ni pour la probabilité d'être admis dans un hôpital. Cela résulte en partie du fait que pour les soins hospitaliers la répartition de l'utilisation est beaucoup plus biaisée que pour les autres types de soins : environ 10 % seulement des adultes séjournent à l'hôpital au cours d'une année mais certains y font des séjours très prolongés. La durée des séjours est particulièrement difficile à expliquer compte tenu du caractère très général des caractéristiques individuelles que fournissent ces enquêtes générales sur la population. Du fait d'une puissance de test insuffisante, les intervalles de confiance sont plus grands et un nombre bien moindre de déterminants ont une influence importante ; cela est vrai également pour la variable de revenu. Masseria *et al.* (2003) ont constaté que si l'on accroît la puissance des tests en regroupant plusieurs cycles de collecte du PMCE on obtient une réduction sensible de la largeur des intervalles de confiance autour des indices HI et par conséquent une augmentation du nombre des pays présentant une iniquité importante en faveur des riches pour les taux d'admission dans les hôpitaux.

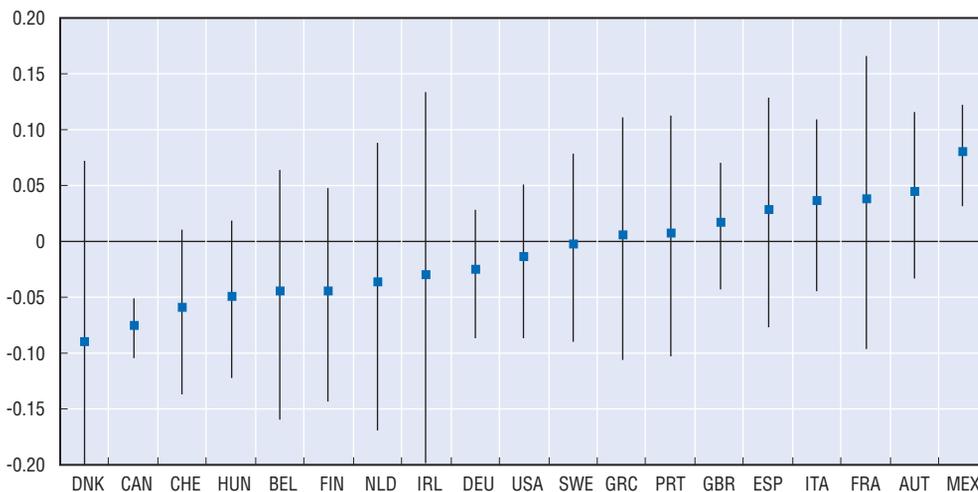
Ce n'est donc pas une coïncidence si l'on observe les indices HI les plus importants dans les pays où la taille de l'échantillon est la plus importante (Australie, Canada, États-Unis et Mexique). Il est intéressant de noter l'émergence de trois groupes de pays (voir graphiques 3.7 et 3.8) : i) un premier groupe de pays, comme l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, dans lesquels on n'observe aucune iniquité pour l'utilisation des soins hospitaliers et où, bien souvent, la taille de l'échantillon est moindre ; ii) un deuxième groupe de pays (Mexique et Portugal) dans lesquels on observe une iniquité importante en faveur des riches pour la probabilité d'admission (mais aussi, dans le cas du Mexique, pour l'utilisation globale des soins) ; et iii) un troisième groupe hétérogène de pays (ayant néanmoins en commun de ne pas appartenir à l'UE) comme l'Australie, le Canada, les États-Unis et la Suisse, dans lesquels on observe une « iniquité » importante en faveur des pauvres. Les raisons de ces schémas très différents de répartition des soins hospitaliers entre les groupes de revenus n'apparaissent pas d'emblée. En tout état de cause, à en juger par l'importance des indices HI, le degré d'iniquité est bien moindre que pour les consultations auprès des spécialistes.

5.1.5. Soins dentaires

Enfin, le tableau 3.A1.11 présente la répartition de l'utilisation des soins dentaires. Là encore, les différences de taux moyen de visite chez le dentiste sont frappantes. Par exemple, la probabilité pour qu'un adulte aille chez le dentiste au moins une fois par an n'est que d'environ 33 % dans les pays d'Europe méridionale mais aussi en France, en Hongrie et en Irlande, alors qu'elle est de 82 % au Danemark et de 78 % aux Pays-Bas. Dans tous les pays, et ce en dépit de disparités importantes du degré de couverture publique et privée et des règles de remboursement, les soins dentaires présentent une répartition très nettement favorable aux riches. Du fait de l'absence d'autres indicateurs des besoins en soins dentaires, la standardisation ne concerne, dans ce cas, que la standardisation en fonction de l'âge et elle ne fait guère de différence. Elle n'atténue que légèrement le degré élevé de répartition en faveur des riches. L'utilisation totale et la probabilité, avec ou sans standardisation en fonction de l'âge, montrent une répartition très importante en faveur

Graphique 3.7. **Indices d'iniquité horizontale relatifs au nombre de nuits d'hospitalisation, par pays**

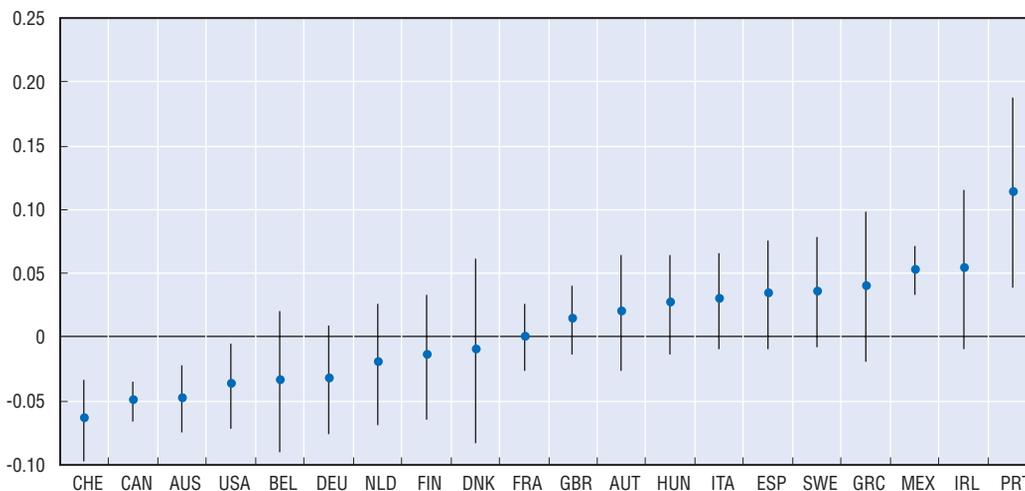
Intervalle de confiance à 95 %



Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Graphique 3.8. **Indices d'iniquité horizontale relatifs à la probabilité d'être hospitalisé, par pays**

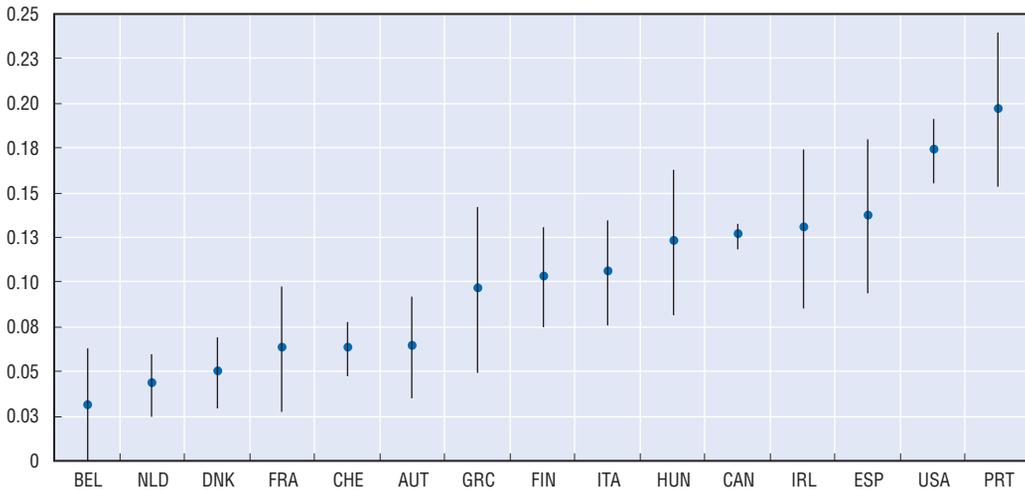
Intervalle de confiance à 95 %



Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

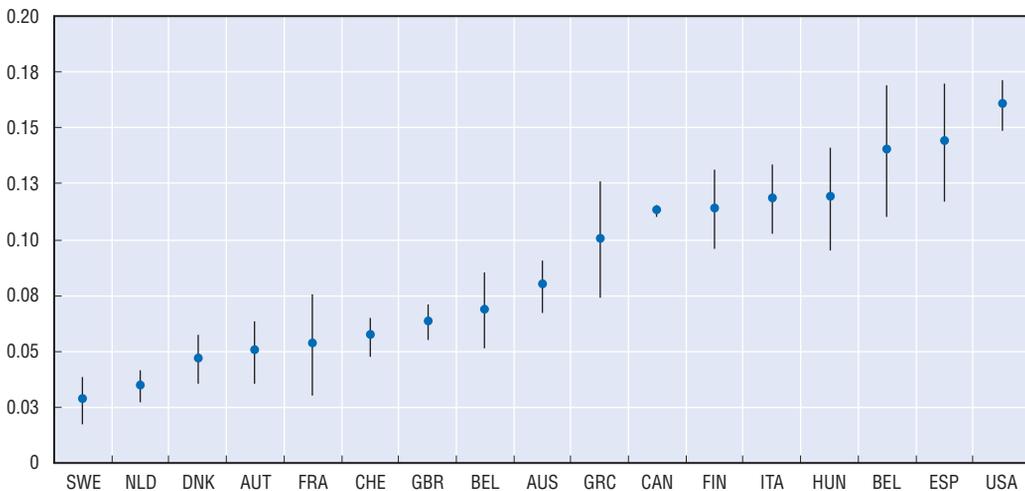
des riches, et ce pour tous les pays (voir graphiques 3.9 et 3.10). On note, toutefois, une variation importante de ce degré. Il est particulièrement élevé ($HI > 0.15$) aux États-Unis et au Portugal. Il est également élevé en Espagne, en Irlande, au Canada, en Hongrie, en Italie et en Finlande. Il est plutôt faible ($HI < 0.05$) en Suède et aux Pays-Bas. Il existe apparemment une corrélation négative entre le degré d'iniquité en faveur des riches et le taux moyen d'utilisation. Dans les pays où le taux d'utilisation des soins dentaires est faible, le gradient en faveur des riches est beaucoup plus prononcé que dans les pays où cette utilisation est plus importante.

Graphique 3.9. **Indices d'iniquité horizontale relatifs au nombre de visites chez le dentiste, par pays**
Intervalle de confiance à 95 %



Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Graphique 3.10. **Indices d'iniquité horizontale relatifs à la probabilité d'aller chez le dentiste, par pays**
Intervalle de confiance à 95 %



Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

5.2. Sources de l'iniquité horizontale

Après avoir décrit les différences entre les pays, il convient d'étudier les sources potentielles d'inégalités et d'inéquités à l'intérieur des pays à l'aide des méthodes décrites à l'annexe. Les tableaux 3.A1.12 à 3.A1.16 présentent les résultats d'une analyse de décomposition sur la base de régressions effectuées par la méthode classique des moindres carrés. Ils résument, sous une forme très condensée, les enseignements que nous pouvons tirer des décompositions. Pour illustrer la manière dont fonctionne l'analyse de décomposition et dont ces nombres sont obtenus, nous présentons au tableau 3.2 une décomposition totale plus fine pour un type de soins et pour un pays (l'Espagne). Ce

Tableau 3.2. **Décomposition détaillée de l'inégalité des visites totales chez un spécialiste en Espagne, 2000**

	Moyenne	Indice de concentration	Effet de marge	Contribution à l'inégalité	Somme des contributions
Indice HI				0.066	0.066
Ln(revenu)	14.121	0.025	0.098	0.022	0.022
SAH bon	0.522	0.061	0.348	0.007	
SAH passable	0.194	-0.101	1.342	-0.017	
SAH mauvais	0.089	-0.244	3.208	-0.045	
SAH très mauvais	0.012	-0.283	2.599	-0.006	-0.060
Limitation de l'activité	0.059	-0.270	2.293	-0.023	
Limitation sérieuse de l'activité	0.092	-0.140	1.134	-0.009	-0.033
Hommes 35-44	0.086	-0.006	-0.098	0.000	
Hommes 45-64	0.129	0.045	0.042	0.000	
Hommes 65-74	0.054	-0.065	0.020	0.000	
Hommes 75+	0.033	-0.141	0.162	0.000	0.000
Femmes 16-34	0.175	-0.002	0.456	0.000	
Femmes 35-44	0.086	-0.022	0.504	-0.001	
Femmes 45-64	0.137	0.031	0.507	0.001	
Femmes 65-74	0.063	-0.125	0.116	-0.001	
Femmes 75+	0.054	-0.199	-0.252	0.002	0.002
Niv. instruction moyen	0.171	0.139	0.002	0.000	
Niv. instruction faible	0.630	-0.159	-0.137	0.009	0.009
Autres inactifs	0.056	-0.175	0.015	0.000	
Femme/homme au foyer	0.204	-0.171	0.105	-0.002	
Retraité	0.131	-0.080	0.194	-0.001	
Chômeur	0.065	-0.277	0.245	-0.003	
Étudiant	0.105	0.042	-0.229	-0.001	
Travailleur indépendant	0.097	0.122	-0.154	-0.001	-0.008
Nord-Ouest	0.131	-0.044	-0.587	0.002	
Nord-Est	0.107	0.113	-0.424	-0.003	
Centre	0.137	-0.177	-0.733	0.011	
Est	0.258	0.128	0.174	0.004	
Sud	0.203	-0.211	-0.582	0.016	
Canaries	0.039	-0.256	-0.408	0.003	0.033
Erreur				0.011	0.011

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Le tableau montre comment la contribution de chaque variable à l'inégalité totale du nombre total de consultations de spécialistes par revenu de la population adulte de ce pays dépend de trois facteurs, qui sont : 1) l'importance de cette variable (indiquée par sa moyenne), 2) son degré de répartition entre les groupes de revenus (indiqué par la valeur de son indice de concentration), et 3) son impact (marginal) sur le nombre de consultations de spécialistes (indiqué par le coefficient de régression). L'identité est définie par l'équation 8 de l'annexe.

Pour comprendre comment opère l'analyse de décomposition, il est utile de discuter d'un petit nombre de variables. Considérons que les variables indicatrices indiquant l'état de santé autoévalué sont moins que « très bon ». Les moyennes indiquent leur proportion respective dans la population adulte espagnole : à titre d'exemple, 1.2 % seulement des adultes espagnols font état d'une santé très médiocre. Les indices de concentration indiquent comment se répartissent ces variables indicatrices entre les différents groupes de revenus : ainsi, une valeur plus négative indique, en particulier, une plus grande prévalence d'états de santé plus médiocres parmi les catégories à faible revenu. Enfin, le

coefficient de régression représente l'impact (marginal) estimé sur les consultations de spécialistes du fait de passer d'un état de santé très bon à un état de santé moins bon. Il est clair que cet impact augmente lorsque l'état de santé baisse ; il se chiffre à 2.6 consultations de spécialistes supplémentaires pour les personnes faisant état d'une santé très médiocre. L'équation 8 permet de regrouper ces trois composantes pour obtenir la contribution estimée à l'inégalité des consultations de spécialistes. Nous constatons que la plupart des contributions sont négatives car la plupart des variables indicatrices de l'état de santé auto-évalué ont un indice de concentration négatif. Une contribution négative de l'impact signifie une *diminution* de l'inégalité des consultations en faveur des riches (une contribution positive indique le contraire). Cela s'explique par le fait que la déclaration d'un état de santé moins bon accroît le recours aux spécialistes. Le modèle de décomposition linéaire étant additif, on peut additionner les contributions de toutes les variables indicatrices de l'état de santé auto-évalué pour obtenir la contribution totale d'un « état de santé pas très bon » (qui s'établit à -0.06). Fondamentalement, cela signifie que l'inégalité du recours aux spécialistes est inférieure de 0.06 à ce qu'elle aurait été pour une répartition égalitaire de SAH (si toutes les variables indicatrices de SAH avaient un indice de concentration égal à zéro) ou si SAH n'avait aucun impact sur l'utilisation.

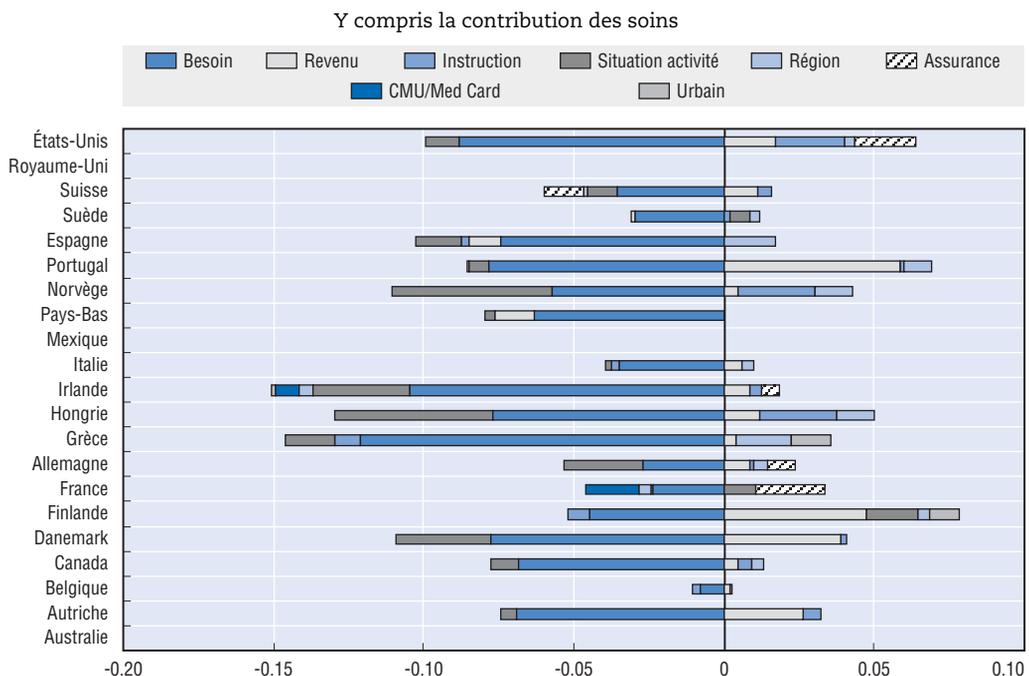
Les contributions de toutes les autres variables peuvent s'expliquer et s'interpréter de la même façon. En règle générale, des répartitions inégales des besoins contribuent à *réduire* l'inégalité (c'est-à-dire à obtenir un CI moins positif ou plus négatif) alors que des contributions positives ont l'effet opposé. Le revenu en soi a manifestement une contribution positive plus forte ; plus la répartition des revenus [mesurée par le CI de (log) revenu] est inégale et plus l'impact marginal positif du revenu sur le recours à des spécialistes est grand. La contribution du niveau d'instruction est analogue : en particulier, les personnes les moins instruites, qui constituent un groupe important (63 %), tendent à être moins bien classées dans la répartition des revenus (CI = -0.16) et déclarent consulter des spécialistes moins souvent que les personnes plus instruites (-0.137). Il en résulte une contribution positive à l'iniquité horizontale de 0.01.

Enfin, il convient d'étudier de plus près l'incidence régionale. Comparées à la région de Madrid qui est omise, toutes les autres régions d'Espagne à l'exception de deux, sont plus pauvres (CI négatif) et ont moins recours aux services de spécialistes (impacts négatifs sur l'utilisation) ; il en résulte une contribution en faveur des riches. Seule la région Nord-Est présente une contribution négative car elle est relativement plus riche (CI positif). Mais, comparée à Madrid, la contribution totale des variables indicatrices régionales est encore positive. Les deux régions défavorisées qui contribuent le plus à l'iniquité totale sont le Centre et le Sud. Autrement dit, s'il n'avait existé ni disparités de revenu ni différences d'utilisation entre les régions espagnoles, l'iniquité en faveur des riches du recours aux services de spécialistes aurait été inférieure de 0.033. En Espagne, les disparités régionales d'utilisation représentent environ la moitié du degré total d'iniquité en faveur des riches du recours aux services de spécialistes. Pour tous les autres pays, nous avons condensé et résumé toutes les décompositions dans les tableaux 3.A1.12 à 3.A1.16 et nous les avons résumées graphiquement dans les graphiques 3.11 à 3.15. Au lieu de discuter, une fois encore, de ces résultats par type de soins, nous allons à présent les analyser par type « d'élément contributeur ». Nous observons des régularités frappantes.

5.2.1. Contribution du besoin

Premièrement, la contribution du besoin (c'est-à-dire l'agrégation de toutes les variables démographiques et de morbidité utilisées comme éléments d'approximation) est, à quelques exceptions près, invariablement négative pour tous les types de soins (à l'exception des soins dentaires pour lesquels l'ajustement aux besoins est fondamentalement une standardisation démographique). Le graphique 3.11 le montre très clairement pour l'ensemble des consultations ; il s'agit en soi d'une « bonne nouvelle » car cela implique que dans tous les pays de l'OCDE, une affectation des soins de santé sur la base des besoins garantit une inégalité d'utilisation des services liée au revenu moindre que si le besoin n'était pas l'un des principaux moteurs de l'utilisation des soins de santé. Toutefois, comme nous l'avons vu à la section précédente, le degré de correspondance entre la répartition en faveur des pauvres de l'utilisation des soins de santé et la répartition en faveur des pauvres du besoin de tels soins diffère selon le type de soins et selon le pays. Alors que la répartition des soins de spécialistes est rarement, voire jamais, suffisamment favorable aux pauvres pour correspondre à la répartition du besoin, dans de nombreux pays la répartition effective des soins dispensés par les généralistes est plus en faveur des pauvres que ne l'exigent les besoins ; il en va de même pour les soins hospitaliers. Toutefois, comme argué ci-avant, il n'est guère prudent de tirer des conclusions trop définitives de l'examen isolé d'un type de soins car il apparaît que certaines tendances concernant différents types de soins s'annulent. Une non concordance entre la répartition effective et la répartition attendue compte tenu des besoins est précisément ce que nous avons défini ici comme une répartition inéquitable, si on applique le principe « à besoin égal traitement égal ». Il en résulte des indices HI qui ne sont pas égaux à zéro et que nous pouvons décomposer en d'autres éléments contributeurs, ce que nous faisons ci-après.

Graphique 3.11. **Décomposition de l'inégalité du nombre total de visites chez le médecin**



Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

5.2.2. Contribution du revenu

Dans un grand nombre de pays, et pour toute une série de types de soins, la répartition inégale des revenus contribue à une répartition des soins dispensés par les spécialistes et des soins dentaires plus en faveur des riches et à une répartition des soins dispensés par les généralistes et des soins hospitaliers plus en faveur des pauvres. Cela implique que le revenu reste un élément de l'accès aux soins médicaux dans de nombreux pays de l'OCDE. La principale différence entre l'iniquité liée au revenu dans l'utilisation des soins médicaux (l'indice HI) et la contribution marginale du revenu à cette iniquité est que cette dernière repose sur l'impact marginal (c'est-à-dire toutes autres choses demeurant constantes) tandis que la première repose sur l'association commandée par le besoin (c'est-à-dire le besoin seul demeurant constant). En conséquence, tout écart entre l'iniquité horizontale et la contribution du revenu à l'iniquité doit être dû aux contributions des autres variables incluses (autres que le besoin). Si HI est supérieur à la contribution du revenu, c'est parce que la contribution d'autres variables est plus importante. L'utilisation du nombre total de consultations de spécialistes en France en est un bon exemple : l'iniquité horizontale (HI) est importante et significative tandis que la contribution (marginale) du revenu est très faible. Apparemment, l'iniquité en faveur des riches est générée ici par l'assurance-maladie, le niveau d'instruction et la situation au regard de l'activité et non pas par le revenu en soi⁷. On observe un phénomène analogue aux États-Unis : l'iniquité horizontale pour les consultations médicales est relativement élevée (HI = 0.068), alors que la contribution distincte du revenu n'est que de 0.017. L'essentiel de la répartition en faveur des riches est apparemment associé au niveau d'instruction (0.023) et à l'assurance-maladie (0.02). Pour un grand nombre de pays, la contribution marginale du revenu à l'iniquité est inférieure à l'indice d'iniquité horizontale. Une exception à signaler est celle du recours aux services de spécialistes au Royaume-Uni où, en dépit de l'inclusion d'une couverture d'assurance-maladie privée, la contribution du revenu est supérieure à l'indice d'iniquité horizontale.

5.2.3. Contribution du niveau d'instruction et de la situation au regard de l'activité

Deux autres caractéristiques socio-économiques importantes, connues pour être liées à la fois au revenu et à l'état de santé, sont le niveau d'instruction et la situation au regard de l'activité. Les différences d'utilisation des soins médicaux par niveau d'instruction reflètent bien souvent les schémas d'utilisation par revenu. Comme lors des recherches antérieures, nous constatons ici encore que, toutes choses égales par ailleurs, les personnes à niveau d'instruction plus élevé sont davantage enclines à consulter un spécialiste et à aller chez le dentiste. Le fait que les personnes plus instruites tendent à être plus riches implique des contributions positives à une répartition des soins en faveur des riches. Les choses sont moins claires pour ce qui est des consultations de généralistes, de l'ensemble des consultations médicales et de l'utilisation des soins hospitaliers. Les contributions sont moindres, le plus souvent négatives, mais elles peuvent aussi être positives. La contribution du niveau d'instruction à l'iniquité en faveur des riches de l'accès aux services de spécialistes et aux soins dentaires n'est pas négligeable, car elle donne à penser que la persistance de certaines barrières apparentes n'est pas tant liée au revenu qu'à des différences de propension dans l'utilisation du système de santé.

La participation à la vie active n'est pas en soi un déterminant direct de l'utilisation des soins de santé, bien que les différences de situation au regard de l'activité puissent impliquer des différences d'accès et de coût en termes de temps lors de l'utilisation des

services de santé. En règle générale, toutes choses égales par ailleurs, le fait de ne pas avoir d'emploi rémunéré semble influencer quelque peu sur le degré de variation par revenu des schémas d'utilisation. Apparemment, sa contribution (globale) est essentiellement négative. Cela pourrait signifier deux choses. Cela pourrait signifier que la situation au regard de l'activité, même si l'état de santé et un certain nombre d'autres variables demeurent constants, joue le rôle d'indicateur additionnel des besoins en soins. Prenons l'exemple de personnes qui perçoivent une pension de retraite ou d'invalidité. Toutes les autres variables, en particulier l'âge et l'état de santé autodéclaré, demeurant constantes, les personnes qui sont sorties de la population active seront probablement en moins bonne santé, auront davantage besoin de soins et disposeront de revenus moindres que leurs homologues encore en activité. Cela pourrait expliquer les contributions souvent négatives de ces deux variables. Elles joueraient simplement le rôle d'indicateurs supplétifs (imparfaits) des besoins et l'on pourrait envisager de les inclure dans le vecteur des indicateurs des besoins. Dans bon nombre de cas, cela signifierait une certaine diminution du degré d'iniquité en faveur des riches. Toutefois, si la non-participation à la vie active explique davantage les différences de coût en termes de temps de l'utilisation des services de santé, alors il faudrait l'inclure dans les facteurs de la divergence entre la répartition nécessaire et la répartition effective de l'utilisation des services de santé.

Jusqu'ici, nous avons préféré l'inclure dans les variables autres que le besoin pour le motif qu'idéalement ce sont les variables démographiques et l'état de santé et non pas la situation au regard de l'activité en soi qui devraient rendre compte directement des différences de besoin « véritables ». De même, pour d'autres situations de (non-) activité (femmes au foyer, étudiants, travailleurs indépendants, etc.), la situation au regard des besoins n'est pas évidente. De manière générale, le choix alternatif ne modifiera pas les résultats très significatifs (comme l'iniquité en faveur des riches de l'accès aux services de spécialistes) mais il pourrait, en maints endroits, signifier une reclassification substantielle des pays.

Il ressort clairement des résultats présentés par la plupart des tableaux que la signification et l'impact de la situation au regard de l'activité varient considérablement d'un pays à l'autre. Une décomposition plus fine des différentes catégories montre que dans certains pays (notamment au Danemark et en Hongrie) c'est plus particulièrement la situation de retraité qui contribue souvent fortement à l'iniquité observée en faveur des pauvres. Cela signifie peut-être que dans ces pays les personnes en (pré-) retraite sont plus mal loties que les personnes en activité de la même tranche d'âge et qu'elles reçoivent davantage de soins médicaux. Il est remarquable que la Finlande soit le seul pays dans lequel des taux d'utilisation des services de santé plus élevés chez les personnes ayant un emploi que chez les personnes sans emploi conduisent à une répartition des consultations pour soins primaires davantage en faveur des riches. Un examen plus attentif des consultations pour soins primaires en Finlande révèle que cela peut être dû pour partie à l'inclusion dans ces consultations des visites médicales sur le lieu de travail⁸. Pour bien comprendre et bien interpréter ces constats, il faut prendre en compte non seulement les politiques de santé mais également le fonctionnement des marchés du travail et les politiques sociales de chacun des pays étudiés, ce qui sort du cadre de la présente analyse. Mais, dans une perspective nationale, une décomposition plus fine de ces contributions en leurs différents éléments peut se révéler très utile pour détecter les sources des différences d'utilisation des soins liées au revenu.

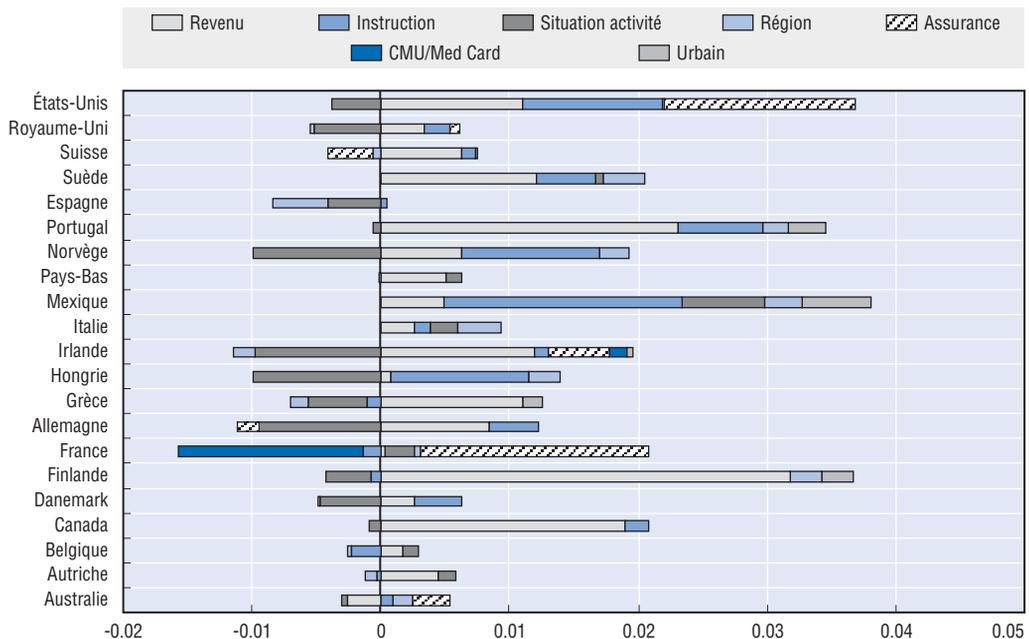
5.2.4. Contribution des disparités régionales

Les disparités régionales d'utilisation sont un déterminant potentiellement plus pertinent pour l'élaboration des politiques de santé. Ici encore, il est important de distinguer les différences régionales d'utilisation en soi, qui sont mesurées par les coefficients de régression, de leur contribution aux inégalités d'utilisation par revenu. Les disparités d'utilisation régionale *ne* contribueront *pas* aux inégalités d'utilisation liées au revenu à moins qu'il existe également des différences régionales de niveau de revenu. Dans la pratique, les différences régionales d'utilisation des soins médicaux reflètent *assurément* les différences socio-économiques sous-jacentes. Si la méthode de décomposition utilisée dans cette étude a la capacité de détecter très précisément les contributions, les informations régionales fournies par la plupart des enquêtes utilisées dans cette étude sont extrêmement limitées. Au tableau 3.A1.6, nous avons établi la liste des régions que nous pouvions distinguer. Cette liste représente, au mieux, une grande division régionale des pays respectifs et pour plusieurs pays, on n'a même pas disposé d'un grand identificateur régional de ce type. Pour les pays pour lesquels on a disposé de la région de résidence des personnes ayant répondu à l'enquête, il s'agit bien souvent d'un territoire très vaste englobant à la fois des zones urbaines bien pourvues sur le plan des services médicaux et des zones rurales nettement moins bien loties (en particulier pour les soins secondaires et tertiaires). On a pu différencier les zones urbaines (à forte densité de population) des zones rurales (intermédiaires à faible densité de population) pour un petit nombre de pays seulement.

Néanmoins, la décomposition par région s'est révélée intéressante pour un certain nombre de pays. Comme pour toutes les autres variables indicatrices, la taille estimée de la contribution de chaque variable indicatrice régionale dépend, pour partie, de la catégorie

Graphique 3.12. **Décomposition de l'iniquité de la probabilité de consulter un médecin**

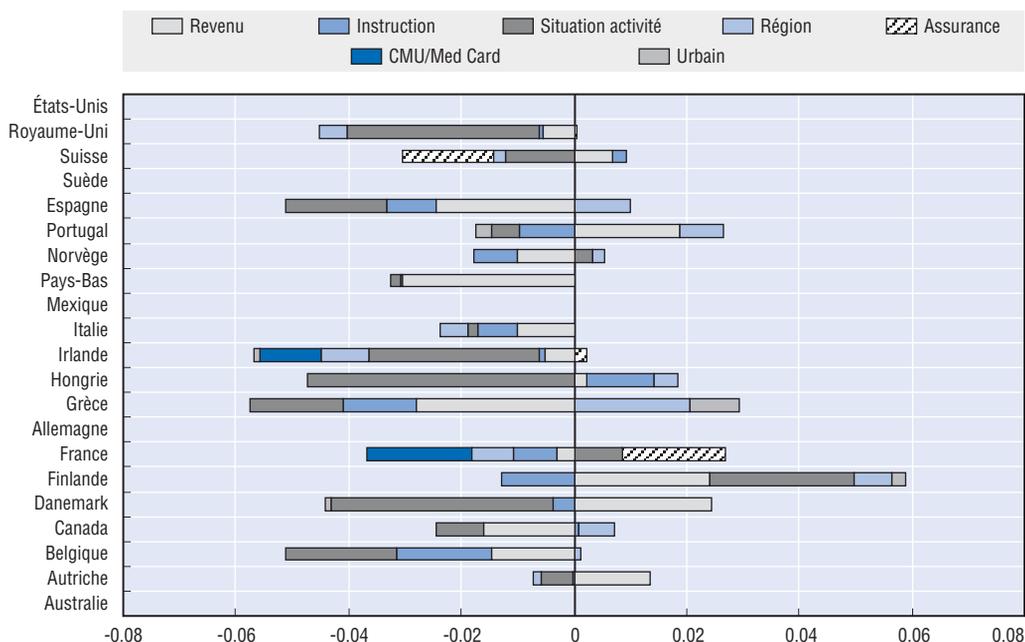
À l'exclusion de la contribution des besoins



Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Graphique 3.13. Décomposition de l'iniquité du nombre de visites chez un généraliste

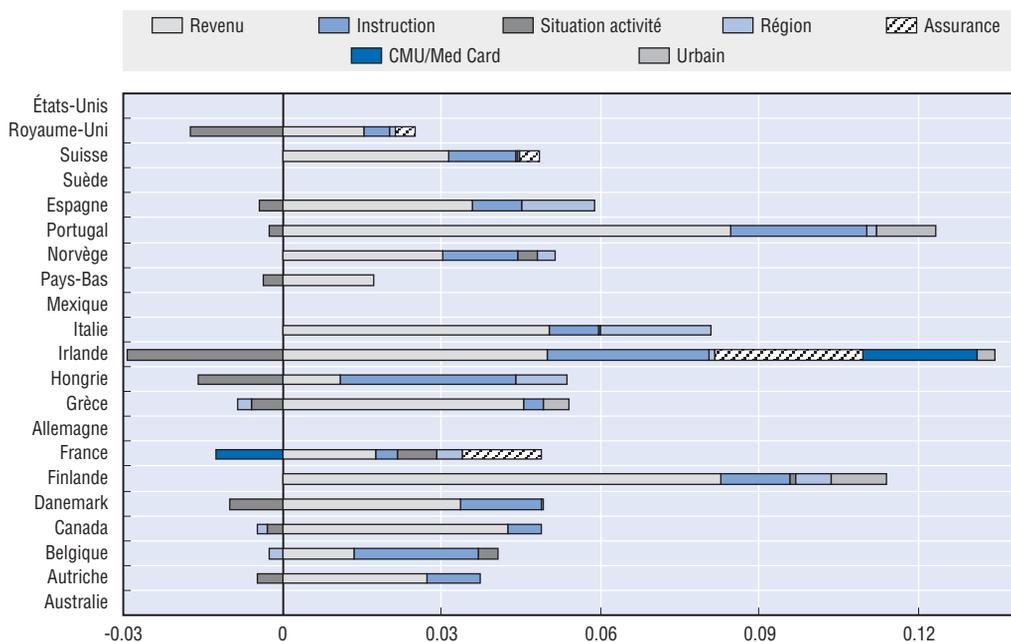
À l'exclusion de la contribution des besoins



Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Graphique 3.14. Décomposition de l'iniquité de la probabilité de consulter un spécialiste

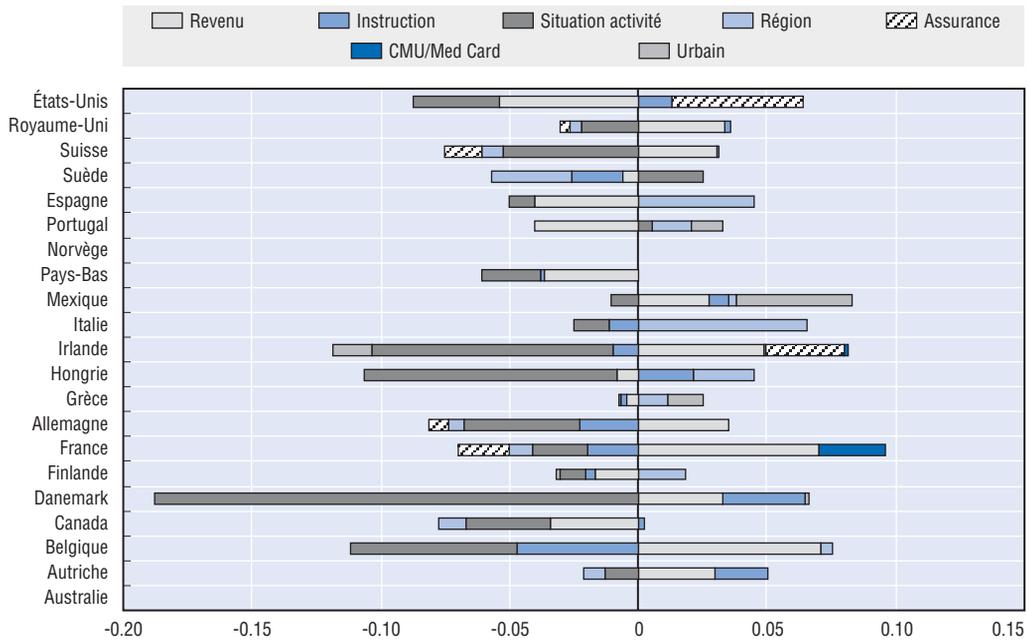
À l'exclusion de la contribution des besoins



Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Graphique 3.15. **Décomposition de l'iniquité du nombre de nuits d'hospitalisation**

À l'exclusion de la contribution des besoins



Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

omise (ici, la région 1) à laquelle elles sont comparées. Si l'on observe des différences régionales d'utilisation pour chaque type de soins de santé, il n'est pas surprenant de constater que c'est pour les types de soins présentant des schémas de forte iniquité liée au revenu que leur contribution aux différentiels d'utilisation liés au revenu est la plus grande. C'est pourquoi nous observons, par exemple, des contributions régionales importantes en faveur des riches pour les consultations de spécialistes en Espagne, en Grèce, en Hongrie, en Italie et en Norvège et, dans une moindre mesure, en Irlande et au Portugal. Pour les soins hospitaliers, on note l'émergence de contributions régionales en faveur des riches pour l'Espagne, la Finlande, la Grèce, la Hongrie et l'Italie. Par ailleurs, détail intéressant, on observe des contributions négatives (c'est-à-dire en faveur des pauvres) pour des pays comme le Canada et la Suède. Les contributions des *différences interrégionales* doivent s'interpréter conjointement aux différences entre milieu urbain et milieu rural, lesquelles peuvent être à même de saisir les *différences intrarégionales*. La contribution des différences entre milieu urbain et milieu rural joue essentiellement en faveur des riches. Elle reflète le fait que les personnes vivant en milieu urbain tendent à être plus riches et à avoir davantage accès aux services de soins secondaires. En Grèce et au Portugal, la contribution des différences entre milieu urbain et milieu rural est parfois plus grande que la contribution des disparités régionales. L'impact est particulièrement grand au Mexique, où les différences entre milieu urbain et milieu rural interviennent pour plus de moitié dans l'iniquité en faveur des riches de l'utilisation des soins hospitaliers.

En Espagne, en Grèce, en Hongrie, en Italie et au Portugal, les disparités régionales reflètent des schémas géographiques familiers. En Espagne, l'essentiel de l'impact régional est imputable aux régions défavorisées du Sud et du Centre (comme nous l'avons déjà indiqué ci-avant). En Hongrie, l'essentiel de l'impact régional est dû au niveau de

consommation plus élevée de la Hongrie centrale (qui englobe la capitale Budapest et qui est plus riche) par rapport au reste du pays. En Italie, l'essentiel de l'impact régional est imputable aux différences entre le Nord et le Sud. On observe une situation analogue pour les soins hospitaliers en Grèce, où l'essentiel du schéma en faveur des riches est imputable à la région d'Athènes (Attique). Il convient de noter que, pour ce pays, la contribution des variables urbaines est particulièrement importante.

Il est également intéressant de noter que dans certains pays présentant des disparités régionales marquées, la variation régionale ne contribue guère à l'iniquité totale liée au revenu. Ainsi, nous n'avons pas détecté de contribution importante des disparités entre les provinces canadiennes, les régions françaises, les *Länder* allemands, les régions du Mexique, du Royaume-Uni et des États-Unis. Comme indiqué ci-dessus, cela peut-être dû dans une large mesure à la classification régionale utilisée qui n'est pas satisfaisante. Dans un certain nombre de pays (en France, par exemple), on note des différences importantes d'utilisation moyenne d'une région à l'autre mais les disparités de revenu entre les régions sont apparemment moindres que, par exemple, en Italie ou en Espagne. Les différences d'utilisation ne se traduisent donc pas par des inégalités d'utilisation liées au revenu.

5.2.5. Contribution de l'assurance-maladie privée

Enfin et surtout, les inégalités de couverture de la population par une assurance privée peuvent influencer les schémas d'utilisation des soins de santé en fonction du revenu. De même que la situation au regard de l'activité, la souscription volontaire d'une assurance-maladie ne peut être considérée comme entièrement exogène dans ces modèles d'utilisation. En conséquence, il faut interpréter avec prudence les « impacts » ou les « contributions » estimés dans la mesure où ceux-ci peuvent résulter aussi bien d'un comportement de demande d'assurance que d'un comportement de demande de soins.

Malheureusement, après 1996, les enquêtes du PMCE ne contiennent plus aucune information concernant l'assurance-maladie ; cette information fait également défaut pour un grand nombre de pays non couverts par le PMCE. En conséquence, nous n'avons pu inclure l'assurance-maladie dans les variables explicatives que pour sept pays seulement : l'Allemagne (*panel socio-économique*), l'Australie, les États-Unis, la France, l'Irlande, le Royaume-Uni et la Suisse. Les résultats obtenus sont néanmoins intéressants. Il convient de souligner que dans chacun de ces pays l'assurance privée a une signification différente (cf. tableau 3.A1.2). En Australie, les 43 % de la population bénéficiant d'une couverture privée (52 % de l'échantillon de la présente étude) bénéficient d'avantages supplémentaires tels que la liberté du choix du médecin dans les hôpitaux publics et la liberté du choix du traitement dans les hôpitaux privés. En France, environ 85 % de la population (88 % de l'échantillon de la présente étude) souscrit une assurance complémentaire privée pour couvrir sa participation aux coûts du secteur public. Certains groupes atteints d'une pathologie chronique (13.6 % de l'échantillon de la présente étude) sont dispensés de cette participation. Depuis la mise en place, en 2000, de la couverture maladie universelle (CMU) pour les 10 % de la population les plus démunis (4.6 % de l'échantillon), cette participation est désormais couverte par le régime public de la CMU. En Allemagne, la majeure partie de la population bénéficie d'une assurance publique par le biais des caisses d'assurance-maladie et l'assurance privée peut signifier un certain nombre de choses. Dans le *panel socio-économique* allemand, nous avons pu distinguer : i) une couverture privée pour tous ceux (travailleurs indépendants ou personnes à revenu élevé) qui ont choisi de renoncer au système public (12 % de l'échantillon) ; ii) l'élimination

d'une franchise par ces bénéficiaires d'une assurance privée (4.2 % de l'échantillon) ; iii) une couverture complémentaire souscrite par les assurés du régime public pour bénéficier d'un choix plus large et de meilleures prestations en cas d'hospitalisation (8.8 % de l'échantillon) ; iv) une couverture privée en tant que fonctionnaire (*Beihilfe* ; 10.9 % de l'échantillon).

En Irlande, les personnes dont le revenu est inférieur à un certain seuil (catégorie I, près de 30 % de la population) sont admises à recevoir une carte (medical card) qui leur permet de bénéficier de la gratuité des soins pour les généralistes et pour divers autres services. Toutes les autres personnes (catégorie II) doivent payer leurs consultations chez les généralistes ainsi que certains soins dispensés en externe ou dans le cadre hospitalier⁹. Mais plus de 50 % de la population irlandaise a souscrit une assurance privée pour couvrir le coût des soins dispensés à l'hôpital ou en externe. En Suisse, une couverture de base est obligatoire et les personnes ont le choix entre quatre types de couverture différents : a) une police ordinaire ; b) une police comportant un niveau de franchise supérieur ; c) une assurance avec bonus dans laquelle les assurés bénéficient d'une réduction de leur prime s'ils n'ont pas utilisé leur couverture l'année précédente ; d) une assurance pour les organisations de soins coordonnées dans laquelle les assurés obtiennent des ristournes de primes s'ils choisissent de limiter leur choix de prestataires à ceux indiqués par la compagnie d'assurance. Environ 30 % de la population souscrit une assurance complémentaire couvrant les dépenses correspondant à un supplément de confort ou à des traitements considérés comme un « luxe ». Au Royaume-Uni, 15.6 % de l'échantillon a souscrit une assurance complémentaire privée qui couvre généralement un accès plus rapide à certains services hospitaliers (par exemple, aux interventions chirurgicales non urgentes). Enfin, aux États-Unis, la plupart des personnes sont couvertes par des régimes d'assurance privés généralement liés à leur emploi, tandis que les programmes Medicare et Medicaid offrent une couverture publique respectivement aux personnes de plus de 65 ans et aux personnes à faibles revenus. Dans la Medical Expenditure Panel Survey (MPES), nous avons utilisé les variables couverture privée ou couverture publique pour saisir l'impact de l'assurance, ce qui permet de mieux saisir la contribution de toute forme de couverture (ou l'absence de couverture)¹⁰.

En général, les effets d'une assurance sont relativement faibles et vont dans le sens attendu mais certains méritent d'être examinés de plus près. En particulier les résultats des enquêtes françaises, irlandaises et américaines sont révélateurs de la contribution de l'« absence de couverture » aux iniquités d'utilisation. Pour la France, nous avons inclus trois variables indicatrices : une pour l'assurance-maladie privée, une pour les personnes « dispensées » de toute participation aux coûts et une enfin pour la couverture médicale universelle (CMU), mais nous avons additionné les contributions des deux dernières. Le tableau 3.A1.12 et les graphiques 3.11 et 3.12 pour l'ensemble des consultations montrent que ces variables ont les effets opposés attendus : la couverture privée accroît et la couverture publique diminue la répartition en faveur des riches de l'ensemble des consultations médicales. Mais la CMU n'annule pas totalement l'impact de l'assurance privée, du fait principalement qu'elle concerne un groupe de population beaucoup plus restreint mais aussi parce que son impact sur la consommation est apparemment moindre que celui de l'assurance privée (non présenté). Il est intéressant d'observer que la décomposition en consultations de généralistes et consultations de spécialistes (aux tableaux 3.A1.13 et 3.A1.14) montre que la contribution en faveur des riches d'une assurance complémentaire privée est beaucoup plus importante pour les consultations de

spécialistes que pour les consultations de généralistes. Cela s'explique par le fait que, bien que la couverture privée et la couverture publique augmentent dans la même proportion l'utilisation des services de généralistes, l'impact de la couverture privée sur l'utilisation des spécialistes est bien supérieur (1.6 consultation de plus par an) que pour une assurance complémentaire publique (seulement 0.3 consultation de plus par an). Dans la mesure où la CMU n'a été mise en place qu'en 2000 et où les données pour la France se rapportent à la même année, il reste à voir s'il s'agit simplement d'un effet de lancement provisoire ou si l'égalisation du coût financier de l'accès n'est pas suffisant pour égaliser le recours aux services de spécialistes des personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire publique et de celles bénéficiant d'une assurance complémentaire privée.

Pour l'Irlande, les personnes ne bénéficiant d'aucune assurance-maladie privée et d'aucune couverture publique (*medical card*) constituent la catégorie de référence (environ 20 % de la population). Pour un individu de la catégorie II, l'assurance-maladie privée est une assurance complémentaire. Sa contribution au niveau global d'inégalité joue en faveur des riches ; elle est particulièrement importante pour les soins hospitaliers, dentaires et spécialisés. Contrairement aux résultats obtenus pour la France, la contribution de la couverture publique est en moyenne faible. De plus, pour les soins spécialisés, la couverture publique a même une contribution positive et renforce l'impact en faveur des riches de l'assurance-maladie privée car les personnes de la catégorie I ont apparemment moins tendance à recourir aux services de spécialistes.

Comme expliqué ci-dessus, pour les États-Unis il est préférable d'interpréter la contribution de la variable de « couverture publique ou couverture privée » comme un effet du fait de « ne pas être assurés ». Le tableau 3.A1.12 quantifie et les graphiques 3.11 et 3.12 montrent la contribution de la répartition inégale des non assurés au degré d'iniquité en faveur des riches constaté à la fois pour l'ensemble des consultations médicales et pour la probabilité de consulter. Dans les deux cas, il apparaît qu'aux États-Unis environ 30 % de l'iniquité totale observée pour l'utilisation des services médicaux est imputable à l'absence de couverture par une assurance. Apparemment, l'impact de l'assurance est également important pour le nombre de nuits passées à l'hôpital (voir tableau 3.A1.15a), mais pas pour la probabilité d'être hospitalisé (voir tableau 3.A1.15b). Si la couverture par une assurance était plus égalitaire aux États-Unis, la répartition des soins hospitaliers serait beaucoup plus favorable aux pauvres (HI serait inférieur de 0.05 unité) qu'elle ne l'est actuellement.

Comme on s'y attendait, les contributions des variables d'assurance pour les quatre autres pays sont beaucoup plus modestes. En Australie, l'assurance privée achète principalement l'accès aux soins en hôpital dispensés à titre privé et le choix du médecin. Il apparaît que sa contribution joue en faveur des riches tant pour l'utilisation des services médicaux que pour l'utilisation des soins hospitaliers mais, comme on s'y attendait, plus nettement pour ces derniers. Il apparaît donc qu'elle offre aux Australiens souscrivant cette couverture un meilleur accès aux services hospitaliers. Toutefois, elle ne met pas un terme à la répartition en faveur des pauvres des soins hospitaliers en Australie (pour ce qui est de la probabilité d'utilisation ; tableau 3.A1.15b).

Si elle est clairement liée au revenu, la couverture acquise en Allemagne lorsqu'on souscrit une assurance privée n'a pas apparemment un impact important sur la répartition des soins entre les différents groupes de revenu. En Suisse, la couverture par une assurance privée a un impact particulier ; les personnes à revenus élevés ont plus tendance à

souscrire à des polices comportant une franchise supérieure et à utiliser moins de soins de santé. Par conséquent, la contribution d'une couverture par une assurance privée est négative (c'est-à-dire en faveur des personnes à faibles revenus) mais faible. Au Royaume-Uni, l'assurance-maladie supplémentaire achète principalement l'accès aux soins privés ; elle évite principalement les listes d'attente du NHS (16 % de l'échantillon de la BHPS, principalement des personnes à revenus élevés). Toutefois, sa contribution à l'iniquité en faveur des riches pour les services de spécialistes et les soins hospitaliers n'est pas très importante. Pour d'autres pays dans lesquels l'assurance privée pourrait jouer un rôle pour certains types de soins (par exemple, le Canada, le Danemark, l'Espagne, la Finlande et les Pays-Bas), nous ne pouvons en tirer aucune conclusion en raison du manque de données dans les enquêtes utilisées pour cette étude. Il est concevable qu'en l'absence de ces données, nous saisissons pour l'instant une partie de la contribution de la répartition inégale d'une couverture privée par le biais des variables de revenu, de niveau d'instruction ou de la situation au regard de l'activité.

6. Conclusions

La présente analyse actualise les résultats fournis antérieurement par Van Doorslaer, Koolman et Puffer (Van Doorslaer *et al.*, 2002) et élargit son champ d'investigation. Elle actualise, à l'horizon 2000, les résultats obtenus pour treize des quatorze pays (le Luxembourg est exclu) couverts par la précédente étude et y incorpore les résultats obtenus pour huit autres pays de l'OCDE (Australie, Finlande, France, Hongrie, Mexique, Norvège, Suisse et Suède). Elle va également plus loin que l'étude antérieure, utilisant de nouvelles méthodes pour la standardisation des besoins et la décomposition de l'iniquité, distinguant explicitement la probabilité d'utilisation et l'utilisation annuelle totale, et englobant l'utilisation des soins hospitaliers et des soins dentaires.

Toutefois, l'extension et l'actualisation ont un prix en termes de comparabilité. Premièrement, la base de données utilisée pour plusieurs pays, l'enquête du *Panel des ménages de la Communauté européenne*, a cessé après 1996 de collecter des informations sur la couverture d'assurance-maladie. Trois pays (Allemagne, Luxembourg et Royaume-Uni) ont également cessé d'utiliser le PMCE et remplacé les données de ce panel par les données d'enquêtes nationales similaires (mais pas identiques), comme l'enquête du *Panel socio-économique allemand* et celle du *Panel des ménages britanniques (British Household Panel Survey ou BHPS)*. Compte tenu du fait que le PMCE n'incluait pas la Suède et qu'il n'a jamais collecté de données comparables pour l'utilisation des soins médicaux en France, cela signifie que pour onze des vingt-et-un pays couverts par la présente étude, nous avons dû utiliser les données d'enquêtes nationales. S'il s'agit pratiquement dans tous les cas des meilleures enquêtes actuellement disponibles à cet effet dans les pays participant à l'étude, leur utilisation implique assurément une certaine diminution du degré de comparabilité des données par rapport aux résultats présentés dans Van Doorslaer *et al.* (2002)¹¹. Ceci signifie que nous n'avons pas pu procéder à une analyse suffisamment comparable pour fournir des résultats complets pour tous les pays et pour tous les types de soins bien que chacune des comparaisons englobe la grande majorité des pays.

Nous avons utilisé à la fois les répartitions par quintile simples et les indices de concentration estimés à l'aide de modèles de régression pour évaluer dans quelle mesure des adultes ayant un égal besoin de soins médicaux ont apparemment des taux identiques d'utilisation des soins médicaux. L'utilité de la méthode de mesure dépend de façon cruciale de l'acceptation du principe d'équité horizontale comme objectif de politique.

Dans la mesure où le principe « à besoin égal traitement égal » n'est pas un objectif de politique explicite, ou l'est uniquement pour les soins publics et pas pour les soins privés, les indicateurs issus de cette étude doivent être utilisés avec précaution pour ce qui est d'évaluer la performance au regard de l'équité. L'analyse adoptée pour les soins dentaires diffère de ce schéma général car, pour la plupart des enquêtes, on ne disposait d'aucun indicateur (autre que la démographie) des besoins en soins dentaires. Certains résultats corroborent ceux obtenus dans Van Doorslaer *et al.* (2002) et l'extension du champ d'investigation a mis en lumière les mécanismes qui sous-tendent les schémas d'utilisation des soins par niveau de revenu observés dans les pays de l'OCDE.

Pour ce qui est de l'utilisation des services de médecins, il est clair que les pays de l'OCDE diffèrent encore considérablement par leur taux moyen de consultation (ou de visite chez le médecin). Les répartitions relatives observées autour de ces moyennes tendent à favoriser les catégories à faible revenu. Cela tient principalement à une concentration plus forte des besoins en services médicaux parmi les catégories défavorisées. Après élimination de ces différences de besoin par « standardisation », on observe une iniquité horizontale positive et significative dans près de la moitié des pays, tant pour la probabilité de consulter que pour le nombre total de visites mais le degré de cette iniquité mesurée est relativement faible. Les adultes à revenu élevé ont légèrement plus de chances de voir un médecin que les personnes à revenu plus faible, mais les différences ne sont pas très importantes. C'est aux États-Unis, suivis du Mexique, de la Finlande, du Portugal et de la Suède, que le degré d'iniquité en faveur des riches du recours aux services de médecins est le plus grand.

Toutefois, la ventilation des consultations totales de médecins pour soins primaires/généralistes et pour soins secondaires/spécialistes révèle des schémas très divergents. Dans la majorité des pays, les consultations de généralistes se répartissent équitablement entre les différents groupes de revenu et lorsque des indices importants d'iniquité horizontale apparaissent, ils sont souvent négatifs, indiquant une répartition en faveur des pauvres. C'est le cas pour la Belgique, l'Espagne, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse. Le fait d'exempter les pauvres de toute participation aux coûts (comme en Irlande) ou de réduire cette participation (comme en Belgique) semble induire une plus grande répartition en faveur des pauvres. Le seul pays dans lequel on observe une répartition des consultations de généralistes nettement en faveur des riches est la Finlande. Mais, comme indiqué ci-dessus, on observe également en Finlande que les pauvres sont plus nombreux à consulter des médecins dans les centres de soins publics (Unto Häkkinen, communication personnelle). La répartition en faveur des personnes les plus aisées est probablement en partie due au fait que certains soins dispensés sur le lieu de travail ainsi que certaines consultations privées sont comptabilisés dans les consultations de généralistes.

Pour la probabilité de consulter un généraliste, les résultats obtenus donnent à penser que l'iniquité entre les pays est faible, voire nulle : dans la grande majorité des pays de l'OCDE, riches et pauvres ont des probabilités très similaires de consulter un généraliste lorsqu'ils en ont besoin, ce qui corrobore les résultats antérieurs de Van Doorslaer *et al.* (2002).

Pour les consultations de spécialistes, la situation est très différente. Dans chacun des pays, sans exception, pour lesquels on dispose des données nécessaires, les riches sont après élimination des différences de besoin, beaucoup plus susceptibles de consulter un

spécialiste que les pauvres et, dans la plupart des pays, il est également probable qu'ils en consulteront plus fréquemment. L'iniquité en faveur des riches est importante, la plupart des indices étant supérieurs à 0.05. L'iniquité en faveur des riches est particulièrement grande au Portugal, en Finlande et en Irlande. Les principaux facteurs responsables de cette situation sont apparemment la séparation entre le secteur public et le secteur privé en fonction du revenu en Irlande, l'importance des coûts restant à la charge des patients et la répartition inégale des spécialistes au Portugal, enfin l'importance de la participation aux coûts et les options offertes par le secteur privé en Finlande¹². Le grand nombre de pays dans lesquels la répartition des soins spécialisés en faveur des riches est relativement modeste (avec des indices de HI compris entre 0.03 et 0.06) donne à penser que les classes les plus aisées ont une certaine tendance « naturelle » à recourir davantage aux services de spécialistes, et ce indépendamment des caractéristiques du système de santé.

Pour l'utilisation des services hospitaliers, la situation est plus équivoque. L'utilisation peu fréquente des soins hospitaliers, dont la répartition est très asymétrique, est plus difficile à analyser de manière fiable au moyen des résultats d'enquêtes générales auprès des ménages ; l'analyse aboutit à des erreurs types plus importantes, et aucun schéma clair ne se dégage. On n'observe des indices significatifs que pour les pays dans lequel la taille de l'échantillon analysé est très grande. Au Mexique et au Portugal, on observe une grande iniquité en faveur des riches pour la probabilité d'être admis dans un hôpital ; au Mexique on observe également une grande iniquité en faveur des riches pour l'utilisation globale des soins hospitaliers. En revanche, les raisons d'une répartition en faveur des pauvres dans des pays ayant des systèmes de santé très différents comme l'Australie, le Canada et les États-Unis mais pas dans un grand nombre d'autres pays ne sont pas immédiatement évidentes. Une limitation importante dans ce contexte vient probablement de ce que nous n'avons pu saisir que les admissions nécessitant au moins une nuit à l'hôpital et que nous n'avons pas de données sur les soins ambulatoires. Or, il est bien connu que dans les admissions nécessitant au moins une nuit à l'hôpital la proportion des admissions non urgentes est beaucoup plus faible que pour les soins ambulatoires. Il est concevable que des iniquités dans l'utilisation des soins hospitaliers soient plus susceptibles de se manifester dans les admissions non urgentes que dans les admissions en urgence ou pour crise aigue. Les schémas d'utilisation des soins hospitaliers analysés ici reflètent probablement de façon disproportionnée les admissions en urgence pour lesquels des schémas de traitement équitable sont plus probables.

Enfin, les soins dentaires sont très différents des autres types de soins car ils ont davantage un caractère de luxe ou d'investissement. L'opinion publique concernant l'applicabilité aux soins dentaires pour adultes du principe « à besoin égal traitement égal » est beaucoup moins unanime, comme en témoigne le fait que dans un grand nombre de pays des pans importants (voire l'intégralité) des soins dentaires aux adultes sont exclus des programmes publics d'assurance-maladie. L'attribution de (certains types de) soins dentaires aux adultes sur la base de la capacité à payer plutôt que sur la base du besoin semble rencontrer une opposition bien moindre.

Il n'est donc pas surprenant d'observer, dans tous les pays de l'OCDE, une répartition en faveur des riches de la probabilité et de la fréquence des visites chez le dentiste. Toutefois, l'occurrence de ce phénomène varie très largement. C'est dans quelques uns des pays, comme la Belgique, le Danemark, les Pays-Bas, où les taux de consultation sont les plus élevés, qu'elle est la plus faible et dans les pays où l'assurance-maladie publique ne couvre pas les soins dentaires (lesquels doivent être assumés par les patients ou pris en

charge par une assurance privée) qu'elle est la plus grande. Il apparaît que c'est dans des pays comme le Canada, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie et le Portugal, où l'iniquité en faveur des riches est très grande (HI égale ou supérieure à 0.10) que les soins dentaires sont le moins abordables pour les catégories défavorisées.

Les analyses de décomposition ont permis d'établir les sources d'iniquité par pays pour chaque type d'utilisation de services médicaux. Elles ont révélé que le revenu en soi n'est pas le seul facteur aboutissant à des différences d'utilisation liées au revenu. Nous avons constaté que, dans bon nombre de cas, le niveau d'instruction contribue de manière importante à une répartition en faveur des riches tandis que la situation au regard de l'activité contribue souvent à une répartition plus en faveur des personnes à faible revenu. Toutefois, ces constats ne sont pas universels et requièrent bien souvent une connaissance plus détaillée des caractéristiques du système de santé ou de la politique sociale d'un pays pour être bien interprétés.

Les déterminants de l'utilisation qui présentent un plus grand intérêt direct pour les politiques de santé sont les disparités régionales et la couverture d'assurance-maladie. Malheureusement, pour un grand nombre de pays, les données dont nous disposons ne contenaient aucune information détaillée sur ces deux variables. Dans certains pays, nous avons constaté que les différences d'utilisation des services de santé entre régions riches et régions défavorisées contribuent effectivement aux inégalités globales d'utilisation des soins secondaires liées au revenu. Nous avons observé des contributions en faveur des riches des disparités régionales pour les consultations de spécialistes en Espagne, en Hongrie, en Irlande, en Italie, en Norvège et au Portugal, et pour les soins hospitaliers en Espagne, en Grèce, en Hongrie, en Italie et au Portugal. Bien souvent, ces observations reflètent des disparités bien connues entre les régions les mieux dotées (souvent la capitale) et les régions plus éloignées. Au Mexique, les différences urbaines-rurales représentent plus de la moitié de l'iniquité en faveur des personnes à revenu élevé pour ce qui est de l'utilisation des soins hospitaliers.

Malheureusement, nous n'avons pu quantifier les contributions des disparités en matière d'assurance-maladie (publique et privée) que pour sept pays. L'analyse de décomposition a clairement montré qu'en France, par exemple, la souscription volontaire d'une assurance complémentaire privée pour couvrir la participation aux coûts des soins contribue à une plus grande utilisation des services de spécialistes par les personnes à revenu élevé. Mais la mise en place, en 2000, d'une couverture publique analogue pour les plus démunis par le biais de la CMU (couverture maladie universelle) a entraîné une utilisation plus importante de ces services par les personnes à faible revenu, compensant largement cette disparité. Pour les États-Unis, l'analyse montre qu'environ 30 % de l'iniquité mesurée en faveur des riches de l'utilisation des services des médecins est imputable à leur moindre utilisation par les personnes non (ou partiellement) assurées. Pour l'Irlande, la contribution de l'assurance privée joue en faveur des riches ; elle est particulièrement importante pour les soins hospitaliers, les soins dentaires et les soins spécialisés. La contribution de la couverture publique (medical card) est plus équivoque : elle joue en faveur des pauvres pour les consultations de généralistes et les soins hospitaliers mais pour les soins spécialisés elle joue en faveur des riches. Ceci donne à penser que cette carte, qui couvre les soins dispensés par les généralistes, peut avoir pour effet non recherché de limiter le recours aux soins de spécialistes des personnes à faible revenu. Pour l'Allemagne et la Suisse, l'existence de régimes privés d'assurance volontaire

couvrant essentiellement le supplément de confort et les prestations « de luxe » ne contribue que fort peu à infléchir en faveur des riches une répartition des soins par ailleurs relativement équitable.

Si nous pensons que l'apport de cette étude à l'ensemble des données comparatives sur l'équité des systèmes de santé des pays de l'OCDE est considérable, elle comporte néanmoins des limitations importantes. Les données d'enquête dont nous disposons ne permettent pas d'aller au-delà des comparaisons des *quantités* d'utilisation indiquées ; il n'est guère, voire pas, possible de prendre en compte les différences de *qualité*. Or, les iniquités en termes de qualité peuvent être aussi pertinentes, sinon plus, que les iniquités en termes de quantité. Il est bien connu que dans un grand nombre de pays, en particulier dans ceux où des services de santé privés sont proposés parallèlement aux services publics, on ne peut pas supposer qu'en moyenne toutes les consultations médicales ou tous les séjours à l'hôpital, sont de même qualité. Si l'établissement d'une distinction entre consultations de généralistes et consultations de spécialistes est un pas dans le sens d'une prise en compte de ces différences de qualité, il faut faire plus encore. Une prochaine étape (si les données le permettent) devrait être l'établissement d'une distinction entre utilisation des soins publics et utilisation des soins privés¹³. Une troisième dimension à prendre en compte est la rapidité des soins dispensés. De plus en plus, les systèmes de santé de l'OCDE connaissent des pénuries d'offre qui génèrent des délais d'attente en progression rapide pour différents types de soins. Assurances privées et soins privés offrent non seulement la possibilité d'un accès à plus de soins ou à des soins de meilleure qualité mais également un accès plus rapide aux soins. Dans quelle mesure existe-t-il des iniquités liées au revenu pour ce qui est du temps passé à attendre des soins appropriés ? La question n'a pas fait l'objet de recherches suffisantes.

L'ajustement des « besoins » est un autre domaine sur lequel il convient de se pencher pour améliorer les estimations actuelles de l'iniquité. Certaines des études que nous avons utilisées offrent un potentiel de mesure des besoins en soins des répondants bien supérieur à celui des indicateurs simples (quoique puissants) de l'état de santé auto-évalué utilisés dans la présente étude. Les analyses de sensibilité ont montré que le fait d'inclure dans l'ajustement des besoins une batterie beaucoup plus importante de mesures de l'état de santé ne modifie guère les résultats mais que, si modification il y a, c'est probablement dans le sens d'un *accroissement* de l'iniquité mesurée en faveur des riches (ou d'une *diminution* de l'iniquité en faveur des pauvres). Assurément, nous pourrions obtenir une plus grande comparabilité des besoins en nous concentrant sur des traitements spécifiques destinés à des sous-populations spécifiques (par exemple, les femmes enceintes, les personnes atteintes de maladies chroniques, etc.) mais alors nous devrions renoncer à la perspective large adoptée par la présente étude qui est celle de l'ensemble du système.

Enfin, la question la plus importante est de savoir si (et, si oui, dans quelle mesure) des iniquités d'utilisation des soins de santé se traduisent également par des iniquités de résultats en termes de santé. Certains des indices dont nous disposons pour répondre à cette question donnent à penser que c'est bien souvent le cas. Ainsi, une étude canadienne spécifique à une maladie (Alter *et al.*, 1999) a analysé les différences d'accès aux procédures cardiaques invasives après un infarctus aigu du myocarde, par revenu selon le quartier, dans la province de l'Ontario. Une relation au revenu très positive a été observée pour les taux d'angiographie coronarienne et de revascularisation, accompagnée d'une relation au revenu très négative pour les délais d'attente et pour le taux de mortalité à un an. Une

réduction du risque de décès à un an était associée à chaque augmentation de 10 000 dollars du revenu médian selon le quartier. Des indications analogues sur les iniquités socio-économiques en matière de soins coronariens ont été rapportées pour d'autres pays, comme la Finlande (Hetemaa *et al.*, 2003 ; Keskimäki, 2003) et le Royaume-uni (Payne et Saul, 1997 ; Ben-Shlomo et Chaturvedi, 1995). Ceci donne à penser que les différences de diagnostic et d'utilisation des thérapies entre catégories de revenu ne sont pas négligeables et qu'en effet elles semblent se traduire également par des disparités de résultats sanitaires par revenu, même dans un pays comme le Canada qui, du moins selon les standards de la présente étude, semble avoir atteint une répartition relativement équitable des soins. Il paraît donc justifié de ne pas sous-estimer l'impact potentiel des différences d'utilisation des services de santé liées au revenu décrites dans la présente étude sur les résultats en termes de santé.

Remerciements. Les auteurs remercient l'OCDE pour le soutien financier qu'elle leur a apporté dans le cadre de la présente étude, Vincenzo Atella, Teresa Bago d'Uva, Terkel Christiansen, Andrew Jones, Brian Nolan, Owen O'Donnell, Tom van Ourti et Ina Stoyanova pour leur contribution aux tableaux 3.A1.1 et 3.A1.2 et les participants à la réunion de l'OCDE des 4 et 5 septembre 2003 à Paris pour leurs suggestions utiles et leurs discussions sur la base d'une première version de ce rapport.

Notes

1. Ce chapitre a été publié initialement, en anglais, dans la série des documents de travail de l'OCDE sur la santé (OECD Health Working Paper, n° 14).
2. Les données correspondent à l'année 2000 ou une année plus récente pour tous les pays, à l'exception des États-Unis (1999).
3. Des débats subsistent sur le point de savoir si l'égalité devrait porter non pas sur les soins mais sur l'accès aux soins ou plutôt sur le coût de cet accès (Mooney *et al.*, 1991, 1992 ; Culyer *et al.*, 1992a, 1992b ; Goddard et Smith, 2001). Pour la présente analyse, cette différence ne semble pas très importante et surtout liée à l'interprétation des différences d'utilisation subsistant après standardisation des différences de besoin. Dans la mesure où ces différences sont véritablement attribuables à des différences de préférences, et non pas, par exemple, à des différences de perception des avantages résultant de différences de coûts d'information, elles ne seront pas considérées comme inéquitables.
4. On trouvera des informations plus détaillées sur la conception et le contenu de cette enquête, à l'adresse www-rcade.dur.ac.uk/echp/.
5. L'échelle modifiée de l'OCDE attribue un coefficient de pondération de 1 au premier adulte, de 0.5 au deuxième adulte et à chaque autre personne âgée de 14 ans et plus et de 0.3 à chaque enfant du ménage âgé de moins de quatre ans.
6. Cette différence peut s'expliquer, du moins pour partie, par le rôle plus grand de médecin référent joué par les généralistes dans le système irlandais et par une densité plus grande de spécialistes en Allemagne.
7. Bien sûr, dans un modèle structurel plus complet avec, par exemple, une situation au regard de l'assurance endogène, le revenu pourrait indirectement jouer un rôle plus important.

8. Une décomposition plus significative des visites médicales en Finlande révèle un degré élevé d'iniquité en faveur des riches pour les soins dispensés sur le lieu de travail et les consultations privées, un degré très faible d'iniquité en faveur des riches pour les consultations externes et une répartition en faveur des pauvres des consultations dans les centres de soins (Unto Häkkinen, communication personnelle).
9. Si, en Irlande, chacun peut bénéficier de la gratuité des soins dans les hôpitaux publics, la répartition complexe entre médecine privée et médecine publique conduit à souscrire une assurance dans le but principalement d'avoir un accès plus rapide aux services hospitaliers et d'éviter d'avoir à acquitter des factures très lourdes d'hospitalisation (Harmon et Nolan, 2001).
10. En fait, nous avons expérimenté plusieurs combinaisons des variables couverture publique et couverture privée mais aux fins de la présente comparaison nous avons décidé de considérer « toute forme de couverture ».
11. Pour neuf des pays étudiés, l'analyse a été effectuée par des équipes de recherche locales mais utilisant des directives décidées en commun et des spécifications Stata analogues.
12. Le fait que les résultats indiqués pour le Royaume-Uni, sur la base des données du BHPS de 2001, soient sensiblement différents des résultats rapportés dans Van Doorslaer *et al.* (2002) pour le PMCE de 1996 donne à penser que ces différences s'expliquent probablement par une évaluation différente des revenus et par l'utilisation de l'expression « consultations externes » (plutôt que « consultations de spécialistes »).
13. Un petit nombre d'études ont permis de le faire. Ces études (Atella, 2003, pour l'Itali ; Rodriguez *et al.*, 2004 pour l'Espagne) ont montré que les répartitions liées au revenu peuvent différer considérablement entre services publics et services privés.

Bibliographie

- Alter, D.A., C.D. Naylor, P. Austin et J.V. Tu (1999), « Effects of Socioeconomic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, pp. 1359-1367.
- Atella, V., F. Brindisi, P. Deb et F. Rosati (2003), *Determinants of Access to Physician Services in Italy: A Latent Class Probit Approach*, Department of Economics, University of Rome Tor Vergata.
- Australian Bureau of Statistics – ABS (2003), « Information Paper », National Health Survey Confidentialised Unit Record Files 2001, ABS, Canberra.
- Barraza-Llorens, M., S. Bertozzi, E. Gonzalez-Pier et J.P. Gutierrez (2002), « Addressing Inequity in Health and Health Care in Mexico », *Health Affairs*, vol. 21(3), pp. 47-56, mai/juin.
- Ben-Shlomo, Y. et N. Chaturvedi (1995), « Assessing Equity in Access to Health Care Provision in the UK: does where you live affect your chances of getting a coronary artery bypass graft? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 49, pp. 200-204.
- Culyer, A.J., E. Van Doorslaer et A. Wagstaff (1992a), « Access, Utilisation and Equity: A Further Comment », *Journal of Health Economics*, vol. 11(2), pp. 207-210.
- Culyer, A.J., E. Van Doorslaer et A. Wagstaff (1992b), « Utilisation as a measure of equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard: Comment », *Journal of Health Economics*, vol. 11(1), pp. 93-98.
- Eurostat (1999), *European Community Household Panel (ECHP): selected indicators from the 1995 wave*, Commission européenne, Eurostat, Luxembourg.
- Gerdtham, U.-G. (1997), « Equity in Health Care Utilisation: further tests based on hurdle models and Swedish microdata », *Health Economics*, vol. 6, pp. 303-319.
- Goddard, M. et P. Smith (2001), « Equity of Access to Health Care Services: theory and evidence from the UK », *Social Science and Medicine*, vol. 53, pp. 1149-1162.
- Greene, W.H. (1997), *Econometric Analysis*, Prentice-Hall, Londres.
- Haley, J. et S. Zuckerman (2003), *Is Lack of Coverage a Short or Long Term Condition?*, The Urban Institute, Policy Brief for the Kaiser Commission on Medicaid and the uninsured, juin (www.kff.org/content/2003/4122/).
- Harmon, C. et B. Nolan (2001), « Health Insurance and Health Services Utilisation in Ireland », *Health Economics*, vol. 10(2), pp. 135-145.

- Hetema, I., I. Keskimäki, K. Manderbacka, A.H. Leyland et S. Koskinen (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.
- Hurst, J. et M. Jee-Hughes (2001), « Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems », *Labour Market and Social Policy Series Occasional Paper*, n° 47, OCDE, Paris.
- Jones, A.M. (2000), « Health Econometrics », in A.J. Culyer et J.P. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, pp. 265-344.
- Kakwani, N., A. Wagstaff et E. Van Doorslaer (1997), « Socioeconomic Inequality in Health: measurement, computation and statistical inference », *Journal of Econometrics*, vol. 77, n° 1, pp. 87-104.
- Keskimäki, 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.
- Lerman, R.I. et S. Yitzhaki (1984), « A Note on the Calculation and Interpretation of the Gini Index », *Economics Letters*, vol. 15, pp. 363-368.
- Masseria, C., E. Van Doorslaer et X. Koolman (2003), *Equity in the Delivery of Inpatient Care in the European Union*, Paper presented at the 4th International Health Economics Organization Conference, San Francisco, juin.
- Mooney, G., J. Hall, C. Donaldson et al. (1991), « Utilisation as a Measure of Equity: Weighing Heat? », *Journal of Health Economics*, vol. 10(4), pp. 475-480.
- Mooney, G., J. Hall, C. Donaldson et al. (1992), « Reweighing Heat: Response », *Journal of Health Economics*, vol. 11(2), pp. 199-205.
- Morris, S., M. Sutton et H. Gravelle (2003), *Inequity and Inequality in the Use of Health Care in England: an extended empirical investigation*, Centre for Health Economics Technical Paper, n° 27, University of York.
- Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras et J. Kutzin (dir. pub.) (2002), *Funding Health Care: options for Europe*, European Observatory of Health care systems, Open University Press, Buckingham.
- Payne, N. et C. Saul (1997), « Variations in Use of Cardiology Services in a Health Authority: Comparison of Coronary Artery Revascularisation Rates with Prevalence of Angina and Coronary Mortality », *British Medical Journal*, vol. 314(7076), pp. 257-261.
- Pohlmeier, W. et V. Ulrich (1995), « An Econometric Model of the Two-part Decision Making Process in the Demand for Health Care », *Journal of Human Resources*, vol. 30(2), pp. 339-361.
- Rodriguez, M. et A. Stoyanova (2004), « The Effect of Private Insurance Access on GP/Specialist and Public/Private Provider Choice in Spain », à paraître dans *Health Economics*.
- Saltman, R.B. et J. Figueras (1997), *European Health Care Reform; Analysis of current strategies*, WHO Regional Publications, European Series n° 72, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Van Doorslaer, E., X. Koolman et A.M. Jones (2004), « Explaining Income-related Inequalities in Health Care Utilisation in Europe: a decomposition approach », *Health Economics*, vol. 13, n° 7, pp. 629-647.
- Van Doorslaer, E., X. Koolman et F. Puffer (2002), « L'équité en matière d'utilisation des visites médicales dans les pays de l'OCDE : a-t-on atteint l'équité de traitement à besoin équivalent ? », *Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, OCDE, Paris, pp. 225-248.
- Van Doorslaer, E., A. Wagstaff et F. Rutten (éds) (1993), *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an international perspective*, Oxford University Press, Oxford.
- Van Doorslaer, E., A. Wagstaff et al. (1992), « Equity in the Delivery of Health Care: some cross-country comparisons », *Journal of Health Economics*, vol. 11, n° 4, pp. 389-411.
- Van Doorslaer, E., A. Wagstaff, H. van der Burg, T. Christiansen, D. De Graeve, I. Duchesne, U-G Gerdtham, M. Gerfin, J. Geurts, L. Gross, U. Häkkinen, J. John, J. Klavus, R.E. Leu, B. Nolan, O. O'Donnell, C. Propper, F. Puffer, M. Schellhorn, G. Sundberg et O. Winkelhake (2000), « Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the US », *Journal of Health Economics*, vol. 19, n° 5, pp. 553-583.
- Wagstaff, A. et E. Van Doorslaer (2000a), « Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care », *Journal of Human Resources*, vol. 35(4), pp. 716-733.
- Wagstaff, A. et E. Van Doorslaer (2000b), « Equity in Health Care Financing and Delivery », in A.J. Culyer et J.P. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, pp. 1803-1862.

Wagstaff, A., E. Van Doorslaer et P. Paci (1991), « On the Measurement of Horizontal Inequity in the Delivery of Health Care », *Journal of Health Economics*, vol. 10(2), pp. 169-205.

Wagstaff, A., E. Van Doorslaer et N. Watanabe (2003), « On Decomposing Health Sector Inequalities, with an Application to Malnutrition Inequalities in Vietnam », *Journal of Econometrics*, vol. 112(1), pp. 207-223.

ANNEXE 3.A1

Mesure et décomposition de l'iniquité horizontale

Mesure de l'iniquité

La présente étude mesure les répartitions de l'utilisation effective et de l'utilisation « nécessaire » des soins par quintile de revenus. Il s'agit de groupes de taille identique, représentant chacun 20 % de la population (adulte) totale mais classés par le revenu des ménages qu'ils regroupent (des plus pauvres aux plus riches). L'utilisation des services de santé « nécessaires » est calculée au moyen d'une régression appliquée à tous les individus de l'échantillon et expliquant l'utilisation des services médicaux (par exemple les consultations médicales ou les nuits d'hospitalisation) par un ensemble de variables explicatives. Cela signifie l'application de la méthode des moindres carrés ordinaires à une équation de régression¹ linéaire du type

$$y_i = \alpha + \beta \ln inc_i + \sum_k \gamma_k x_{k,i} + \sum_p \delta_p z_{p,i} + \varepsilon_i \quad [1]$$

où y_i désigne la variable dépendante (utilisation des soins médicaux par un individu i au cours d'une période donnée) et où nous distinguons trois types de variables explicatives : le (logarithme du) revenu du ménage de l'individu i ($\ln inc_i$), un ensemble k de variables d'indicateur de besoin (x_k) incluant des variables démographiques et des variables de morbidité, et où p désigne les variables autres que le besoin (z_p). α , β , γ_k et δ_p sont des paramètres et ε_i est un terme d'erreur.

L'équation [1] peut être utilisée pour obtenir les valeurs de y prédites en fonction des besoins, c'est-à-dire l'utilisation escomptée des services médicaux par l'individu i sur la base des caractéristiques de ses besoins. Elle indique le montant de soins médicaux qu'il aurait reçu s'il avait été traité comme d'autres individus présentant, en moyenne², les mêmes caractéristiques en termes de besoins. En associant les estimations par la méthode des moindres carrés ordinaires des coefficients de l'équation [1] avec les valeurs effectives des variables x_k et les valeurs moyennes de l'échantillon des variables $\ln inc_i$ et z_p , nous pouvons obtenir les valeurs d'utilisation, \hat{y}_i^X prédites d'après les besoins ou attendues en fonction de x , à l'aide de l'équation :

$$\hat{y}_i^X = \hat{\alpha} + \hat{\beta} \ln inc^m + \sum_k \hat{\gamma}_k x_{k,i} + \sum_p \hat{\delta}_p z_p^m \quad [2]$$

Les estimations de l'utilisation³ (indirectement) standardisée en fonction des besoins, \hat{y}_i^{IS} , sont ensuite obtenues en faisant la différence entre l'utilisation effective et l'utilisation attendue en fonction de x à laquelle on rajoute la moyenne de l'échantillon (y^m)

$$\hat{y}_i^{IS} = y_i - \hat{y}_i^X + y^m \quad [3]$$

Les moyennes par quintile de ces valeurs indirectement standardisées nous donnent les répartitions des soins médicaux standardisées en fonction des besoins. Elles doivent s'interpréter comme les répartitions auxquelles il faudrait s'attendre en cas de répartition égalitaire des besoins entre les quintiles.

Mais il est difficile de comparer les répartitions par quintile pour un grand nombre de pays et de types d'utilisation des soins. Il est donc utile de résumer le degré d'inégalité observé à l'aide d'un *indice de concentration*. Cet indice se définit comme correspondant à (deux fois) la surface comprise entre une courbe de concentration et une ligne d'égalité parfaite. Une *courbe de concentration* des services médicaux représente graphiquement la proportion cumulative de soins médicaux par rapport à la proportion cumulative R de l'échantillon, classée par revenu (Wagstaff et Van Doorslaer, 2000a, b).

On peut calculer l'indice de concentration d'une variable y à l'aide d'une formule de « covariance comode » qui s'écrit comme suit pour des données pondérées :

$$C = \frac{2}{y^m} \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n w_i (y_i - y^m) (R_i - R^m) = \frac{2}{\mu} \text{cov}_w(y_i, R_i) \quad [4]$$

où y^m est la moyenne pondérée de l'échantillon de y , cov_w la covariance pondérée et R_i le rang fractionnaire relatif (positionné de manière représentative) du i ème individu, défini par l'équation :

$$R_i = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^{i-1} w_j + \frac{1}{2} w_i \quad [5]$$

où w_i désigne le poids d'échantillonnage du i ème individu et où la somme de w_i est égale à la taille de l'échantillon (n).

Pour tester les différences entre les indices de concentration, il faut des intervalles de confiance. On peut obtenir des estimations robustes pour C et pour son erreur type au moyen de la régression comode suivante (moindres carrés pondérés) de y (transformé) appliquée au classement relatif :

$$\frac{2\sigma_R^2}{y^m} y_i = \alpha_1 + \beta_1 R_i + \varepsilon_{1,i} \quad [6]$$

où σ_R^2 est la variance de R_i et $\hat{\beta}_1$ est égal à C , et où l'erreur type estimée de $\hat{\beta}_1$ donne l'erreur type estimée de C .

L'indice de concentration de l'utilisation effective des services médicaux mesure le degré d'inégalité et l'indice de concentration de l'utilisation standardisée en fonction des besoins (qui est notre indice HI d'iniquité horizontale) mesure le degré d'iniquité horizontale. Lorsque ce degré est égal à zéro, cela indique une égalité ou équité. Lorsqu'il est positif, cela indique une inégalité/iniquité en faveur des riches ; lorsqu'il est négatif, cela indique une inégalité/iniquité en faveur des pauvres.

Il convient de souligner que le fait que les courbes de concentration des besoins et de l'utilisation effective coïncident est une condition suffisante mais non nécessaire de l'absence d'iniquité. Même avec des courbes qui se croisent, on pourrait avoir une iniquité nulle si, par exemple, l'iniquité en faveur des pauvres dans une partie de la répartition compense exactement l'iniquité en faveur des riches dans une autre partie³.

Décomposition et explication de l'iniquité horizontale

Il est possible d'estimer séparément les « contributions » des différents déterminants de l'utilisation et leur importance relative. À l'aide des coefficients de régression γ_k , on peut ensuite définir les élasticités (partielles) de l'utilisation des services médicaux par rapport à chaque déterminant k par l'équation :

$$\eta_k = \gamma_k x_k^m / y^m \quad [7]$$

où y^m est la moyenne (pondérée de la population) de y et x_k^m la moyenne (pondérée de la population) de x_k . Ces élasticités indiquent que le pourcentage de variation de y résulte d'un pourcentage de variation de x_k .

Il a été démontré (Wagstaff, Van Doorslaer and Watanabe, 2002) que l'indice de concentration totale peut alors s'écrire :

$$C = \eta_r C_{\text{inc}} + \sum_k \eta_k C_{x,k} + \sum_p \eta_p C_{z,p} + GC_\varepsilon \quad [8]$$

où le premier terme indique la contribution partielle de l'inégalité de revenu, le second la contribution (partielle) des variables de besoin et le troisième la contribution partielle des variables autres que le besoin. Le dernier terme est l'indice de concentration généralisée du terme d'erreur μ .

Autrement dit, l'inégalité estimée de l'utilisation prédite des services médicaux est la somme pondérée de l'inégalité de chacun de ses déterminants, les pondérations étant égales à l'élasticité des déterminants à l'utilisation des services médicaux. La décomposition montre également comment la contribution individuelle de chaque déterminant k à l'inégalité totale liée au revenu de la demande de soins de santé peut être séparée en deux composantes significatives : i) son impact sur l'utilisation, mesuré par l'élasticité de l'utilisation (η_k), et ii) son degré de répartition inégale entre les différents groupes de revenus, mesuré par l'indice de concentration (des revenus) (C_k). Cette méthode de décomposition nous permet donc non seulement de séparer les contributions des différents déterminants, mais également d'identifier l'importance de chacune de ces deux composantes au sein de la contribution totale de chaque facteur. Cette propriété en fait un outil puissant pour mesurer les différents mécanismes qui contribuent au degré d'inégalité et d'iniquité observé dans un pays en matière d'utilisation des soins de santé.

Notes

1. La possibilité d'utiliser des modèles de régression intrinsèquement non linéaires est abordée à la section sur les méthodes d'estimation (section 3.6).
2. La relation moyenne entre les indicateurs des besoins et l'utilisation, exprimée par les coefficients de régression, est la norme implicite d'évaluation de l'équité dans ce système de santé. Mais cette approche de la mesure des besoins n'est pas intrinsèque à la méthode de mesure de l'équité. Si les estimations des besoins pouvaient être obtenues à l'aide d'autres méthodes (avis d'un professionnel, par exemple), les mesures de l'équité pourraient encore être calculées de la même façon.
3. Voir également les notes de bas de pages 7 et 8 dans Wagstaff et Van Doorslaer (2000a).

Tableau 3.A1.1. **Caractéristiques du système de soins de santé liées au principe d'équité et incitations pour les prestataires**

	Consultations de généralistes	Principe du médecin de premier recours ?	Consultations de spécialistes	Utilisation des services hospitaliers	Consultations de dentistes
Allemagne	Soins gratuits au point de prestation ; rémunération à l'acte.	Non	Les honoraires sont beaucoup plus élevés pour les personnes ayant une assurance privée ; certaine participation aux frais ; rémunération à l'acte.	8.7 euros par jour pour un maximum de 14 jours dans l'année. Supplément pour chambres individuelles. Exonération totale ou partielle pour les enfants (moins de 18 ans), les chômeurs, les personnes bénéficiant de la garantie de ressources et les étudiants boursiers.	Gratuité des soins de base et préventifs. Participation aux frais : entre 35 % et 50 % pour les actes chirurgicaux.
Australie	Les généralistes facturent à l'acte. La plupart (environ 70 %) facturent un forfait à Medicare ; certains facturent le patient qui est remboursé à 85 % du barème convenu. Certains facturent des dépassements d'honoraires.	Oui	Comme pour les généralistes, lorsque le prestataire est un spécialiste formellement reconnu auquel le patient a été adressé par un autre médecin. Dans les autres cas, paiement d'une prestation Medicare moindre, voire nulle.	Gratuité des traitements et de l'hôtellerie dans les hôpitaux publics pour les patients relevant du programme Medicare. Une assurance privée peut couvrir l'essentiel des coûts des patients privés dans les hôpitaux publics et privés (elle peut désigner le médecin).	Gratuité pour les enfants d'âge scolaire et les personnes à faibles revenus. Sinon, autofinancement par une assurance-maladie privée.
Autriche	Soins ambulatoires gratuits au point de prestation, sauf pour les agriculteurs et les travailleurs indépendants qui paient 20 % du montant des soins ; mélange de paiement à la capitation et de paiement à l'acte.	Non	Soins ambulatoires gratuits au point de prestation, sauf pour les agriculteurs et les travailleurs indépendants qui paient 20 % du montant des soins.	Environ 4 euros par jour, jusqu'à 28 journées d'hospitalisation dans l'année.	Participation aux frais d'environ 20 % pour la majeure partie de la population, et paiement à concurrence d'un maximum de 50 % pour les prestations spécifiques comme la mise en place de couronnes.
Belgique	Couverture publique universelle, excepté pour les travailleurs indépendants mais la plupart ont une assurance volontaire privée. Taux de participation aux frais de 30 % (100 % pour les travailleurs indépendants n'ayant aucune couverture privée). Taux réduit de participation aux frais d'environ 8 % pour les catégories socio-économiques défavorisées. Facturation à l'acte, barème convenu.	Non	Couverture publique universelle, excepté pour les travailleurs indépendants mais la plupart ont une assurance volontaire privée. Taux de participation aux frais de 40 % (taux réduit de 8 % pour les catégories défavorisées). Facturation à l'acte, barème convenu mais certains spécialistes facturent des dépassements d'honoraires.	Participation aux frais I: pas uniforme, dépend du type d'intervention, mais généralement très faible (environ 5 %). Participation aux frais II: paiement des frais "d'hôtellerie" (montant fixe pour les salles communes, plafonné pour les chambres à deux lits et non plafonné pour les chambres individuelles).	Participation aux frais de 20 % pour les consultations (si couverture). Participation plus importante pour les obturations, prothèses, etc. Facturation à l'acte.
Canada	Généralistes rémunérés à l'acte. Aucune participation aux frais. Le Canada s'oriente vers la mise en place d'équipes de soins primaires.	La plupart des patients sont orientés vers un spécialiste par un généraliste/un médecin de famille.	Rémunération à l'acte. Aucune participation aux frais.	Gratuité de tous les services médicalement nécessaires dispensés par un hôpital public (à but non lucratif).	Ne relèvent pas de la loi canadienne sur la santé. La plupart des salariés sont assurés par leur employeur. Les personnes de plus de 65 ans ont accès à une certaine couverture des soins dentaires.

Tableau 3.A1.1. **Caractéristiques du système de soins de santé liées au principe d'équité et incitations pour les prestataires (suite)**

	Consultations de généralistes	Principe du médecin de premier recours ? Consultations de spécialistes	Utilisation des services hospitaliers	Consultations de dentistes	
Danemark	Liberté de choix entre le groupe I et le groupe II. Les généralistes soignent gratuitement les patients du groupe I (98 % de la population) mais ceux-ci doivent rester avec le même généraliste, qui agit comme médecin de premier recours, pendant au moins 6 mois. Les patients du groupe II (2 %) participent aux frais pour les soins dispensés par un généraliste mais peuvent le choisir librement.	Oui pour le groupe I ; non pour le groupe II	Les patients du groupe II doivent participer aux frais pour les soins dispensés par un spécialiste mais n'ont pas besoin de passer par un médecin de premier recours pour y avoir accès.	Gratuité.	Participation aux frais : entre 35 % et 100 %. En 1994, la participation aux coûts a représenté environ 75 % du coût total.
Espagne	Soins gratuits au point de prestation ; les généralistes sont pour la plupart salariés ; les médecins du secteur privé sont habituellement rémunérés à l'acte.	Oui, mais pour éviter les listes d'attente, les patients passent souvent par les services d'urgence. Pour les obstétriciens, les dentistes et les ophtalmologues, il n'est pas nécessaire de passer par un médecin référent.	Soins gratuits au point de prestation ; les spécialistes du secteur public sont salariés.	Soins gratuits au point de prestation. Une double orientation (généraliste et spécialiste) est nécessaire pour être admis dans un grand hôpital provincial offrant une gamme complète de services. De nombreux hôpitaux privés réservent un certain nombre de lits aux patients du service national de santé.	Soins dispensés dans le public uniquement pour les extractions de dents et les tests de diagnostic en cours de grossesse. (Note : au Pays basque et en Navarre, le service public assure tous les types de soins dentaires aux enfants de moins de 18 ans).
États-Unis	Le coût varie largement selon le régime d'assurance. Pour les bénéficiaires du plan Medicare (13 % de la population, personnes âgées et handicapés), participation aux frais de 20 % au-delà de la franchise de 100 USD (franchises moindres dans les HMO).	Oui, pour 46 à 50 % de la population couverte par un régime, public ou privé, de soins gérés.	Dépend du régime d'assurance.	Essentiellement couverts par les régimes, privés et publics, d'assurance. La participation aux frais varie selon le régime et la durée de l'hospitalisation. Facturation et paiement sur la base d'un programme de paiements pré-établis dès que le diagnostic est posé par le médecin traitant. Les personnes qui ne sont pas assurées paient le prix intégral bien qu'il arrive que des soins soient fournis gratuitement aux personnes nécessitées.	Assurance privée des soins dentaires ; généralement, ceux-ci ne sont pas subventionnés par l'employeur.

Tableau 3.A1.1. **Caractéristiques du système de soins de santé liées au principe d'équité et incitations pour les prestataires (suite)**

	Consultations de généralistes	Principe du médecin de premier recours ?	Consultations de spécialistes	Utilisation des services hospitaliers	Consultations de dentistes
Finlande	Les consultations de généralistes dans les centres de santé municipaux sont ouvertes à tous avec une certaine participation aux frais (10 euros par visite) pour les trois premières visites. Les consultations de généralistes sont gratuites pour les salariés qui bénéficient de la médecine du travail. Dans le secteur privé, la participation aux frais est importante.	Oui, en principe, mais le principe n'est pas très strictement appliqué et il n'est pas nécessaire de passer par un médecin de premier recours pour pouvoir consulter un spécialiste.	Environ 65 % des consultations de spécialistes ont lieu dans les services de consultations externes des hôpitaux publics (municipaux) (le ticket modérateur est à 17 euros). Les autres ont lieu dans le secteur privé ; elles sont partiellement remboursées par le système national de santé mais avec des montants de participation aux frais bien supérieures.	La plupart des soins hospitaliers sont dispensés dans les hôpitaux municipaux avec une certaine participation aux frais (23 euros par jour). Les médecins sont salariés.	Jusqu'en 2000, seuls les jeunes adultes (nés en 1956 et au-delà) bénéficiaient d'aides de l'État pour les soins dentaires. Entre 2000 et 2002, le remboursement a été progressivement étendu à l'ensemble de la population. Les soins dentaires sont facturés à l'acte dans les centres de santé publics comme chez les dentistes de ville, mais les honoraires sont plus élevés dans le secteur privé.
France	Les généralistes travaillent en cabinet et sont rémunérés à l'acte. Libre choix du prestataire. Les patients (ou leur caisse complémentaire) participent aux frais (30 % du barème officiel) + certains dépassements d'honoraires. Certaines personnes souffrant de longues maladies en sont exemptées.	Non	Les spécialistes consultent en cabinet et sont rémunérés à l'acte. Les patients (ou la caisse d'assurance complémentaire) participent aux frais (30 % du barème officiel) + certains dépassements d'honoraires (pour 35 % des consultations de spécialistes).	11 euros par jour plus un système complexe de participation aux frais et d'exonérations. Près de 93 % des dépenses hospitalières sont couvertes par l'assurance-maladie.	Taux de participation aux frais de 30 % pour les consultations « simples » mais les prothèses sont mal remboursées. En conséquence, l'assurance privée joue un rôle important dans l'accès aux soins dentaires.
Grèce	Secteur public : centres de soins primaires en milieu rural uniquement. En milieu urbain, les soins publics primaires sont dispensés par des médecins de premier recours dans les services de consultations externes des hôpitaux et des polycliniques qui facturent des honoraires sur la base du médecin traitant autorisé (ou « médecin référent »). Gratuité (en théorie) mais les paiements au noir sont pratique courante.	Non (dans la pratique)	Le financement privé est très important, l'essentiel étant à la charge des patients (les paiements au noir sont également très répandus). Secteur public : régime mixte de salariat et rémunération à l'acte. Secteur privé : les médecins (y compris de nombreux médecins travaillant dans le secteur public) facturent à l'acte.	Secteur public : paiements officiels par l'intermédiaire de l'assurance sociale mais les paiements au noir continuent de prévaloir. Secteur privé : régime mixte de salariat et rémunération à l'acte. Participation aux frais importante, l'essentiel restant à la charge des patients.	Secteur public : paiements par l'intermédiaire de l'assurance sociale. Secteur privé : pour les personnes n'ayant pas une couverture sociale adéquate.

Tableau 3.A1.1. **Caractéristiques du système de soins de santé liées au principe d'équité et incitations pour les prestataires (suite)**

	Consultations de généralistes	Principe du médecin de premier recours ?	Consultations de spécialistes	Utilisation des services hospitaliers	Consultations de dentistes
Hongrie	Soins gratuits au point de prestation sans aucune participation aux frais des patients. Mais les paiements au noir sont répandus. Du fait qu'ils sont rémunérés à la capitation, les généralistes sont incités à orienter les patients vers des spécialistes de manière exagérée.	Oui. Dans la pratique, le rôle de médecin de premier recours est limité pour certains types de soins spécialisés.	Gratuité des soins au point de prestation sans aucune participation aux frais des patients, excepté pour certains services spécifiques. Les paiements au noir sont très répandus. Les soins spécialisés ambulatoires sont rémunérés à l'acte, ce qui incite les spécialistes à traiter tout un chacun indépendamment des paiements au noir.	Gratuité des soins au point de prestation mais les paiements au noir sont répandus. Les hôpitaux sont financés selon un système de paiements par pathologie pour les soins aigus, ce qui est une incitation à traiter tous les patients. Le système du paiement au noir influe probablement davantage sur la qualité que sur la quantité des soins reçus par des individus ayant des niveaux de revenus différents.	Certains soins dentaires figurent parmi les soins dispensés par le système public, d'autres pas. Les dentistes sont autorisés à surfacturer les honoraires qu'ils perçoivent de la caisse d'assurance. Existence d'un vaste marché privé des soins dentaires mais pas de marché privé de l'assurance-maladie pour les soins dentaires.
Irlande	Les 30 % d'Irlandais qui occupent le bas de l'échelle des revenus appartiennent au groupe I et ont droit à des soins gratuits au point de prestation ; les généralistes sont rémunérés à la capitation. Les patients du groupe II doivent supporter l'intégralité du coût des consultations.	Oui pour le groupe I mais on peut y déroger en passant par les services d'urgence des hôpitaux ; non pour le groupe II.	Les soins sont gratuits au point de prestation pour les patients du groupe I et les patients du groupe II ne doivent payer que pour les consultations d'ophtalmologie ou d'ORL de routine ; les honoraires perçus par les spécialistes sont plus élevés pour des soins privés.	Les soins sont gratuits pour les patients du groupe I. Pour les patients du groupe II, en 2000, il en coûtait 33 euros la nuit en salle commune avec un maximum de 330 euros sur une période de 12 mois.	Gratuité des soins dentaires pour tous les enfants jusqu'à 16 ans et pour tous les adultes à faibles revenus. Le reste de la population est couvert essentiellement par l'assurance sociale pour les soins dentaires de base avec dépassement d'honoraires. Les soins dentaires d'ordre esthétique ne sont pas couverts. Pas de marché de l'assurance-maladie privée des soins dentaires. On estime que les dépenses privées représentent les deux tiers des dépenses dentaires totales.
Italie	Soins gratuits au point de prestation. Rémunération des généralistes à la capitation.	Oui, mais avec quelques exceptions pour les consultations de psychiatrie, d'obstétrique, de gynécologie et les visites à titre préventif.	Pour les consultations publiques et externes, une rémunération forfaitaire est imposée.	Gratuité des soins au point de prestation. Les soins hospitaliers sont dispensés essentiellement par les hôpitaux publics. Mais les autorités sanitaires locales peuvent choisir de sous-traiter les services à des hôpitaux privés. Les organismes agréés sont remboursés par les services nationaux de la santé.	Essentiellement privées.

Tableau 3.A1.1. **Caractéristiques du système de soins de santé liées au principe d'équité et incitations pour les prestataires (suite)**

	Consultations de généralistes	Principe du médecin de premier recours ?	Consultations de spécialistes	Utilisation des services hospitaliers	Consultations de dentistes
Mexique	Les généralistes du secteur public (employés par les caisses de sécurité sociale) sont salariés. Ceux du secteur privé peuvent facturer directement leurs patients (la plupart sont indépendants) ou être salariés d'une institution privée.	Oui	La plupart des consultations (environ 65 %) sont assurées dans le secteur public.		
Norvège	La majorité des généralistes sont rémunérés à l'acte ; certains sont salariés. La quote-part restant à la charge des patients représente environ 18 % des coûts de consultation.	Oui	Rémunération à l'acte. La quote-part restant à la charge des patients représente environ 18 % des coûts de consultation.	La participation aux coûts n'est pas uniforme ; elle dépend du type d'intervention ; elle est généralement très faible	Pour les moins de 18 ans, les soins dispensés dans le public sont gratuits. Pour les adultes, les soins sont habituellement du ressort du privé.
Pays-Bas	Soins gratuits pour les patients traités sous le régime public ; ceux traités sous le régime privé obtiennent un remboursement s'ils sont couverts ; les généralistes sont rémunérés à la capitation pour le régime public et à l'acte pour le régime privé.	Oui	La plupart des spécialistes perçoivent un salaire de leur cabinet, qui est lui-même rémunéré à l'acte ; les autres sont rémunérés à l'acte ; les spécialistes rattachés au milieu universitaire perçoivent un salaire et ne sont rémunérés à l'acte que pour leur clientèle privée.	Peu voire aucune distinction entre clientèle publique et clientèle privée. Ceux qui ont souscrit une assurance privée peuvent bénéficier d'un confort « de première classe ».	La plupart des soins dentaires sont couverts par les caisses d'assurance-maladie (couverture de base ou complémentaire). La couverture dont bénéficient ceux qui ont souscrit une assurance privée dépend de la police qu'ils ont choisie.
Portugal	Participation forfaitaire de 1.5 euro au coût des consultations de généralistes et des tests de diagnostic. Les personnes à « faible revenu » en sont exemptées, de même que les personnes ayant des besoins médicaux particuliers, les femmes enceintes et les enfants de moins de 12 ans. La plupart des généralistes sont salariés. En 1999, un nouveau système expérimental mixte (salaire + capitation) de remboursement des généralistes a été mis en place ; la participation à ce système est facultative. Paiement à l'acte pour certains services ciblés.	Oui, mais les patients passent souvent par les services d'urgence des hôpitaux pour avoir accès à un spécialiste.	Participation aux coûts selon le revenu. La moitié des médecins salariés du service national de la santé ont également une clientèle privée. Pour les consultations dans le privé, la participation aux coûts est de 100 % (sauf couverture par une assurance privée). Les médecins libéraux sont libres de fixer leurs honoraires en fonction de leur renommée. Les personnes ayant souscrit une assurance privée tendent à aller aux consultations privées pour éviter le médecin de premier recours et les listes d'attente du secteur public.	Les services aux malades hospitalisés sont gratuits. Participation au coût des consultations externes (3 euros) et des consultations en urgence (5 euros). Les groupes exemptés de cette participation sont les mêmes que pour les consultations de généralistes.	Très peu de dentistes travaillent pour le service national de santé ; les patients s'adressent donc normalement au secteur privé. Dans ce cas, ils payent l'intégralité des coûts qui pourront leur être remboursés par leur assurance professionnelle ou par leur assurance privée (si elle couvre les frais dentaires).

Tableau 3.A1.1. Caractéristiques du système de soins de santé liées au principe d'équité et incitations pour les prestataires (suite)

	Consultations de généralistes	Principe du médecin de premier recours ? Consultations de spécialistes	Utilisation des services hospitaliers	Consultations de dentistes	
Royaume-Uni	Soins gratuits au point de prestation. Les généralistes sont rémunérés selon un système de remboursement mixte (capitation pour l'essentiel + quelques rémunérations à l'acte et salariat). Le système des enveloppes budgétaires a été remplacé par une gestion décentralisée des soins secondaires par des fiducies de soins de première ligne.	Oui (à moins que les patients aient accès aux soins par le biais des services d'urgence des hôpitaux).	Soins gratuits au point de prestation (dans le secteur public).	Soins gratuits au point de prestation. Les médecins sont salariés et ont en outre une clientèle privée. Les admissions se font par l'entremise d'un médecin référent qui est un généraliste excepté en cas d'accidents et d'urgences. Affectation géographique des ressources par le biais d'une formule de capitation pondérée.	Participation aux frais dans le système national de santé (NHS), avec des exemptions et paiement à l'acte dans le privé. La part du privé par rapport au NHS s'accroît.
Suède	La participation aux frais est faible mais elle diffère d'un conseil de comté à l'autre. Les généralistes sont salariés dans le public et rémunérés à l'acte dans le privé.	Oui, dans la pratique, l'orientation des patients vers des spécialistes et des soins hospitaliers se fait la plupart du temps par l'intermédiaire des généralistes.	La participation aux frais est faible mais elle diffère d'un conseil de comté à l'autre. Les spécialistes sont salariés dans le public et rémunérés à l'acte dans le privé.	Les systèmes de remboursement des frais d'hospitalisation et la participation aux frais diffèrent d'un conseil de comté à l'autre.	Soins préventifs gratuits pour les moins de 20 ans. Paiement du ticket modérateur pour le reste de la population. En 1995, la quote-part laissée à la charge des assurés a représenté environ 50 % des dépenses totales.
Suisse	Franchise de 230 francs suisses par an, puis participation aux frais de 10 % jusqu'à concurrence d'un maximum de 600 francs suisses. Franchises facultatives plus importantes (300, 600, 1 200 et 1 500 francs suisses) pour une prime d'assurance inférieure.	Non	Libre choix du médecin.	Choix des hôpitaux publics sur la liste des hôpitaux de chaque canton ; la souscription d'une assurance complémentaire permet également d'avoir accès à tous les hôpitaux publics et privés.	Non couvertes par l'assurance.

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.2. Différences régionales et caractéristiques des régimes privés d'assurance

	Différences régionales	Régimes privés d'assurance
Allemagne	Négociation des honoraires sur une base régionale.	Moins de 0.5 % de la population n'est pas assurée ; les fonctionnaires ont un régime d'assurance différent ; un faible pourcentage de la population a un régime privé d'assurance.
Australie	Droit universel à bénéficier des services subventionnés du programme Medicare bien que l'accès à ces services puisse être affecté par l'offre dans les zones rurales et plus reculées.	40 % de la population a un régime privé d'assurance-maladie qui lui assure des avantages supplémentaires comme la possibilité de choisir son médecin dans les hôpitaux publics et de choisir son traitement et la qualité des services d'hôtellerie dans les hôpitaux privés. Contribue au financement des soins dentaires et des services de santé connexes.
Autriche	Une certaine disparité dans la répartition des médecins au niveau régional ; disparité également dans la répartition des hôpitaux.	1 % de la population n'est pas assurée ; 38 % a un régime d'assurance complémentaire privée qui couvre essentiellement les prestations de congé-maladie, des conditions d'hospitalisation plus confortables et la possibilité de consulter le médecin de son choix.
Belgique	Différences régionales dans l'utilisation des services de santé entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles. La consommation de soins est plus importante en Wallonie et à Bruxelles. L'offre de services (principalement hospitaliers) est généralement plus importante en Wallonie et à Bruxelles.	De nombreux employeurs offrent à leurs salariés une assurance complémentaire pour couvrir leur participation aux frais dans le régime public d'assurance et les dépassements d'honoraires.
Canada	13 régimes différents (10 provinces et 3 territoires) mais conformes à la loi canadienne sur la santé, qui est une loi fédérale. Pénurie de professionnels de la santé dans les zones rurales et isolées, en particulier dans les régions du Nord et les réserves de populations autochtones.	De nombreux employeurs offrent à leurs salariés une assurance-maladie complémentaire afin de couvrir les services qui ne le sont pas par les régimes provinciaux, comme les prescriptions de médicaments, les soins dentaires, etc.
Danemark	La responsabilité des soins primaires et secondaires est décentralisée. Les 14 comtés possèdent et gèrent leurs propres hôpitaux et centres de soins prénataux. Ils financent également les généralistes et autres médecins. Seuls quelques hôpitaux, principalement situés dans la région de Copenhague et quelques hôpitaux privés à but lucratif, relèvent du gouvernement central.	30 % de la population a un régime privé d'assurance mais la couverture de ces régimes se limite aux soins dentaires et autres services.
Espagne	Il existe des différences régionales puisque certaines régions (Catalogne, Valence, Andalousie, Galice, Pays basque, Navarre, îles Canaries) organisent elles-mêmes la plupart des services publics de santé tandis que d'autres ne le font pas. La Catalogne et le Pays basque ont pris des mesures pour stimuler la concurrence entre les prestataires. Il existe des différences régionales en matière de facilités de soins privés et de souscription d'une assurance-maladie privée. Plus de 20 % des habitants des îles Baléares, de la Catalogne et de Madrid souscrivent une telle assurance.	Environ 10 % de la population souscrit une assurance-maladie privée. La plupart du temps, l'assurance privée est synonyme de double protection et vise à éviter les listes d'attente et à obtenir un accès direct aux soins de spécialistes. Pour 0.5 % de la population non couverte par le régime public, l'assurance-maladie privée est une solution de remplacement. Les polices en matière de soins dentaires sont complémentaires. En 1999, la déductibilité fiscale (15 % de la prime totale) de l'assurance-maladie souscrite à titre individuel a été abolie et l'assurance-maladie privée fournie par l'employeur bénéficie désormais d'une fiscalité favorable. Les fonctionnaires ont un régime spécial dans lequel ils peuvent choisir le prestataire (public ou privé) des soins de santé.
États-Unis	Il existe de grandes différences entre les États pour tous les types d'assurance-maladie privée ; quelques différences pour ce qui a trait à Medicaid, moins pour ce qui a trait à Medicare.	Pour les personnes de moins de 65 ans, le type de couverture le plus courant est le régime privé d'assurance offert par l'employeur ; pour les personnes de 65 ans et plus, le régime privé d'assurance complémentaire pour Medicare est une formule extrêmement répandue.
Finlande	L'offre de services municipaux de santé relève des municipalités (administration locale), ce qui peut générer des disparités régionales d'accès. On observe, en outre, des disparités régionales importantes dans l'offre de médecine de ville.	Le rôle de l'assurance privée est, en général, modeste pour la population adulte. Pour les enfants, il est plus important, ce qui se reflète également dans les différences de schémas d'utilisation liées au revenu.

Tableau 3.A1.2. Différences régionales et caractéristiques des régimes privés d'assurance (suite)

	Différences régionales	Régimes privés d'assurance
France	Aucune disparité régionale dans la réglementation du système. La densité de médecins varie d'une région à l'autre et à l'intérieur d'une même région.	Le système public d'assurance-maladie couvre environ 75 % des dépenses totales de santé. Sur les 25 % restants, une moitié est couverte par les paiements restant à la charge des patients et l'autre par les compagnies privées d'assurance-maladie qui proposent aux groupes ou aux particuliers des polices d'assurance-maladie complémentaire. Environ 85 % de la population bénéficie de cette couverture. En janvier 2000, une assurance complémentaire publique sous conditions de ressources, la Couverture maladie universelle (CMU) a été mise en place pour garantir l'accès aux soins de santé des plus défavorisés (environ 10 % de la population). Cette assurance couvre l'ensemble des participations aux frais du secteur public et rembourse les lunettes et prothèses dentaires (pour les bénéficiaires de la CMU, les soins sont essentiellement gratuits).
Grèce	Très grandes disparités entre régions urbaines et régions rurales ; en milieu rural, les soins de première ligne sont assurés par des médecins salariés dans des centres de santé, tandis qu'en milieu urbain ils sont dispensés dans les services de consultations externes des hôpitaux par des médecins rémunérés à l'acte. La réforme opérée en 2000 vise à créer des autorités régionales de santé et à étendre aux zones urbaines les centres de soins de première ligne. En théorie, il existe un service national de santé mais dans la pratique les droits, l'accès et le financement varient très largement d'une caisse d'assurance-maladie professionnelle à l'autre.	40 % des dépenses de santé sont du domaine privé et ces dépenses sont pour 95 % à la charge des patients. Le marché de l'assurance privée varie ; il est généralement sous-développé et se limite aux grandes villes.
Hongrie	Différences régionales dans l'accès aux soins de santé du fait d'une concentration des spécialistes et de la capacité hospitalière dans la capitale. La caisse d'assurance-maladie prend en charge les coûts de déplacement jusqu'au prestataire de soins.	Moins de 1 % de la population n'est pas assurée ; un très faible pourcentage de la population a une assurance complémentaire privée.
Irlande	La planification des services de santé est confiée à des régions régionales.	44 % de la population adhère à un régime facultatif d'assurance-maladie ; l'assurance de santé privée finance la participation aux frais et les soins privés ; on peut avoir accès à des soins privés dans les hôpitaux publics.
Italie	Le service national de santé est extrêmement décentralisé. Il appartient aux gouvernements régionaux de réaliser les objectifs imposés par les plans nationaux de santé. Ce sont les régions qui assurent l'acheminement des avantages sociaux jusqu'à la population à travers un réseau d'organismes de soins de santé (services sanitaires locaux) et d'hôpitaux publics et privés accrédités. Chaque région planifie les activités de soins de santé et organise l'offre en fonction des besoins de la population. Il leur incombe, en outre, de garantir la qualité, le caractère approprié et l'efficacité des services fournis. Le service national de santé est financé par des taxes nationales et régionales mais le rôle de la fiscalité générale n'est que complémentaire. Le principal impôt est une taxe régionale sur les activités de production.	5 à 10 % de la population ont une assurance complémentaire privée qui couvre notamment les services non inclus dans l'ensemble des prestations sociales du service national de santé.
Mexique	Le Mexique souffre de disparités socio-économiques régionales considérables. Le ministère de la Santé encourage et soutient financièrement des programmes compensatoires en faveur des régions les plus pauvres du pays, en particulier des régions du Sud qui comptent une forte proportion de populations indiennes.	Moins de 3 % de la population totale a une assurance privée. La quasi totalité des entreprises qui offrent ce type de prestations sociales et de santé sont des entreprises nationales. Les coûts de l'assurance médicale privée sont en général bien supérieurs.

Tableau 3.A1.2. Différences régionales et caractéristiques des régimes privés d'assurance (suite)

	Différences régionales	Régimes privés d'assurance
Norvège	La proportion de généralistes pour 1 000 habitants est plus importante dans les petites municipalités (zones rurales). Les spécialistes sont, dans une large mesure, implantés en milieu urbain.	Certains employeurs offrent une assurance-maladie complémentaire privée.
Pays-Bas	Les ressources affectées aux soins de santé sont allouées sur une base régionale, en fonction des besoins.	Moins de 1 % de la population n'est pas assurée ; environ un tiers de la population a une assurance privée (pas de double protection).
Portugal	Quelque 2 000 centres de santé semblent assurer une répartition équitable des soins dispensés par les généralistes (mais les ressources humaines ne sont pas uniformément réparties et les zones rurales tendent à manquer de personnel de santé, principalement de médecins et d'infirmières). Inégalités géographiques dans la répartition des spécialistes (certaines régions n'offrent pas de services spécialisés). Les grands hôpitaux sont inégalement répartis ; les cinq régions jouissent d'un degré d'autonomie élevé. Les centres de santé sont financés par les agences régionales de santé. L'allocation des fonds aux agences régionales repose essentiellement sur des données historiques et sur le principe de la capitation (pondérée en fonction du sexe, de l'âge et des besoins). Les budgets des hôpitaux sont établis sur la base de valeurs historiques. Depuis 1998, ils sont établis pour partie sur la base de paiements par pathologie.	Les médecins qui pratiquent une médecine de ville doivent être rémunérés directement par les patients. 10 % de la population a une assurance privée (la plupart du temps, une assurance de groupe fournie par l'employeur). Assurance privée est synonyme de double protection dans la mesure où le service national de santé est universel.
Royaume-Uni	Les ressources sont réparties suivant la formule de la capitation dans un souci d'équité ; il existe de grandes disparités géographiques pour ce qui est des soins privés et des différences nationales en termes d'unités de ressources (entre l'Angleterre, l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande du Nord).	Environ 10 % de la population a souscrit une assurance privée (double protection) ; les programmes d'avantages sociaux des employeurs expliquent eux aussi la croissance de ce type d'assurance.
Suède	Disparité entre les 25 conseils de comté.	Il existe une couverture par une assurance privée mais elle est relativement peu importante (environ 1 %). Les salariés peuvent également se faire rembourser leurs dépenses de santé par leur employeur mais tous les avantages indirects sont imposables.
Suisse	Il existe des différences importantes entre les cantons, pour ce qui est de la densité de médecins (en particulier de spécialistes) et du nombre de lits d'hôpitaux, que reflètent les différences de prime de l'assurance-maladie de base.	Les patients souscrivent une assurance complémentaire privée pour pouvoir choisir librement le médecin principal à l'hôpital public, pour accéder aux hôpitaux privés et avoir plus de confort (chambre à un ou deux lits).

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.3. **Disponibilité des variables d'utilisation dans le Panel des ménages de la Communauté européenne et les autres enquêtes**

	Visites chez un généraliste		Visites chez un spécialiste		Visites chez un médecin		Nuits d'hôpital		Visites chez le dentiste	
	Tot.	Prob.	Tot.	Prob.	Tot.	Prob.	Tot.	Prob.	Tot.	Prob.
Australie	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Autriche	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Belgique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Canada	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Danemark	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Finlande	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
France	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Allemagne (SOEP)	Non	Non	Non	Non	Oui ^a	Oui ^a	Oui	Oui	Non	Non
Allemagne (PMCE) §	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Grèce	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Hongrie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Irlande	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Italie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Mexique	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Pays-Bas	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Norvège	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Portugal	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Espagne	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Suède ^a	Non	Non	Non	Non	Oui ^a	Oui ^a	Oui	Oui	Non	Oui
Suisse	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Royaume-Uni (BHPS)	Oui ^b	Oui	Oui ^b	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Royaume-Uni (PMCE) §	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
États-Unis	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

a) Pour l'Allemagne et la Suède, la période de référence pour le nombre total de visites chez le médecin est de 3 mois.

b) Pour le Royaume-Uni (BHPS), le nombre total de visites chez un généraliste et le nombre total de visites chez un spécialiste sont présentés comme des variables catégorielles.

§ Pour les comparaisons, certaines analyses ont été effectuées à l'aide des données du PMCE de 1996 pour l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.4. **Questions relatives à l'état de santé**

PMCE et autres enquêtes

Enquête	État de santé autodéclaré	Question sur la santé et les limitations de l'activité
Europe PMCE	Comment évaluez-vous votre état de santé actuel ? (Très bon, bon, passable, mauvais, très mauvais)	Êtes-vous gêné dans vos activités quotidiennes par un problème de santé, une maladie ou une incapacité physique ou mentale ? (Oui, sérieusement; oui, dans une certaine mesure; non)
Australie Australian National Health Survey	De façon générale, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise ? Non spécifié.	
Canada ESCC	De façon générale, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise ?	Vos problèmes de santé ont-ils un impact sur vos activités à la maison, au travail ou à l'école, dans d'autres domaines ? (Quelquefois, souvent, jamais)
France EPAS-ESPS	Pourriez-vous noter votre état de santé sur une échelle de 0 à 10 (0 = très mauvais, 10 = excellent) ? Cinq catégories dérivées de ces résultats.	Votre mobilité est-elle réduite ? (Non, je me sens handicapé mais je n'ai pas besoin d'aide ; je peux marcher avec une canne ou un autre appareil ; je peux me déplacer avec l'aide de quelqu'un ; je ne peux pas sortir de mon lit.) Avez-vous habituellement des difficultés à vous laver? (Oui/non : je peux me laver seul ou avec l'aide de quelqu'un.) Avez-vous des douleurs fréquentes ? (Non/oui: douleur faible, forte ou très forte)
Allemagne Panel socio-économique	Êtes-vous satisfait de votre état de santé ? Notez-vous sur une échelle de 0 à 10 : 0 = nullement satisfait et 10 = totalement satisfait. Cinq catégories ont été dérivées de ces résultats.	Aucune limitation de l'activité.
Hongrie OLEF	De façon générale, comment jugez-vous votre état de santé ? (Très bon, bon, passable, mauvais, très mauvais)	Êtes-vous gêné dans vos activités quotidiennes (travail, courses, sports) par des problèmes de santé, des blessures ou une maladie ? (Oui/non/je ne peux pas vous répondre/je ne veux pas vous répondre)
Mexique Enquête nationale sur la santé	De façon générale, comment jugez-vous votre état de santé ? (Très bon, bon, passable, mauvais, très mauvais)	Êtes-vous gêné dans vos activités quotidiennes par un problème de santé, une maladie ou une incapacité physique ou mentale ? (Oui/non)
Norvège Enquête sur le niveau de vie norvégien	De façon générale, comment jugez-vous votre état de santé ? (Très bon, bon, ni bon ni mauvais, mauvais, très mauvais)	Cinq questions concernant la dépression, l'anxiété, le sentiment de désespoir et la nervosité. Choix de réponses : très gêné, relativement gêné, un peu gêné et nullement gêné. Variable de limitation sérieuse de l'activité liée à la santé = 1 si, pour au moins deux des cinq questions, le répondant se déclare très gêné, 0 dans les autres cas. Variable de limitation de l'activité liée à la santé = 1 si, pour au moins deux des cinq questions, le répondant se déclare un peu ou relativement gêné, 0 dans les autres cas.
Suède Enquête ULF	Comment évaluez-vous votre état de santé actuel ? (Très bon, bon, passable, mauvais, très mauvais)	Deux questions portaient sur la capacité fonctionnelle. La première demandait aux personnes interrogées si elles pouvaient courir sur une courte distance (par exemple 100 mètres) lorsqu'elles étaient pressées, et la seconde, si elles pouvaient monter des escaliers sans difficulté. Les réponses à ces deux questions permettent de classer les répondants en trois catégories selon leur capacité fonctionnelle: 1) les personnes capables de courir sur une courte distance et de monter des escaliers sans difficulté (aucune limitation de leur capacité fonctionnelle) ; 2) les personnes incapables de courir sur une courte distance mais pouvant monter des escaliers sans difficulté (une certaine limitation de leur capacité fonctionnelle) ; 3) les personnes incapables de courir sur une courte distance et de monter des escaliers sans difficulté (sérieuse limitation de leur capacité fonctionnelle).

Tableau 3.A1.4. **Questions relatives à l'état de santé (suite)**

PMCE et autres enquêtes

Enquête	État de santé autodéclaré	Question sur la santé et les limitations de l'activité
Suisse Enquête nationale sur la santé	Comment évaluez-vous votre état de santé actuel ? (Très bon, bon, passable, mauvais, très mauvais) Est-il meilleur, identique ou plus mauvais que d'ordinaire ?	Êtes-vous gêné dans vos activités quotidiennes par un problème de santé physique ou mentale qui dure depuis plus d'un an ? (Oui, non.) Une deuxième variable indicatrice consiste à savoir si un individu a été traité pour une de ses diverses affections chroniques au cours des douze derniers mois.
Royaume-Uni BHPS	Comment a été votre état de santé sur les 12 derniers mois ? (Excellent, bon, passable, mauvais, très mauvais)	Votre état de santé limite-t-il d'une quelconque façon vos activités quotidiennes par rapport à la plupart des personnes de votre âge ? (oui, non)
États-Unis Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)	De façon générale, par rapport aux autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est : excellente/très bonne/bonne/passable/mauvaise.	Combinaison de questions visant à déterminer si le répondant est limité d'une quelconque façon dans sa capacité à exercer un emploi, à accomplir les tâches ménagères ou à aller à l'école par une incapacité physique ou mentale (oui/non).

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.5. Informations utilisées concernant le revenu, la situation au regard de l'activité et le niveau d'instruction

Enquête	Revenu	Situation au regard de l'activité	Niveau d'instruction
Europe PMCE	Revenu disponible (c.-à-d. après impôt) du ménage par équivalent adulte (échelle OCDE modifiée). Inclut les revenus du travail (salarié et indépendant), les revenus privés (placements, revenus immobiliers et transferts privés au ménage), les retraites et autres transferts sociaux directs reçus. Il n'a pas été tenu compte des transferts sociaux indirects (remboursement des dépenses de santé, par exemple), non plus que des revenus en nature et du loyer théorique pour un logement occupé par son propriétaire.	Situation au regard de l'activité principale, définie par l'intéressé. Sept catégories : <ul style="list-style-type: none"> • Salarié. • Inactif. • Femme/homme au foyer. • Retraité. • Chômeur. • Étudiant. • Travailleur indépendant. 	Trois catégories : <ul style="list-style-type: none"> • enseignement tertiaire ; • enseignement secondaire du deuxième degré ; • niveau inférieur à un enseignement secondaire du deuxième degré.
Australie Australian national health survey	Revenu personnel annuel brut total (+18) ; déciles de revenu équivalent (revenu équivalent – échelle OCDE – de l'unité de revenu à laquelle appartient la personne).	Quatre catégories : salarié ; personne travaillant à son compte ou assistante-familiale ; chômeur ; personne n'appartenant pas à la population active.	Trois catégories : qualification postscolaire, enseignement secondaire et niveau inférieur à un enseignement secondaire du deuxième degré.
Canada ESCC	Variations catégorielles uniquement. Les revenus ont été classés en 5 catégories établies sur la base du revenu total du ménage et du nombre de personnes composant le ménage. 1) < 10 000 USD si 1 à 4 personnes ; < 15 000 USD si 5 personnes et plus. 2) 10 000 à 14 999 USD si 1 ou 2 personnes ; 10 000 à 19 999 USD si 3 ou 4 personnes ; 15 000 à 29 999 USD si 5 personnes et plus. 3) 15 000 à 29 999 USD si 1 ou 2 personnes ; 20 000 à 39 999 USD si 3 ou 4 personnes ; 30 000 à 59 999 USD si 5 personnes et plus. 4) 30 000 à 59 999 USD si 1 ou 2 personnes ; 40 000 à 79 999 USD si 3 ou 4 personnes ; 60 000 à 79 999 USD si 5 personnes et plus ; 5) > 60 000 USD si 1 ou 2 personnes ; > 80 000 USD si 3 personnes et plus.	Différentes variables décrivent la situation des répondants au regard de l'activité. Six catégories sont dérivées : <ul style="list-style-type: none"> • Salarié. • Travailleur indépendant. • Inactif. • Retraité. • Étudiant. • Chômeur. 	Trois catégories : <ul style="list-style-type: none"> • enseignement de niveau tertiaire ; • enseignement secondaire du deuxième degré ; • niveau inférieur à un enseignement secondaire du deuxième degré.
France EPAS-ESPS	Revenu, généralement net de la plupart des cotisations sociales mais pas de l'IRPP revenu car celui-ci n'est pas collecté à la source. Calcul du revenu par équivalent adulte.	Six catégories : <ul style="list-style-type: none"> • Salarié. • Inactif. • Femme/homme au foyer. • Retraité. • Chômeur. • Étudiant. 	Trois catégories : <ul style="list-style-type: none"> • enseignement tertiaire ; • enseignement secondaire ; • inférieur à un enseignement secondaire.

Tableau 3.A1.5. Informations utilisées concernant le revenu, la situation au regard de l'activité et le niveau d'instruction (suite)

Enquête	Revenu	Situation au regard de l'activité	Niveau d'instruction
Allemagne Panel socio-économique		Établie à partir du calendrier mensuel dans le panel socio-économique pour l'activité principale : travailleur à plein-temps ; travailleur à temps partiel ; apprenti ; chômeur ; retraité ; en congé de maternité ; étudiant ; service militaire ou civil ; femme/homme au foyer ; autres.	a) école • Abitur diplôme sanctionnant la fin de la scolarité (13 ans.) • Realschule (10 ans), • Hauptschule ou moins (9 ans) b) diplôme de fin d'enseignement/formation professionnelle: • formation professionnelle ; • université.
Hongrie OLEF	Revenu disponible (c.-à-d. après impôt) du ménage par équivalent adulte. Aucun détail sur la composition du revenu.	Situation au regard de l'activité principale : salarié ; inactif ; femme/homme au foyer ; retraité ; chômeur ; étudiant ; travailleur indépendant.	Six catégories de réponses regroupées en trois grandes catégories : primaire, secondaire, universitaire
Mexique Enquête nationale sur la santé	Revenu disponible (c.-à-d. après impôt) du ménage par adulte. Inclut les revenus du travail (salarié et indépendant), les revenus privés (placements, revenus immobiliers et transferts privés au ménage), les retraites et autres transferts sociaux directs reçus. La période de référence est la dernière semaine.	Situation au regard de l'activité principale, définie par l'intéressé : emploi rémunéré ; apprentissage rémunéré ; formation dans le cadre de programmes spéciaux ; travail indépendant ; travail non rémunéré au sein d'une entreprise familiale ; études ou formation ; chômeur ; retraité ; femme/homme au foyer ; service militaire ou d'intérêt général ; autres personnes n'ayant aucune activité économique ; personnes effectuant moins de 15 heures de travail.	Diplôme (de fin d'études) de l'enseignement général ou de l'enseignement supérieur. (Attestation d'enseignement tertiaire ; enseignement secondaire du deuxième degré ; niveau inférieur à un enseignement secondaire du deuxième degré ; encore à l'école.)
Norvège Enquête sur le niveau de vie	Revenu de l'individu et du ménage avant et après impôt (par équivalent adulte). Inclut les revenus du travail (salarié et indépendant), les revenus privés (placements, revenus immobiliers et transferts privés au ménage), les retraites et autres transferts sociaux directs reçus. Il n'a pas été tenu compte du loyer théorique pour un logement occupé par son propriétaire.	Situation au regard de l'activité principale, définie par l'intéressé : • Salarié. • Inactif. • Retraité. • Chômeur. • Étudiant. • Travailleur indépendant.	Trois catégories : • enseignement supérieur ; • enseignement secondaire ; • enseignement primaire.
Suède Enquête ULF	Revenu disponible (c.-à-d. après impôt) du ménage par équivalent adulte (échelle OCDE modifiée). Inclut les revenus du travail (salarié et indépendant), les revenus privés (placements, revenus immobiliers et transferts privés au ménage), les retraites et autres transferts sociaux directs reçus. Il n'a pas été tenu compte des transferts sociaux indirects (remboursement des dépenses de santé, par exemple), non plus que des revenus en nature et du loyer théorique pour un logement occupé par son propriétaire.	Situation au regard de l'activité principale, définie par l'intéressé. Sept catégories : • Salarié. • Inactif. • Femme/homme au foyer. • Retraité. • Chômeur. • Étudiant. • Travailleur indépendant.	Quatre catégories : • enseignement universitaire ; • enseignement secondaire (> 2 ans) ; • enseignement secondaire, cycle court (<= 2 ans) ; • enseignement primaire.

Tableau 3.A1.5. Informations utilisées concernant le revenu, la situation au regard de l'activité et le niveau d'instruction (suite)

Enquête	Revenu	Situation au regard de l'activité	Niveau d'instruction
Suisse Enquête nationale sur la santé	Revenu net (c.-à-d. avant impôt et cotisations d'assurance-maladie mais après cotisations aux caisses de sécurité sociale et cotisations obligatoires aux caisses de retraite) du ménage et revenu mensuel net équivalent du ménage. Inclut les revenus du travail, les retraites et autres transferts sociaux directs reçus. On ne dispose pas des revenus sur le capital (placements et revenus immobiliers).	Sept catégories : <ul style="list-style-type: none"> • Employé. • Inactif. • Femme/homme au foyer. • Retraité. • Chômeur. • Étudiant. • Travailleur indépendant. 	Niveau le plus élevé de l'enseignement général ou de l'enseignement supérieur complété (variable catégorielle).
Royaume-Uni (BHPS)	Revenu brut annuel du ménage. Revenu mensuel brut et revenu net du travail. Revenus annuels ne provenant pas du travail.	Activité économique actuelle : travailleur indépendant ; salarié ; chômeur ; retraité ; en congé de maternité ; personne ayant des responsabilités familiales ; encore scolarisé ; handicapé ; en formation ; autres.	Plus haute qualification académique : Higher degree ; 1st degree ; HND, HNC, Teaching ; A level ; O level ; CSE ; aucun de ces niveaux.
États-Unis Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)	Le revenu du ménage avant impôt a été ajusté pour obtenir un revenu net du ménage au moyen du modèle NBER TAXSIM. Par équivalent adulte à l'aide de l'échelle de l'OCDE.	Situation au regard de l'activité principale définie par l'intéressé : emploi rémunéré ; apprentissage rémunéré ; formation dans le cadre de programmes spéciaux ; travail indépendant ; travail non rémunéré au sein d'une entreprise familiale ; études ou formation ; chômeur ; retraité ; travaux domestiques, garde et soins des enfants ou d'autres personnes ; service militaire ou d'intérêt général ; autres personnes n'ayant aucune activité économique.	Niveau le plus élevé de l'enseignement général ou de l'enseignement supérieur complété. (Attestation d'enseignement tertiaire ; enseignement secondaire du deuxième degré ; niveau inférieur à un enseignement secondaire du deuxième degré ; encore scolarisé.)

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.6. **Données des enquêtes sur la région de résidence et l'assurance-maladie**

Enquête	Informations régionales	Assurance-maladie
Europe PMCE	Région dans laquelle le ménage se trouve actuellement (agrégats NUTS) : Autriche : Westosterreich, Ostosterreich, Sudosterreich. Belgique : Bruxelles, Wallonie, Flandre. Finlande : Uusimaa, Etela-Suomi, Ita-Suomi, Vali-suomi, Pohjois-Suomi. Grèce : Voreia Ellada, Krentriki Ellada, Attiki, Nisia Aigaiou-Kriti. Irlande : Dublin, reste de l'Irlande. Italie : Nord-Est, Nord-Ouest, Lombardie, Emilie-Romagne, Centre, Latium, Abruzzes-Molise, Campanie, Sud, Sicile, Sardaigne. Portugal : Nord, Centre, Lisbonne et Vallée du Tage, Alentejo, Algarve, Açores, Madère. Espagne : Madrid, Nord-Ouest, Nord-Est, Centre, Est, Sud, îles Canaries. Pour la Finlande, la Grèce, l'Irlande et le Portugal, il a été possible de distinguer les régions par leur degré d'urbanisation (zones à forte densité de population, zones intermédiaires et zones à faible densité de population). Pour le Danemark, les villages ont été distingués des villes petites ou moyennes et des grandes villes.	Aucune. La seule exception à signaler est l'Irlande, pour laquelle nous avons obtenu des informations complémentaires sur la situation au regard de l'assurance privée et de la « medical card ». Pour 27 % des personnes n'ayant pas répondu, nous avons créé une variable indicatrice pour la valeur manquante (ins1 et mcard1).
Australie Australian national health survey	Une distinction a été établie entre les grandes villes et le reste de l'Australie.	Couverture actuelle par une assurance-maladie privée.
Canada ESCC	11 provinces et territoires : Terre-Neuve et Labrador ; île du Prince-Édouard ; Nouvelle-Écosse ; Nouveau-Brunswick ; Québec ; Ontario ; Manitoba ; Saskatchewan ; Alberta ; Colombie-Britannique ; territoires du Yukon/du Nord-Ouest/du Nunavut.	Aucune.
France EPAS-ESPS	La France compte 22 régions regroupées en 8 « super régions » utilisées ici. La région de référence est la région Ile de France qui inclut la capitale, Paris. Les autres régions sont : le Nord de Paris, le Nord, l'Ouest, le Sud-Ouest, le Centre-Est et la région Méditerranée.	Assurance complémentaire privée ; assurance complémentaire publique (CMU) ; aucune assurance. Les individus déclarent s'ils sont ou non dispensés de toute participation aux coûts parce qu'ils souffrent de pathologies chroniques coûtant fort cher.
Allemagne Panel socio-économique	16 régions : Berlin ; Schleswig – Holstein ; Hambourg ; Basse-Saxe ; Brême ; Rhénanie-du-Nord-Westphalie ; Hesse ; Rhénanie- Palatinat, Sarre ; Bade-Wurtemberg Bavière ; Berlin (Est) ; Mecklenburg-Vorpommern ; Brandebourg ; Saxe-Anhalt ; Thuringe ; Saxe.	– Un individu peut être assuré dans le privé (et ne pas relever du régime public) parce qu'il est travailleur indépendant, parce que ses revenus sont supérieurs au plafond de l'option de retrait ou parce qu'il est fonctionnaire (Beamter). – Tout bénéficiaire d'une assurance publique peut souscrire une assurance complémentaire pour avoir accès à des chambres individuelles à l'hôpital et être soigné par des médecins plus expérimentés. – Les fonctionnaires allemands et les personnes à leur charge ne travaillant pas bénéficient d'une assurance privée mais il leur suffit de s'assurer à hauteur de 50 %, les 50 % restants étant pris en charge par l'État.

Tableau 3.A1.6. **Données des enquêtes sur la région de résidence et l'assurance-maladie (suite)**

Enquête	Informations régionales	Assurance-maladie
Hongrie OLEF	Sept grandes régions : région 1 « Ny-Dun », Ouest-Dunantul ; région 2 « Del-Dun », Sud-Dunantul ; région 3 « Koz-Dun », Dunantul central ; région 4 « Koz-Mo », Hongrie centrale ; région 5 « Esz-Mo », Nord de la Hongrie ; région 6 « Esz-Alf », Nord-Alföld ; région 7 « Del-Alf », Sud-Alföld. « Dunantul » désigne l'ensemble de la région située à l'Ouest du Danube. « Alföld » est une vaste région de plaine situé à l'Est- Sud-Est de la Hongrie.	Aucune.
Mexique Enquête nationale sur la santé	Six catégories : 1) le District fédéral (zone métropolitaine de Mexico) ; 2) le Nord ; 3) l'Ouest ; 4) le Centre ; 5) le Sud ; 6) l'Est. Inclut également une variable indicatrice de zone urbaine (15 000 habitants ou plus).	Variable établissant si les personnes ont accès aux services médicaux auprès de : 1) l'Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS) ; 2) l'Institut de sécurité sociale et de services des travailleurs de l'Etat (ISSSTE) ; 3) un autre organisme de sécurité sociale ; 4) une caisse privée d'assurance-maladie.
Norvège Enquête sur le niveau de vie	Six régions : le Nord ; le Centre, l'Ouest ; le Sud-Ouest ; le Sud-Est ; la capitale et la région environnante.	Aucune.
Suède Enquête ULF	21 comtés : Stockholm, Uppsala, Södermanland, Östergötland, Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge, Skåne, Halland, Västra Götaland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Gävleborgs, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten, Norrbotten.	Aucune.
Suisse Enquête nationale sur la santé	Sept régions : lac de Genève (cantons de Vaud, du Valais et de Genève) ; Mittelland (cantons de Berne, Fribourg, Soleure, Neuchâtel, Jura) ; Nord-Ouest de la Suisse (cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne, d'Argovie) ; Zurich (canton de Zurich) ; Est de la Suisse (cantons de Glaris, Schaffhouse, Appenzell-Rhodes-Extérieures, Appenzell-Rhodes-Intérieures, Saint-Gall, Grisons, Thurgovie) ; Suisse centrale (cantons de Lucerne, Uri, Schwyz, Unterwald-le-Bas, Unterwald-le-Haut, Zoug) ; canton du Tessin.	Type d'assurance obligatoire de base choisi (assurance avec franchise minimum de 230 francs suisses, OSSI, régime d'assurance avec bonus, etc.). Assurance complémentaire facultative (appelée semi-privée et privée) ? Aides publiques à l'assurance-maladie obligatoire ? (oui, non)
Royaume-Uni (BHPS)	Dix régions : Southeast ; Southwest ; East Anglia ; East Midlands ; West Midlands ; Northwest ; Yorkshire ; North ; le pays de Galles et l'Écosse.	Êtes-vous couvert par une assurance-maladie privée, personnellement ou par le biais d'un autre membre de votre famille ? (oui, personnellement ; oui, par le biais d'une autre personne ; non).
États-Unis Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)	Quatre grandes régions de recensement : le Nord-Est, le Middle West, le Sud et l'Ouest.	Informations obtenues à partir d'une série de questions détaillées sur la situation au regard de l'assurance. Indiquent si un individu bénéficiait ou non d'une assurance (privée ou publique) pendant l'année.

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.7. Répartitions par quintile (après standardisation des besoins), indices d'inégalité et d'iniquité de l'utilisation totale des services de médecins

	Taille de l'échantillon		Plus pauvres	2	3	4	Plus riches	Total	CI	HI
Australie	15 516	Total								
		Prob.	0.849	0.846	0.835	0.846	0.858	0.847	-0.014	0.003
Autriche	5 610	Total	6.620	6.077	6.407	6.586	7.350	6.608	-0.043	0.026
		Prob.	0.877	0.877	0.895	0.886	0.910	0.889	-0.002	0.006
Belgique	4 483	Total	7.458	7.208	6.841	6.313	6.539	6.872	-0.114	-0.031
		Prob.	0.894	0.869	0.908	0.883	0.902	0.891	-0.006	0.002
Canada	107 613	Total	4.342	4.470	4.252	4.342	4.417	4.355	-0.064	0.005
		Prob.	0.834	0.835	0.841	0.864	0.897	0.866	0.004	0.015
Danemark	3 787	Total	3.331	4.074	3.388	3.944	3.459	3.639	-0.073	0.005
		Prob.	0.784	0.748	0.755	0.777	0.771	0.767	-0.026	0.000
Finlande	5 587	Total	2.501	2.914	3.307	3.265	3.724	3.142	0.029	0.073
		Prob.	0.727	0.781	0.824	0.822	0.870	0.805	0.026	0.036
France	4 381	Total	6.567	6.994	7.186	7.086	7.318	7.030	-0.007	0.017
		Prob.	0.841	0.870	0.891	0.882	0.873	0.871	0.005	0.007
Allemagne	12 961	Total (3 m)	2.921	2.876	2.689	3.060	3.064	2.922	-0.017	0.010
		Prob.	0.688	0.707	0.693	0.718	0.718	0.705	-0.005	0.008
Grèce	8 983	Total	3.753	3.880	4.014	4.056	3.868	3.914	-0.114	0.007
		Prob.	0.627	0.615	0.633	0.646	0.629	0.630	-0.035	0.006
Hongrie	4 404	Total	6.925	7.534	8.587	7.899	6.684	7.525	-0.073	0.003
		Prob.	0.750	0.765	0.781	0.803	0.750	0.770	-0.007	0.006
Irlande	4 601	Total	4.343	4.018	3.903	3.767	3.521	3.911	-0.137	-0.032
		Prob.	0.715	0.718	0.693	0.703	0.770	0.720	-0.020	0.010
Italie	14 155	Total	6.116	6.361	6.204	6.158	6.303	6.228	-0.030	0.004
		Prob.	0.810	0.814	0.837	0.835	0.852	0.830	0.008	0.010
Mexique	Total									
Pays-Bas	8 706	Total	4.737	5.002	4.402	4.604	4.449	4.639	-0.080	-0.017
		Prob.	0.739	0.749	0.738	0.759	0.773	0.751	-0.003	0.009
Norvège	3 709	Total	3.655	4.136	3.781	3.763	4.073	3.882	-0.048	0.009
		Prob.	0.736	0.782	0.761	0.782	0.788	0.770	-0.003	0.011
Portugal	10 276	Total	3.976	4.307	4.720	5.002	5.431	4.687	-0.011	0.068
		Prob.	0.714	0.763	0.793	0.805	0.856	0.786	0.011	0.033
Espagne	12 182	Total	5.117	5.011	4.929	5.124	4.756	4.988	-0.086	-0.012
		Prob.	0.779	0.774	0.757	0.783	0.796	0.778	-0.008	0.006
Suède	5 054	Total (3 m)	0.812	0.738	0.902	0.867	0.982	0.860	0.012	0.042
		Prob.	0.388	0.366	0.417	0.411	0.418	0.400	-0.003	0.026
Suisse	13 692	Total	3.441	3.304	3.367	3.309	3.269	3.338	-0.044	-0.008
		Prob.	0.753	0.757	0.766	0.768	0.758	0.760	-0.005	0.002
Royaume-Uni ^a	13 712	Total	5.788	5.684	5.340	5.149	5.126	5.417		
		Prob.	0.787	0.791	0.787	0.786	0.801	0.790	-0.019	0.003
États-Unis	16 557	Total	2.982	3.412	3.671	3.836	4.223	3.655	-0.020	0.068
		Prob.	0.618	0.629	0.690	0.703	0.757	0.683	0.023	0.044

Note : Indices CI et HI significatifs en gras ($P < 0.05$).

Total = moyenne des 12 derniers mois.

Prob. = proportion d'utilisation positive au cours des 12 derniers mois.

a) Les chiffres du Royaume-Uni ont été obtenus en additionnant les taux estimés de visites chez un généraliste et chez un spécialiste.

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.8. Répartitions par quintile (après standardisation des besoins), indices d'inégalité et d'iniqité de l'utilisation des services de généralistes

	Taille de l'échantillon		Plus pauvres	2	3	4	Plus riches	Total	CI	HI
Australie	15 516	Total								
		Prob.								
Autriche	5 610	Total	4.884	4.159	4.294	4.358	4.805	4.501	-0.073	0.001
		Prob.	0.843	0.830	0.826	0.800	0.841	0.828	-0.014	-0.005
Belgique	4 483	Total	5.745	5.469	4.964	4.528	4.468	5.035	-0.144	-0.057
		Prob.	0.861	0.845	0.887	0.848	0.843	0.857	-0.013	-0.004
Canada	107 613	Total	3.469	3.605	3.304	3.237	3.162	3.265	-0.089	-0.016
		Prob.	0.738	0.757	0.764	0.786	0.813	0.786	0.001	0.016
Danemark	3 787	Total	2.579	3.113	2.548	2.572	2.411	2.645	-0.104	-0.028
		Prob.	0.762	0.727	0.715	0.743	0.751	0.739	-0.031	-0.002
Finlande	5 587	Total	1.928	2.018	2.264	2.206	2.381	2.159	<i>-0.008</i>	0.045
		Prob.	0.651	0.672	0.739	0.745	0.754	0.712	<i>0.013</i>	0.034
France	4 381	Total	4.597	4.884	5.020	4.651	4.665	4.764	-0.027	-0.005
		Prob.	0.777	0.816	0.829	0.824	0.808	0.811	0.003	0.006
Allemagne (96)	8 392	Total	4.978	5.564	5.377	5.252	4.491	5.131	-0.075	<i>-0.021</i>
		Prob.	0.781	0.788	0.797	0.769	0.737	0.774	-0.018	-0.011
Grèce	8 983	Total	2.375	2.046	2.142	2.067	1.932	2.113	-0.148	-0.033
		Prob.	0.565	0.532	0.539	0.538	0.488	0.532	-0.066	-0.023
Hongrie	4 404	Total	4.849	4.950	5.934	5.191	3.992	4.987	-0.101	<i>-0.024</i>
		Prob.	0.677	0.703	0.712	0.735	0.659	0.697	-0.018	0.002
Irlande	4 601	Total	3.985	3.419	3.402	3.057	2.776	3.329	-0.161	-0.061
		Prob.	0.708	0.711	0.686	0.685	0.750	0.708	-0.025	0.006
Italie	14 155	Total	5.102	5.079	4.891	4.609	4.573	4.851	-0.059	-0.026
		Prob.	0.796	0.793	0.816	0.804	0.816	0.805	0.003	<i>0.005</i>
Mexique	153 865	Total								
		Prob.								
Pays-Bas	8 706	Total	3.180	3.196	2.680	2.817	2.710	2.917	-0.098	-0.038
		Prob.	0.700	0.710	0.696	0.723	0.717	0.709	-0.007	0.006
Norvège	3 709	Total	2.871	3.284	2.999	3.022	2.906	3.016	-0.066	-0.006
		Prob.	0.702	0.753	0.731	0.746	0.738	0.734	-0.009	0.007
Portugal	10 276	Total	3.120	3.361	3.334	3.355	3.274	3.289	-0.074	0.008
		Prob.	0.671	0.730	0.745	0.758	0.758	0.732	-0.003	0.021
Espagne	12 182	Total	3.760	3.569	3.508	3.406	2.915	3.432	-0.114	-0.047
		Prob.	0.740	0.726	0.710	0.722	0.679	0.716	-0.027	-0.014
Suède	5 054	Total								
		Prob.								
Suisse	13 692	Total	2.208	2.184	2.187	2.165	1.956	2.140	-0.062	<i>-0.024</i>
		Prob.	0.562	0.586	0.588	0.591	0.581	0.582	-0.005	0.008
Royaume-Uni	13 712	Total	4.351	4.196	3.859	3.678	3.564	3.930	-0.119	-0.042
		Prob.	0.754	0.763	0.753	0.747	0.763	0.756	-0.023	0.001
États-Unis	16 557	Total								
		Prob.								

Note : Indices CI et HI significatifs en gras ($P < 0.05$).

Total = moyenne des 12 derniers mois.

Prob. = proportion d'utilisation positive au cours des 12 derniers mois.

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.9. Répartitions par quintile (après standardisation des besoins), indices d'inégalité et d'iniquité de l'utilisation des services de spécialistes

	Taille de l'échantillon		Plus pauvres	2	3	4	Plus riches	Total	CI	HI
Australie	Total									
	15 516	Prob.								
Autriche	Total		1.736	1.918	2.113	2.228	2.545	2.108	0.021	0.078
	5 610	Prob.	0.591	0.590	0.641	0.645	0.707	0.635	0.023	0.039
Belgique	Total		1.713	1.739	1.876	1.785	2.072	1.837	-0.031	0.038
	4 483	Prob.	0.454	0.466	0.514	0.517	0.586	0.507	<i>0.017</i>	0.052
Canada	Total		1.098	1.088	1.160	1.309	1.450	1.295	-0.015	0.054
	107 613	Prob.	0.494	0.474	0.494	0.541	0.598	0.541	0.013	0.044
Danemark	Total		0.752	0.961	0.840	1.372	1.049	0.994	0.009	0.093
	3 787	Prob.	0.279	0.292	0.288	0.335	0.330	0.305	-0.030	0.041
Finlande	Total		0.574	0.896	1.043	1.059	1.344	0.983	0.110	0.136
	5 587	Prob.	0.263	0.365	0.427	0.396	0.531	0.396	0.105	0.118
France	Total		1.969	2.110	2.166	2.435	2.653	2.266	0.037	0.063
	4 381	Prob.	0.527	0.575	0.617	0.641	0.654	0.603	0.034	0.045
Allemagne (96)	Total		2.599	3.481	3.632	3.254	3.719	3.335	-0.003	0.045
	8 392	Prob.	0.536	0.584	0.598	0.607	0.648	0.595	0.019	0.034
Grèce	Total		1.379	1.835	1.872	1.989	1.935	1.802	-0.074	0.055
	8 983	Prob.	0.367	0.416	0.435	0.465	0.464	0.429	-0.018	0.049
Hongrie	Total		2.077	2.584	2.654	2.707	2.692	2.538	-0.019	0.055
	4 404	Prob.	0.452	0.448	0.492	0.522	0.535	0.490	0.014	0.044
Irlande	Total		0.358	0.600	0.501	0.710	0.744	0.582	0.005	0.129
	4 601	Prob.	0.153	0.212	0.202	0.247	0.263	0.215	0.014	0.102
Italie	Total		1.015	1.282	1.313	1.549	1.730	1.378	0.072	0.112
	14 155	Prob.	0.338	0.406	0.438	0.467	0.537	0.437	0.071	0.087
Mexique	Total									
	153 865	Prob.								
Pays-Bas	Total		1.558	1.806	1.723	1.787	1.739	1.722	-0.051	0.019
	8 706	Prob.	0.369	0.379	0.383	0.388	0.407	0.385	-0.011	0.018
Norvège	Total		0.784	0.852	0.783	0.741	1.1668	0.865	0.015	0.063
	3 709	Prob.	0.267	0.295	0.296	0.324	0.348	0.306	0.019	0.055
Portugal	Total		0.856	0.945	1.386	1.647	2.156	1.398	0.140	0.208
	10 276	Prob.	0.291	0.372	0.404	0.463	0.576	0.421	0.086	0.130
Espagne	Total		1.357	1.442	1.420	1.718	1.842	1.556	-0.026	0.066
	12 182	Prob.	0.400	0.430	0.430	0.473	0.534	0.453	0.022	0.061
Suède	Total									
	5 054	Prob.								
Suisse	Total		1.174	1.396	1.440	1.497	1.724	1.446	0.051	0.074
	13 692	Prob.	0.397	0.434	0.437	0.497	0.489	0.450	0.034	0.047
Royaume-Uni	Total		1.437	1.488	1.481	1.470	1.562	1.487	-0.062	<i>0.017</i>
	13 712	Prob.	0.399	0.395	0.399	0.414	0.410	0.403	-0.038	<i>0.011</i>
États-Unis	Total									
	16 557	Prob.								

Note : Indices CI et HI significatifs en gras ($P < 0.05$).

Total = moyenne des 12 derniers mois.

Prob. = proportion d'utilisation positive au cours des 12 derniers mois.

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.10. Répartitions par quintile (après standardisation des besoins), indices d'inégalité et d'iniquité de l'utilisation des soins hospitaliers

	Taille de l'échantillon		Plus pauvres	2	3	4	Plus riches	Total	CI	HI
Australie	15 516	Total								
		Prob.	0.147	0.156	0.138	0.116	0.125	0.136	-0.113	-0.049
Autriche	5 610	Total	2.047	1.800	1.805	2.284	2.304	2.048	-0.097	0.041
		Prob.	0.142	0.134	0.137	0.123	0.164	0.140	-0.055	0.019
Belgique	4 483	Total	1.369	1.280	1.141	1.207	1.079	1.215	-0.222	-0.048
		Prob.	0.111	0.105	0.127	0.095	0.095	0.107	-0.141	-0.034
Canada	107 613	Total	0.704	0.740	0.603	0.475	0.480	0.533	-0.256	-0.078
		Prob.	0.100	0.101	0.087	0.080	0.075	0.082	-0.150	-0.051
Danemark	3 787	Total	1.636	0.633	0.676	0.717	1.054	0.943	-0.205	-0.093
		Prob.	0.100	0.097	0.080	0.096	0.095	0.094	-0.081	-0.011
Finlande	5 587	Total	0.791	1.649	1.266	0.896	0.827	1.086	-0.170	-0.047
		Prob.	0.112	0.142	0.129	0.104	0.118	0.121	-0.053	-0.016
France	4 381	Total	0.794	0.933	1.398	0.867	1.039	1.006	-0.019	0.035
		Prob.	0.090	0.099	0.092	0.091	0.096	0.094	-0.037	0.000
Allemagne	12 961	Total	2.053	1.878	2.522	2.333	1.376	2.032	-0.059	-0.029
		Prob.	0.132	0.129	0.130	0.120	0.113	0.125	-0.064	-0.033
Grèce	8 983	Total	0.733	0.646	0.544	0.665	0.692	0.656	-0.230	0.003
		Prob.	0.056	0.046	0.041	0.056	0.062	0.052	-0.137	0.040
Hongrie	4 404	Total	2.817	2.568	2.750	2.147	2.138	2.485	-0.160	-0.052
		Prob.	0.139	0.146	0.166	0.154	0.158	0.152	-0.047	0.025
Irlande	4 601	Total	1.477	1.180	1.313	1.528	1.059	1.311	-0.261	-0.033
		Prob.	0.075	0.103	0.097	0.122	0.097	0.099	-0.081	<i>0.053</i>
Italie	14 155	Total	0.777	1.097	1.184	1.214	0.881	1.031	-0.036	0.033
		Prob.	0.061	0.074	0.079	0.078	0.071	0.073	-0.024	0.028
Mexique	153 865	Total	0.125	0.138	0.181	0.164	0.187	0.159	0.036	0.078
		Prob.	0.031	0.032	0.041	0.039	0.039	0.037	0.039	0.052
Pays-Bas	8 706	Total	0.825	1.037	0.596	0.888	0.690	0.807	-0.158	-0.040
		Prob.	0.079	0.073	0.074	0.073	0.065	0.073	-0.085	-0.021
Norvège	3 709	Total								
		Prob.								
Portugal	10 276	Total	0.732	0.540	0.582	0.592	0.749	0.639	-0.192	0.004
		Prob.	0.045	0.050	0.063	0.056	0.085	0.060	-0.016	0.113
Espagne	12 182	Total	1.118	0.668	0.745	1.043	1.024	0.920	-0.168	0.025
		Prob.	0.073	0.062	0.076	0.084	0.076	0.074	-0.076	0.033
Suède	5 054	Total	0.714	1.201	0.915	0.946	0.906	0.932	-0.122	-0.006
		Prob.	0.079	0.105	0.103	0.095	0.102	0.096	-0.045	0.035
Suisse	13 692	Total	1.158	1.309	1.185	0.974	0.880	1.101	-0.128	<i>-0.063</i>
		Prob.	0.142	0.129	0.134	0.112	0.099	0.123	-0.093	-0.065
Royaume-Uni	13 712	Total	0.907	0.930	1.156	0.992	0.893	0.975	-0.181	0.013
		Prob.	0.095	0.119	0.109	0.111	0.102	0.107	-0.093	0.013
États-Unis	16 557	Total	0.510	0.616	0.583	0.545	0.482	0.546	-0.252	-0.017
		Prob.	0.088	0.079	0.087	0.075	0.072	0.080	-0.167	-0.038

Note : Indices CI et HI significatifs en gras ($P < 0.05$).

Total = Nombre moyen de nuits d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois.

Prob. = proportion d'au moins une nuit d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois.

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.11. Répartitions par quintile (après standardisation des besoins), indices d'inégalité et d'iniquité de l'utilisation des soins dentaires

	Taille de l'échantillon		Plus pauvres	2	3	4	Plus riches	Total	CI	HI
Australie	15 516	Total								
		Prob.	0.361	0.409	0.428	0.493	0.533	0.446	0.087	0.079
Autriche	5 610	Total	1.161	1.414	1.269	1.568	1.612	1.404	0.079	0.063
		Prob.	0.545	0.616	0.655	0.633	0.727	0.635	0.064	0.050
Belgique	4 483	Total	1.153	1.385	1.459	1.476	1.381	1.371	0.048	0.030
		Prob.	0.456	0.570	0.605	0.667	0.651	0.590	0.084	0.068
Canada	107 613	Total	0.820	0.756	0.912	1.214	1.540	1.200	0.131	0.126
		Prob.	0.434	0.386	0.467	0.612	0.746	0.598	0.119	0.113
Danemark	3 787	Total	1.408	1.849	1.865	1.916	1.945	1.796	0.072	0.049
		Prob.	0.705	0.797	0.832	0.884	0.898	0.823	0.063	0.046
Finlande	5 587	Total	0.927	1.188	1.351	1.442	1.638	1.309	0.121	0.103
		Prob.	0.366	0.469	0.583	0.598	0.674	0.538	0.127	0.114
France	4 381	Total	1.519	1.588	1.771	1.796	2.036	1.742	0.075	0.062
		Prob.	0.332	0.371	0.372	0.392	0.428	0.379	0.066	0.053
Allemagne	12 961	Total								
Grèce	8 983	Prob.								
		Total	0.509	0.630	0.680	0.705	0.857	0.676	0.104	0.095
Hongrie	4 404	Prob.	0.181	0.230	0.260	0.287	0.307	0.253	0.118	0.100
		Total	0.738	0.992	0.980	1.072	1.395	1.032	0.139	0.122
Irlande	4 601	Prob.	0.274	0.333	0.333	0.398	0.485	0.364	0.142	0.118
		Total	0.509	0.685	0.625	0.807	0.987	0.722	0.161	0.130
Italie	14 155	Prob.	0.266	0.335	0.322	0.401	0.532	0.371	0.163	0.140
		Total	0.835	1.063	1.143	1.247	1.463	1.150	0.108	0.105
Mexique	153 865	Total								
Pays-Bas	8 706	Prob.								
		Total	1.536	1.646	1.677	1.901	1.854	1.723	0.044	0.042
Norvège	3 709	Prob.	0.712	0.758	0.777	0.816	0.844	0.781	0.033	0.034
		Total								
Portugal	10 276	Prob.								
		Total	0.580	0.705	0.795	0.888	1.530	0.899	0.216	0.196
Espagne	12 182	Prob.	0.220	0.244	0.292	0.355	0.569	0.336	0.216	0.200
		Total	0.522	0.678	0.632	0.811	1.046	0.738	0.149	0.137
Suède	5 054	Prob.	0.228	0.282	0.275	0.373	0.453	0.322	0.152	0.143
		Total								
Suisse	11 265	Prob.	0.679	0.591	0.697	0.690	0.754	0.683	0.054	0.028
		Total	1.363	1.580	1.721	1.745	1.875	1.657	0.059	0.062
Royaume-Uni	13 712	Prob.	0.587	0.655	0.713	0.740	0.778	0.695	0.055	0.056
		Total								
États-Unis	16 557	Prob.	0.540	0.548	0.635	0.666	0.715	0.621	0.080	0.063
		Total	0.643	0.791	1.077	1.239	1.554	1.084	0.181	0.173
		Prob.	0.274	0.341	0.436	0.510	0.616	0.444	0.167	0.160
		Total								

Note : Indices CI et HI significatifs en gras ($P < 0.05$).

Total = moyenne des 12 derniers mois.

Prob. = proportion d'utilisation positive au cours des 12 derniers mois.

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.12a. Contributions à l'inégalité en matière de visites chez le médecin (nombre total)

	AUS	AUT	BEL	CAN	DNK	FIN	FRA	DEU	GRC	HUN	
CI		-0.0434	-0.1138	-0.0636	-0.0728	0.0286	-0.0067	-0.0170	-0.1141	-0.0734	
Besoin		-0.0690	-0.0079	-0.0685	-0.0777	-0.0446	-0.0239	-0.0269	-0.1212	-0.0767	
HI		0.0256	-0.0313	0.0049	0.0049	0.0733	0.0173	0.0099	0.0072	0.0033	
Revenu		0.0262	0.0017	0.0044	0.0390	0.0473	0.0002	0.0086	0.0039	0.0117	
Instruction		0.0061	-0.0023	0.0048	0.0018	-0.0073	-0.0007	0.0016	-0.0085	0.0257	
Situation au regard de l'activité		-0.0051	0.0012	-0.0092	-0.0314	0.0174	0.0102	-0.0262	-0.0162	-0.0531	
Région		-0.0005	-0.0003	0.0044		0.0039	-0.0037	0.0045	0.0182	0.0125	
Assurance							0.0232	0.0087			
CMU/Med Card							-0.0179				
Urbain					0.0003	0.0099			0.0132		
	IRL	ITA	MEX	NLD	NOR	PRT	ESP	SWE	CHE	GBR	USA
CI	-0.1367	-0.0304		-0.0803	-0.0477	-0.0106	-0.0863	0.0124	-0.0439		-0.0205
Besoin	-0.1045	-0.0345		-0.0631	-0.0573	-0.0785	-0.0746	-0.0297	-0.0357		-0.0882
HI	-0.0323	0.0041		-0.0172	0.0092	0.0679	-0.0118	0.0422	-0.0082		0.0677
Revenu	0.0086	0.0057		-0.0130	0.0046	0.0586	-0.0100	-0.0010	0.0112		0.0174
Instruction	0.0039	-0.0028		-0.0001	0.0257	0.0015	-0.0032	0.0022	0.0048		0.0226
Situation au regard de l'activité	-0.0322	-0.0019		-0.0036	-0.0531	-0.0064	-0.0149	0.0062	-0.0099		-0.0114
Région	-0.0049	0.0040		0.0000	0.0125	0.0093	0.0171	0.0034	-0.0009		0.0037
Assurance	0.0063								-0.0131		0.0200
CMU/Med Card	-0.0077										
Urbain	-0.0016					-0.0005					

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.12b. Contributions à l'inégalité en matière de visites chez le médecin (probabilité)

	AUS	AUT	BEL	CAN	DNK	FIN	FRA	ALL	GRC	HUN	
CI	-0.0136	-0.0019	-0.0058	0.0044	-0.0257	0.0261	0.0045	-0.0045	-0.0347	-0.0070	
Besoin	-0.0167	-0.0081	-0.0079	-0.0108	-0.0257	-0.0102	-0.0025	-0.0122	-0.0406	-0.0132	
HI	0.0030	0.0062	0.0021	0.0151	-0.0001	0.0363	0.0070	0.0077	0.0058	0.0062	
Revenu	-0.0025	0.0045	0.0017	0.0190	0.0026	0.0318	0.0004	0.0084	0.0110	0.0008	
Instruction	0.0010	-0.0003	-0.0023	0.0018	0.0036	-0.0007	-0.0014	0.0038	-0.0011	0.0107	
Situation au regard de l'activité	-0.0005	0.0014	0.0012	-0.0009	-0.0048	-0.0035	0.0022	-0.0094	-0.0046	-0.0099	
Région	0.0015	-0.0009	-0.0003	0.0000		0.0024	0.0005	-0.0001	-0.0014	0.0023	
Assurance	0.0030						0.093	-0.0017			
CMU/Med Card							-0.063				
Urbain					-0.0001	0.0026			0.0015		
	IRL	ITA	MEX	NLD	NOR	PRT	ESP	SWE	CHE	GBR	USA
CI	-0.0199	0.0085	0.0292	-0.0029	-0.0030	0.0110	-0.0079	-0.0030	-0.0054	-0.0190	0.0233
Besoin	-0.0296	-0.0020	-0.0129	-0.0117	-0.0087	-0.0224	-0.0181	-0.0292	-0.0076	-0.0217	-0.0204
HI	0.0098	0.0104	0.0421	0.0089	0.0109	0.0333	0.0055	0.0263	0.0023	0.0028	0.0438
Revenu	0.0119	0.0027	0.0049	0.0051	0.0063	0.0231	0.0000	0.0121	0.0063	0.0033	0.0111
Instruction	0.0010	0.0012	0.0185	-0.0001	0.0107	0.0065	0.0005	0.0046	0.0010	0.0021	0.0108
Situation au regard de l'activité	-0.0098	0.0021	0.0064	0.0012	-0.0099	-0.0006	-0.0042	0.0006	0.0001	-0.0051	-0.0038
Région	-0.0017	0.0033	0.0029	0.0000	0.0023	0.0021	-0.0042	0.0032	-0.0007	-0.0003	0.0002
Assurance	0.0048								-0.0035	0.0007	0.0148
CMU/Med Card	0.0014										
Urbain	0.0004		0.0053			0.0029					

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.13a. Contributions à l'inégalité en matière de visites chez un généraliste (nombre total)

	AUS	AUT	BEL	CAN	DNK	FIN	FRA	DEU	GRC	HUN	
CI		-0.0734	-0.1439	-0.0895	-0.1037	-0.0082	-0.0275		-0.1484	-0.1007	
Besoin		-0.0744	-0.0873	-0.0732	-0.0754	-0.0530	-0.0227		-0.1150	-0.0775	
HI		0.0010	-0.0566	-0.0162	-0.0283	0.0448	-0.0047		-0.0335	-0.0236	
Revenu		0.0137	-0.0147	-0.0161	0.0246	0.0241	-0.0031		-0.0278	0.0022	
Instruction		-0.0003	-0.0169	0.0009	-0.0038	-0.0129	-0.0077		-0.0132	0.0120	
Situation au regard de l'activité		-0.0054	-0.0197	-0.0083	-0.0392	0.0256	0.0087		-0.0166	-0.0474	
Région		-0.0014	0.0011	0.0063		0.0068	-0.0073		0.0206	0.0042	
Assurance							0.0181				
CMU/Med Card							-0.0185				
Urbain					-0.0009	0.0025			0.0088		
	IRL	ITA	MEX	NLD	NOR	PRT	ESP	SWE	CHE	GBR	USA
CI	-0.1615	-0.0594		-0.0977	-0.0656	-0.0745	-0.1139		-0.0625	-0.1194	
Besoin	-0.1012	-0.0329		-0.0594	-0.0594	-0.0828	-0.0668		-0.0382	-0.0766	
HI	-0.0606	-0.0265		-0.0383	-0.0061	0.0083	-0.0470		-0.0243	-0.0424	
Revenu	-0.0051	-0.0099		-0.0303	-0.0100	0.0187	-0.0245		0.0070	-0.0055	
Instruction	-0.0010	-0.0070		-0.0005	-0.0076	-0.0097	-0.0087		0.0023	-0.0008	
Situation au regard de l'activité	-0.0304	-0.0018		-0.0018	0.0035	-0.0047	-0.0178		-0.0262	-0.0339	
Région	-0.0083	-0.0051			0.0020	0.0077	0.0101		0.0045	-0.0051	
Assurance	0.0023								0.0087	0.0004	
CMU/Med Card	-0.0107										
Urbain	-0.0013					-0.0030					

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.13b. Contributions à l'inégalité en matière de visites chez un généraliste (probabilité)

Variable indicatrice	AUS	AUT	BEL	CAN	DNK	FIN	FRA	DEU	GRC	HUN	
CI		-0.0140	-0.0128	0.0011	-0.0307	0.0126	0.0029		-0.0664	-0.0177	
Besoin		-0.0090	-0.0873	-0.0148	-0.0292	-0.0218	-0.0030		-0.0436	-0.0199	
HI		-0.0050	-0.0039	0.0159	-0.0015	0.0344	0.0059		-0.0227	0.0020	
Revenu		-0.0003	-0.0147	0.0133	0.0002	0.0227	0.0012		-0.0066	0.0044	
Instruction		-0.0028	0.0045	0.0017	0.0030	-0.0037	-0.0050		-0.0081	0.0087	
Situation au regard de l'activité		0.0011	0.0065	-0.0016	-0.0032	0.0069	0.0027		-0.0069	-0.0136	
Région		-0.0011	0.0026	0.0020		0.0022	-0.0010		0.0023	0.0010	
Assurance							0.0120				
CMU/Med Card							-0.0082				
Urbain					-0.0002	0.0019			-0.0017		
Variable indicatrice	IRL	ITA	MEX	NLD	NOR	PRT	ESP	SWE	CHE	GBR	USA
CI	-0.0252	0.0030		-0.0070	-0.0087	-0.0033	-0.0274		-0.0052	-0.0231	
Besoin	-0.0310	-0.0021		-0.0127	-0.0156	-0.0244	-0.0137		-0.0129	-0.0236	
HI	0.0058	0.0051		0.0057	0.0068	0.0210	-0.0137		0.0077	0.0006	
Revenu	0.0104	0.0002		0.0026	0.0029	0.0147	-0.0041		0.0133	-0.0004	
Instruction	-0.0001	0.0001		-0.0003	-0.0012	-0.0004	-0.0041		0.0028	0.0036	
Situation au regard de l'activité	-0.0076	0.0025		0.0015	-0.0009	0.0006	-0.0034		0.0026	-0.0051	
Région	-0.0018	0.0014			0.0007	0.0049	0.0010		-0.0029	-0.0001	
Assurance	0.0024								-0.0034	0.0006	
CMU/Med Card	0.0007										
Urbain	0.0005					0.0030					

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.14a. Contributions à l'inégalité en matière de visites chez un spécialiste (nombre total)

	AUS	AUT	BEL	CAN	DNK	FIN	FRA	DEU	GRC	HUN	
CI		0.0206	-0.0313	-0.0150	0.0093	0.1096	0.0369		-0.0737	-0.0194	
Besoin		-0.0575	-0.0693	-0.0687	-0.0838	-0.0262	-0.0263		-0.1285	-0.0752	
HI		0.0781	0.0381	0.0537	0.0931	0.1358	0.0633		0.0548	0.0555	
Revenu		0.0529	0.0292	0.0528	0.0774	0.0981	0.0072		0.0411	0.0305	
Instruction		0.0198	0.0214	0.0157	0.0169	0.0048	0.0140		-0.0031	0.0527	
Situation au regard de l'activité		-0.0045	-0.0105	-0.0145	-0.0105	-0.0007	0.0134		-0.0157	-0.0643	
Région		0.0046	-0.0010	0.0003		-0.0025	0.0038		0.0154	0.0287	
Assurance							0.0337				
CMU/Med Card							-0.0166				
Urbain					0.0034	0.0261			0.0184		
	IRL	ITA	MEX	NLD	NOR	PRT	ESP	SWE	CHE	GBR	USA
CI	0.0050	0.0716		-0.0508	0.0147	0.1398	-0.0256		0.0514	-0.0623	
Besoin	-0.1235	-0.0403		-0.0693	-0.0481	-0.0683	-0.0917		-0.0226	-0.0792	
HI	0.1293	0.1118		0.0186	0.0628	0.2081	0.0661		0.0741	0.0171	
Revenu	0.0867	0.0608		0.0164	0.0556	0.1525	0.0221		0.0584	0.0322	
Instruction	0.0317	0.0119		0.0007	0.0145	0.0278	0.0089		0.0268	-0.0001	
Situation au regard de l'activité	-0.0425	-0.0023		-0.0067	-0.0327	-0.0103	-0.0084		-0.0036	-0.0333	
Région	0.0146	0.0362			0.0157	0.0129	0.0327		-0.0004	0.0006	
Assurance	0.0296								-0.0029	0.0067	
CMU/Med Card	0.0096										
Urbain	-0.0031					0.0055					

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.14b. Contributions à l'inégalité en matière de visites chez un spécialiste (probabilité)

	AUS	AUT	BEL	CAN	DNK	FIN	FRA	DEU	GRC	HUN	
CI		0.0227	0.0175	0.0134	-0.0298	0.1053	0.0336		-0.0184	0.0136	
Besoin		-0.0165	-0.0342	-0.0307	-0.0706	-0.0130	-0.0116		-0.0672	-0.0303	
HI		0.0392	0.0517	0.0441	0.0409	0.1183	0.0454		0.0488	0.0437	
Revenu		0.0271	0.0135	0.0427	0.0337	0.0827	0.0175		0.0456	0.0109	
Instruction		0.0104	0.0234	0.0062	0.0154	0.0130	0.0043		0.0036	0.0332	
Situation au regard de l'activité		-0.0048	0.0038	-0.0029	-0.0099	0.0011	0.0073		-0.0059	-0.0159	
Région		0.0000	-0.0025	-0.0018		0.0067	0.0047		-0.0027	0.0097	
Assurance							0.0150				
CMU/Med Card							-0.0126				
Urbain					0.0003	0.0105			0.0050		
	IRL	ITA	MEX	NLD	NOR	PRT	ESP	SWE	CHE	GBR	USA
CI	0.0140	0.0712		-0.0113	0.0192	0.0858	0.0221		0.0340	-0.0381	
Besoin	-0.0874	-0.0160		-0.0290	-0.0359	-0.0442	-0.0387		-0.0135	-0.0492	
HI	0.1022	0.0872		0.0176	0.0551	0.1299	0.0608		0.0475	0.0112	
Revenu	0.0498	0.0502		0.0172	0.0302	0.0844	0.0360		0.0315	0.0153	
Instruction	0.0306	0.0096		0.0002	0.0141	0.0257	0.0092		0.0124	0.0050	
Situation au regard de l'activité	-0.0291	0.0001		-0.0035	0.0036	-0.0026	-0.0043		0.0006	-0.0173	
Région	0.0012	0.0210			0.0036	0.0020	0.0136		0.0003	0.0010	
Assurance	0.0277								0.0037	0.0038	
CMU/Med Card	0.0218										
Urbain	0.0033					0.0110					

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.15a. **Contributions à l'inégalité en matière d'utilisation des soins hospitaliers (nombre total)**

	AUS	AUT	BEL	CAN	DNK	FIN	FRA	DEU	GRC	HUN	
CI		-0.0971	-0.2215	-0.2563	-0.2046	-0.1704	-0.0193	-0.0587	-0.2303	-0.1596	
Besoin		-0.1377	-0.1740	-0.1784	-0.1121	-0.1231	-0.0541	-0.0297	-0.2331	-0.1081	
HI		0.0406	-0.0475	-0.0779	-0.0925	-0.0473	0.0348	-0.0290	0.0028	-0.0518	
Revenu		0.0297	0.0709	-0.0341	0.0328	-0.0165	0.0697	0.0348	-0.0048	-0.0084	
Instruction		0.0209	-0.0467	0.0024	0.0321	-0.0043	-0.0196	-0.0225	-0.0018	0.0215	
Situation au regard de l'activité		-0.0129	-0.0654	-0.0326	-0.1878	-0.0097	-0.0212	-0.0455	-0.0009	-0.0977	
Région		-0.0084	0.0047	-0.0107		0.0182	-0.0094	-0.0059	0.0118	0.0239	
Assurance							-0.0195	-0.0078			
CMU/Med Card							0.0262				
Urbain					0.0018	-0.0011			0.0131		
	IRL	ITA	MEX	NLD	NOR	PRT	ESP	SWE	CHE	GBR	USA
CI	-0.2606	-0.0362	0.0359	-0.1577		-0.1923	-0.1680	-0.1224	-0.1277	-0.1813	-0.2519
Besoin	-0.2278	-0.0687	-0.0417	-0.1175		-0.1967	-0.1932	-0.1168	-0.0647	-0.1937	-0.2347
HI	-0.0330	0.0326	0.0776	-0.0401		0.0044	0.0252	-0.0056	-0.0630	0.0133	-0.0172
Revenu	0.0486	-0.0003	0.0277	-0.0368		-0.0403	-0.0403	-0.0062	0.0305	0.0338	-0.0541
Instruction	-0.0096	-0.0109	0.0076	-0.0008		0.0000	-0.0003	-0.0199	0.0005	0.0019	0.0127
Situation au regard de l'activité	-0.0941	-0.0138	-0.0105	-0.0235		0.0053	-0.0099	0.0254	-0.0524	-0.0221	-0.0330
Région	0.0008	0.0659	0.0025			0.0154	0.0449	-0.0305	-0.0081	-0.0046	-0.0005
Assurance	0.0305								-0.0150	-0.0033	0.0514
CMU/Med Card	0.0018										
Urbain	-0.0149		0.0455			0.0125					

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.15b. **Contributions à l'inégalité en matière d'utilisation des soins hospitaliers (probabilité)**

	AUS	AUT	BEL	CAN	DNK	FIN	FRA	DEU	GRC	HUN	
CI	-0.1130	-0.0552	-0.1414	-0.1502	-0.0805	-0.0528	-0.0372	-0.0639	-0.1374	-0.0469	
Besoin	-0.0644	-0.0740	-0.1070	-0.0997	-0.0695	-0.0373	-0.0370	-0.0307	-0.1768	-0.0727	
HI	-0.0486	0.0188	-0.0343	-0.0506	-0.0110	-0.0156	-0.0001	-0.0332	0.0395	0.0255	
Revenu	-0.0027	0.0272	-0.0124	-0.0216	0.0344	0.0212	-0.0228	-0.0108	0.0383	0.0379	
Instruction	0.0047	0.0113	-0.0025	0.0034	-0.0026	0.0132	-0.0034	-0.0057	0.0087	0.0251	
Situation au regard de l'activité	-0.0675	-0.0183	-0.0170	-0.0233	-0.0556	-0.0338	0.0081	-0.0298	-0.0024	-0.0480	
Région	-0.0060	-0.0023	0.0023	-0.0076		-0.0080	-0.0023	-0.0019	-0.0131	0.0095	
Assurance	0.0252						0.0056	0.0067			
CMU/Med Card							0.0037				
Urbain					0.0036	0.0016			-0.0031		
	IRL	ITA	MEX	NLD	NOR	PRT	ESP	SWE	CHE	GBR	USA
CI	-0.0805	-0.0235	0.0391	-0.0854		-0.0164	-0.0757	-0.0454	-0.0928	-0.0933	-0.1674
Besoin	-0.1329	-0.0519	-0.0131	-0.0642		-0.1296	-0.1088	-0.0803	-0.0282	-0.1061	-0.1291
HI	0.0530	0.0284	0.0522	-0.0212		0.1133	0.0331	0.0350	-0.0646	0.0133	-0.0383
Revenu	0.0301	0.0055	0.0139	-0.0109		0.0538	0.0164	0.0043	-0.0342	0.0229	-0.0182
Instruction	0.0174	-0.0112	0.0111	-0.0003		0.0077	-0.0012	-0.0039	0.0074	0.0008	0.0078
Situation au regard de l'activité	-0.0263	0.0017	-0.0154	-0.0074		0.0021	-0.0001	0.0156	-0.0189	-0.0149	-0.0127
Région	0.0440	0.0440	0.0116			0.0211	0.0170	-0.0076	0.0003	-0.0056	-0.0054
Assurance	0.0409								-0.0058	0.0075	-0.0053
CMU/Med Card	0.0006		0.0317								
Urbain	-0.0011					0.0092					

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.16a. Contributions à l'inégalité en matière de visites chez le dentiste (nombre total)

	AUS	AUT	BEL	CAN	DNK	FIN	FRA	DEU	GRC	HUN	
CI		0.0793	0.0480	0.1314	0.0719	0.1209	0.0750		0.1044	0.1391	
Besoin		0.0159	0.0153	0.0057	0.0226	0.0183	0.0129		0.0089	0.0168	
HI		0.0634	0.0302	0.1256	0.0492	0.1025	0.0621		0.0955	0.1222	
Revenu		0.0412	0.0262	0.1083	0.0346	0.0613	0.0473		0.0299	0.0637	
Hommes		-0.0048	-0.0017	-0.0044	-0.0021	-0.0040	-0.0014		-0.0025	0.0139	
Instruction		0.0123	0.0246	0.0081	0.0059	0.0269	0.0025		0.0467	0.0445	
Situation au regard de l'activité		0.0067	0.0120	0.0041	0.0051	0.0022	0.0029		0.0074	0.0004	
Région		0.0003	0.0009	0.0093	0.0000	0.0064	0.0072		0.0199	0.0130	
Assurance							0.0224				
CMU/Med Card							-0.0181				
Urbain					-0.0001	0.0029			-0.0086		
	IRL	ITA	MEX	NLD	NOR	PRT	ESP	SWE	CHE	GBR	USA
CI	0.1608	0.1075		0.0443		0.2156	0.1494		0.0591		0.1812
Besoin	0.0312	0.0023		0.0020		0.0194	0.0127		-0.0006		0.0079
HI	0.1300	0.1052		0.0423		0.1962	0.1368		0.0622		0.1733
Revenu	0.0977	0.0455		0.0297		0.1198	0.0844		0.0459		0.0553
Hommes	-0.0038	-0.0034		-0.0034		-0.0018	-0.0066		-0.0025		-0.0043
Instruction	0.0292	0.0143		-0.0001		0.0494	0.0227		0.0116		0.0609
Situation au regard de l'activité	-0.0023	0.0105		0.0034		0.0047	-0.0038		-0.0015		-0.0024
Région	0.0057	0.0384				0.0087	0.0104		0.0029		0.0047
Assurance	0.0249										
CMU/Med Card	-0.0089										
Urbain	-0.0104					0.0076					

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Tableau 3.A1.16b. Contributions à l'inégalité en matière de visites chez le dentiste (probabilité)

	AUS	AUT	BEL	CAN	DNK	FIN	FRA	DEU	GRC	HUN	
CI	0.0874	0.0645	0.0835	0.1188	0.0630	0.1270	0.0655		0.1177	0.1420	
Besoin	0.0085	0.0149	0.0011	0.0061	0.0168	0.0135	0.0129		0.0179	0.0239	
HI	0.0780	0.0496	0.0682	0.1127	0.0462	0.1136	0.0526		0.0998	0.1181	
Revenu	0.0367	0.0293	-0.0105	0.0929	0.0236	0.0688	0.0077		0.0372	0.0542	
Hommes	-0.0028	-0.0027	-0.0009	-0.0033	-0.0014	-0.0037	-0.0007		-0.0016	0.0225	
Instruction	0.0155	0.0138	-0.0064	0.0129	0.0100	0.0164	0.0012		0.0462	0.0442	
Situation au regard de l'activité	-0.0141	0.0040	-0.0152	0.0041	0.0085	0.0130	0.0016		0.0067	0.0024	
Région	0.0039	0.0002	-0.0006	0.0062		0.0034	0.0006		0.0029	0.0108	
Assurance	0.0365						0.0038				
CMU/Med Card							-0.0026				
Urbain					0.0005	0.0039			0.0023		
	IRL	ITA	MEX	NLD	NOR	PRT	ESP	SWE	CHE	GBR	USA
CI	0.1629	0.1209		0.0326		0.2158	0.1518	0.0544	0.0547	0.0797	0.1670
Besoin	0.0235	0.0028		-0.0016		0.0154	0.0083	0.0264	-0.0006	0.0180	0.0074
HI	0.1398	0.1181		0.0342		0.2005	0.1434	0.0280	0.0564	0.0629	0.1597
Revenu	0.0824	0.0617		0.0270		0.1099	0.0671	0.0033	0.0459	0.0401	0.0529
Hommes	-0.0021	-0.0017		-0.0015		-0.0017	-0.0048	-0.0009	-0.0025	-0.0034	-0.0039
Instruction	0.0385	0.0167		0.0005		0.0515	0.0433	0.0060	0.0116	0.0192	0.0556
Situation au regard de l'activité	-0.0034	0.0051		0.0025		0.0072	0.0049	-0.0089	-0.0015	-0.0011	-0.0006
Région	0.0054	0.0265				0.0046	0.0144	0.0020	0.0029	0.0003	0.0033
Assurance	0.0154									0.0078	
CMU/Med Card	-0.0006										
Urbain	0.0013					0.0169					

Source : Van Doorslaer, Masseria et al. pour l'OCDE.

Chapitre 4

Équilibrer l'offre et la demande de médecins et d'infirmières

par

Steven Simoens¹ et Jeremy Hurst,

Secrétariat de l'OCDE

Pour assurer la distribution de soins de santé satisfaisants en quantité et en qualité, il est nécessaire, entre autres, d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande de services de médecins et d'infirmières. Plusieurs pays de l'OCDE sont aujourd'hui confrontés à une pénurie de ces deux catégories de professionnels de la santé qui pourrait s'aggraver à moins que les mesures correctives nécessaires ne soient prises. Les migrations internationales peuvent palier à ces pénuries mais d'épineuses questions se posent lorsque ces migrations se traduisent par des flux nets durables de professionnels de pays pauvres où l'état de santé de la population est relativement faible, vers des pays riches où les habitants sont en bonne santé.

Les services fournis par les médecins et les infirmières dépendent de leur productivité, ainsi que de leurs effectifs. S'agissant des médecins, il y a de bonnes raisons de penser que les modes de rémunération liés à l'activité permettront d'accroître la productivité, mais on en sait peu sur les effets qui peuvent en découler pour la qualité des soins. La création de systèmes de rémunération des médecins consistant à rétribuer directement la qualité des services retient de plus en plus l'attention. En ce qui concerne les infirmières, on peut constater que leurs conditions de travail et le niveau de leurs effectifs influent de façon déterminante sur leur productivité.

Une étude des changements apportés à la répartition des fonctions entre médecins et infirmières aux États-Unis et au Royaume-Uni, montre que les infirmières peuvent dispenser des soins qui sont équivalents à ceux qu'assurent les médecins, et qui ont la préférence des malades, lorsqu'elles accomplissent certains actes médicaux sur des patients souffrant d'une affection déjà diagnostiquée. Dans le même temps, le rapport global infirmières/médecins varie sensiblement entre les pays de l'OCDE.

1. Introduction²

Pour dispenser des soins de santé, il est nécessaire de disposer d'un personnel bien formé et motivé, suffisamment nombreux et doté de l'éventail de compétences requis pour pouvoir offrir des services sûrs et efficaces, et ce de façon efficiente et à un coût abordable. Ce chapitre est essentiellement consacré à la demande et à l'offre de services de deux catégories essentielles de professionnels de la santé, à savoir les médecins et les infirmières. De manière générale, il n'est pas facile de déterminer quel est le nombre approprié de médecins et d'infirmières dans un pays. Les pays de l'OCDE ont fait des choix différents en matière de formation et de recrutement des médecins et des infirmières, choix qui leur ont été inspirés par des visions différentes des effectifs nécessaires dans ces professions. Jusqu'ici, peu d'enquêtes ont été effectuées au niveau international sur les conséquences de ces disparités. Cependant, alors que quelques pays, ou régions de ces pays, enregistrent des excédents de médecins et d'infirmières, il est beaucoup plus courant d'observer des indices de pénuries résultant pour partie d'une augmentation de la demande. Face à cette situation, de nombreux pays de l'OCDE cherchent à accroître le nombre et la productivité de leurs personnels de santé. L'objectif de ce rapport est, pour partie, de comparer les différentes politiques pouvant être mises en œuvre pour équilibrer efficacement l'offre et la demande.

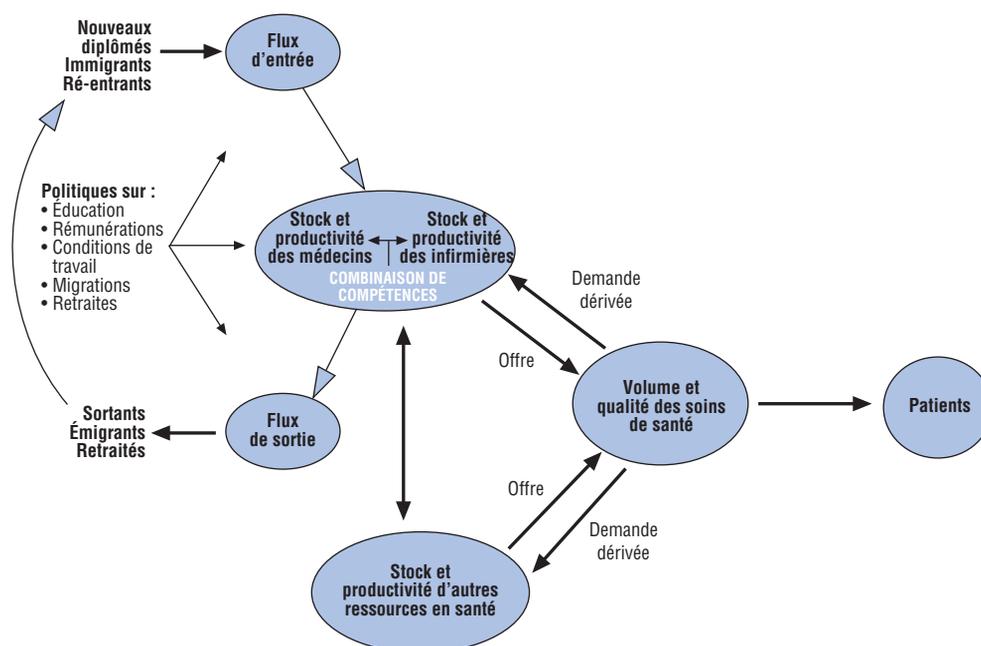
Ce chapitre est organisé comme suit. La section 2 propose un cadre d'analyse des emplois de santé dans les pays de l'OCDE en distinguant la demande et l'offre de services de médecins et d'infirmières, en indiquant comment, en principe, les niveaux d'équilibre de l'offre et de la demande peuvent différer d'un pays à l'autre et en distinguant deux concepts différents de pénurie et d'excédent de personnels de santé. La section 3 considère les variations des niveaux d'emploi et cherche à établir si l'on peut identifier les implications de ces variations en termes de coûts et de résultats sanitaires. Les indices de pénuries et d'excédents de personnels de santé et les facteurs qui affectent les pénuries et les excédents futurs sont examinés à la section 4. Cet examen est suivi (section 5) d'une discussion du rapport coût-efficacité des différentes politiques mises en œuvre pour équilibrer l'offre et la demande, notamment des méthodes de formation et de recrutement, des niveaux et des modes de rémunération et des conditions de travail. La dernière section présente, en conclusion, quelques remarques sur la constitution d'effectifs de personnel de santé répondant à la demande de services médicaux.

2. Demande et offre d'emplois dans le domaine de la santé dans les pays de l'OCDE

Le graphique 4.1 présente un diagramme montrant comment les services des médecins et des infirmières peuvent contribuer à la production de soins de santé³. Le volume et la qualité des soins de santé sont déterminés par l'offre (nombre et productivité) de médecins et d'infirmières, conjuguée à d'autres ressources telles que les autres personnels de santé, les produits pharmaceutiques, les équipements, le nombre de lits, etc.

Il existe une demande correspondante pour les services des médecins et des infirmières (et pour les services d'autres ressources de soins de santé) dérivée de la demande de soins de santé elle-même⁴. Pour une année donnée, les effectifs de médecins et d'infirmières augmentent du fait de l'arrivée sur le marché des nouveaux diplômés et des migrations de médecins et d'infirmières et ils diminuent du fait des personnes quittant la profession pour cause d'émigration, d'évolution de carrière ou de départ à la retraite. Le graphique suggère que les décideurs et managers peuvent s'appuyer sur tout un éventail d'instruments, notamment sur les méthodes d'enseignement et de recrutement, les niveaux et les modes de rémunération et les politiques affectant les conditions de service, pour constituer des effectifs de personnels de santé correspondant à la demande dérivée.

Graphique 4.1. **Diagramme de la production de soins de santé**



Source : OCDE.

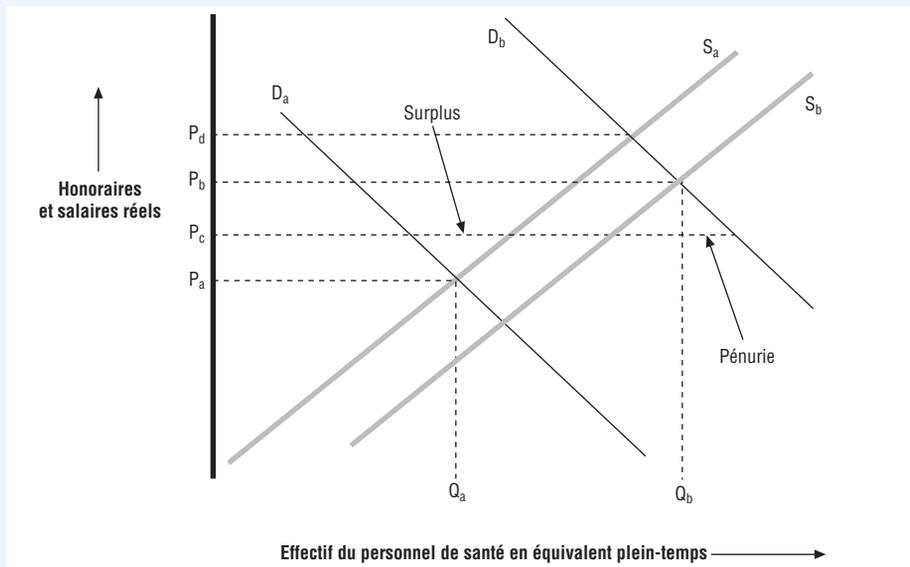
La densité des personnels de santé (c'est-à-dire le nombre de personnels par million d'habitants) variera d'un pays de l'OCDE à l'autre si la demande pour ces personnels varie d'un pays à l'autre et si l'offre varie en conséquence. Les variations de la part des dépenses de santé dans le PIB sont parmi les facteurs qui donnent à penser que la demande variera d'un pays à l'autre. Le degré de contrôle exercé sur les niveaux d'entrée dans les professions de médecins et d'infirmières ou au contraire le degré de liberté laissé aux forces du marché est l'un des facteurs qui donnent à penser que l'offre variera d'un pays à l'autre. À tout moment, des pénuries et des excédents de personnels de santé peuvent se produire si les salaires ou les honoraires sont fixés à un niveau ne permettant pas d'équilibrer l'offre et la demande. En outre, des pénuries et des excédents peuvent se produire si des changements et des décalages affectent la demande (ou l'offre) avant que l'offre (ou la demande) puisse réagir (voir encadré 4.1).

Il ne faut pas confondre ce concept microéconomique de pénuries et d'excédents énoncé ci-dessus avec l'idée que les densités de médecins et d'infirmières peuvent ne pas

Encadré 4.1. Définition économique des pénuries et des excédents de personnels de santé

Le graphique 4.2 ci-dessous présente un modèle standard de demande et d'offre dans lequel la demande de personnels de santé diminue et l'offre augmente lorsque la rémunération réelle progresse. En fonction, par exemple, de leurs niveaux de dépenses de santé et de leurs accords institutionnels, deux pays, A et B, peuvent avoir des schémas différents de demande et d'offre de personnels de santé : D_a et D_b et S_a et S_b , respectivement. Si tel est le cas, ils auront des niveaux différents (Q_a et Q_b , respectivement) d'équilibre de l'emploi des personnels de santé.

Graphique 4.2. Demande dérivée et offre de personnels de santé



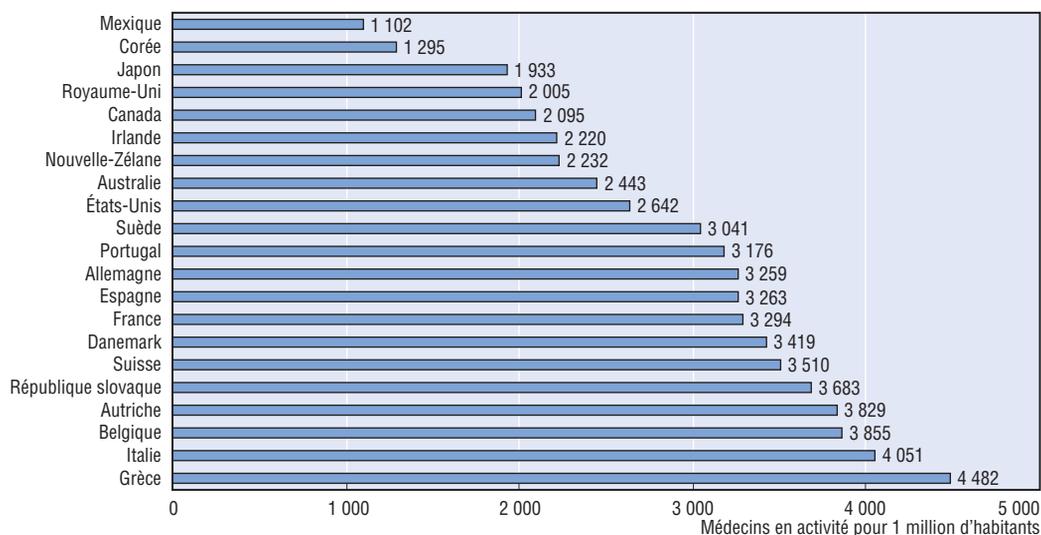
Source : OCDE.

Dans chacun de ces pays, l'équilibre entre l'offre et la demande serait atteint si les honoraires et les salaires étaient fixés respectivement à P_a et P_b . Mais si, dans un pur souci d'illustration, les honoraires et les salaires réels dans les deux pays étaient fixés depuis de nombreuses années à un niveau intermédiaire, P_c , il est probable que le pays A aurait développé un excédent de personnels de santé et que le pays B aurait développé une pénurie. Dans la pratique, la pénurie de personnels de santé constitue probablement la situation la plus courante si, par exemple, la demande de soins de santé s'est accrue au fil des ans et si les acheteurs publics dominants de soins de santé ont fait usage du pouvoir que leur conférait un marché monopsonne lors de la fixation des honoraires et des salaires dans chacun des pays. La figure 2 pourrait alors être interprétée comme dépeignant une progression de la demande (de D_a à D_b) dans un seul pays, l'usage du pouvoir conféré par un marché monopsonne limitant la hausse des salaires à P_c , soit en-dessous du nouveau niveau P_d nécessaire pour que l'offre soit égale à la demande.

correspondre à une « norme » ou une donnée de référence préétablie. La donnée de référence pourrait être un ratio infirmières/patient minimum ou un objectif de nombre de médecins par tête dans les zones rurales et reculées, par rapport auquel seront ensuite définies les zones en situation de pénurie et celles en situation d'excédent. De telles normes ont été proposées dans un grand nombre de pays, dont l'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis⁵. En effet, ces normes donnent à penser que la demande de médecins et d'infirmières devrait être fixée à un niveau différent de celui qui prévaut au niveau national ou local et que l'on devrait autoriser (ou encourager) une offre correspondante.

En fait, les niveaux signalés d'emplois de médecins et d'infirmières par million d'habitants varient grandement d'un pays de l'OCDE à l'autre (voir graphiques 4.3 et 4.4). En 2000, il y avait plus de 3.5 médecins pour 1 000 habitants en Autriche, en Belgique, en Grèce, en Italie, en République slovaque et en Suisse et moins de deux médecins pour 1 000 habitants en Corée, au Japon et au Mexique. Pour la densité d'infirmières, on observait en 2000 une disparité plus grande, avec plus de dix infirmières pour 1 000 habitants en Irlande, en Australie et en Suisse et moins de cinq infirmières pour 1 000 habitants en Espagne, au Portugal, en Corée et au Mexique. Certaines de ces différences sont incontestablement dues à la normalisation incomplète des données d'un pays à l'autre mais globalement elles semblent trop importantes pour être dues uniquement à des différences de définition et de couverture.

Graphique 4.3. **Densité de médecins, 2000**



Notes : Les données pour le Mexique et le Royaume-Uni ne comprennent pas les médecins du secteur privé.

Les données pour la Grèce comptent certains médecins au chômage.

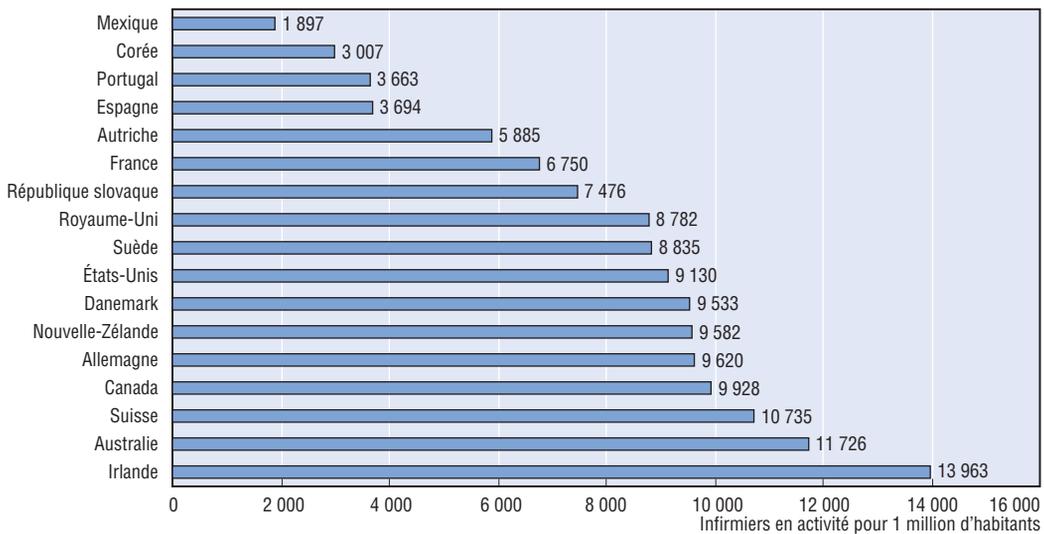
L'Irlande communique le nombre de médecins autorisés à exercer plutôt que celui de médecins en activité.

Le nombre de médecins en Corée comprend aussi ceux qui exercent la médecine orientale.

Le Portugal inclut certains médecins à la retraite.

Les données pour la République slovaque comprennent les dentistes.

Source : Les données pour l'Australie, l'Autriche, le Canada, la France, la Grèce, le Japon, la Corée, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, l'Espagne, la Suède, la Suisse et les États-Unis sont issues du Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé. Les données pour la Belgique, le Danemark, l'Allemagne, l'Irlande, l'Italie, le Portugal, la République slovaque et le Royaume-Uni proviennent d'Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition.

Graphique 4.4. **Densité d'infirmières, 2000**

Notes : Les données pour l'Autriche ne prennent en compte que les infirmières employées dans les hôpitaux, et non celles qui travaillent dans d'autres établissements de santé.

L'Allemagne communique des équivalents plein-temps (et non pas le nombre d'individus).

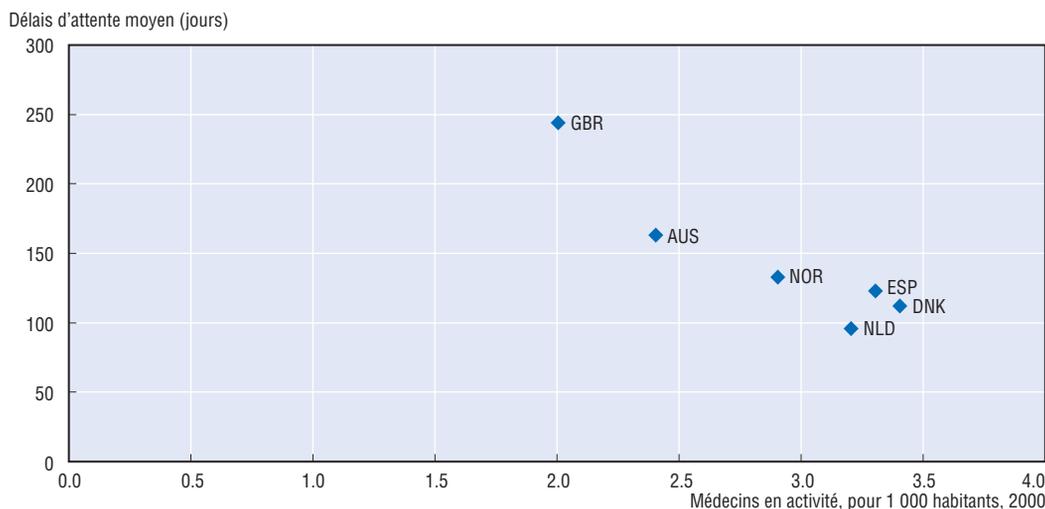
L'Espagne comptabilise uniquement les infirmières du secteur public (infirmières employées par le Service national de santé).

Source : Les données pour l'Australie, l'Autriche, le Canada, la France, la Corée, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la Suède, la Suisse et les États-Unis sont issues du Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé. Les données pour le Danemark, l'Allemagne, l'Irlande, le Portugal, la République slovaque, l'Espagne et le Royaume-Uni proviennent d'Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition.

3. Analyse des conséquences de la variabilité internationale des emplois de santé

Les variations dans les effectifs de médecins ont-elles un impact sur les résultats sanitaires et sur les coûts ? Dans le cas des résultats sanitaires, des travaux antérieurs de l'OCDE ont lié les variations en terme de densité de médecins à la mortalité. Ces travaux donnent à penser qu'il existe une relation inverse entre la densité de médecins par habitant et le taux de mortalité évitable dans les pays de l'OCDE, toutes choses égales par ailleurs (voir Or, 2000). Pour ce qui est de la réactivité des systèmes, l'un des constats de l'étude de l'OCDE sur les délais d'attente est qu'il existe une relation inverse statistiquement significative entre la densité de médecins et les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes dans un échantillon de pays connaissant des délais d'attente⁶ (voir graphique 4.5). Pour ce qui est des infirmières, de nombreuses études ont établi un lien entre la présence dans les hôpitaux d'effectifs infirmiers plus importants et une réduction de la mortalité des patients corrigée du risque, un risque moindre de complications médicales et une plus grande qualité des soins évalués par les infirmières (voir, par exemple, McGillis et al., 2001 ; Pronovost et al., 2001 ; Needleman et al., 2001 et 2002 ; Aiken et al., 2000 ; et Aiken, Clark et Sloane, 2002). L'ensemble de ces constats donne à penser qu'à une densité plus importante de médecins et d'infirmières tendent à être associés de meilleurs résultats sanitaires et une plus grande réactivité, au moins à certains égards. Cependant, dans le cas des comparaisons internationales, l'ampleur de ces effets ne peut pas être estimé de manière fiable.

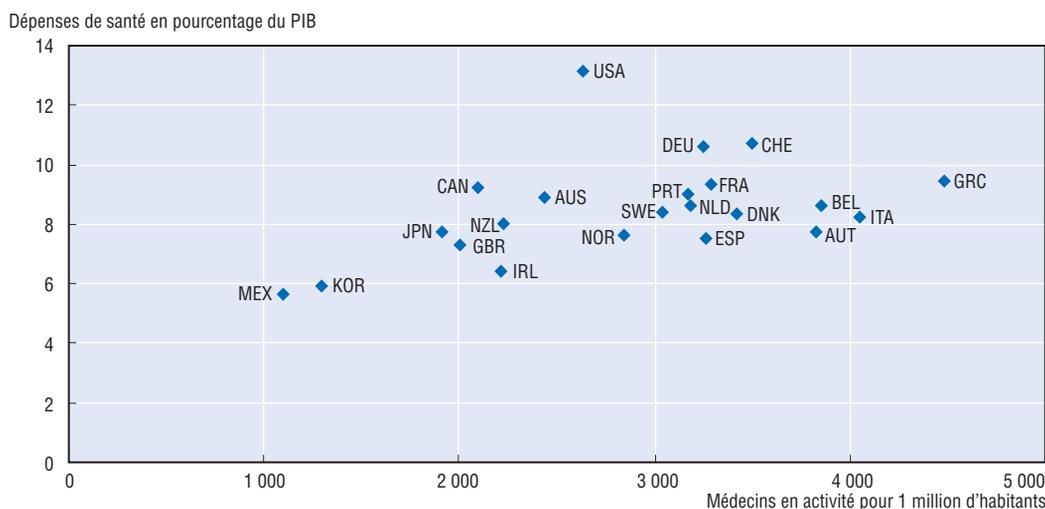
Pour ce qui est des coûts, on suppose bien souvent qu'un plus grand nombre de médecins accroît les dépenses de santé, non pas tant du fait de leur rémunération

Graphique 4.5. **Densité de médecins et délais d'attente : mise en place d'une prothèse de la hanche, 2000**

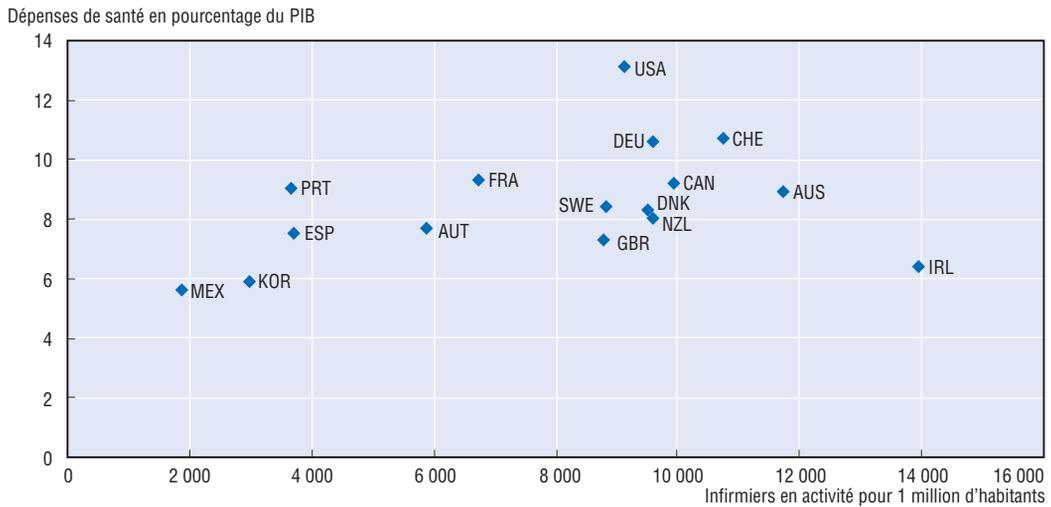
Source : Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition, et réponses des pays au questionnaire du Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

personnelle qu'en raison des nombreux autres moyens et personnels de santé que mobilisent leurs interventions et traitements. Le graphique 4.6 montre une association faiblement positive entre la densité de médecins et la part des dépenses de santé dans le PIB des pays de l'OCDE. De même, le graphique 4.7 donne à penser qu'il existe des signes (plus faibles encore) d'une relation positive entre la densité d'infirmières et la part des dépenses de santé dans le PIB. Dans le cas des infirmières, cela peut refléter simplement le fait que la rémunération des soins infirmiers est une composante très importante – 40 % peut-être dans le cas des hôpitaux – des dépenses de santé (Department of Health, 2003b).

Dans le cas des médecins, d'aucuns ont fait valoir que les pays qui ont davantage de médecins et qui les rémunèrent à l'acte ont un montant plus important de dépenses de santé. Certains indices donnent à penser que c'est dans un groupe de pays associant une

Graphique 4.6. **Densité de médecins et dépenses de santé, 2000**

Source : Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé et Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition.

Graphique 4.7. **Densité d'infirmières et dépenses de santé, 2000**

Source : Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé et *Éco-Santé* OCDE 2003, 3^e édition.

densité de médecins supérieure à la moyenne et un mode de rémunération des médecins à l'acte que la part des dépenses de santé dans le PIB est la plus importante (voir tableau 4.1). Ce constat concorde avec les résultats d'une étude économétrique antérieure (OCDE, 1995) qui donnaient à penser que les dépenses globales de santé par tête étaient étroitement associées au nombre de médecins dans les pays où ceux-ci sont rémunérés à l'acte et non pas salariés ou payés sur la base d'un forfait par personne. Cette étude suggérait également l'existence, dans tous les pays, d'une association positive entre le nombre de médecins et les dépenses au titre des soins ambulatoires.

Tableau 4.1. **Densité de médecins et mode de rémunération, 2000**

Densité de médecins ^a	Rémunération à l'acte		Rémunération mixte		Rémunération par un salaire ou à la capitation principalement	
	Pays	Dépenses de santé en pourcentage du PIB	Pays	Dépenses de santé en pourcentage du PIB	Pays	Dépenses de santé en pourcentage du PIB
Supérieure à la moyenne	Allemagne	9.4	Danemark	8.8	Espagne	7.8
	Autriche					
	Belgique					
	France					
	Suisse					
Inférieure à la moyenne	Canada	9.2	Australie	7.2 (7.7) ^b	Royaume-Uni	7.3

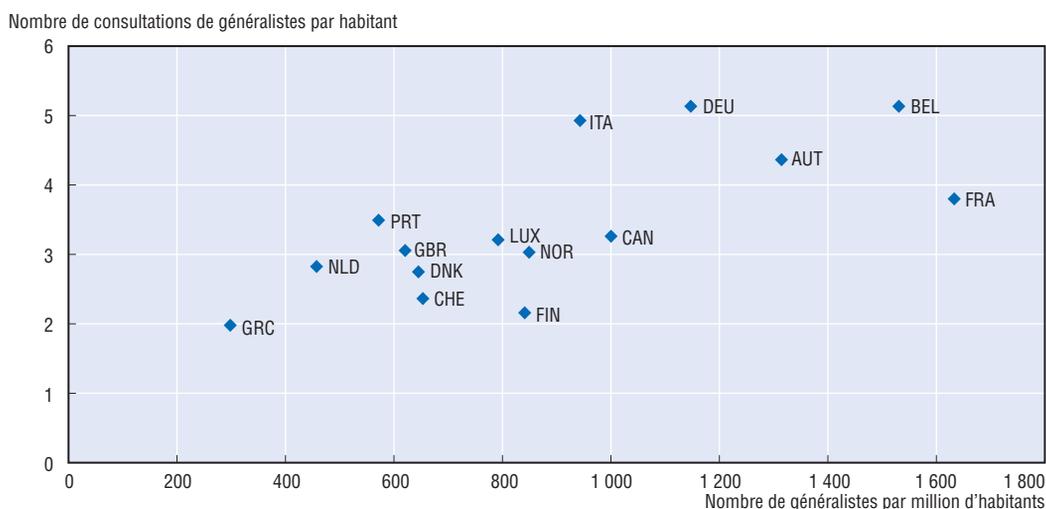
a) Par rapport à la densité médicale moyenne de l'ensemble des pays figurant dans le tableau.

b) Moyenne des pays de ce groupe hormis la Corée et le Mexique. Dans ces deux derniers pays, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut et la densité de médecins sont beaucoup plus faibles que dans les autres pays.

Source : Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé et *Éco-Santé* OCDE 2003, 3^e édition.

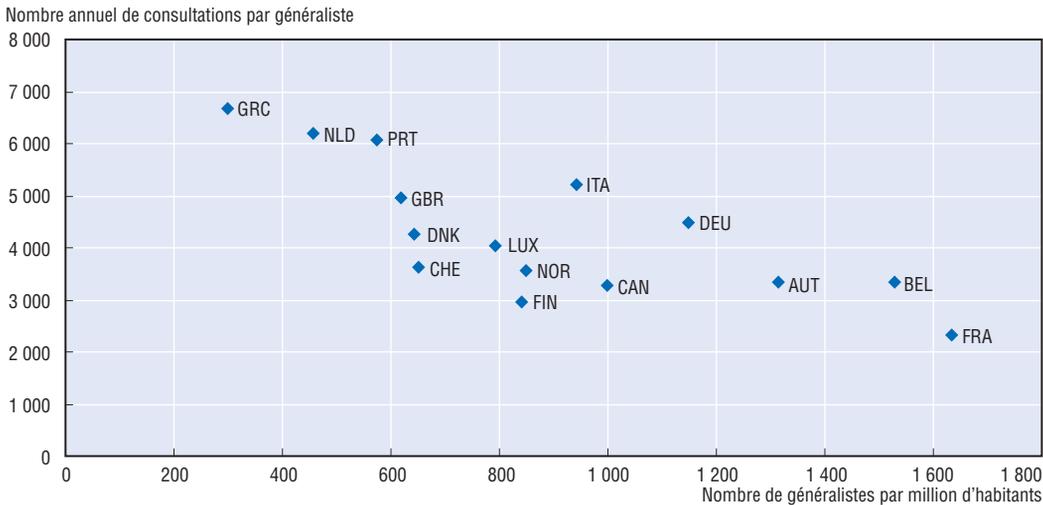
Quelle est, s'il y a lieu, la relation entre la densité de médecins et leur productivité ? Est-ce que, par exemple, une augmentation de la densité de médecins conduit à une baisse correspondante du nombre de services effectués par médecin, ou est-ce qu'une densité plus grande de médecins conduit à l'identification d'un plus grand nombre de « besoins » et donc à un plus grand nombre d'actes médicaux ? Il est difficile de mesurer la productivité des médecins sur le plan international, car nous ne disposons pas aisément de données sur le volume d'activité et la qualité des soins offerts par les médecins. Pour ce qui est de l'activité, nous ne disposons pas, de manière générale, de données adéquates pour procéder à des comparaisons internationales des activités des spécialistes. Dans le cas des généralistes, toutefois, nous disposons de données sur le nombre annuel de visites effectuées par les patients chez des généralistes dans certains pays européens et au Canada. Le graphique 4.8 donne à penser que la variation par tête du nombre annuel de visites chez des généralistes est plus faible que la variation de la densité de généralistes parmi les différents pays. En conséquence, on observe une tendance à ce qu'une densité plus grande de généralistes se traduit par un nombre moins élevé de visites par généraliste, telle qu'indiquée par la relation négative et statistiquement significative présentée au graphique 4.9. Même si cette relation simple ne fournit pas de preuves empiriques fortes, ceci donne à penser que la capacité des généralistes à induire des visites est limitée. Cependant, il serait erroné de tirer des conclusions concernant une relation inverse entre la densité de généralistes et leur « productivité », puisque ces comparaisons ne tiennent pas compte de la qualité des soins.

Graphique 4.8. Relation existant entre la densité de généralistes et le nombre annuel de visites chez des généralistes, par habitant



Notes : Les données pour l'Allemagne et le Royaume-Uni datent de 1996. Les données de la Suisse se rapportent à 1997. Les données pour l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal et l'Espagne sont pour 1999. Les données pour la France et la Norvège se rapportent à 2000, celles pour le Canada à 2001. Source : Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé, Projet de l'OCDE sur l'égalité d'utilisation des services de santé et *Éco-Santé* OCDE 2003.

Graphique 4.9. Relation existant entre la densité de généralistes et le nombre annuel de visites par généraliste



Notes : Les données pour l'Allemagne et le Royaume-Uni datent de 1996. Les données pour la Suisse se rapportent à 1997. Les données pour l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas et le Portugal sont pour 1999. Les données pour la France et la Norvège se rapportent à 2000, celles pour le Canada à 2001. La régression linéaire suivante a été dérivée à partir des données suivantes : Nombre annuel de consultations par médecin généraliste = $6.699 - 2.561$ (nombre de généralistes par million d'habitants) avec $R^2 = 0.64$, p-value du F-test sur le modèle = 0.001.

Source : Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé, Projet de l'OCDE sur l'égalité d'utilisation des services de santé et *Éco-Santé OCDE 2003*.

4. Indications de pénuries ou d'excédents de personnels de santé

4.1. Pénuries et excédents actuels de personnels de santé

Si un petit nombre de pays de l'OCDE ou de régions de ces pays connaissent actuellement des excédents de médecins et d'infirmières, il est beaucoup plus courant d'observer des indices de pénuries (voir encadré 4.2). Il est probable que cela reflète, pour partie, une demande croissante de personnels de santé au fil du temps, du fait du vieillissement des populations, du progrès technologique, de l'augmentation des revenus et des attentes plus grandes des patients. On peut voir l'indication d'une forte croissance de la demande dans la progression de 4 % des dépenses réelles de santé entre 1997 et 2001, chiffre supérieur à celui des périodes antérieures (3.7 % entre 1989 et 1992 et 2.5 % entre 1992 et 1997) (OCDE, 2003a). En outre, il se peut que la croissance de l'offre de personnels de santé ne permette pas de répondre à une demande croissante, pour les raisons suivantes : des restrictions imposées au début des années 90 à l'admission dans les écoles de médecins et d'infirmières, la durée des études, une tendance à la réduction du temps de travail (par suite d'une féminisation accrue des professions de santé et des Directives sur le temps de travail dans l'Union européenne), des départs en retraite anticipée et partielle et le vieillissement des personnels de santé. Dans les années 90, dans la plupart des pays, l'accroissement de la densité de médecins a été moindre qu'au cours des décennies antérieures, souvent très nettement (voir tableau 4.2). Sur la même période, la densité d'infirmières a continué à progresser, en particulier dans les pays qui sont partis de niveaux plus bas, mais au Canada et en Suède elle a baissé (voir graphique 4.10). Toutefois, dans les pays qui ont connu une croissance, celle-ci n'a souvent pas suffi à empêcher les pénuries d'infirmières (voir encadré 4.2)

Tableau 4.2. **Taux de croissance annuels moyens de la densité de médecins, 1960 à 2000**

	Taux de croissance annuel de 1960 à 1970	Taux de croissance annuel de 1970 à 1980	Taux de croissance annuel de 1980 à 1990	Taux de croissance annuel de 1990 à 2000	Taux de croissance annuel de 1960 à 2000
Australie	0.8	4.0	1.8	1.2	1.9
Autriche	2.9	3.1	3.0	2.4	2.9
Belgique	1.9	4.1	3.5	1.7	2.8
Canada	2.3	2.3	1.6	-0.1	1.5
Danemark	1.5	4.5	3.6	1.0	2.6
Grèce	2.6	4.1	3.3	2.9	3.2
Japon	0.6	1.6	2.6	1.6	1.6
Corée			5.3	4.5	
Mexique			0.5	2.7	
Pays-Bas	1.1	4.3	2.8	2.5	2.7
Nouvelle-Zélande	0.1	3.7	2.0	1.7	1.9
Norvège	1.5	3.6	2.7	1.1	2.2
Portugal	1.6	7.7	3.6	1.2	3.5
Suède	3.3	5.3	2.7	0.6	2.9
Suisse	0.7	5.2	1.9	1.6	2.3
Royaume-Uni	1.1	3.4	1.0	3.3	2.2
États-Unis		1.6	2.4	2.7	

Notes : Les données pour 1960 se rapportent à 1961 pour l'Australie, le Canada et la Nouvelle-Zélande. Les données pour 1970 se rapportent à 1971 pour l'Australie, la Belgique et la Nouvelle-Zélande. Les données pour 1980 se rapportent à 1981 pour l'Australie et la Corée. Les données pour 1990 se rapportent à 1991 pour la Norvège.

Les données sur les médecins britanniques et mexicains ne comprennent pas les médecins exerçant dans le secteur privé.

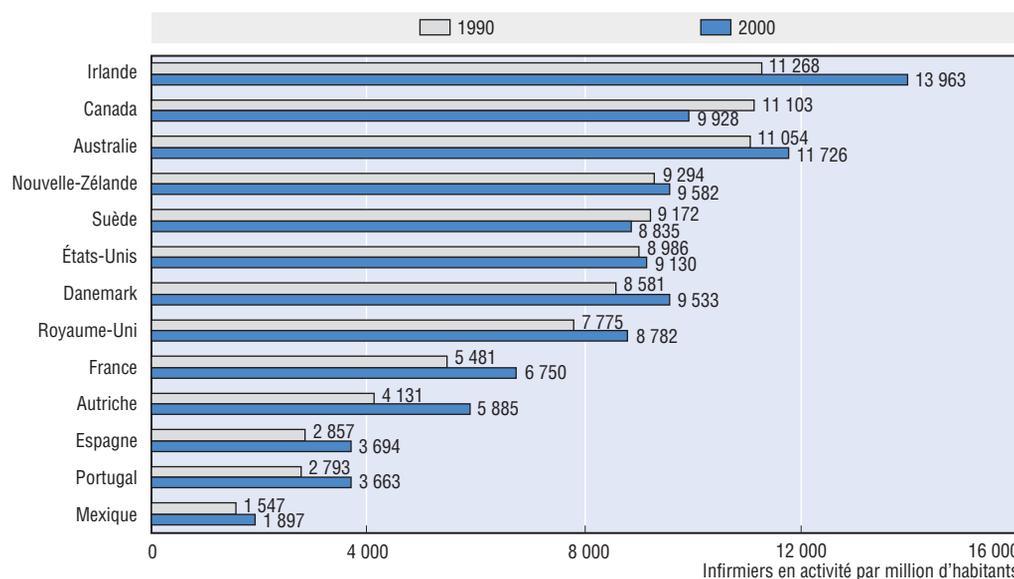
Les données sur les médecins grecs comprennent des médecins au chômage.

Les données sur les médecins coréens comprennent les praticiens de médecine orientale.

Les données sur les médecins norvégiens pour 2000 représentent les médecins équivalent plein-temps.

Les données sur les médecins portugais comprennent des médecins à la retraite.

Source : Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé et *Éco-Santé* OCDE 2003, 3^e édition.

Graphique 4.10. **Évolution de la densité d'infirmières, 1990 et 2000**

Notes : Les données pour l'Autriche ne prennent en compte que les infirmières employées dans les hôpitaux, et non celles qui travaillent dans d'autres établissements de santé.

L'Espagne comptabilise uniquement les infirmières du secteur public, employées par le Service national de santé.

Source : Les données pour l'Australie, l'Autriche, le Canada, les États-Unis, la France, le Mexique, la Nouvelle-Zélande et la Suède sont issues du Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé. Les données pour le Danemark, l'Espagne, l'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni proviennent d'*Éco-Santé* OCDE 2003, 3^e édition.

Encadré 4.2. Indications de pénuries et d'excédents de médecins et d'infirmières dans les pays de l'OCDE

Médecins

Certains pays de l'OCDE se disent confrontés à des pénuries de médecins tandis que d'autres semblent enregistrer des excédents. En Angleterre, on peut observer les signes d'une pénurie de médecins dans le fait que 4.7 % des postes de spécialistes et 3.3 % des postes de généralistes sont restés vacants entre janvier et mars 2003 (Department of Health, 2003a). En Belgique, au contraire, certains observateurs ont affirmé qu'en 2000 l'offre de médecins était excédentaire (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000). Certains pays peuvent enregistrer des pénuries de médecins dans des régions géographiques spécifiques, comme les régions rurales et défavorisées, et des excédents dans les régions métropolitaines riches. En 1998, l'Australie faisait état d'une pénurie de 1 240 médecins généralistes dans ses régions rurales et reculées et d'une offre de généralistes supérieure aux « normes » d'environ 2 300 dans les zones métropolitaines (Australian Medical Workforce Advisory Committee, 2000). Dans d'autres pays, les pénuries concernent uniquement certaines catégories de médecins ayant une spécialisation ou des compétences spécifiques. Dans la deuxième partie des années 90, on a observé les indices d'une diminution des possibilités d'emploi pour les spécialistes et d'une augmentation du nombre des admissions d'étudiants dans les programmes de médecine générale (Grumbach, 2002).

Infirmières

La majorité des pays de l'OCDE semblent confrontés à des pénuries d'infirmières et certains pays publient des estimations du nombre d'infirmières ou d'infirmières équivalent plein-temps dont ils auraient besoin pour équilibrer l'offre et la demande de soins infirmiers. En Norvège, la pénurie d'infirmières a été estimée à 3 300 équivalents plein-temps, soit environ 5.4 % des infirmières praticiennes (Askildsen *et al.*, 2002). Des taux croissants de postes d'infirmières vacants indiquent également une situation de pénurie ; au printemps 2002, par exemple, l'Institut allemand de recherche appliquée en sciences infirmières faisait état de 42 000 postes d'infirmières vacants en Allemagne. Pour les infirmières, le chômage est un phénomène apparemment marginal, voire inexistant dans la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception de l'Espagne qui, en 1999, faisait état d'un taux de chômage de 7.66 % (Eurostat, Enquête sur les forces de travail).

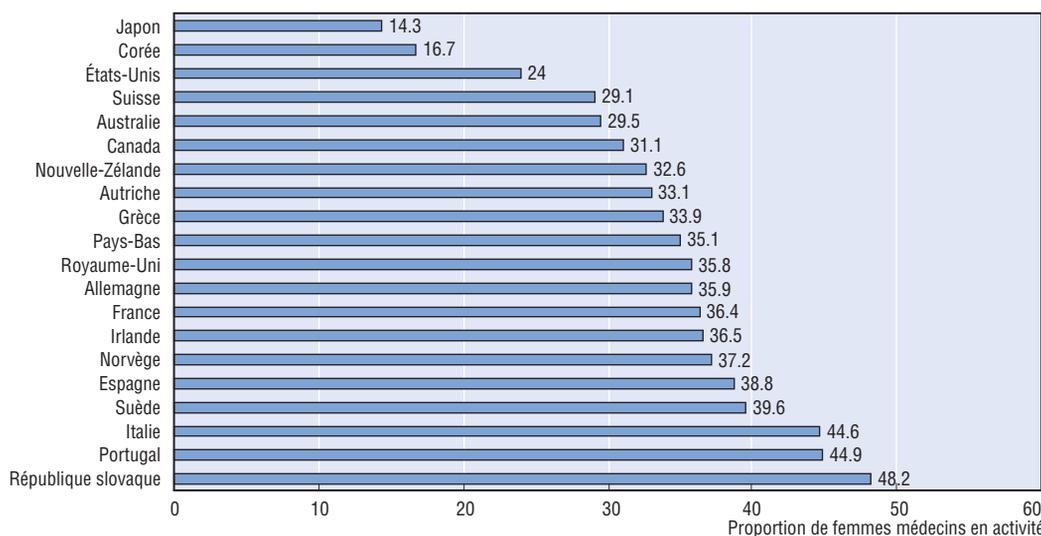
4.2. Évolution future des effectifs de personnels de santé

Face à l'apparition dans de nombreux pays d'un déséquilibre entre l'offre et la demande de médecins et d'infirmières et aux augmentations attendues de la demande, il est important de mieux comprendre les tendances futures qui pourraient affecter l'offre de travailleurs dans le domaine de la santé. Deux questions importantes sont examinées dans cette section : la féminisation et le vieillissement attendu des personnels de santé.

4.2.1. Féminisation des personnels de santé

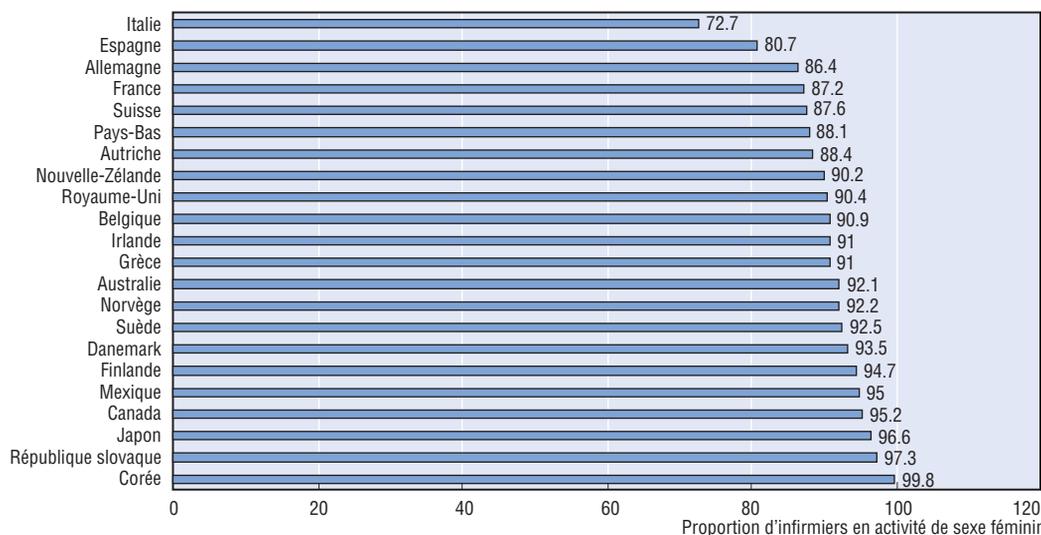
La féminisation des professions médicales varie d'un pays à l'autre. En 2000, la proportion de femmes médecins était de 14.3 % au Japon contre 48.2 % en République slovaque (graphique 4.11). Le graphique 4.12 illustre la proportion de femmes dans la population d'infirmières, avec des taux de féminisation supérieurs à 85 % dans tous les pays sélectionnés, à l'exception de deux.

Graphique 4.11. Proportion de femmes dans la population de médecins, 2000



Source : Les données pour l'Australie, le Canada, l'Espagne, les États-Unis, la France, l'Allemagne, le Japon, la Corée, la Nouvelle-Zélande, la Suède et la Suisse sont issues du Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé. Les données pour l'Autriche, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la République slovaque et le Royaume-Uni proviennent d'Éco-Santé OCDE 2003, 3^e édition.

Graphique 4.12. Proportion de femmes dans le personnel infirmier, 2000



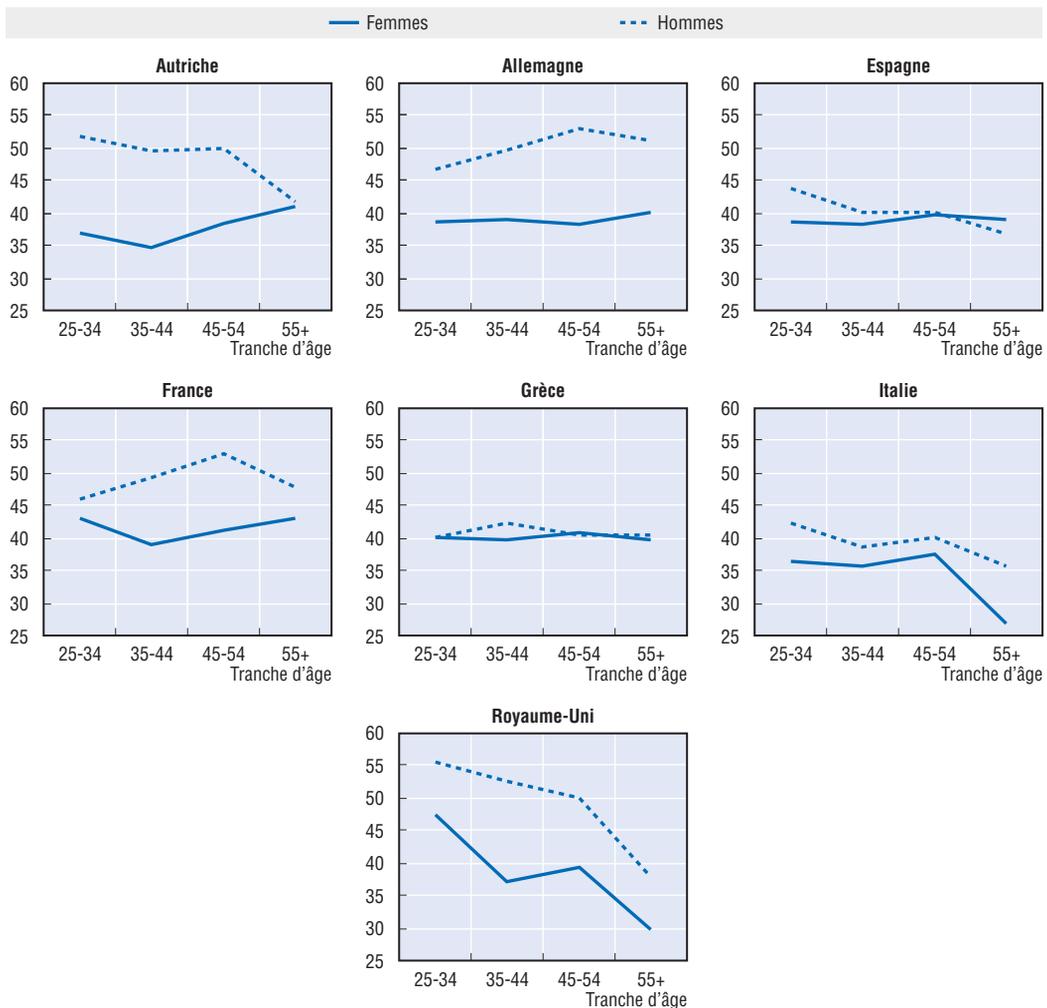
Notes : Les données d'Eurostat font référence au « personnel infirmier et sage-femme qualifié » (catégorie 223 du code ISCO-88) et « assistant de personnel infirmier et sage-femme » (catégorie 323 du code ISCO-88).

Source : Les données pour l'Autriche, le Canada, la Corée, la France, le Japon, le Mexique et la Nouvelle-Zélande sont issues du Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé. Les données pour l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, la Norvège, le Royaume-Uni, la République slovaque, la Suède et la Suisse proviennent de l'Enquête d'Eurostat sur les forces de travail.

L'évolution de la proportion de femmes dans les professions de santé pourrait avoir des conséquences importantes pour la planification de l'offre de ressources humaines, étant donné que leurs modes d'activité tendent à être différents de ceux de leurs homologues masculins. Des données australiennes et canadiennes donnent à penser que les femmes médecins tendent à s'orienter plus vers la prestation de soins primaires,

qu'elles sont moins susceptibles de travailler en milieu rural et plus susceptibles d'abandonner la pratique de la médecine ou de travailler moins pendant les années où elles sont en âge de procréer, qu'elles tendent à avoir des horaires de travail moins longs et qu'elles ont plus tendance à partir en retraite plus tôt (voir, par exemple, Woodward et Hurley, 1995 ; Australian Medical Workforce Advisory Committee and Australian Institute of Health and Welfare, 1996b ; Australian Bureau of Statistics, 1999 ; et Cohen, 1999). Le graphique 4.13 donne à penser que les femmes médecins (pour une définition des « médecins », voir la note du graphique 4.13) tendent à faire moins d'heures que leurs homologues masculins, en particulier pendant les années où elles sont en âge de procréer. De même, le nombre d'heures travaillées par les infirmières diminue entre 30 et 34 ans

Graphique 4.13. **Temps de travail hebdomadaire moyen des médecins et assimilés, par âge et par sexe, 2000**



Notes : Les données font référence au code 222 ISCO-88 « personnel de la santé (excepté infirmier) », cette catégorie ne fait pas de différences entre les médecins, les vétérinaires, les pharmaciens et les dentistes. Néanmoins, les médecins représentent habituellement la majeure partie (entre 75 et 90 %) de la catégorie à trois chiffres.

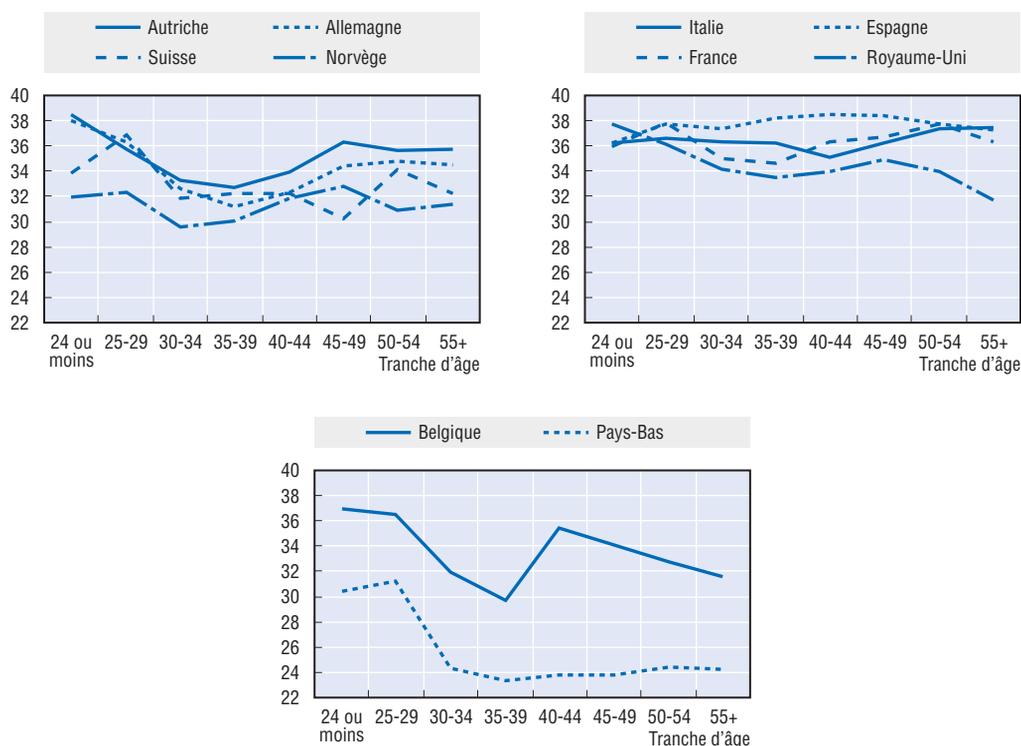
Les chiffres pour la France excluent les médecins qui travaillent selon des horaires variables pendant la période de référence.

Dans certains cas, la taille des échantillons est très petite et les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Source : Enquête d'Eurostat sur les forces de travail.

pour augmenter lorsqu'elles ne sont plus en âge de procréer (voir graphique 4.14). Toutes choses égales par ailleurs, si la tendance actuelle des femmes travaillant dans le secteur de la santé à faire moins d'heures que leurs collègues masculins persiste, un plus grand nombre de médecins sera nécessaire pour maintenir un niveau donné d'heures de services.

Graphique 4.14. Temps de travail hebdomadaire moyen des infirmières, par âge, 2000



Notes : Les données font référence aux catégories « personnel infirmier et sage-femme qualifié » (catégorie 223 du code ISCO-88) et aux « assistants du personnel infirmier et sage-femmes » (catégorie 323 du code ISCO-88) telles que définies par Eurostat. Les données ne comptabilisent pas les travailleurs autonomes. Les heures de travail incluent les heures supplémentaires, qu'elles soient payées ou pas. Le temps du trajet au travail et les pauses pour le déjeuner sont exclues. Le personnel infirmier qui travaillait sous des horaires variables durant la période de référence n'est pas compris dans les calculs. Dans certains cas, la taille des échantillons est très petite et les résultats doivent donc être interprétés avec prudence – notamment pour la Belgique, la Norvège et la Suisse.

Source : Enquête d'Eurostat sur les forces de travail.

4.2.2. Vieillessement des personnels de santé

Le vieillissement du personnel de santé risque d'augmenter les flux de personnel en dehors de la main-d'œuvre au cours des 20 prochaines années dans plusieurs pays de l'OCDE. Des données de l'enquête sur les forces de travail d'Eurostat indiquent que l'âge moyen des médecins et des infirmières était en hausse dans plusieurs pays européens entre 1992 et 2001 (pour une définition des « médecins », voir la note du graphique 4.13). On a essayé d'estimer pour un sous-groupe de ces pays l'impact potentiel d'une poursuite de ces tendances du vieillissement sur le nombre de médecins et d'infirmières par habitant en 2011 et 2021, en supposant une entrée constante de jeunes dans ces professions (voir Simoens et Hurst, à paraître ; et Simoens *et al.*, à paraître). Cette modélisation n'est toutefois pas entièrement satisfaisante, en raison d'anomalies dans les données de base.

Néanmoins, la poursuite de ces tendances donne à penser que la densité de médecins pourrait diminuer dans quatre pays sur sept tandis que la densité d'infirmières pourrait diminuer dans cinq pays sur huit d'ici 2021, si des mesures correctives ne sont pas prises. Étant donné qu'on prévoit une demande croissante pour les soins de santé dans la plupart des pays de l'OCDE, compte tenu du vieillissement de la population et des progrès des technologies médicales, cela donne à penser que des pénuries importantes de médecins et d'infirmières pourraient se manifester dans plusieurs pays européens au cours des vingt prochaines années, à moins que des mesures soient prises. Ces mesures correctives pourraient notamment comprendre une augmentation du nombre d'étudiants en médecine et du recrutement, et l'amélioration des rémunérations et des conditions de travail. Ces mesures sont discutées plus en détail ci-dessous.

5. Évaluation des politiques conçues pour équilibrer la demande et l'offre de personnels de santé

5.1. Garantir une offre adéquate de services de médecins

Cette section examine les politiques sur les flux entrants et sortants de la population active de médecins et les politiques influant sur ces flux et sur la productivité des médecins.

5.1.1. Politiques affectant les effectifs de médecins

Pour influencer sur les flux entrants et sortants de la population active de médecins et sur la répartition géographique des médecins, les pays de l'OCDE ont mis en place un éventail de politiques nationales de formation, d'immigration, de recrutement et de maintien des effectifs.

Politiques nationales en matière d'éducation et de formation. Certains pays de l'OCDE planifient les admissions dans les écoles de médecine tandis que d'autres laissent aux écoles le soin de déterminer leur nombre total de places. Le tableau 4.3 donne à penser que sur les 19 pays énumérés une douzaine appliquent actuellement une sorte de *numerus clausus* mais, dans certains cas, celui-ci n'a été adopté que récemment. La plupart des pays restants laissent apparemment jouer les forces du marché (ou, du moins, des mécanismes décentralisés). Toutefois, certains de ces pays peuvent contrôler l'accès aux formations en hôpital que suivent les étudiants en médecine après l'obtention de leur diplôme. Ces approches différentes expliquent probablement, dans une large mesure, des densités de médecins différentes. Le graphique 4.15 donne à penser que le taux de croissance de la densité de médecins a été bien supérieur dans une sélection de pays n'ayant exercé aucun contrôle (ou seulement un contrôle récent) centralisé sur le nombre des admissions dans les écoles de médecine que dans ceux ayant exercé ce contrôle. L'Autriche, la Belgique, la Grèce et la Suisse appartiennent à ce premier groupe de pays. Le Canada, le Japon, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni appartiennent au deuxième.

Le tableau 4.3 donne à penser que parmi les pays planifiant le nombre des admissions certains appliquent ce régime plus strictement que d'autres. La Suède, par exemple, a eu pour politique pendant des décennies d'accroître les dépenses de santé et les emplois de médecins, les écoles de médecine en formant plus que nécessaire pour remplacer les sortants. Entre 1960 et 2000 (voir tableau 4.2), le taux de progression annuel de la densité de médecins a été relativement élevé (2.9 %). Toutefois, dans les années 90, les dépenses de santé et l'augmentation de la densité des médecins ont été fortement encadrées. Des

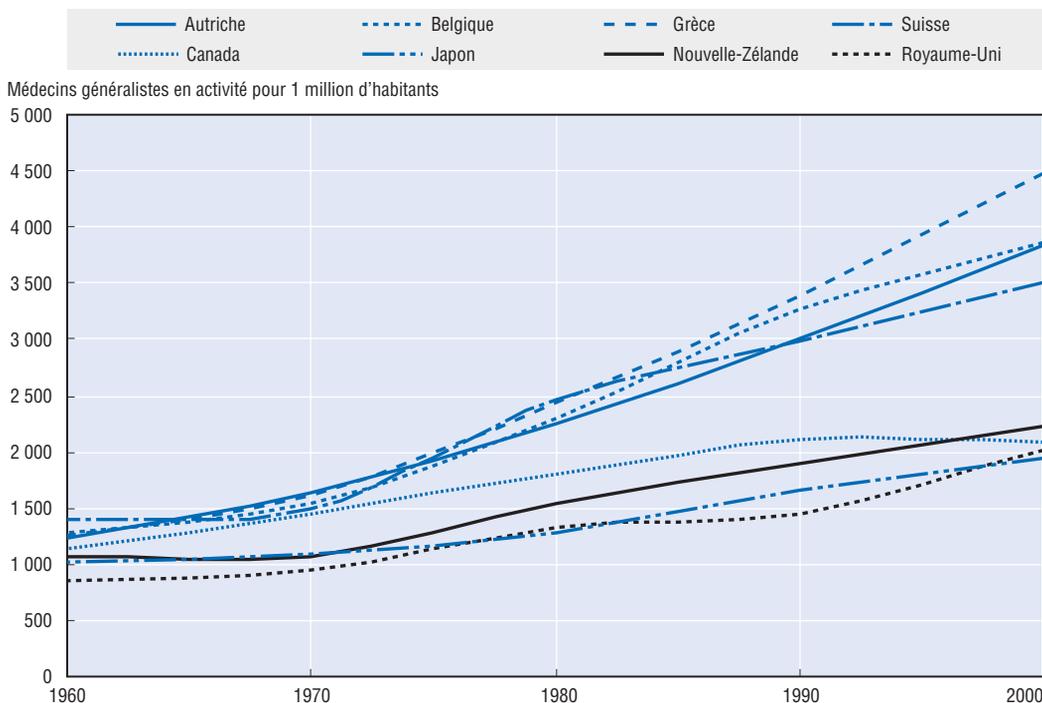
Tableau 4.3. **Planification dans le temps du nombre des admissions dans les écoles de médecine**

Entrée dans les établissements de formation médicale	
Allemagne	Les pouvoirs publics ne limitent pas le nombre d'entrées dans les établissements de formation médicale. Celui-ci est déterminé par le nombre de places disponibles dans ces établissements.
Australie	Les entrées dans les études de médecine sont contrôlées par l'administration fédérale à travers le financement des places d'université. En 1973, le rapport du Committee on Medical Schools à l'Australian Universities Commission recommandait d'accroître le nombre de ces entrées, notamment de créer deux établissements de formation médicale afin de produire 1 570 diplômés par an d'ici à 1991. En 1988, le Committee of Inquiry into Medical Education a constaté l'existence d'un nombre excédentaire de médecins généralistes dans les zones urbaines. Depuis 1996, l'administration fédérale impose une limite sur le nombre de places en formation médicale, afin de mieux maîtriser l'offre de médecins. Cette limite s'applique uniquement aux ressortissants australiens. Le nombre d'entrées dans la filière destinée aux étudiants non diplômés (undergraduate medical course) a augmenté à la fin des années 90 (il est passé de 856 en 1995 à 1 334 en 1999).
Autriche	Les pouvoirs publics ne limitent pas le nombre d'admissions dans les études de médecine.
Belgique	En 1997, le gouvernement belge a fixé le nombre de médecins pouvant obtenir l'autorisation d'exercer à 700 pour 2004, 650 pour 2005 et 600 pour 2006. La part des étudiants de langue flamande dans ce nombre est de 60 %, et celle des étudiants de langue française, de 40 %.
Canada	Après la mise en place de l'assurance hospitalière dans la plupart des provinces, la Commission Hall a recommandé, en 1964, l'augmentation du nombre de médecins par l'accroissement des admissions dans les établissements de formation médicale et l'ouverture de quatre autres de ces établissements. La mise en œuvre progressive de ces recommandations a abouti à l'effectif sans précédent de 1 835 diplômés de médecine en 1985. L'étude de 1984 sur les effectifs de médecins au Canada (1980-2000) et celle de Barer et Stoddart qui lui a fait suite en 1991, ont recommandé de réduire les entrées en formation médicale afin d'éviter qu'il n'y ait trop de médecins. Par conséquent, le nombre de diplômés de médecine est tombé à 1 516 en 1999. Cette même année, le groupe de travail sur l'offre de médecins (Task Force on Physician Supply) a recommandé de faire passer le nombre d'entrées dans les études de médecine à 2 000 par an.
Corée	Il n'y a pas de politique visant expressément à limiter ou à accroître le nombre d'admissions dans les études de médecine.
Espagne	L'admission dans les études de médecine est contrôlée par les ministères de la Santé et de l'Éducation et la Conférence nationale des recteurs d'université. Le nombre de places disponibles a été limité en 1978, ainsi qu'en 1987 dans le cadre de l'accord du Conseil universitaire.
États-Unis	L'administration fédérale ne fixe aucune limite pour le nombre d'inscriptions dans les études de médecine. Cependant, par suite de la multiplication des régimes d'assurance d'entreprise, elle s'appuie sur la loi de 1963 sur l'aide à la formation des professionnels de la santé (Health Professions Education Assistance Act) pour investir dans la formation de médecins.
France	La France applique un <i>numerus clausus</i> depuis 1971. L'inquiétude suscitée par un nombre excédentaire de médecins a conduit à le réduire progressivement depuis 1980 pour le porter à son niveau le plus bas en 1993 avec 3 500 étudiants. Il augmente depuis en raison de la pénurie de médecins prévue en 2010-2015. Il a été fixé à 4 100 étudiants pour 2001 et 5 100 étudiants pour 2002.
Grèce	Le ministère de l'Éducation fixe le nombre de places qui seront offertes par chaque établissement de formation médicale d'après les ressources financières disponibles, et non de façon à faire concorder la demande et l'offre. Le nombre d'entrées dans les études de médecine s'est récemment stabilisé.
Irlande	Il existe un certain nombre de places financées par l'État, mais les collèges universitaires (<i>colleges</i>) ont la possibilité d'accueillir davantage d'étudiants s'ils le souhaitent. La Higher Education Authority détermine le nombre de places disponibles par le biais du processus des affectations financières.
Japon	La mise en place, en 1961, d'un système national d'assurance-maladie a entraîné une augmentation de la demande de services médicaux. À partir de 1970, de nouveaux établissements de formation médicale ont été créés et le nombre d'admissions dans les études de médecine est passé de 4 380 en 1970 à 8 360 en 1982. En 1986, une commission du ministère de la Santé et de la Protection sociale a annoncé que l'offre dépasserait la demande de 10 % en 2025, et recommandé de réduire le nombre d'admissions dans les établissements de formation médicale de 10 % jusqu'en 1995. En 1993, les inscriptions dans ces établissements avaient diminué de 7 %. En 1998, une commission du même ministère a de nouveau recommandé une réduction de 10 % des entrées dans les études de médecine jusqu'en 2020.
Mexique	À partir de 1967, le nombre d'entrées dans les études de médecine s'est accru et de nouveaux établissements de formation médicale ont été créés par suite d'une augmentation de la demande d'études supérieures au sein des classes moyennes, ainsi que de la crise économique qui a amené les personnes ne parvenant pas à trouver un emploi à se diriger vers le système d'enseignement. Les effectifs d'étudiants ont atteint le nombre sans précédent de 93 365 en 1980. Du fait de la crise économique, le système de santé n'a pu absorber le surcroît de diplômés de médecine qui se sont alors retrouvés au chômage. Depuis 1980, la population des étudiants en médecine diminue et il a été mis fin à la création d'établissements de formation médicale.
Norvège	Le nombre d'entrées dans les études de médecine est limité à 594.

Tableau 4.3. **Planification dans le temps du nombre des admissions dans les écoles de médecine (suite)**

Entrée dans les établissements de formation médicale	
Nouvelle-Zélande	Le nombre d'entrées en formation médicale est limité à 285 au niveau national.
Pays-Bas	L'admission dans les études de médecine est soumise à un « numerus fixus ».
Royaume-Uni	En 1966, la Royal Commission for Medical Education a recommandé que le nombre d'admissions dans les études de médecine soit porté à 4 230, et que soient créés de nouveaux établissements de formation médicale. D'autres rapports, établis par le Todd Committee, l'Advisory Committee for Medical Manpower Planning et le Medical Workforce Standing Advisory Committee, ont recommandé d'accroître le nombre de médecins de façon à répondre aux besoins de la population en services médicaux. Le numerus clausus a été fixé à 5 091 pour 1998 et 5 600 pour 1999. Le NHS Plan 2000 a recommandé la création de 1 000 places supplémentaires dans les établissements de formation médicale.
Suède	C'est l'administration centrale qui contrôle l'admission dans les études de médecine, principalement en déterminant le nombre d'entrées dans les établissements de formation médicale et en assurant le financement correspondant. Afin de répondre à l'expansion rapide du système de santé, le nombre d'admissions a été accru et de nouveaux établissements ont été créés à partir de 1960. Le nombre de nouveaux étudiants en médecine est passé de 431 en 1960 à 1 026 en 1973. Au début des années 80, l'inquiétude suscitée par des effectifs excédentaires de médecins et la volonté de limiter les dépenses de santé ont conduit à la décision de ramener le nombre d'entrées en formation médicale à 845 en 1984.
Suisse	Les pouvoirs publics ne limitent pas le nombre d'inscriptions en médecine.

Source : Observatoire européen des systèmes de santé et Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé.

Graphique 4.15. **Examen de l'impact de la planification et du libre jeu du marché sur la densité de médecins dans une sélection de pays de l'OCDE, 1960-2000**

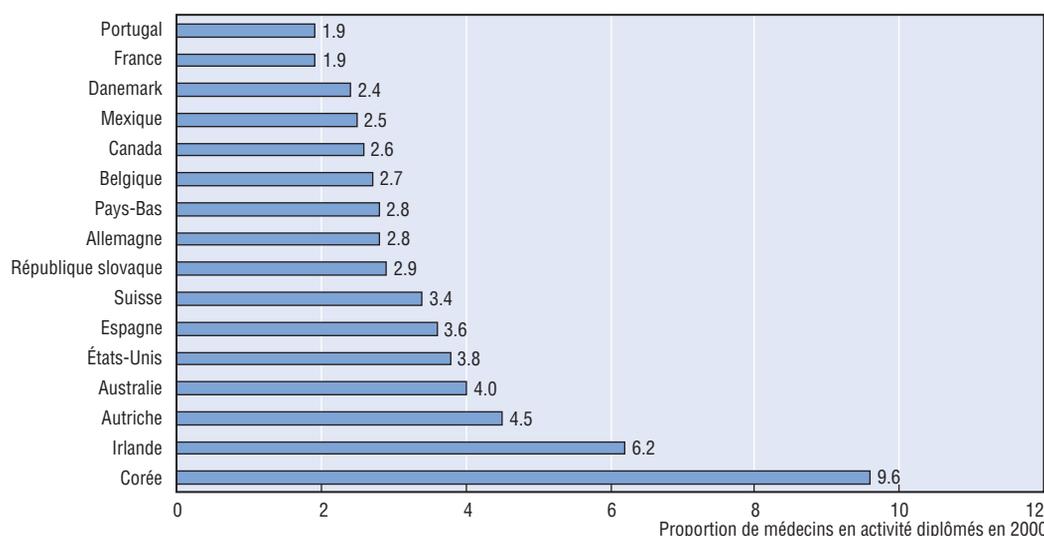
Notes : Les données de 1960 correspondent à 1961 pour le Canada et la Nouvelle-Zélande. Les données de 1970 correspondent à 1971 pour la Belgique et la Nouvelle-Zélande. Le Royaume-Uni n'inclut pas les médecins exerçant dans le secteur privé. La Grèce comptabilise certains médecins sans emploi.

Source : Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé et Éco-Santé OCDE 2003.

plafonds d'admissions dans les écoles de médecine ont été fixés en réaction aux excédents prévus et pour maîtriser les dépenses de santé. Le Royaume-Uni a adopté, pendant plusieurs décennies, une approche plus restrictive. Entre 1960 et 2000, le taux de croissance annuel de la densité de médecins a été de 2.2 %. Cette approche semble avoir été dictée par le désir de maîtriser l'accroissement des dépenses de santé, le souci d'éviter le chômage des médecins et une sous-estimation systématique de la croissance future de la demande de médecins (Medical Workforce Standing Advisory Committee, 1997).

Le tableau 4.2 donne à penser que la croissance de la population active de médecins s'est faite par à-coups tant dans les pays planifiant l'entrée dans les écoles de médecine que dans les autres. La croissance la plus rapide des effectifs de médecins s'est produite dans les années 70, la décennie de « l'explosion des coûts » dans le secteur de la santé. Le graphique 4.16 indique toutefois une disparité considérable entre les pays de la proportion de nouveaux diplômés par rapport à la population active existante en 2000. L'apport des nouveaux diplômés a représenté en 2000 de 2 à 3 % de la population des médecins praticiens dans la plupart des pays, mais il a été supérieur à 6 % en Corée et en Irlande.

Graphique 4.16. **Proportion de médecins diplômés parmi les médecins praticiens, 2000**



Notes : Les données du Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé sont basées sur les médecins diplômés ayant commencé leur activité pendant la période de référence. Les données du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe font référence aux médecins diplômés qui ont le droit d'exercer l'activité. Les données pour l'Espagne, les États-Unis, la France et l'Irlande se rapportent à 1999.

Source : Les données pour l'Australie, le Canada, la Corée, les États-Unis, la France et le Mexique sont issues du Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé. Pour les autres pays, les données proviennent du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (base de données « Health for All »).

Migration. Bien que les pays de l'OCDE soient, en règle générale, favorables à des politiques à long terme d'autosuffisance nationale pour le maintien de leur effectifs de médecins, ces politiques coexistent généralement avec des politiques à court ou moyen terme pour attirer, à titre temporaire ou permanent, des médecins étrangers. L'apport des médecins formés à l'étranger peut être considérable : au Canada, aux États-Unis, en Angleterre et en Nouvelle-Zélande, il a représenté en 2000 plus de 20 % des médecins praticiens (voir tableau 4.4). Cela n'est pas surprenant car il est probable que ces chiffres reflètent des schémas migratoires affectant la population de ces pays. L'immigration

accroît la flexibilité et réduit le coût de l'offre de médecins dans le pays d'accueil. En outre, la migration temporaire peut présenter des avantages pour le pays d'origine (envois de fonds et valorisation des compétences). Mais l'émigration représente généralement un transfert net de capital humain du pays d'origine vers le pays d'accueil qui pose des problèmes de répartition des compétences professionnelles si le premier est plus pauvre et s'il a des besoins, en termes de santé, supérieurs à ceux du pays d'accueil.

Tableau 4.4. Proportion de médecins formés à l'étranger parmi les médecins praticiens, 1980-2001

	1980	1985	1990	1995	2000	2001
Australie	35.7	35.5	37.2	19.6		
Japon	1.0		1.0		1.0	
Autriche					1.5	1.6
France		9.0	4.0	4.0	3.0	
Norvège					12.7	12.4
Suisse					17.8	
Canada	28.0	26.7	24.3	22.6	21.1	21.0
États-Unis	20.9	21.5	21.4	23.0	24.2	
Angleterre				28.0	30.0	30.0
Nouvelle-Zélande				33.3	34.5	

Notes : Les données concernant l'Australie se rapportent à 1981 (médecins nés à l'étranger), 1986, 1991 et 1995.

Les données concernant l'Angleterre portent sur les médecins du National Health Service.

Les données concernant le Japon portent sur les médecins de nationalité étrangère.

Les données concernant la Suisse pour 2000 se rapportent en fait à 1998.

Les données concernant les États-Unis pour 1980 se rapportent en fait à 1981.

Source : Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé.

Pour attirer les médecins étrangers, les pays ont adopté différents types de politiques. Une campagne internationale de recrutement a été lancée avec insertion de publicités dans la presse médicale et participation par exemple aux salons de l'emploi en Allemagne et cours de langue en Norvège pour les médecins immigrants. D'autres pays ont assoupli, pour les médecins, les conditions généralement imposées aux immigrants. Au Canada, les lois et règlements sur l'immigration ont été modifiés afin de faciliter l'immigration de médecins et l'on s'efforce de plus en plus d'appuyer l'octroi de l'autorisation d'exercer aux médecins formés à l'étranger. Le Royaume-Uni a lancé un programme international de bourses de recherche en 2002 pour inciter des spécialistes expérimentés étrangers à prendre, pour une période d'un an ou deux, des postes sélectionnés au sein du Service national de la santé. Cependant, certains pays ont adopté des politiques de recrutement éthique afin de restreindre l'immigration en provenance des pays en développement.

Certains pays de l'OCDE sont confrontés à l'émigration de leurs médecins. En 2001, par exemple, les médecins irlandais représentaient 15.2 % de la population de médecins étrangers du Royaume-Uni et inversement 29.2 % des médecins étrangers en Irlande venaient du Royaume-Uni. C'est ce que l'on appelle le mouvement de carrousel. Peu de pays semblent avoir mis en œuvre des politiques pour réduire l'émigration des médecins. La Nouvelle-Zélande s'est efforcée de maintenir le contact avec ses médecins expatriés, encourageant le développement de leurs connaissances à l'étranger tout en leur offrant certaines incitations au retour. Dans la province de l'Ontario (Canada), un programme de rapatriement a été mis en place pour les Canadiens engagés dans un programme de formation de deuxième ou de troisième cycle aux États-Unis.

Maintien des effectifs. Parmi les pays ayant répondu au questionnaire sur les politiques administré dans le cadre du projet sur les ressources humaines en santé, peu ont considéré que le maintien des effectifs de médecins était un problème majeur. Cependant, dans les pays où cette question est considérée comme importante, les politiques de maintien des effectifs se sont attachées à créer des conditions de rémunération et de travail plus souples afin de réduire le nombre des médecins changeant de carrière. Au Royaume-Uni, les politiques mises en œuvre ont visé à maintenir en activité les médecins plus âgés en leur offrant des conditions de travail plus souples et une rémunération supérieure. Aux Pays-Bas, les politiques ont été ciblées sur les conditions de travail des généralistes. Parmi les pays ayant retourné le questionnaire sur les politiques, peu nombreux ont été ceux qui ont mis en œuvre ou planifié des politiques pour compenser les départs en retraite partiels ou anticipés. Le Mexique étudie des propositions visant à reculer l'âge de départ en retraite dans les établissements publics de santé en différant le versement des prestations de retraite. En Suède, des propositions sont débattues pour établir si les médecins doivent être encouragés à travailler au-delà de l'âge actuel de départ en retraite, à savoir 65 ans.

Zones rurales et reculées. De nombreux pays ont été contraints d'adopter des politiques afin d'attirer et de maintenir les médecins dans les zones rurales et reculées. Les initiatives en matière d'éducation visant à attirer les étudiants en médecine d'origine rurale et à donner la priorité aux programmes de formation qui mettent l'accent sur la composante rurale du cursus ont connu quelque succès (voir, par exemple, Grumbach et Seifer, 1995 ; Rolfe *et al.*, 1995 ; Council on Graduate Medical Education, 1998 ; Easterbrook *et al.*, 1999 ; et Rabinowitz *et al.*, 1999). En outre, les politiques qui accordent un soutien financier à la pratique médicale en milieu rural et qui restreignent les implantations médicales paraissent efficaces pour le recrutement de médecins en milieu rural (voir, par exemple, Bolduc *et al.*, 1996 ; Holub et Williams, 1996 ; Maynard et Walker, 1997). Un certain nombre d'études donnent à penser que l'on pourrait encore améliorer l'efficacité de ces politiques en aidant les candidats à se loger et à trouver une école pour leurs enfants et en aidant leur conjoint/leur partenaire à trouver un emploi (Kamien, 1998 ; Rabinowitz *et al.*, 1999). En revanche, les initiatives qui consistent à offrir des bourses aux étudiants en médecine en échange de l'engagement d'exercer en milieu rural pendant un certain nombre d'années semblent moins efficaces car les étudiants peuvent parfois se libérer de leur engagement en remboursant leurs frais de scolarité et rares sont ceux qui choisissent de rester en milieu rural à l'expiration de leur période de service obligatoire (Anderson et Rosenberg, 1990 ; Nigenda, 1997).

5.1.2. Politiques affectant le volume d'activité et la productivité des médecins praticiens

L'impact d'une densité donnée de médecins peut être profondément affecté par la productivité de ces médecins. À son tour, la productivité peut être affectée par les modes de rémunération (et par le niveau de celle-ci). Les modes de rémunération des médecins varient considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre (tableau 4.5). Dans certains pays, comme la Grèce, le Portugal, l'Espagne et la Suède, qui financent leurs systèmes de santé par le biais de l'impôt, l'État emploie directement les généralistes et leur verse un salaire tandis que dans d'autres (par exemple l'Australie, le Danemark, la Norvège, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni), les généralistes exercent en profession libérale et sont rémunérés selon un système mixte de forfait par personne, de salaire et de rémunération à l'acte. Dans les pays où les systèmes de santé fonctionnent sur le principe de l'assurance

Tableau 4.5. **Modes de rémunération des médecins, 2000**

	Médecins généralistes	Spécialistes (soins ambulatoires)	Médecins des hôpitaux publics	Médecins des hôpitaux privés
Allemagne	100 % : paiement à l'acte.	100 % : paiement à l'acte.	Salaire. Paiement à l'acte pour la clientèle privée.	100 % : salaire.
Angleterre	Rémunération mixte (86 % du revenu assurés par plusieurs formes de paiement pour l'activité dans le service public: paiement à la capitation, allocation de fonctionnement, paiement à l'acte pour certains services, paiement aux résultats pour les vaccinations, et 14 % du revenu assurés par le paiement à l'acte pour l'activité privée).	100 % : salaire pour les malades pris en charge par le service public, paiement à l'acte pour la clientèle privée.	100 % : salaire pour les malades pris en charge par le service public : paiement à l'acte pour la clientèle privée.	100 % : paiement à l'acte.
Australie	75-80 % : rémunération mixte (paiement à l'acte principalement, 10 % du revenu proviennent du paiement à la capitation et du paiement aux résultats pour les vaccinations).	Paiement à l'acte, sans limitation de l'utilisation des services et des dépenses annuelles.	Rémunération mixte (salaire pour le traitement des malades pris en charge par le service public, et paiement à l'acte pour le traitement de la clientèle privée dans les hôpitaux publics).	Paiement à l'acte et salaire.
Autriche	60 % : paiement à l'acte ; 40 % : paiement à l'acte et à la capitation.	90 % : paiement à l'acte ; 10 % paiement à la capitation et à l'acte.	90 % : salaire ; 10 % : paiement à l'acte.	90 % : paiement à l'acte ; 10 % : salaire.
Belgique	Paiement à l'acte.	Paiement à l'acte.	Paiement à l'acte.	Paiement à l'acte.
Canada	Paiement à l'acte principalement, utilisation de certains autres modes de rémunération.	Paiement à l'acte principalement.		Paiement à l'acte pour la majorité.
Corée	100 % : paiement à l'acte	100 % : paiement à l'acte.	100 % : salaire.	100 % : salaire.
Danemark	Rémunération mixte (63 % du revenu proviennent du paiement à l'acte, 28 % du paiement à la capitation).	Sans objet.	Salaire.	
Espagne	Rémunération mixte (85 % du revenu proviennent d'un salaire, et 15 % du paiement à la capitation).	100 % : salaire.	100 % : salaire.	Paiement à l'acte principalement.
États-Unis	Rémunération mixte.	Rémunération mixte.	Rémunération mixte.	Rémunération mixte.
France	Paiement à l'acte.	Paiement à l'acte.	Salaire.	Paiement à l'acte.
Grèce	Salaire dans le secteur public, paiement à l'acte dans le secteur privé.	Salaire dans le secteur public, paiement à l'acte dans le secteur privé.	Salaire principalement.	Rémunération mixte (paiement à l'acte et salaire).
Irlande	Paiement à l'acte pour les patients à haut revenu, paiement à la capitation pour les patients à faible revenu.		Salaire. Paiement à l'acte pour les malades affiliés à une assurance privée qui sont traités dans les hôpitaux publics.	

Tableau 4.5. **Modes de rémunération des médecins, 2000** (suite)

	Médecins généralistes	Spécialistes (soins ambulatoires)	Médecins des hôpitaux publics	Médecins des hôpitaux privés
Japon	Paiement à l'acte.	Salaire pour les services de soins ambulatoires assurés à l'hôpital, paiement à l'acte pour les centres de soins ambulatoires indépendants.	Salaire.	
Mexique	Salaire dans le secteur public, paiement à l'acte dans le secteur privé.	Salaire dans le secteur public, paiement à l'acte dans le secteur privé.	Salaire.	Paiement à l'acte.
Norvège	Rémunération mixte (70 % du revenu proviennent du paiement à l'acte, et 30 % du paiement à la capitation).	Salaire et paiement à l'acte dans le secteur public, paiement à l'acte dans le secteur privé.	Salaire.	
Nouvelle-Zélande	78 % : paiement à l'acte ; 22 % : paiement à la capitation.	Salaire pour la majorité.	Salaire pour la majorité.	Paiement à l'acte pour la majorité, salaire pour une minorité.
Pays-Bas	Paiement à l'acte pour les patients à haut revenu, paiement à la capitation pour les patients à faible revenu.			Rémunération mixte (salaire et paiement à l'acte).
Portugal	Salaire dans le secteur public, paiement à l'acte dans le secteur privé.		Salaire.	Paiement à l'acte.
République slovaque	Rémunération mixte (paiement à la capitation et paiement aux résultats pour les soins préventifs).	100 % : paiement à l'acte.	100 % : salaire.	Paiement à l'acte.
Suède	Salaire.	Salaire.	100 % : salaire.	100 % : salaire.
Suisse	96 % : paiement à l'acte ; 4 % : salaire.	90 % : paiement à l'acte ; 10 % : salaire.	Paiement à l'acte, salaire et rémunération mixte (paiement à l'acte et salaire).	Paiement à l'acte, salaire et rémunération mixte (paiement à l'acte et salaire).

Source : Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé.

[Allemagne, Autriche, Belgique, Corée, États-Unis (Medicare), France, Japon et Suisse], les médecins généralistes tendent à exercer en profession libérale et sont essentiellement rémunérés à l'acte. Dans les pays de l'OCDE, les spécialistes sont généralement salariés (principalement dans le secteur public) ou rémunérés à l'acte.

Il existe une littérature considérable sur l'impact du mode et du niveau de rémunération sur les niveaux d'activité des médecins, mais peu ou pas d'information concernant l'impact sur les résultats en termes de qualité de soins offerts aux patients. Des revues systématiques de la littérature donnent à penser que, comparée au forfait par personne ou au salaire, la rémunération à l'acte accroît la quantité de services médicaux mais diminue les taux d'orientation et le volume des prescriptions (Gosden *et al.*, 1999 et 2001). Toutefois, l'expérience norvégienne donne à penser que les schémas de la pratique médicale sont influencés non seulement par les modes de rémunération mais également par des facteurs cliniques et par le contrôle par les pairs (Grytten et Sorensen, 2001).

Les expériences nationales donnent à penser que l'utilisation d'un mode de rémunération unique, plutôt que d'un éventail de modes, pourrait créer des déséquilibres dans les incitations. Dans les pays qui ont introduit un système salarié ou un système de forfait par personne, on craint, sans en avoir la preuve absolue, que les médecins jugent financièrement intéressant de sélectionner les personnes dont les besoins en termes de santé sont moindres ou de décourager activement les personnes à haut risque (« écrémage »). La rémunération à l'acte effectuée par un tiers payant et se bornant à rembourser les honoraires facturés par les médecins, associée à l'absence de contrôle sur les prestations de services effectives, peut conduire à la pratique de prix élevés, à des taux élevés d'utilisation de services inutiles et à une augmentation des dépenses (Barnum *et al.*, 1995). De même, les politiques qui ont tenté de réduire les dépenses de santé en contrôlant le niveau des honoraires peuvent être compromises si les médecins augmentent la quantité de services médicaux qu'ils fournissent (comme pour les soins ambulatoires en Australie et au Japon) ou s'ils déplacent l'éventail de services vers ceux qui génèrent des honoraires plus élevés (tels que l'offre d'un plus grand nombre de services de diagnostic sur site, comme en Allemagne et en France) (OCDE, 2003b). En Belgique et en Corée, des réductions d'honoraires ont conduit à un certain remplacement des services à faible marge par des services à forte marge (Kwon, 2003 ; Marchand, 2003). Toutefois, des études américaines récentes donnent à penser que la réponse des spécialistes aux réductions d'honoraires peut être plus complexe et dépendre d'un ensemble de facteurs, notamment des marges dégagées par les services médicaux, des parts de marché relatives des services médicaux, de la proportion des revenus des médecins générée par des services médicaux spécifiques, de la capacité des médecins à induire de la demande, de la réponse de la demande à l'incitation des médecins et du coût du temps (voir, par exemple, Tai-Seale *et al.*, 1998 ; Yip, 1998 ; Gruber *et al.*, 1999). Le contrôle des honoraires peut également entraîner des glissements vers les domaines dans lesquels le niveau des honoraires n'est pas limité. En Grèce, où les taux de remboursement par la sécurité sociale des visites chez le médecin sont fixés à un niveau relativement bas, les médecins tendent à orienter les patients vers les consultations privées (OCDE, 2003b).

Pour contrer les effets négatifs défavorables des modes de rémunération individuels, certains pays sont récemment passés d'un mode simple de rémunération des médecins à des systèmes plus sophistiqués. Des modes de rémunération mixtes, associant une composante fixe (forfait par personne ou salaire) et une composante variable

(rémunération à l'acte) pour les interventions spécifiques rentables, peuvent produire une combinaison d'incitations souhaitable. Pour compenser le fait que dans un système de remboursement à l'acte non limitatif les médecins sont incités à augmenter le volume des actes, l'Allemagne a expérimenté des barèmes d'honoraires réglementés dans lesquels les médecins sont remboursés sur la base d'un certain nombre de points par acte, tandis que la valeur d'un point est déterminée en fonction du volume d'actes effectués par les médecins au cours de la période de référence afin de maintenir la dépense totale à l'intérieur d'un budget global. Qui plus est, les associations régionales de médecins contrôlent le volume des actes effectués par les médecins de premier recours et pénalisent financièrement les médecins dont les volumes d'actes supérieurs à la moyenne ne peuvent être imputés à la composition de leur clientèle. En outre, une composante forfaitaire a été ajoutée au système de rémunération des médecins de premier recours afin d'éviter une extension excessive de leurs activités.

Dans un contexte de multiplication des indices d'une qualité insuffisante des soins, les pays de l'OCDE s'intéressent de plus en plus à une rémunération des médecins au résultat, c'est-à-dire à une rémunération récompensant les médecins pour la qualité des soins dispensés tant en termes de réactivité que d'amélioration de la santé de leurs patients. Des systèmes de rémunération des généralistes récompensant la qualité sont actuellement mis en place en Australie et au Royaume-Uni. Dans ce pays, à partir d'avril 2004, un cinquième environ du revenu des généralistes sera établi sur la base de 146 indicateurs de qualité tels que la tenue d'un registre des patients souffrant d'hypertension, la mention du fait qu'ils sont ou non fumeurs et la mention que des services de conseils ont été proposés au moins une fois aux fumeurs pour les inciter à s'arrêter. Une autre méthode a consisté à accorder aux médecins salariés une rémunération au mérite pour bonnes performances. Au Royaume-Uni, des spécialistes de haut niveau sont en droit de recevoir une distinction s'ils réalisent certains objectifs tels que l'adoption de standards élevés de soins cliniques, l'adoption de soins centrés sur le patient, l'engagement de réaliser des objectifs de service, la participation à la gouvernance clinique et l'utilisation de pratiques fondées sur les résultats cliniques et scientifiques (Department of Health, 2003a). Toutefois, on n'a guère la preuve jusqu'ici que la rémunération au mérite incite les médecins à améliorer la qualité des soins et la conception d'un système objectif d'évaluation des performances continue de se heurter à de nombreuses difficultés (Ullrich, 1997). Des systèmes de rémunération s'efforçant de récompenser la qualité suscitent un certain nombre d'inquiétudes : auront-ils un effet de distorsion des pratiques entre les domaines dans lesquels la qualité peut être mesurée et ceux dans lesquels elle ne peut l'être? Encourageront-ils une certaine sélection au profit des clients les moins risqués et auront-ils un effet de distorsion sur la tenue des dossiers? De tels systèmes nécessiteront probablement une réglementation et un suivi attentif.

5.2. Garantir une offre adéquate de services d'infirmières

En règle générale, les conditions de travail et la rémunération auront une incidence sur l'offre de services d'infirmières. Une combinaison de ces facteurs affectera probablement les entrées et les sorties de la profession, leur participation à la population active, le nombre d'heures effectuées par infirmière et leur taux de rotation. Dans ce qui suit, l'incidence des conditions de travail et de la rémunération est examinée sous les rubriques « Flux d'infirmières entrant dans la population active », « Durée du travail », « Flux d'infirmières sortant de la population active » et « Taux de rotation ».

5.2.1. Flux d'infirmières entrant dans la population active

Politiques nationales d'éducation et de formation. Lorsqu'on conçoit des politiques visant à augmenter les flux d'infirmières entrant dans la population active, il est important de noter que les infirmières déclarent être fondamentalement attirées par la profession pour des raisons autres que la rémunération (voir, par exemple, While et Blackman, 1998 ; et Meadows *et al.*, 2000). Parmi les principales raisons évoquées pour embrasser la profession d'infirmières, les enquêtes indiquent : la satisfaction de travailler avec des personnes et de soigner des gens, un attrait de longue date pour la profession, une expérience antérieure dans le domaine des soins et le fait d'avoir des proches travaillant dans des professions de santé. Toutefois, les comportements montrent que les niveaux de rémunération (tant absolus que relatifs) sont également importants. Les salaires de départ dans des métiers exigeant des études analogues jouent, semble-t-il, un rôle important dans la décision d'entrer dans la profession. On constate aux États-Unis que des salaires plus élevés ont un impact positif important sur le nombre des inscriptions dans les programmes de soins infirmiers de premier cycle (Chiha et Link, 2003).

Concernant l'offre d'infirmières, certains pays de l'OCDE laissent essentiellement jouer les forces décentralisées du marché. D'autres ont commencé à réguler les admissions dans les écoles d'infirmières mais le degré d'interventionnisme est généralement plus limité que pour les médecins. Le tableau 4.6 indique qu'en Australie, en Belgique, aux États-Unis, au Mexique, en Norvège, en Nouvelle-Zélande et aux Pays-Bas, le nombre des places disponibles dans les écoles d'infirmières est déterminé par les écoles elles-mêmes sur la base de la demande des étudiants et de leur évaluation des besoins du marché du travail. Dans ces pays, le rôle des pouvoirs publics se borne à financer les écoles publiques d'infirmières. Mais en Allemagne, en Angleterre, en Autriche, au Canada, en Corée, en Espagne, en Grèce, en Irlande, au Japon, en République slovaque, en Suède et en Suisse, le nombre des places disponibles dans les écoles d'infirmières est planifié dans une large mesure par les pouvoirs publics (ministères de la Santé et de l'Éducation) au niveau national et/ou régional.

Comme pour les médecins nouvellement diplômés, la proportion d'infirmières praticiennes nouvellement entrées dans la profession varie considérablement d'un pays à l'autre (voir graphique 4.17). On a noté une variation de un à trois de la proportion d'infirmières nouvellement diplômées dans la population totale d'infirmières en 2000, avec à une extrémité de l'échelle le Canada, l'Australie et le Royaume-Uni qui faisaient état d'un flux entrant de nouvelles diplômées inférieur à 3 % de la population totale des infirmières praticiennes et à l'autre extrémité la Corée, le Japon et la République slovaque qui faisaient état d'un flux entrant supérieur à 6 %. Cette disparité peut refléter principalement le fait que certains systèmes de santé connaissent une croissance supérieure à d'autres. On a également observé que les flux entrants d'un pays donné peuvent être soumis à un schéma cyclique des admissions dans les écoles d'infirmières, généré par le fait que la durée de la formation impose un certain décalage dans la réponse des entrants potentiels aux augmentations et aux diminutions du salaire relatif entraînées par les pénuries et les excédents d'infirmières.

Les expériences nationales montrent que les initiatives en faveur d'une augmentation du nombre des admissions dans les écoles d'infirmières ont été bloquées par le coût pour les pouvoirs publics du financement de places supplémentaires dans les écoles, un attrait moindre pour la profession, une diminution de la taille des cohortes de jeunes dans la

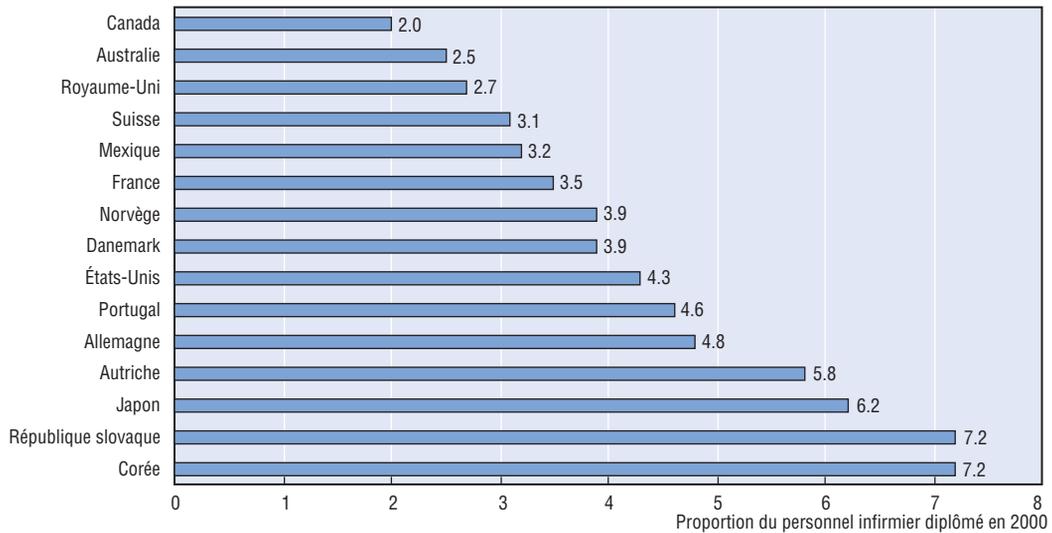
Tableau 4.6. Détermination du nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières

Entrée dans les écoles d'infirmières	
Allemagne	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières peut être fixé par les <i>Länder</i> .
Angleterre	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières est arrêté en partenariat par le ministère de la Santé et les Workforce Development Confederations locales. Ces derniers organismes déterminent eux-mêmes leurs besoins et le ministère de la Santé vérifie que les plans locaux répondent dans leur ensemble aux exigences nationales. Ce processus concerne les places qui seront financées par le ministère de la Santé. Les établissements d'enseignement supérieur peuvent offrir des places supplémentaires aux étudiants qui financent eux-mêmes leur formation.
Australie	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières pour la préparation du diplôme d'infirmière, est fixé par chaque université. Le ministère fédéral de l'Éducation, de la Science et de la Formation finance les universités selon les dispositions prévues par la loi de 1988 sur le financement de l'enseignement supérieur. Les universités reçoivent un budget global et sont en principe des organismes autonomes qui ont la responsabilité de répartir les fonds entre les facultés et les écoles après avoir évalué eux-mêmes l'importance de la demande de formation et les besoins du marché du travail. Lorsque la formation des infirmières a été transférée aux universités, en 1993-1994, il a été demandé à ces dernières de prévoir un nombre minimum de places pour l'enseignement de base dans ce domaine, afin d'assurer une offre suffisante d'infirmières à chaque État et Territoire.
Autriche	Ce sont les États qui déterminent le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières. Les associations et les syndicats d'infirmières exercent une influence, mais n'ont pas officiellement droit de regard sur le nombre de places que ces établissements doivent offrir.
Belgique	Il n'y a pas d'instance officiellement chargée de déterminer le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières.
Canada	Les administrations provinciales/territoriales fournissent des ressources financières aux établissements d'enseignement postsecondaire. Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières est fixé par négociation entre les ministères de la Santé et de l'Éducation. Bon nombre de provinces/territoires possèdent des commissions consultatives financées par les pouvoirs publics qui conseillent l'administration pour l'élaboration des plans de formation des infirmières.
Corée	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières est déterminé par les pouvoirs publics.
Espagne	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières est fixé par les ministères de la Santé et de l'Éducation. A la fin des années 90, il a été limité à 7 000 environ par an.
États-Unis	Il n'y a pas d'instance officiellement chargée de déterminer le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières, mais les décisions des États concernant le financement public de la formation des infirmières influent directement sur la capacité de formation dans ce domaine.
Grèce	Le ministère de l'Éducation et le Conseil central de la santé fixent le nombre de places disponibles dans les écoles publiques d'infirmières.
Irlande	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières est déterminé par la Higher Education Authority, le financement étant assuré par le ministère de la Santé et de l'Enfance.
Japon	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières est déterminé par l'administration nationale et les responsables de chaque préfecture.
Mexique	Il n'y a pas d'instance officiellement chargée de déterminer le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières. Chacun de ces établissements fixe lui-même le nombre de places à offrir selon les infrastructures et les ressources dont il dispose.
Norvège	Chaque école d'infirmières fixe le nombre de places disponibles.
Nouvelle-Zélande	Il n'y a pas d'instance officiellement chargée de déterminer le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières.
Pays-Bas	Il n'y a pas d'instance officiellement chargée de fixer le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières.
République slovaque	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières est déterminé par les ministères de la Santé et de l'Éducation.
Suède	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières est fixé par les pouvoirs publics.
Suisse	Le nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières est fixé par les cantons.

Source : Observatoire européen des systèmes de santé et Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé.

population et les pénuries de professeurs. En revanche, il semble que les campagnes de publicité et de recrutement lancées en Australie, aux États-Unis, en Irlande et au Royaume-Uni aient entraîné une augmentation des inscriptions dans les écoles d'infirmières.

Graphique 4.17. Proportion d'infirmières diplômées parmi les infirmières praticiennes, 2000



Notes : Les données du Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé comprennent le personnel infirmier diplômé entré en activité pendant l'année de référence. Les données du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe comprennent le personnel infirmier diplômé pendant l'année de référence. Les données pour l'Australie se rapportent aux étudiants australiens résidents. Les données pour le Canada se rapportent aux infirmières diplômées formées au Canada ayant passé l'examen obligatoire d'enregistrement. Les données pour le Canada et le Danemark excluent les sage-femmes. Les données pour la Corée et la Norvège font référence au personnel infirmier nouvellement certifié. Les données pour le Royaume-Uni font référence aux infirmières formées enregistrées pour la première fois au Conseil des Infirmiers et Sage-femmes.

Source : Les données pour l'Australie, le Canada, la Corée, le Mexique, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suisse sont extraites du Projet de l'OCDE sur les ressources humaines en santé. Les données pour l'Autriche, le Danemark, la France, le Portugal et la République slovaque sont extraites du Bureau régional pour la Santé en Europe (base de données « Health for All »). Pour les autres pays, les données sont extraites du « Nursing Workforce Profile 2002 » du Conseil international des infirmiers.

Plusieurs pays, dont l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse, ont réexaminé ou réformé les filières d'accès afin de rendre plus attractive l'entrée dans la profession d'infirmière. Les réformes ont comporté une amélioration des profils professionnels (en Irlande, par exemple) et une plus grande flexibilité de l'enseignement des soins infirmiers (au Royaume-Uni, par exemple). En 2001, l'Irlande a annoncé un projet de parrainage en faveur des aides soignantes expérimentées désireuses de suivre une formation d'infirmières. Les candidates admises à en bénéficier étaient autorisées à conserver leur salaire pendant les quatre années du programme de préparation au diplôme en échange de l'engagement de travailler comme infirmières pour le service public après l'obtention de leur diplôme. En 1999, le Royaume-Uni a lancé une nouvelle stratégie éducative en faveur des infirmières, sages-femmes et visiteuses sanitaires. Cette stratégie intitulée « Making a difference for nurses, midwives and health visitors », autorisait les étudiantes à étaler leur enseignement sur plus de trois ans, en intégrant des périodes de pause. En outre, de nouvelles filières d'accès à la profession d'infirmière via les qualifications professionnelles nationales ont été introduites et un nouveau poste d'infirmière conseil a été créé.

Immigration. En plus des infirmières formées dans le pays, l'immigration d'infirmières formées à l'étranger peut contribuer au maintien et à l'augmentation des effectifs nationaux d'infirmières. À titre d'exemple, en 2001, les infirmières étrangères

représentaient respectivement 6.7 %, 8.3 % et 23.1 % des effectifs d'infirmières en Autriche, au Royaume-Uni et en Suisse (Eurostat, Enquête sur les forces de travail). Il apparaît que les flux internationaux d'infirmières sont guidés par un certain nombre de facteurs d'attraction tels que les possibilités de formation professionnelle, l'offre de salaires plus élevés et de meilleures opportunités d'emploi dans le pays d'accueil. Des facteurs d'impulsion tels que des conditions de vie et de travail moins attractives dans le pays d'origine peuvent également jouer un rôle.

Certains pays de l'OCDE ont adopté des politiques visant à encourager l'immigration d'infirmières formées à l'étranger. Un type de politiques a consisté à assouplir les processus réglementaires et de certification dans le pays d'accueil, en facilitant l'obtention par les infirmières étrangères de leur permis de travail. Toutefois, ces pratiques risquent d'entrer en conflit avec la nécessité de maintenir des standards de qualité. En Grèce, par exemple, les qualifications et les compétences linguistiques des infirmières étrangères, et la qualité des soins qu'elles prodiguent, sont un sujet de préoccupation. D'autre part, 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 également adopté des politiques de recrutement international actif et ciblé d'infirmières dans le cadre d'accords de gouvernement à gouvernement. En Angleterre, par exemple, le National Health Service recrute des infirmières suite à des accords entre le ministère de la Santé et les gouvernements espagnol, indien et philippin (OCDE, 2003c).

Afin de limiter l'impact du recrutement international d'infirmières sur les pays en développement, certains pays d'accueil de l'OCDE ont fait des déclarations de principe et ont élaboré des directives en matière d'éthique à l'intention des employeurs recrutant des infirmières originaires de ces pays. Toutefois, certains analystes ont argué que ces directives portent plus sur les modalités pratiques du recrutement que sur des considérations d'ordre moral (Buchan et al., 2003). En outre, un recrutement croissant en provenance d'autres pays en développement qui ne sont pas mentionnés dans les directives a parfois compromis leur effet (Buchan, 2002). Une autre approche a été adoptée en Norvège : elle consiste à réglementer le recrutement international d'infirmières par le biais d'accords de gouvernement à gouvernement et à confier à une agence gouvernementale unique la responsabilité d'attirer un nombre limité d'infirmières étrangères (OCDE, 2003c).

Activité et retour à la vie active. En ce qui concerne la décision des infirmières diplômées d'exercer ou non la profession à laquelle elles ont été formées, plusieurs tentatives ont été faites pour estimer la sensibilité de l'activité des infirmières à l'évolution de leur rémunération aux États-Unis. Dusansky et al. (1986) ont constaté que leur activité était légèrement inélastique, avec une élasticité d'environ 0.9 pour les infirmières diplômées et environ 0.7 pour les infirmières auxiliaires agréées. En d'autres termes, une augmentation de 10 % des salaires ferait croître l'activité des infirmières diplômées et des infirmières auxiliaires agréées de 9 % et 7 % respectivement. Link (1992) a remarqué que les estimations relatives à l'élasticité de l'activité étaient très variables selon les sources de données, qui comprennent plusieurs recensements effectués aux États-Unis à des dates différentes et un certain nombre d'enquêtes nationales par sondage réalisées dans ce pays auprès des infirmières diplômées à diverses dates. Au Royaume-Uni, Phillips (1995) a noté que l'activité était assez sensible au salaire, avec une élasticité de 1.4.

La plupart de ces études et des travaux analogues ont montré que l'activité des infirmières mariées était en corrélation négative avec le revenu de leur conjoint, les revenus non salariaux du ménage et la présence d'enfants d'âge préscolaire, et parfois en corrélation positive avec la présence d'enfants de plus de six ans, toutes choses étant égales par ailleurs. Ces déterminants de l'activité ne sont pas sous le contrôle direct des responsables politiques, mais le constat effectué à propos des enfants laisse néanmoins supposer que l'offre de possibilités de garde des enfants d'âge préscolaire sur le lieu de travail pourrait encourager certaines infirmières à accroître leur activité. Par ailleurs, on a souvent remarqué que le recrutement des infirmières s'améliorait en période de récession économique, lorsque le revenu du ménage peut être mis à rude épreuve.

Si le salaire nominal des infirmières diplômées a augmenté aux États-Unis, leurs revenus réels stagnent de façon assez marquée depuis une vingtaine d'années (National Center for Health Workforce Analysis, 2002). Par comparaison, au cours de la même période, les enseignants des écoles primaires ont vu fortement croître leur rémunération tant en termes nominaux qu'en termes réels. En outre, la réduction de l'échelle des salaires existant entre les infirmières débutantes et les plus chevronnées peut les dissuader de rester dans la profession car leur rémunération plafonne après seulement quelques années d'activité. Aux États-Unis, une infirmière ayant cinq ans d'expérience gagne quelque 15 à 17 % de plus qu'une jeune diplômée, mais seulement 1 à 5 % de moins que ses collègues plus anciennes qui peuvent avoir obtenu leur diplôme vingt ans avant elle (National Center for Health Workforce Analysis, 2002).

Une forte proportion d'infirmières interrompent l'exercice de leur profession pour élever leurs enfants. Il est possible d'amener bon nombre d'entre elles à y revenir lorsque ces derniers atteignent l'âge scolaire ou plus tard. Plusieurs pays, dont l'Australie, le Canada, l'Irlande et le Royaume-Uni, ont fait état de résultats positifs dans les efforts qu'ils ont déployés pour encourager les infirmières à retourner à la vie active, lesquels ont consisté à leur offrir des stages de formation, une participation aux frais y afférents et/ou un salaire. Dans certains cas, le bénéfice de ces mesures a été subordonné à l'obligation pour les infirmières de s'engager à rester en activité pendant une durée minimum.

5.2.2. *Durée du travail*

Les infirmières en activité peuvent choisir d'accroître leur temps de travail en cas d'augmentation de leur salaire, éventuellement en passant du temps partiel au temps plein. Mais il est également possible que la courbe de l'offre d'heures de travail se mette à dessiner un mouvement « atypique » à partir d'un certain point, c'est-à-dire que les infirmières réduisent leur temps de travail si leur salaire dépasse un niveau qui leur assure un revenu satisfaisant pour le nombre d'heures maximal qu'elles souhaitent effectuer. Deux analyses portant sur des études consacrées à ce sujet au Royaume-Uni et aux États-Unis montrent que les effets de l'augmentation des salaires sur le temps de travail sont probablement positifs, mais faibles. Il ressort d'un certain nombre de travaux que l'élasticité à court terme salaire/durée du travail est d'environ 0.3. Cela laisse supposer qu'une augmentation de 10 % du salaire réel des infirmières diplômées ferait croître leur temps de travail de quelque 3 % (Antonazzo et al., 2003 ; Shields, 2003). Toutefois, les résultats obtenus diffèrent d'une étude à l'autre et on ne voit pas encore très bien si la courbe de l'offre est décroissante ou non au-delà d'un certain niveau de salaire.

Comme on pourrait s'y attendre, plusieurs études ont montré qu'il existait une corrélation négative entre la durée du travail des infirmières et le salaire de leur conjoint,

les revenus non salariaux du ménage et la présence d'enfants d'âge préscolaire (Antonazzo et al., 2003).

5.2.3. Flux d'infirmières sortant de la population active

Les flux sortant de la population active des infirmières regroupent les infirmières émigrant dans un autre pays, les infirmières se dirigeant vers d'autres professions, les infirmières se retirant de la population active, par exemple pour s'occuper de proches, et les infirmières partant à la retraite.

Émigration. Certains pays de l'OCDE voient certaines infirmières émigrer vers d'autres pays. En dépit de l'insuffisance des données disponibles, l'ampleur des flux migratoires semble relativement limitée : 0.2 % des infirmières australiennes ont émigré en 2000 ; 0.9 % des infirmières norvégiennes ont émigré en 2001 ; et entre 0.9 % et 1.4 % des infirmières britanniques ont émigré en 2001. À ce jour, on ne dispose guère d'indices de l'impact de ces flux migratoires sur la répartition des infirmières dans les pays de l'OCDE ou de la pression qu'ils ont éventuellement exercée sur les systèmes de santé d'un petit nombre de pays qui sont des exportateurs nets. Des indices récents donnent à penser que l'immigration d'infirmières en Irlande et l'émigration d'infirmières irlandaises est probablement un jeu à somme nulle puisqu'on recense plus de 4 000 infirmières étrangères travaillant en Irlande et 3 995 infirmières irlandaises travaillant à l'étranger (Health Services National Partnership Forum and Irish Nurses' Organisation, 2003).

Un des pays qui a un excédent d'infirmières a adopté des politiques pour stimuler l'émigration d'infirmières. L'Espagne a mis en place un système d'accords de gouvernement à gouvernement avec l'Angleterre pour faciliter l'emploi d'infirmières espagnoles en Angleterre. En revanche, peu de pays membres semblent avoir adopté des politiques visant à réduire le niveau d'émigration des infirmières.

Retrait de la population active des infirmières. Certains indices semblent expliquer pourquoi des infirmières expérimentées choisissent d'abandonner leur métier d'infirmières pour s'engager dans d'autres professions. Des enquêtes effectuées aux États-Unis auprès d'infirmières titulaires exerçant une autre profession donnent à penser que les raisons les ayant incitées à abandonner la profession sont notamment le désir d'avoir de meilleurs horaires de travail, un métier plus gratifiant sur le plan professionnel, plus de temps à consacrer à leur famille, et d'être moins exposées à la violence, aux menaces et autres abus (Bureau of Health Professions, 2000 ; National Center for Health Workforce Analysis, 2002). Des études comportementales laissent également penser que des salaires adaptés jouent aussi un rôle.

Dans une population essentiellement composée de femmes, l'élaboration de politiques de l'emploi favorables à la famille et permettant aux infirmières de mieux concilier leurs responsabilités professionnelles et leurs responsabilités familiales semble cruciale pour réduire le nombre de celles abandonnant la vie active. Le Royaume-Uni, par exemple, a affecté 70 millions de livres sur trois ans à compter d'avril 2001 à la construction de 150 crèches sur le lieu de travail, subventionnées à concurrence de 30 livres en moyenne par place et par semaine. Le ministère britannique de la Santé a également indiqué que la mise en œuvre d'un système de crédit d'impôt pour garde d'enfants a diminué le nombre d'infirmières quittant le National Health Service (Department of Health, 2001).

Départ en retraite. Les politiques conçues pour influencer sur le départ en retraite des infirmières ont visé diversement à réduire le rythme des départs en retraite anticipée, à différer l'âge normal de départ en retraite ou à inciter les infirmières à la retraite à reprendre du service. Augmenter les rémunérations peut être un moyen efficace de différer les départs en retraite. En Belgique, par exemple, un certain nombre d'hôpitaux déclarent avoir réussi à conserver leurs effectifs de personnels expérimentés en autorisant les infirmières de 45 ans et plus à travailler 36 heures par semaine et les infirmières de 55 ans et plus à travailler 32 heures par semaine, dans les deux cas pour un salaire correspondant à 40 heures de travail (Peterson, 2001). Mais cette mesure est très coûteuse car elle représente une augmentation du salaire horaire de 25 % pour les infirmières de plus de 55 ans. D'autres mesures visent à différer l'âge normal de départ en retraite des infirmières. L'initiative britannique de retraite flexible encourage les infirmières à rester en activité au-delà de l'âge normal de départ en retraite pendant un nombre de mois limité en leur offrant des cotisations de retraite complémentaires. Une troisième politique vise à inciter les infirmières à la retraite à reprendre du service. Au Royaume-Uni, le personnel du National Health Service peut partir en retraite et commencer à percevoir ses prestations de retraite tout en continuant à travailler à temps partiel.

5.2.4. Rotation des infirmières

La rotation des infirmières peut avoir à la fois un coût et des avantages. Les avantages possibles sont notamment une productivité accrue du fait d'une correspondance plus étroite entre les compétences des infirmières et les exigences du poste et l'opportunité pour l'employeur de modifier la composition de ses effectifs. En revanche, le phénomène génère des coûts administratifs d'identification, de sélection et de formation des infirmières et peut entraîner des pertes de productivité à court terme. Sur un marché du travail actif il faut s'attendre à une certaine rotation même si, à ce jour, on ne dispose guère d'éléments permettant d'établir quel devrait être son niveau ou comment il pourrait varier d'un pays à l'autre. Les résultats préliminaires d'une étude de la rotation des infirmières en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande, en Écosse et aux États-Unis indiquent un taux de rotation des infirmières titulaires de 9.49 % (O'Brien-Pallas *et al.*, 2003). Ce taux semble comparable à ceux observés dans d'autres professions : 7.5 % pour les pharmaciens américains (American Society of Health-System Pharmacists, 2003), 9.5 % pour les enseignants norvégiens (Falch et Strøm, 2002), et 8.7 % pour les enseignants des écoles publiques américaines (National Center for Education Statistics, 1995).

La rotation des infirmières semble être dictée par un certain nombre de facteurs. Les mesures de stabilisation budgétaire, prises dans les années 90 par certains pays de l'OCDE, ont précipité la compression des coûts et des effectifs hospitaliers, ce qui a entraîné une réduction importante du nombre des infirmières et du personnel de soutien au niveau des services professionnels, administratifs et auxiliaires. Dans le même temps, la demande d'infirmières a continué à progresser du fait du vieillissement des populations, du progrès technologique et des attentes plus grandes des patients. Ces changements ont été combinés avec une augmentation de leur charge de travail, le nombre d'heures supplémentaires effectuées, le taux d'accidents avec blessures, l'absence pour maladie des infirmières restant en activité. Bien que les indications sur ces phénomènes soient diverses⁷, d'aucuns prétendent que des plaintes contre une situation de monopsonie ont conduit les pouvoirs publics et les hôpitaux à pratiquer des niveaux d'emploi et de rémunération des infirmières inférieurs à ce qu'ils seraient sur un marché du travail

concurrentiel. Des perceptions négatives de l'adéquation de la dotation en personnel et des politiques de gestion des effectifs ont été associées à l'insatisfaction professionnelle des infirmières, révélée par une vaste enquête effectuée auprès d'infirmières titulaires au Canada, en Angleterre, en Allemagne, en Écosse et aux États-Unis (Aiken et al., 2001).

Stratégies de maintien des effectifs. Certains pays ont mis en place des stratégies sur le lieu de travail visant à maintenir les effectifs d'infirmières en améliorant leurs compétences et en leur donnant plus de responsabilités. Aux États-Unis, le *Magnet Nursing Services Recognition Program* a été mis en place pour récompenser les hôpitaux ayant su maintenir leurs effectifs d'infirmières (voir encadré 4.3). Récemment, un « Magnet Advisory Network » à intervenants multiples a été créé en Nouvelle-Zélande pour déterminer la transférabilité des manuels sur les « magnet hospitals » élaborés aux États-Unis et établir un calendrier pour la poursuite de cette initiative.

Encadré 4.3. Les « magnet hospitals » américains

Au début des années 80, la *American Academy of Nursing* a procédé à une étude dans le but d'identifier les hôpitaux qui réussissaient à maintenir leurs effectifs d'infirmières et les caractéristiques organisationnelles communes à ces hôpitaux. Cette étude a permis d'identifier 41 « magnet hospitals » qui présentaient un certain nombre de caractéristiques communes encourageant et soutenant une pratique infirmière professionnelle, notamment des structures d'organisation horizontale, des processus décisionnels basés sur l'unité, un encadrement infirmier influent et un certain niveau d'investissement dans la formation et l'expertise des infirmières. Il a été démontré qu'à ces attributs organisationnels des « magnet hospitals » étaient associés de meilleurs résultats sanitaires et une plus grande satisfaction des patients, que les infirmières trouvaient dans leur travail plus de satisfaction, que les taux d'épuisement professionnel étaient moindres, que les piqûres accidentelles avec des aiguilles étaient moins nombreuses et que la productivité et la qualité des soins dispensés étaient jugées supérieures. En conséquence, les « magnet hospitals » faisaient état de taux plus élevés de maintien des effectifs d'infirmières et si ces hôpitaux avaient tendance à avoir un plus grand nombre d'infirmières par patient et donc une masse salariale plus importante, ce surcoût était largement compensé par une réduction des temps de séjour et un nombre moindre de journées d'utilisation des unités de soins intensifs.

Au début des années 90, la *American Nurses Association* a créé, par le canal de l'*American Nurses Credentialing Center*, le *Magnet Nursing Services Recognition Program* qui récompense l'excellence de la pratique professionnelle des soins infirmiers. Ce programme de désignation de « magnet hospitals » est ouvert à tous les hôpitaux et représente une forme volontaire de revue externe par les pairs (c'est-à-dire par des infirmières professionnelles), qui se fonde sur la capacité d'un hôpital à se conformer aux 14 standards de soins infirmiers. La certification en tant que « magnet hospital » implique un processus à étapes multiples de rédaction de documents et d'évaluation sur site par des infirmières-experts. Le programme requiert que l'accréditation de l'hôpital soit renouvelée tous les quatre ans. Au 15 octobre 2003, on recensait 88 « magnet hospitals ».

Source : Aiken et al. (2000).

Ratios minimums personnel/patient. Reconnaisant que des niveaux adéquats de dotation en personnel sont bien souvent un préalable à la création de conditions de travail

attractives, certains pays ont mis en place des ratios minimums d'infirmières par patient. En janvier 2002, la Californie a proposé une législation sur les ratios infirmières/patient devant entrer en vigueur en 2003 et 2004. Une disposition similaire a été adoptée par l'État de Victoria en Australie. Depuis la mise en œuvre de sa législation sur une dotation en personnel minimum, le gouvernement de l'État de Victoria affirme que 2 650 infirmières n'exerçant pas la profession d'infirmières ont réintégré la population active et que les demandes d'inscriptions dans les écoles d'infirmières ont augmenté de 25.5 %. Aux États-Unis, l'expérience des différents hôpitaux donne à penser que des ratios minimums de dotation en personnel permettent de réduire la rotation du personnel, même si c'est parfois au détriment d'autres hôpitaux de la région (Lafer *et al.*, 2003). Toutefois, il faut disposer de davantage de données pour établir si les économies résultant d'une moindre rotation du personnel infirmier et d'un raccourcissement des temps de séjour des patients annulent les augmentations de coûts liées à des effectifs plus importants. Les implications en termes de productivité de ces effectifs plus importants doivent également être examinées.

Niveaux d'instruction et formation continue. Il apparaît que la composition de la population infirmière en termes d'éducation peut être mise en relation avec la rotation du personnel. Des indications récentes, montrant que les hôpitaux dans lesquels la proportion d'infirmières diplômées est plus importante ont un meilleur taux de maintien des effectifs et une mortalité moindre des patients (Aiken *et al.*, 2003), donnent à penser que l'on pourrait arbitrer entre le nombre d'infirmières et leur niveau d'instruction. Autrement dit, on pourrait diminuer la rotation des infirmières en employant un nombre moindre d'infirmières mais en augmentant la proportion des infirmières diplômées.

Pour retenir les infirmières, il apparaît également crucial de leur offrir des opportunités d'éducation et de formation continues. La formation continue peut permettre aux infirmières de suivre l'évolution des traitements et des technologies et de faire progresser leur carrière professionnelle. En Irlande, la « Nursing and midwifery recruitment and retention initiative », prise en 2000, proposait une participation aux frais de scolarité et une rémunération accrue aux infirmières et sages-femmes conservant un emploi à temps partiel et suivant certains cours en vue de l'obtention d'un diplôme de premier cycle ou des cours spécifiques dans des domaines spécialisés de pratique clinique. En 2002, des unités de développement et de planification des professions d'infirmières et de sages-femmes ont été créées pour superviser l'offre de formation continue aux infirmières et sages-femmes à l'intérieur de chaque conseil de la santé. Toutefois, les employeurs n'ont pas toujours été à même de rendre ces politiques opérationnelles : dans de nombreux contextes, la pression sur l'emploi et le manque de personnel d'appoint font qu'il est pratiquement impossible aux infirmières de profiter de ces opportunités de formation même lorsque celles-ci leur sont proposées sur leur lieu de travail.

Avancement professionnel. Les politiques de maintien des effectifs se sont également attachées à améliorer les perspectives de carrière des infirmières. Les approches possibles sont les échelles cliniques, l'évaluation des emplois à fonction unique ou fonctions multiples et la rémunération sur la base des résultats individuels ou des résultats du groupe (voir, par exemple, Buchan et Thompson, 1997). En Irlande, le Nursing Careers Centre a été créé en 1998 pour promouvoir les métiers de soins infirmiers et fournir des orientations de carrière. Au Royaume-Uni, le NHS a lancé, en avril 1999, un service de

gestion de carrières qui fournit des informations sur les métiers d'infirmières, de sages-femmes et de visiteuses sanitaires. Le ministère britannique de la Santé a également encouragé l'avancement professionnel en élargissant le rôle des infirmières, en augmentant le nombre des infirmières principales et des infirmières conseillères (Secretary of State for Health, 2000). Une enquête effectuée dans plusieurs États des États-Unis a montré qu'en 2002 douze d'entre eux avaient élaboré ou travaillaient à l'élaboration d'échelles de carrière pour les infirmières (Hayes, 2002).

L'un des thèmes récurrents sur le sujet est le manque de formation au leadership des infirmières. Les infirmières qui sont impliquées dans la gestion de leur vie professionnelle tendent à être plus pragmatiques et plus réalistes, ce qui leur procure plus de satisfaction et les incite à conserver leur emploi (Meadows *et al.*, 2000). En 2000, l'Irlande a établi un groupe directeur de haut niveau sur l'habilitation des infirmières et des sages-femmes afin de promouvoir l'implication concrète des infirmières et des sages-femmes dans la gestion des services. Entre autres initiatives, ce groupe a mis en place des programmes pilotes de développement de la gestion afin de préparer les infirmières gestionnaires à leur rôle de gestion des ressources humaines. Le Royaume-Uni a introduit des séances de modernisation des services au cours desquelles le personnel peut appliquer à la restructuration de services locaux les enseignements appris dans d'autres secteurs du National Health Service. En outre, un nouveau Leadership Centre for Health a été créé en 2001 pour apporter aux personnes déjà impliquées dans des rôles de leaders et à celles ayant un potentiel de leadership un soutien personnalisé à différentes étapes de leur carrière.

Violence et harcèlement. Certains pays de l'OCDE se sont efforcés de réduire les actes de violence et de harcèlement à l'encontre du personnel infirmier. L'Irlande, par exemple, a élaboré une politique globale pour identifier les cas d'intimidation sur le lieu de travail et concevoir des procédures efficaces pour traiter les allégations d'intimidation. Au Royaume-Uni, le National Health Service a créé, en octobre 1999, une *zone de tolérance zéro* qui a publié des directives à l'intention des dirigeants et du personnel sur l'évaluation et la prévention des risques, la manière de traiter les patients et les membres du public qui harcèlent le personnel, et d'élaborer des politiques pour refuser de traiter les patients violents et agressifs. Cette politique s'est accompagnée d'un investissement de 3 millions de livres sur une période de trois ans pour financer les nouvelles initiatives s'attaquant aux violences à l'encontre du personnel du National Health Service.

Niveaux de rémunération. Le fait d'augmenter leur rémunération permet-il de réduire le taux de rotation des infirmières? Des études effectuées aux États-Unis et au Royaume-Uni incitent à le penser mais on ne dispose guère d'éléments indiquant si la réduction des coûts liés à cette rotation est supérieure aux coûts engendrés par l'augmentation des niveaux de rémunération (voir, par exemple, Ahlburg et Brown Mahoney, 1996 ; Gray et Phillips, 1996). Gray et Phillips (1996) en sont arrivés à la conclusion que les politiques ciblant les augmentations de rémunération sur les catégories d'infirmières particulièrement sensibles au niveau de rémunération ou pour lesquelles les pertes de productivité à court terme sont importantes, sont rentables. Les auteurs ont également constaté que les augmentations généralisées appliquées à tous les membres de la profession ne constituent pas une manière économique de réduire la rotation des infirmières.

Des travaux complémentaires sont nécessaires pour évaluer le coût de l'amélioration des conditions de travail et de rémunération. On peut arguer, toutefois, que les économies résultant de la réduction des coûts générés par la rotation des infirmières, des dépenses liées au recrutement d'intérimaires et des temps de séjour des patients pourraient aider à financer l'amélioration nécessaire des conditions de travail et de rémunération des infirmières. La California Nurses Association, par exemple, a affirmé que le fait d'imposer des effectifs infirmiers minimums devrait générer pour les hôpitaux californiens une économie annuelle de 2 milliards de dollars liée aussi bien à des temps de séjour plus courts des patients, qu'à une économie liée au recrutement d'intérimaires et à la réduction des coûts de rotation.

6. Modification de la répartition des fonctions entre médecins et infirmières

L'efficacité dans l'utilisation du personnel de la santé pourrait être sensiblement améliorée si des changements étaient apportés à la répartition des fonctions, notamment entre médecins et infirmières. Les Anglo-Saxons désignent cette dernière notion par le terme général de « skill mix », qui renvoie aux diverses catégories de professionnels composant le personnel de la santé et à la frontière séparant les rôles et les tâches dévolus à chacune d'elles. La modification de la répartition des fonctions peut se traduire par des actions très différentes, dont le renforcement des compétences d'une catégorie particulière de professionnels, le transfert de certaines tâches d'une catégorie de professionnels à une autre ou leur délégation à un autre niveau de l'échelle dans une même catégorie, ou encore l'introduction d'innovations dans les rôles (Sibbald *et al.*, 2004). Ces changements peuvent être déterminés par des motifs divers, notamment la volonté d'offrir des services nouveaux, de remédier à la pénurie de certaines catégories de professionnels (surtout dans les zones urbaines désavantagées ou dans les zones rurales), d'améliorer la qualité, ainsi que d'accroître l'efficacité de la prestation des services par rapport à son coût.

Il existe de très grandes différences entre les pays de l'OCDE quant au rapport infirmières/médecins, qui va de 0.9 dans le cas de la Grèce en 1999 à 6.4 dans celui de l'Irlande en 2000. La moitié des pays de l'OCDE relèvent un rapport infirmières/médecins qui se situe en dehors de la fourchette 2.0-4.0 (OCDE, 2003a, graphique 2.8).

Des travaux réalisés pour l'OCDE montrent certains changements observés dans la répartition des fonctions entre médecins et infirmières au cours de ces dernières années, notamment l'apparition des infirmières à compétence étendue – dénommées « infirmières de pratique avancée », « infirmières praticiennes » et « infirmières spécialistes » – tant dans le secteur des soins primaires que dans celui des hôpitaux. Ces travaux se sont particulièrement intéressés au cas des États-Unis et du Royaume-Uni (Buchan et Calman, à paraître). Environ 7 % des infirmières diplômées sont aujourd'hui pourvues de la formation nécessaire pour exercer ces rôles aux États-Unis. Cette étude a comporté une analyse des publications consacrées à l'efficacité et au rapport coût-efficacité de l'élargissement des fonctions des infirmières, ainsi que deux études de cas concernant les principaux facteurs qui déterminent, facilitent et limitent l'extension du rôle des infirmières aux États-Unis et au Royaume-Uni respectivement.

L'analyse de la littérature existante s'est heurtée aux problèmes suivants : la diversité des nouveaux modes de répartition des tâches qui avaient été évalués, le nombre relativement faible d'études remplissant les critères de sélection retenus, et un manque

singulier d'études sur le rapport coût-efficacité. Néanmoins, l'examen des travaux consacrés au rôle des « infirmières de pratique avancée » dans le secteur des soins primaires, montre de façon convaincante que celles-ci peuvent dispenser des soins équivalents à ceux qu'assurent les médecins dans ce secteur. Les patients étaient dans l'ensemble plus satisfaits des consultations auprès des infirmières que de celles auprès des médecins. Les premières demandaient davantage d'examens que les seconds et leurs consultations étaient plus longues. Mais il y a malheureusement peu de données concrètes sur l'efficacité des différentes démarches considérées par rapport à leur coût.

Il ressort de l'analyse d'études concernant le recours aux « infirmières praticiennes » dans les services d'urgence des hôpitaux que celles-ci ne sont ni plus ni moins compétentes que les internes pour le traitement des lésions sans gravité. Cependant, l'examen de six études consacrées au rapport coût-efficacité du rôle des « infirmières de pratique avancée » a abouti à des résultats contrastés. Les services reposant sur l'initiative des infirmières dans différents cadres coûtaient, selon les cas, aussi cher, plus cher ou moins cher que les services assurés par les médecins.

Les auteurs en arrivent à la conclusion que ces études corroborent l'idée selon laquelle les infirmières à compétence étendue pouvaient accomplir certains types d'actes équivalents à ceux qu'assuraient les médecins, une fois le diagnostic établi. Toutefois, l'efficacité de ces modes de partage des tâches par rapport à leur coût est difficile à cerner. En outre, plusieurs questions n'ont pas encore été résolues, dont celle de savoir dans quelle mesure les infirmières qui s'occupent de patients ayant des problèmes non diagnostiqués sont capables de reconnaître les maladies rares et les effets secondaires des traitements.

Quant aux deux études de cas concernant les principaux facteurs qui déterminent, facilitent ou limitent le recours aux infirmières à compétence étendue, elles ont été réalisées à partir d'entretiens avec des interlocuteurs choisis aux États-Unis et au Royaume-Uni respectivement. Certains des principaux déterminants que l'enquête a permis de mettre en évidence étaient les mêmes dans les deux pays, notamment la pénurie de professionnels et les possibilités de délégation de certaines fonctions. Les auteurs ont toutefois constaté qu'aux États-Unis, le souci d'assurer une utilisation optimale des ressources jouait un rôle prépondérant, et que le phénomène de l'extension du champ de compétence des infirmières était dû à l'initiative de ces dernières. S'agissant du Royaume-Uni, la création de nouveaux services est apparue comme un facteur essentiel, et ce sont l'action gouvernementale et la profession médicale qui ont suscité l'extension des fonctions des infirmières. Parmi les principaux facteurs qui ont facilité cette évolution, figurent l'attitude des infirmières aux États-Unis, et le soutien apporté par les pouvoirs publics au Royaume-Uni. Quant aux facteurs qui l'ont entravée, il s'agit principalement de la profession médicale aux États-Unis et du manque de ressources financières et de la pénurie d'infirmières au Royaume-Uni. L'une des différences les plus frappantes relevées entre les deux pays est la réaction des médecins, relativement hostiles à l'élargissement du rôle des infirmières aux États-Unis, mais favorables à celui-ci au Royaume-Uni. Cette différence tient peut-être en partie à la place prépondérante qu'occupe le paiement des médecins à l'acte aux États-Unis (qui les expose à subir la concurrence des infirmières pour attirer les malades), et au fait que les médecins sont surtout rémunérés à la capitation et par un salaire au Royaume-Uni (ce qui les encourage à déléguer aux infirmières certaines de leurs tâches et favorise le travail en équipe). Cependant, il est également intéressant de noter que le rapport infirmières/médecins

enregistré était de 3.0 aux États-Unis contre 4.4 au Royaume-Uni en 2000 (OCDE, 2003a, graphique 2.8).

Les personnes interrogées aux États-Unis et au Royaume-Uni ont été invitées à recenser les problèmes essentiels sur lesquels devraient se pencher les pays qui envisagent d'élargir le rôle des infirmières. Ils ont principalement cité les points suivants : s'accorder sur la nécessité d'étendre le champ de compétence des infirmières, préciser de façon concertée les fonctions supplémentaires qu'il convient de leur confier, déterminer la formation qu'elles devront suivre pour pouvoir les exercer, analyser les questions relatives à la reconnaissance des qualifications ainsi acquises et à la réglementation, et déterminer en commun le parcours professionnel et les modalités de rémunération.

7. Conclusions

Pour assurer la distribution de soins de santé satisfaisants en quantité et en qualité, il est nécessaire de maintenir constamment l'équilibre entre l'offre et la demande de médecins et d'infirmières. Les observations présentées dans ce chapitre montrent que les effectifs de ces deux professions par million d'habitants sont très différents selon les pays de l'OCDE. En outre, le rapport infirmières/médecins est très variable d'un pays à l'autre. S'agissant des médecins, leurs effectifs tendent à être plus importants dans les pays où l'offre est principalement déterminée par le marché, et qu'ils sont plus faibles dans ceux qui planifient et contrôlent depuis de nombreuses années l'accès à la formation médicale.

Le fait de limiter le nombre de médecins peut certes faciliter la maîtrise des coûts, mais on a des raisons de penser qu'il a aussi des effets négatifs sur la souplesse dans la prise en compte des besoins et les résultats obtenus. La productivité a un grand rôle à jouer à cet égard. En ce qui concerne les médecins généralistes, certains faits montrent que, dans l'ensemble des pays d'Europe, il existe une corrélation négative entre la densité médicale et le nombre de consultations par médecin, ce qui permet de supposer que, jusqu'à un certain point, la limitation des effectifs de généralistes n'entraînera pas nécessairement une diminution proportionnelle de l'accès des malades à leurs services. On sait toutefois peu de choses sur les conséquences qui peuvent en découler pour la productivité de ces médecins, faute de disposer pour le moment d'indicateurs de la qualité des soins.

Suite à la demande grandissante de services médicaux et infirmiers et à un certain resserrement de l'offre qui tient en partie au vieillissement de la population des professionnels de la santé, la crainte d'être confronté à des pénuries d'infirmières et, dans certains cas, de médecins se manifeste de façon générale et croissante dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Certaines données laissent à penser que de telles pénuries pourraient s'aggraver dans un certain nombre de pays en l'absence de mesures visant à favoriser le recrutement ou le maintien en activité.

A moyen ou long terme, la solution la plus importante dont dispose un pays pour adapter l'offre de services médicaux et infirmiers à la demande, consiste à ajuster le nombre d'admissions dans les établissements de formation médicale et infirmière, en particulier si l'objectif à long terme est d'assurer l'autosuffisance. En raison du vieillissement de nombreuses catégories de professionnels, il faudra sans doute dans l'avenir, pour y parvenir, attirer une proportion croissante de cohortes de jeunes moins nombreuses dans les formations médicale et infirmière, ce qui nécessitera probablement une augmentation des salaires relatifs et une amélioration des conditions de travail.

Les faits observés montrent que les formations médicale et infirmière ont traversé des cycles d'expansion et de ralentissement aussi bien dans les pays où l'offre de diplômés est principalement déterminée par le marché, que dans ceux qui tentent de planifier les entrées dans ces formations. Or, ces cycles tendent à survenir surtout à cause du décalage qui se produit entre le moment où la demande se modifie et celui où la réaction de l'offre se manifeste lorsque les cursus de formation durent cinq ou dix ans. Par conséquent, tant les acteurs du marché que les responsables de la planification des effectifs au niveau des pouvoirs publics ont besoin d'être mieux informés et de disposer de meilleurs outils de prévision pour éviter ces fluctuations dans l'avenir.

L'immigration de médecins et d'infirmières étrangers peut accroître la flexibilité des marchés du travail dans les pays d'accueil, surtout à court terme, en accélérant l'instauration de l'équilibre recherché. Cependant, d'épineuses questions d'équité internationale viennent se poser lorsqu'elle se traduit par des flux nets durables de professionnels de pays pauvres où l'état de santé de la population est relativement faible et va parfois en se détériorant, vers des pays riches dont les habitants sont en bonne santé et voient celle-ci s'améliorer.

Les services fournis par les médecins et les infirmières dépendent de leur productivité, ainsi que de leurs effectifs. S'agissant des premiers, des études ont été consacrées à l'incidence de certains modes de rémunération sur leur productivité. L'analyse des travaux publiés sur le sujet confirme, comme on pourrait s'y attendre, que le paiement à l'acte fait croître l'activité par médecin, par comparaison avec le versement d'un salaire ou le paiement à la capitation. Toutefois, on ne sait pas au juste quels effets, s'il y en a, l'augmentation du niveau d'activité par médecin exerce sur la qualité des actes qu'ils accomplissent. Plusieurs pays ont récemment expérimenté des modes de rémunération des médecins qui permettent de rétribuer directement la qualité des soins, mais ces initiatives ont été limitées par les difficultés techniques posées par le suivi et la mesure de la qualité d'une grande part de l'éventail des services assurés par les médecins.

Quant aux infirmières, il ressort des données provenant d'enquêtes sur les attitudes qu'elles sont davantage motivées par les aspects non pécuniaires de leur activité et leurs conditions de travail que par la rémunération. Toutefois, les observations recueillies sur les comportements montrent que le niveau des salaires relatifs contribue tout de même dans une certaine mesure à les attirer vers cette profession et à faire croître leur taux d'activité lorsqu'elles sont diplômées. Les niveaux de rémunération sont donc susceptibles de jouer un rôle important lorsqu'il y a risque de pénurie. En revanche, la sensibilité de la durée du travail des infirmières à l'évolution du niveau des salaires semble assez faible. L'activité des infirmières tend à être liée de manière négative au revenu du conjoint, aux revenus non salariaux et à la présence d'enfants d'âge préscolaire au sein du ménage, toutes choses étant égales par ailleurs. Si ces facteurs ne dépendent pas directement des responsables de la politique de la santé, le dernier laisse néanmoins supposer que l'offre de services de garde des enfants sur le lieu de travail favoriserait l'augmentation des taux d'activité des infirmières.

Certains faits tendent à montrer que les hôpitaux ont fait usage de leur situation de monopsonne sur certains marchés du travail locaux pour faire baisser les salaires proposés aux infirmières, d'où une diminution des niveaux d'emploi. Cette situation peut être à l'origine d'un faible rapport infirmières/patients, ainsi que d'une importante déperdition d'effectifs et d'une forte rotation du personnel infirmier. En outre, il semblerait qu'en imposant lorsqu'il y a lieu un rapport infirmières/patients minimum, il est possible de réduire la rotation de ce personnel.

Il ressort d'études effectuées aux États-Unis que les stratégies adoptées par les établissements hospitaliers recevant la mention « magnet hospitals », qui consistent à mettre en place un encadrement infirmier influent et une structure organisationnelle horizontale et à investir dans les compétences des infirmières, non seulement permettent de retenir ces dernières, mais ont aussi des effets positifs sur l'état de santé des malades et leur degré de satisfaction.

D'après l'examen de données d'observation sur l'évolution de la répartition des fonctions entre médecins et infirmières dans le domaine des soins primaires et le secteur hospitalier, lesquelles portent essentiellement sur l'expérience des États-Unis et du Royaume-Uni, les infirmières ayant acquis certaines compétences supplémentaires peuvent accomplir des actes qui sont équivalents à ceux des médecins et ont souvent la préférence des patients. Ce constat concerne les malades dont le diagnostic a été établi. Toutefois, on en sait toujours très peu sur le rapport coût-efficacité des différentes modalités de partage des tâches. Il semble que dans les deux pays considérés, cette évolution soit déterminée par la pénurie de professionnels et les possibilités de délégation de certaines fonctions. L'extension du champ de compétence des infirmières suscite apparemment davantage d'enthousiasme chez les médecins du Royaume-Uni que chez leurs homologues des États-Unis. Peut-être cela tient-il au fait que, d'une part, les modes de rémunération des médecins de ces deux pays n'ont pas les mêmes effets d'incitation et, d'autre part, les médecins sont peu nombreux au Royaume-Uni relativement aux infirmières, par comparaison avec les États-Unis. Cependant, l'évolution du partage des tâches entre médecins et infirmières qui s'est produite dans ces deux pays, paraît peu importante à côté des écarts constatés entre pays de l'OCDE quant au rapport global infirmières/médecins, encore que ceux-ci tiennent peut-être en partie à des différences dans l'éventail des services de santé offerts dans chaque pays.

Il ressort de cette analyse qu'il reste encore beaucoup de questions à résoudre pour déterminer le meilleur moyen d'équilibrer l'offre et la demande de services médicaux et infirmiers. Des instruments d'action très divers ont été définis en vue d'influer sur l'offre, mais l'efficacité relative et le rapport coût-efficacité de l'utilisation de chacun d'eux ne font pas l'objet d'études systématiques. De même, il y a encore beaucoup de recherches à faire pour trouver la meilleure façon de planifier ou de réguler les entrées dans les professions médicale et infirmière, les formations y afférentes étant généralement marquées par des cycles d'expansion et de ralentissement, dus principalement au décalage qui se produit inévitablement lorsque la préparation des professionnels requis est longue. En ce qui concerne la productivité, d'autres travaux s'imposent pour cerner la meilleure palette de mesures à mettre en œuvre pour motiver les médecins et les infirmières, lesquelles concernent notamment le niveau des salaires, les modalités de rémunération, les conditions de travail, les effectifs et les stratégies à mener sur le lieu de travail. En particulier, des enseignements doivent être tirés des expériences dans lesquelles certains pays se sont récemment engagés, qui consistent à rétribuer les professionnels (lorsque c'est possible) pour la qualité des services qu'ils assurent. Il serait également utile de mieux connaître l'importance et les déterminants des migrations internationales de médecins et d'infirmières, ainsi que les avantages et les coûts de ces migrations pour les pays d'origine et les pays d'accueil respectivement. Enfin, il serait intéressant de consacrer un examen plus approfondi aux énormes différences observées, selon un point de vue global, entre pays de l'OCDE dans la répartition des fonctions, ainsi qu'à évaluer le rapport coût-efficacité des changements apportés à cette répartition dans certains pays.

Remerciements. Les auteurs souhaiteraient adresser leurs remerciements à Stéphane Jacobzone et Antonio Giuffrida, qui ont mis en place le programme de travail dont est issu ce rapport et ont participé aux premières étapes de sa réalisation, ainsi qu'à Karinne Logez, qui a apporté son concours pour les questions statistiques, et à James Buchan, Lynn Calman, Géry Coomans et Mike Villeneuve, qui ont travaillé sur certaines parties du projet en tant que consultants. Ils remercient également les spécialistes des pays participants qui ont répondu aux questionnaires relatifs aux politiques et aux données, dont proviennent une grande partie des informations contenues dans ce chapitre. Ces spécialistes ont participé à deux réunions d'un groupe d'experts, et ont prodigué des conseils et des commentaires à différents stades du projet. Ce sont notamment Julian Evans, Hertha Rack, Dirk Moens, Robert Shearer, Jakob Preisler, Raimo Jamsen, Pascale Breuil, Thomas Hofmann, Lykourgos Liaropoulos, Kieran Feely, Masato Kumaki, Cho Sung-Hyun, Mariana Barraza-Llorens, Piet De Bekker, Gillian Anne Durham, Erling Steen, José Martins, Rosa Mataix, Ingalill Lutz, Yves Egli, Keith Derbyshire, Marilyn Biviano, ainsi que d'autres participants nationaux. Les auteurs sont redevables à Peter Scherer des précieuses observations qu'il a formulées sur ce rapport.

Notes

1. Depuis la publication de ce chapitre, Steven Simoens travaille au département de pharmacoeconomie à l'Université catholique de Louvain en Belgique.
2. Ce chapitre a été rédigé dans le cadre d'un projet sur les ressources humaines dans le domaine des soins de santé réalisé à l'OCDE entre janvier 2002 et mars 2004. Il rend compte des résultats de l'essentiel des travaux effectués aux fins de ce projet, mais les études concernant le partage des fonctions entre médecins et infirmières et les écarts entre pays de l'OCDE s'agissant du niveau de rémunération de ces deux catégories de professionnels n'étaient pas achevées au moment de la mise sous presse. Ce projet a été mené sous la direction et avec les conseils d'un Groupe d'experts qui s'est réuni en avril et décembre 2002. Une vingtaine de pays étaient représentés à l'une ou l'autre de ces réunions.
3. Le terme « services » est utilisé pour capter l'idée que la contribution des médecins et des infirmières aux soins de santé dépend non seulement des effectifs mais aussi de leur productivité.
4. Le terme « demande » est utilisé ici au sens de demande exprimée ou financée, c'est-à-dire une demande actuelle ou attendue financée par le secteur public ou privé (dans ce dernier cas, il peut s'agir soit de l'assurance-maladie privée ou de paiements directs des patients). Il n'est supposé en aucune façon que cette demande est nécessairement optimale.
5. En Australie, un nombre de 2.051 médecins praticiens équivalent plein-temps pour 1 000 personnes a été proposée en 1994 (Australian Medical Workforce Advisory Committee and Australian Institute of Health and Welfare, 1996a). En Angleterre, le plan du National Health Service a établi un objectif de 0.557 généralistes praticiens équivalent plein-temps pour une population de 1 000 personnes pondérée en fonction des besoins dans chaque région du pays (Secretary of State for Health, 2000). Aux États-Unis, le Council on Graduate Medical Education a défini une fourchette de besoins en médecins de 0.6 à 0.8 généraliste et de 0.8 à 1.0 spécialiste pour 1 000 habitants (Council on Graduate Medical Education, 1994). Zurn et al. (2002) ont exprimé des inquiétudes concernant le degré de subjectivité qui entre en ligne de compte dans l'établissement de telles normes.
6. Pour un compte-rendu plus complet des constats du projet OCDE sur les délais d'attente, voir « Réduire les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes » dans le chapitre 5 de ce volume.

7. Quelques études donnent à penser que les hôpitaux sont en situation de monopsonne sur le marché du travail des infirmières titulaires et qu'ils se comportent comme tels dans la fixation de leurs salaires (Staiger et al., 1999). Mais d'autres ont observé que les salaires des infirmières titulaires ne sont pas liés à la densité des hôpitaux (Hirsch et Schumacher, 1995).

Bibliographie

- Ahlburg, D.A. et C. Brown Mahoney (1996), « The Effect of Wages on the Retention of Nurses », *Revue canadienne d'économie*, vol. 29, numéro spécial, partie 1, pp. S126-S129.
- Aiken, L.H., S.P. Clarke et D.M. Sloane (2002), « Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: cross-national findings », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 14, n° 1, pp. 5-13.
- Aiken, L.H., D.S. Havens et D.M. Sloane (2000), « The Magnet Nursing Services Recognition Program: a comparison of two groups of magnet hospitals », *American Journal of Nursing*, vol. 100, n° 3, p. 26.
- Aiken, L.H., S.P. Clarke, R.B. Cheung, D.M. Sloane et J.H. Silber (2003), « Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality », *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, n° 12, pp. 1617-1623.
- Aiken, L.H., S.P. Clarke, D.M. Sloane, J. Sochalski et J.H. Silber (2002), « Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction », *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n° 16, pp. 1987-1993.
- Aiken, L.H., S.P. Clarke, D.M. Sloane, J. Sochalski, R. Busse, H. Clarke, P. Giovannetti, J. Hunt, A.M. Rafferty et J. Shamian (2001), « Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, pp. 43-53.
- American Society of Health-System Pharmacists (2003), *Pharmacy Staffing Survey 2003*, ASHSP, Bethesda.
- Anderson, M. et M.W. Rosenberg (1990), « Ontario's Underserved Area Program Revisited: an indirect analysis », *Social Science and Medicine*, vol. 30, n° 1, pp. 35-44.
- Antonazzo, E., A. Scott, D. Skatun et R.F. Elliott (2003), « The Labour Market for Nursing: a review of the labour supply literature », *Health Economics*, vol. 12, pp. 465-478.
- Askildsen, J., B. Baltagi et T. Holmas (2002), *Will Increased Wages Reduce Shortage of Nurses? A panel analysis of nurses' labour supply*, Paper presented at the 10th International Conference on Panel Data, Berlin, 5-6 juillet.
- Australian Bureau of Statistics (1999), *Australia Now – a statistical profile*, Australian Bureau of Statistics, Canberra.
- Australian Medical Workforce Advisory Committee (2000), *The General Practice Workforce in Australia*, AMWAC Report 2000.2, Sydney.
- Australian Medical Workforce Advisory Committee and Australian Institute of Health and Welfare (1996a), *Australian Medical Workforce Benchmarks*, AMWAC Report 1996.1, Sydney.
- Australian Medical Workforce Advisory Committee and Australian Institute of Health and Welfare (1996b), *Female Participation in the Australian Medical Workforce*, AMWAC Report 1996.7, Sydney.
- Barnum, H., J. Kutzin et H. Saxenian (1995), « Incentives and Provider Payment Methods », *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 10, pp. 10-45.
- Berrino, F. et al. (1999), *Survival of Cancer Patients in Europe: the EURO-CARE-2 Study*, OMS, Centre international de recherche sur le cancer, Lyon.
- Bloor, K. et A. Maynard (2003), *Planning Human Resources in Health Care: towards an economic approach. An international comparative review*, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa.
- Bolduc, D., B. Fortin et M. Fournier (1996), « The Effect of Incentive Policies on the Practice Location of Doctors: multinomial probit analysis », *Journal of Labour Economics*, vol. 14, pp. 703-732.
- Buchan, J. (2002), *International Recruitment of Nurses: United Kingdom case study*, Royal College of Nursing, World Health Organization and International Council of Nurses, Londres.
- Buchan, J. et L. Calman (à paraître), « Nurses in Advanced Roles, the Policy Context », *OECD Health Working Paper*, OCDE, Paris.
- Buchan, J., T. Parkin and J. Sochalski (2003), *International Nurse Mobility. Trends and policy implications*, OMS, Genève.

- Bureau of Health Professions (2000), *The Registered Nurse Population*, Health Resources and Services Administration, Washington.
- Chiha, Y.A. and C.R. Link (2003), « The Shortage of Registered Nurses and Some New Estimates of the Effects of Wages on Registered Nurses Labor Supply: a look at the past and a preview of the 21st century », *Health Policy*, vol. 64, n° 3, pp. 349-375.
- Cohen, M. (1999), *Women in Medicine – the Canadian perspective*; Paper presented at the Fourth International Medical Workforce Conference, 4-7 novembre, San Francisco.
- Council on Graduate Medical Education (1992), *Improving Access to Health Care Through Physician Workforce Reform: directions for the 21st century*, US Department of Health and Human Services, Washington.
- Council on Graduate Medical Education (1994), *Recommendations to Improve Access to Health Care Through Physician Workforce Reform*, US Department of Health and Human Services, Washington.
- Council on Graduate Medical Education (1995), *Managed Health Care: implications for the physician workforce and medical education*, US Department of Health and Human Services, Washington.
- Council on Graduate Medical Education (1998), *Physician Distribution and Health Care Challenges in Rural and Inner-city Areas*, Council on Graduate Medical Education Tenth Report, US Department of Health and Human Services, Washington DC.
- Department of Health (2001), *Investment and Reform for NHS Staff – taking forward the NHS Plan*, Department of Health, Londres.
- Department of Health (2003a), *NHS Workforce Vacancy Survey*, Department of Health, Londres.
- Department of Health (2003b), *The UK Health System*, Report submitted to the 7th International Medical Workforce Conference, Oxford, Angleterre, 11-14 septembre.
- Dusansky, R., M. Ingber, A. Leiken et J. Walsh (1986), « On Increasing the Supply of Nurses: an interstate analysis », *Atlantic Economic Journal*, vol. 14, pp. 34-44.
- Easterbrook, M., M. Godwin, R. Wilson, G. Hodgetts, G. Brown, R. Pong et E. Najgebauer (1999), « Rural Background and Clinical Rural Rotations During Medical Training: effect on practice location », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, pp. 1159-1163.
- Falch, T. et B. Strøm (2002), « Teacher Turnover and Non-pecuniary Factors », Working Paper, Department of Economics, Norwegian University of Science and Technology, Dragvoll, Trondheim, Norvège.
- Goodman, D.C., E.S. Fisher, G.A. Little, T.A. Stukel, C. Chang et K.S. Schoendorf (2002), « The Relation Between the Availability of Neonatal Intensive Care and Neonatal Mortality », *New England Journal of Medicine*, vol. 346, n° 20, pp. 1538-1544.
- Gosden, T., L. Pederson et D. Torgerson (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., F. Forland, I.S. Kristiansen, M. Sutton, B. Leese, A. Giuffrida, M. Sergison et I. Pedersen, (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.
- Graduate Medical Education National Advisory Committee (1981), *Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary*, Department of Health and Human Services, US Department of Health and Human Services, Washington.
- Gray, A. et V.L. Phillips (1996), « Labour Turnover in the British National Health Service: a labour market analysis », *Health Policy*, vol. 36, pp. 273-289.
- Gruber, J., J. Kim et D. Mayzlin (1999), « Physician Fees and Procedure Intensity: the case of cesarean delivery », *Journal of Health Economics*, vol. 18, n° 4, pp. 473-490.
- Grumbach, K. (2002), « Fighting Hand to Hand Over Physician Workforce Policy », *Health Affairs*, vol. 21, n° 5, pp. 13-27.
- Grumbach, K. et S. Seifer (1995), *Primary Care Resources and Preventable Hospitalizations in California*, California Policy Seminar, Berkeley.
- Grumbach, K., K. Vranizan et A.B. Bindman (1997), « Physician Supply and Access to Care in Urban Communities », *Health Affairs*, vol. 16, n° 1, pp. 71-86.
- Grytten, J. et R.J. Sorensen (2001), « Type of Contract and Supplier-induced Demand for Primary Care Physicians in Norway », *Journal of Health Economics*, vol. 20, pp. 379-393.

- Hayes, P. (2002), *Responding to Health Workforce Shortages: State Initiatives, Activities and Policies*, Department of Health, Workforce Training and Education Coordinating Board, Olympia.
- Health Services National Partnership Forum and Irish Nurses Organisation (2003), *An Examination of Non-practicing Qualified Nurses in the Republic of Ireland and Assessment of their Intentions and Willingness to Return to Practice*, Dublin.
- Hirsch, B. et E. Schumacher (1995), « Monopsony Power and Relative Wages in the Labor Market for Nurses », *Journal of Health Economics*, vol. 14, pp. 443-476.
- Holub, L. et B. Williams (1996), « The General Practice Rural Incentives Program, Development and Implementation: progress to date », *The Australian Journal of Rural Health*, vol. 4, pp. 117-127.
- 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.
- Kwon, S. (2003), « Payment System Reform for Health Care Providers in Korea », *Health Policy and Planning*, vol. 18, n° 1, pp. 84-92.
- Lafer, G., H. Moss, R. Kirtner et V. Rees (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.
- Link, C. (1992), « Labor Supply Behavior of Registered Nurses », *Research in Labor Economics*, vol. 13, pp. 287-320.
- Marchand, M. (2003), « Notre système de santé est à la croisée des chemins », *Regards économiques*, n° 9, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- Maynard, A. et A. Walker (1997), *The Physician Workforce in the United Kingdom: issues, prospects, and policies*, The Nuffield Trust, Leeds.
- McCarthy, G., M.P. Tyrrell et C. Cronin (2002), *National Study of Turnover in Nursing and Midwifery*, Department of Health and Children, Dublin.
- McGillis, H.L., D. Irvine Doran, G.R. Baker, G. Pink, S. Sidani, L. O'Brien-Pallas et G. Donner (2001), *Impact des modèles de composition du personnel infirmier et des stratégies de changement structurel sur les résultats des patients et le rendement du système et du personnel infirmier*, Faculty of Nursing, University of Toronto et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé/Ontario Council of Teaching Hospitals, Toronto.
- Meadows, S., R. Levenson et J. Baeza (2000), *The Last Straw. Explaining the NHS nursing shortage*, King's Fund, Londres.
- Medical Workforce Standing Advisory Committee (1997), *Planning the Medical Workforce. Third report*, Department of Health, Londres.
- National Center for Education Statistics (1995), *Teacher Supply, Teacher Qualifications, and Teacher Turnover: 1990-9*, NCES 95-744, US Department of Education, Washington (<http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=95778>).
- National Center for Health Workforce Analysis (2002), *Projected Supply, Demand and Shortages of Registered Nurses: 2000-2020*, US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Washington.
- Needleman, J., P. Buerhaus, S. Mattke, M. Stewart M. et K. Zelevinsky (2001), *Nurse Staffing and Patient Outcomes in Hospitals*, Harvard School of Public Health, Boston.
- Needleman, J., P. Buerhaus, S. Mattke, M. Stewart et K. Zelevinsky (2002), « Nurse-staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals », *The New England Journal of Medicine*, vol. 346, pp. 1715-1722.
- Nigenda, G. (1997), « The Regional Distribution of Doctors in Mexico, 1930-1990: a policy assessment », *Health Policy*, vol. 39, pp. 107-122.
- O'Brien-Pallas, L., J. Shamian, J. Buchan, C. Duffield, F. Hughes, H. Laschinger, P. Stone et P. Griffin (2003), *Un examen international des coûts liés au roulement du personnel infirmier et des répercussions de ce roulement sur la sécurité des patients et des infirmières : conclusions préliminaires*. Cinquième conférence nationale conjointe sur la qualité des soins de santé, 13 février 2003, Toronto.
- Observatoire européen des systèmes de santé (2000), *Health Care Systems in Transition: Belgium*, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe, Copenhague.
- OCDE (1995), *Nouvelles orientations dans la politique de santé*, Études de politique de santé, n° 7, Paris.
- OCDE (2003a), *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2003*, Paris.

- OCDE (2003b), « Health Care Systems: lessons from the reform experience », document ECO/CPE/WP1(2003)4, Paris.
- OCDE (2003c), *La mobilité internationale des professionnels de la santé : évaluation et enjeux à partir du cas sud-africain*, DELSA/ELSA/WP2(2003)4, Paris.
- Or, Z. (2000), « Exploring the Effects Health Care on Mortality Across OECD Countries », *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n° 46, OCDE, Paris.
- Peterson, C.A. (2001), « Nursing Shortage: a simple problem – no easy answers », *Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 6, n° 1 (www.nursingworld.org/ojin/topic14/tpc14_1.htm).
- Phillips, V.L. (1995), « Nurses' Labor Supply: participation, hours of work, and discontinuities in the supply function », *Journal of Health Economics*, vol. 14, pp. 567-582.
- Pronovost, P.J., F. Dang, T. Dorman, P.A. Lipsett, E. Garrett, M. Jenckes et E.B. Bass (2001), « Intensive Care Unit Nurse Staffing and the Risk for Complications After Abdominal Aortic Surgery », *Effective Clinical Practice*, vol. 4, pp. 199-206.
- Rabinowitz, H.K., J.J. Diamond, M. Hojat et C.E. Hazelwood (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.
- Rolfe, I.E., S.A. Pearson, D.L. O'Connell et J.A. Dickinson (1995), « Finding Solutions to the Rural Doctor Shortage; the roles of selection versus undergraduate medical education at Newcastle », *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, vol. 25, pp. 512-517.
- Secretary of State for Health (2000), *The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform*, HMSO, Cm 4818, Londres.
- Shi, L. et al. (1999), « Income Inequality, Primary Care, and Health Indicators », *Journal of Family Practice*, vol. 48, n° 4, pp. 275-284.
- Shields, M.A. (2003), *The Global Shortage of Registered Nurses: what can policy-makers learn from the econometric evidence on nurse labour supply?*, Report for the Victorian Department of Treasury and Finance, Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research, University of Melbourne, Melbourne.
- Sibbald, B., J. Shen et A. McBride (2004), « Changing the Skill-mix of the Health Care Workforce », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 9 (supp. 1), pp. 28-38.
- Siciliani, L. et J. Hurst (2003), « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 7, OCDE, Paris.
- Simoens, S. et J. Hurst (à paraître), « Ensuring an Adequate Supply of Physicians' Services in OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, OCDE, Paris.
- Simoens, S., M. Villeneuve et J. Hurst (à paraître), « Tackling Nurse Shortages in OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, OCDE, Paris.
- Staiger, D., J. Spetz et C. Phibbs (1999), « Is There Monopsony in the Labor Market? Evidence from a natural experiment », *NBER Working Paper*, n° 7258, National Bureau of Economic Research, Cambridge.
- Tai-Seale, M., T.H. Rice et S.C. Stearns (1998), « Volume Responses to Medicare Payment Reductions with Multiple Payers: a test of the McGuire-Pauly model », *Health Economics*, vol. 7, pp. 199-219.
- Ullrich, G. (1997), *Labour and Social Dimensions of Privatization and Restructuring: health care services*, Bureau international du travail, Genève.
- Wagner, S., S. Bookey-Bassett, L. Clement-Gallien et J. Butler (2002), *A Catalogue of Current Strategies for Healthy Workplaces*, Report commissioned for the Canadian Nursing Advisory Committee, Ottawa.
- While, A. et C. Blackman (1998), « Reflections on Nursing as a Career Choice », *Journal of Nursing Management*, vol. 6, pp. 231-237.
- Woodward, C. et J. Hurley (1995), « Comparison of Activity Level and Service Intensity of Male and Female in Five Fields of Medicine in Ontario », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 153, n° 8, pp. 1097-1106.
- Yip, W.C. (1998), « Physician Response to Medicare Fee Reductions: changes in the volume of coronary artery bypass graft (CABG) surgeries in the Medicare and private sectors », *Journal of Health Economics*, vol. 17, pp. 675-699.

Zurn, P., M. Dal Poz, B. Stilwell et O. Adams (2002), « Imbalances in the Health Workforce », Briefing paper, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Zweifel, P. et al. (1995), « Ageing of Population and Health Care Expenditure: a red herring? », Paper presented to Third European Conference on Health Economics, Stockholm, 20-22 août.

Chapitre 5

Réduire les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes

par

Jeremy Hurst et Luigi Siciliani¹,

Secrétariat de l'OCDE

Le Projet de l'OCDE sur les délais d'attente a été lancé pour répondre, dans un contexte international, aux deux questions suivantes : Quelles sont les causes des différences de délais d'attente observées entre les pays de l'OCDE pour les interventions chirurgicales non urgentes financées sur fonds publics ? Et quelles sont les politiques les plus efficaces pour remédier à des délais d'attente excessifs ? Au cours du projet, deux questions supplémentaires se sont posées et ont été abordées en des termes qualitatifs plutôt que quantitatifs. Ces deux questions sont les suivantes : Existe-t-il des taux optimaux d'interventions chirurgicales ? Existe-t-il des délais d'attente optimaux ? L'étude a porté sur douze pays ayant fait état de problèmes de délais d'attente. Des informations complémentaires ont été recueillies auprès de huit pays de l'OCDE ne faisant pas état de tels problèmes.

Sur la question des causes, l'étude donne à penser que les différences de délais d'attente entre les pays sont dues principalement aux diverses contraintes imposées à l'offre d'interventions chirurgicales financées sur fonds publics, lorsque ces interventions sont effectuées gratuitement (ou presque). En outre, certains signes montrent que les différents systèmes de santé ont des propensions variées à générer de l'attente du fait d'incitations diverses à gérer la demande d'interventions chirurgicales.

Les politiques les plus performantes pour remédier à des délais d'attente excessifs sont directement liées à ces déterminants. Pour réduire l'attente, une augmentation suffisante de la capacité et des dépenses chirurgicales peut être extrêmement efficace. Les pays qui salarient leurs chirurgiens et financent leurs hôpitaux selon un système de budgets globaux peuvent également obtenir une amélioration de leur productivité en liant la rémunération des chirurgiens et le financement des hôpitaux à leur volume d'activité. Toutefois, il est également possible de réduire les délais d'attente visibles pour un coût public minime voire nul par une gestion plus restrictive de la demande.

1. Introduction

Les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes financées sur fonds publics sont un sujet controversé. On observe de grandes différences de délais d'attente entre les pays de l'OCDE que l'on n'arrive guère à expliquer jusqu'ici². Les problèmes de délais d'attente semblent persister dans certains pays en dépit d'une augmentation importante des taux d'interventions chirurgicales au fil des ans. Cependant, alors que les enquêtes d'opinion réalisées dans plusieurs pays donnent à penser que le fait d'attendre pour une intervention chirurgicale non urgente est souvent perçu comme la principale défaillance d'un système de santé, les résultats d'un certain nombre de micro-études d'un échantillonnage de patients ayant dû effectivement attendre pour certaines interventions chirurgicales non urgentes, laissent à penser que les patients sont souvent disposés à attendre jusqu'à trois voire six mois, selon la pathologie, avant d'être opérés.

Ce rapport tire les conclusions du Projet de l'OCDE sur les délais d'attente³. Ce projet a été lancé pour répondre à deux questions : 1) Quelles sont les causes des différences de délais d'attente observées entre les pays de l'OCDE ? et 2) Quelles sont les politiques les plus efficaces pour remédier à des délais d'attente excessifs⁴ ? Il n'existe pas de définition internationalement reconnue d'un délai d'attente « excessif » mais, récemment, plusieurs pays ont adopté des objectifs de délais d'attente maximums de trois à six mois pour les pathologies non urgentes. Au cours du projet, deux questions supplémentaires se sont posées et ont été abordées. Ces deux questions sont les suivantes : 3) Existe-t-il des taux optimums d'interventions chirurgicales ? 4) Existe-t-il des délais d'attente optimums ?

2. Principaux aspects de l'offre et de la demande d'interventions chirurgicales

Avant d'en venir au problème de l'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes, il est souhaitable d'examiner certains des principaux aspects de l'offre et de la demande d'interventions chirurgicales financées sur fonds publics. Premièrement, pour les interventions chirurgicales, il existera à tout moment une *hiérarchie des besoins*, allant des procédures d'extrême urgence (par exemple en cas de rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale) aux interventions facultatives qui pourront être exclues des programmes publics (comme la plupart des opérations de chirurgie esthétique) en passant par les interventions urgentes (comme une opération d'un cancer du colon avec occlusion intestinale) et les interventions non urgentes ou électives qui peuvent être programmées (comme une prothèse de la hanche). À l'intérieur de chacune de ces catégories, il y aura des interventions majeures et des interventions mineures. Ce rapport s'intéresse essentiellement à la chirurgie élective non urgente bien que les autres catégories ne puissent être ignorées car les patients peuvent passer de l'une à l'autre et que toutes sont en concurrence pour l'obtention de moyens. De fait, l'existence de listes d'attente est très liée à l'établissement de priorités entre les différentes catégories d'interventions.

Deuxièmement, le besoin d'interventions chirurgicales non urgentes est généralement associé à des maladies chroniques à évolution lente comme l'arthrose de la

hanche, la cataracte ou les varices. Dans toute collectivité, il y aura probablement un flux annuel (ou incidence) de nouveaux patients atteignant le stade de gravité (ou seuil) auquel un chirurgien considèrera qu'ils auraient intérêt, en toute sécurité, à être opérés. Il ne faut pas entendre par là que les chirurgiens sont généralement d'accord sur ces seuils (voir ci-dessous). Si l'offre annuelle d'interventions chirurgicales de ce type est inférieure à ce taux d'incidence, il va se constituer un réservoir de plus en plus important de patients pouvant faire l'objet d'une intervention chirurgicale. Ces patients pourront apparaître ou non sur les listes d'attente officielles (voir ci-dessous). Bien que ces phénomènes soient difficiles à observer, il est à l'évidence possible que le réservoir de patients opérables existant au sein de la collectivité soit largement supérieur au flux annuel d'interventions qu'il faudrait effectuer pour compenser le flux annuel de nouveaux patients pouvant faire l'objet d'une intervention.

Troisièmement, alors que la demande du patient est une demande de santé (atténuation des symptômes, amélioration du pronostic), c'est le médecin qui, en sa qualité d'agent du patient, transforme cette demande en demande de soins médicaux. En conséquence, l'offre d'interventions chirurgicales sera toujours gérée et peut-être même pilotée par le chirurgien. Mais les avis des chirurgiens sur les seuils de besoins et les indications chirurgicales semblent différer très largement. Cette « incertitude clinique » peut résulter en partie de l'absence relative d'essais cliniques pour bon nombre d'interventions chirurgicales (Horng et Miller, 2002). Les disparités importantes observées dans les taux d'interventions chirurgicales non urgentes entre les régions géographiques, grandes et petites, disparités qui ne s'expliquent pas en termes de démographie ou de morbidité, sont des indications indirectes de cette incertitude (Wennberg et Gittelsohn, 1982 ; McPherson, 1989). La variabilité entre les régions est plus importante pour certaines interventions chirurgicales que pour d'autres et l'on observe aussi ce même type de variabilité entre les pays (McPherson *et al.*, 1982). Cette étude a confirmé l'existence d'une grande variabilité internationale des taux d'interventions chirurgicales. Le tableau 5.A1.4 de l'annexe donne à penser que pour six des huit interventions pour lesquelles des données ont été collectées, ces taux sont trois fois plus élevés dans certains pays que dans d'autres. Pour l'hystérectomie, les variations peuvent atteindre un ratio de presque dix pour un.

Quatrièmement, au cours des dernières décennies, les techniques chirurgicales et anesthésiques ont connu des évolutions spectaculaires qui ont considérablement élargi l'éventail des interventions pouvant être proposées et l'éventail des patients sur lesquels une intervention chirurgicale peut être pratiquée sans risque. En conséquence, pour bon nombre d'interventions non urgentes, les taux d'intervention ont fortement augmenté dans les pays de l'OCDE. Au Royaume-Uni, par exemple, le taux d'opération pour 100 000 habitants, pour un groupe de 11 interventions non urgentes, a augmenté de 64 % entre 1990-1991 et 2000-2001. La progression a concerné principalement les opérations de la cataracte et les prothèses de la hanche et du genou. Mais, à l'intérieur de ce total, les taux d'opération ont diminué pour un petit nombre d'interventions, telle que l'opération du cancer bénin de la prostate suite au développement de traitements substitutifs par voie médicamenteuse⁵.

Enfin, pour ce qui concerne la demande exprimée (ou effective) d'interventions chirurgicales, on observe généralement que dans les programmes publics les interventions chirurgicales se font dans un cadre éthique dans lequel le montant payé est fonction de la capacité à payer (et peut être nul ou fortement subventionné) et le traitement est fonction des besoins. Pour atteindre ces objectifs, les pays de l'OCDE ont mis en place tout un

arsenal de mécanismes différents pour l'offre d'interventions chirurgicales financées sur fonds publics. À une extrémité, on trouve des pays dans lesquels le financement et l'offre publique d'interventions chirurgicales sont respectivement relativement dictés par la demande et relativement autonomes, avec peu (voire aucun) contrôle de la capacité et des dépenses chirurgicales, les chirurgiens étant essentiellement rémunérés à l'acte et les hôpitaux essentiellement privés dont le financement est fonction du volume d'activité. À l'autre extrémité, on trouve des pays dans lesquels, pour la plupart des interventions chirurgicales, l'offre est relativement restreinte par l'administration centrale ou locale, avec des chirurgiens salariés et des hôpitaux publics dont le financement est assuré par le biais de budgets globaux, fixés chaque année. Mais un nombre important de pays ont mis en place des systèmes mixtes (voir le tableau 5.A1.1 de l'annexe).

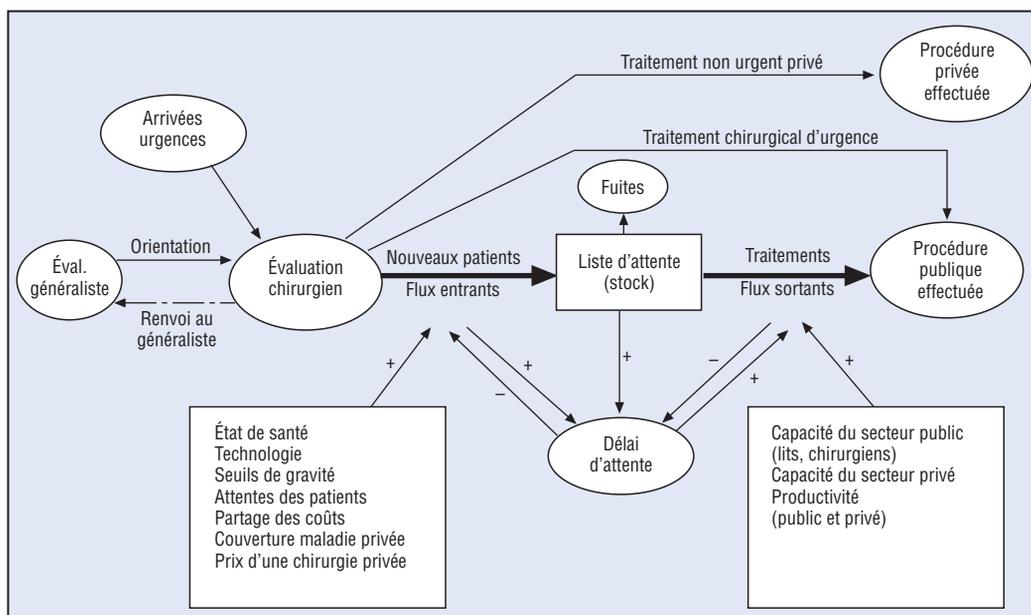
3. Le phénomène des délais d'attente

Nous avons suggéré, ci-dessus, que si le flux annuel de nouveaux patients présentant les conditions requises pour une intervention chirurgicale non urgente est supérieur au taux annuel d'interventions chirurgicales non urgentes, il se constitue au sein de la collectivité un réservoir de patients potentiels. L'attente de certains de ces patients sera visible s'ils sont admis à figurer sur les listes d'attente officielles des services chirurgicaux, phénomène dont nous discutons plus longuement ci-dessous. Mais pour d'autres, l'attente restera probablement invisible s'ils ne sont pas admis à figurer sur ces listes et s'ils continuent à être traités médicalement, ou à ne pas l'être, au sein de la collectivité. L'importance de l'attente cachée dépendra en partie de la manière dont les chirurgiens fixent les seuils d'admission des patients sur les listes d'attente. L'existence de ces réservoirs de patients potentiels cachés pourrait contribuer à expliquer les raisons de la persistance de problèmes de délais d'attente dans différents pays en dépit des efforts déployés périodiquement pour augmenter temporairement les taux d'interventions de manière à « faire le ménage » sur les listes d'attente visible. Il se pourrait que les patients cachés soient simplement remontés sur les listes, ou orientés, pour remplacer les sortants.

Le graphique 5.1 présente un modèle de processus de formation des délais d'attente visibles des patients externes et des patients hospitalisés pour des interventions chirurgicales financées sur fonds publics et les déterminants probables de cette attente⁶. Ce modèle est une représentation considérablement simplifiée de la réalité. Il concerne des pays pratiquant le principe du médecin de premier recours. Des patients souffrant de pathologies pour lesquelles une intervention chirurgicale pourrait être bénéfique arrivent aux urgences pour y être examinés par un chirurgien ou sont orientés vers un chirurgien par un médecin généraliste référent (possibilité de délai d'attente des patients externes). Après avoir été examinés par le chirurgien, certains patients ne satisfaisant pas aux critères de seuil établis ne pourront être rajoutés à la liste d'attente et seront renvoyés vers le généraliste (ou vers un autre spécialiste), peut-être pour devenir des patients en attente cachés. D'autres seront traités comme des urgences et se verront proposer une intervention chirurgicale immédiate. À d'autres encore, qui auront dépassé les seuils fixés et pour lesquels une intervention chirurgicale non urgente pourra être programmée, il pourra être demandé d'attendre (attente des patients hospitalisés) ; une date pourra leur être indiquée pour l'intervention (enregistrement) ou ils pourront être inscrits sur une liste d'attente publique (pour une durée indéterminée). Dans ce dernier groupe, certains pourront choisir de se faire opérer dans le privé afin d'éviter de faire la queue, à la condition de pouvoir financer l'intervention eux-mêmes ou par le biais d'une assurance privée.

Graphique 5.1. **Modèle de processus de formation des délais d'attente visibles**

Patients externes et patients hospitalisés pour des interventions chirurgicales financées sur fonds publics et déterminants probables de cette attente



Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Si, à un moment donné, le flux des patients rajoutés à la liste d'attente est supérieur au nombre des patients sortis de cette liste du fait qu'ils sont sous traitement (Worthington, 1987, 1991 ; Cullis *et al.*, 2000 ; van Ackere et Smith, 1999, 2001), il se constitue un stock de patients dans l'attente d'une intervention chirurgicale non urgente. Les fluctuations à court terme de la demande, en particulier de la demande des patients des urgences (y compris les patients des services médicaux), qui sont prioritaires pour l'attribution de lits et pour l'obtention de soins dans les hôpitaux généraux, peuvent entraîner certains déséquilibres. L'hôpital ou l'unité chirurgicale sera incité(e) à encourager la constitution et la persistance de files d'attente qui lui permettent d'avoir un taux d'occupation optimal de ses lits et de ses blocs opératoires, et de réduire ses coûts en cas de fluctuations imprévisibles de la demande de traitement d'urgence.

Il est important de reconnaître qu'une liste d'attente pour interventions non urgentes n'est habituellement pas une simple file d'attente régie par le principe du « premier arrivé, premier servi ». Une liste d'attente type sera plutôt constituée d'un grand nombre de flux de patients différents, différenciés par des degrés d'urgence (Harrison et New, 2000). En outre, les patients pourront passer d'une catégorie d'urgence à une autre si leur état de santé se dégrade ou s'il devient instable.

Si la liste d'attente fournit le stock de patients à traiter à un instant donné, le délai d'attente est déterminé par le laps de temps nécessaire pour traiter les patients figurant sur la liste d'attente actuelle via l'offre actuelle et future de traitements chirurgicaux. Étant donné les circonstances évoquées ci-dessus, les déterminants des délais et des listes d'attente peuvent être divisés en deux catégories : d'un côté ceux qui affectent la demande de traitement (ou flux entrants) et de l'autre ceux qui affectent l'offre de traitement (ou flux sortants).

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, la demande d'interventions chirurgicales non urgentes est déterminée par différents facteurs qui sont notamment : l'état de santé de la population, l'état de la technologie médicale qui détermine l'éventail des pathologies pouvant être traitées et les seuils de traitement fixés par les chirurgiens. En outre, la demande peut être influencée par différents facteurs qui sont les attentes des patients, diverses incitations financières telles que le degré de partage des coûts par les patients, la proportion de la population ayant une assurance-maladie privée (le cas échéant) et le prix d'une intervention chirurgicale dans le privé. Pour ce qui est des délais d'attente, une rémunération à l'acte des chirurgiens peut, contrairement à une rémunération salariée, les encourager à proposer des délais d'intervention rapides, c'est-à-dire à maintenir des files d'attente courtes (Iversen et Luras, 2002), en particulier lorsqu'il n'y a pas de médecin de premier recours et que les chirurgiens en question peuvent assumer la responsabilité des soins primaires dispensés aux patients. En revanche, le fait d'autoriser des chirurgiens salariés à exercer à la fois dans le public et dans le privé peut encourager certains d'entre eux à allonger les listes d'attente dans le public afin de stimuler la demande privée (DeCoster et al., 2000 ; Morga et Xavier, 2001).

L'offre d'interventions chirurgicales non urgentes dépend à la fois de la capacité chirurgicale publique et privée et de l'efficacité (productivité) avec laquelle cette capacité est utilisée. On trouve des indications de l'impact de la capacité dans Martin et Smith (1999) qui ont observé en Angleterre une relation négative entre les délais d'attente et le nombre de lits disponibles (élasticité de $-0,24$). De même, Lindsay et Feigenbaum (1984) ont établi l'existence d'une relation négative entre les délais d'attente d'une part et le nombre de médecins et de lits disponibles d'autre part.

Il est probable que la productivité dépend, entre autres choses, de la manière dont les chirurgiens sont rémunérés et dont les hôpitaux sont financés. Des médecins de soins primaires rémunérés à l'acte tendent à effectuer plus de tests et plus d'interventions que leurs homologues salariés (Gosden et al., 2001). Dans le domaine chirurgical, Siu et al. (1988) ont constaté, aux États-Unis, que le taux d'interventions chirurgicales non urgentes est moins élevé dans un régime de soins coordonnés (HMO) avec des chirurgiens salariés que dans un régime où les chirurgiens sont rémunérés à l'acte. Le taux d'interventions chirurgicales d'urgence a été analogue dans les deux régimes. Cette étude a été réalisée selon la technique des tests aléatoires. Deux études américaines de l'activité chirurgicale, qui n'étaient pas réalisées selon cette technique en sont arrivées à des conclusions analogues. Une étude effectuée dans six hôpitaux ayant adopté des modes différents de rémunération de leurs chirurgiens, a établi que le nombre d'opérations par mois et par chirurgien était plus élevé dans les deux hôpitaux qui rémunéraient leurs chirurgiens à l'acte (et dans les deux qui les rémunéraient selon une formule mixte salaire + pourcentage) que dans les deux qui les rémunéraient sur la seule base du salaire (Wilson et Longmire, 1978). Une étude « avant après » réalisée dans une clinique (et impliquant un groupe expérimental et un groupe témoin) a montré une baisse du nombre des interventions chirurgicales de 15 % après modification du mode de rémunération des chirurgiens pour passer d'une rémunération à l'acte à une rémunération salariée (Ransom et al., 1996). Une modification statistiquement significative du nombre des stérilisations volontaires a été enregistrée. Mais aucun changement significatif n'a été observé pour des situations plus graves. Mot (2002) a constaté qu'aux Pays-Bas le fait de remplacer la rémunération à l'acte des spécialistes par un système de rémunération budgétée fixe a réduit en moyenne les taux d'admission et allongé les délais d'attente pour les

interventions chirurgicales (l'étude a été effectuée dans six hôpitaux). La productivité peut également dépendre du pourcentage de patients traités en chirurgie ambulatoire (ou chirurgie de jour). Martin et Smith (1999) montrent l'existence d'une relation négative entre le délai d'attente et la proportion de tous les actes chirurgicaux réalisée en ambulatoire (élasticité de -0.252).

Pour ce qui est du financement des hôpitaux, il est probable qu'un financement fondé sur l'activité (par exemple, un paiement par pathologie) encouragera davantage la productivité qu'un financement sur la base de budgets fixes. La section ci-dessous sur l'examen des politiques fournit quelques indications de l'impact des changements apportés aux systèmes de financement des hôpitaux.

Les délais d'attente peuvent avoir une fonction importante en remplaçant les signaux de prix par des signaux de délai d'attente dans la recherche d'un équilibre entre l'offre et la demande de chirurgie publique. Autrement dit, les délais d'attente auront probablement des effets de feedback sur les quantités demandées et livrées d'interventions chirurgicales non urgentes, comme le montre la partie basse du graphique 5.1. Des délais d'attente importants contribueront à réduire la demande et à stimuler l'offre d'interventions chirurgicales. Des délais d'attente peu importants auront l'effet inverse. À titre d'exemple, des délais d'attente importants pourront réduire la demande en décourageant les généralistes d'orienter les patients vers un chirurgien et en dissuadant les chirurgiens d'ajouter de nouveaux patients sur les listes (Iversen, 1997). Dans les deux cas, il pourra en résulter une attente supplémentaire cachée. En outre, un délai d'attente important peut réduire la demande pour une intervention chirurgicale dans le public en encourageant les patients à souscrire une assurance-maladie privée (Besley *et al.*, 1998) ou à payer de leur poche une intervention chirurgicale dans le privé. Mais dans le même temps, des délais d'attente plus longs peuvent accroître l'offre en encourageant les pouvoirs publics à allouer plus d'argent aux hôpitaux publics dont les files d'attente sont les plus longues si « l'argent suit la file d'attente » (Gravelle *et al.*, 2003 ; Iversen, 1993). De même, des délais d'attente plus longs peuvent être pour les hôpitaux privés un signal indirect les incitant à accroître leur activité.

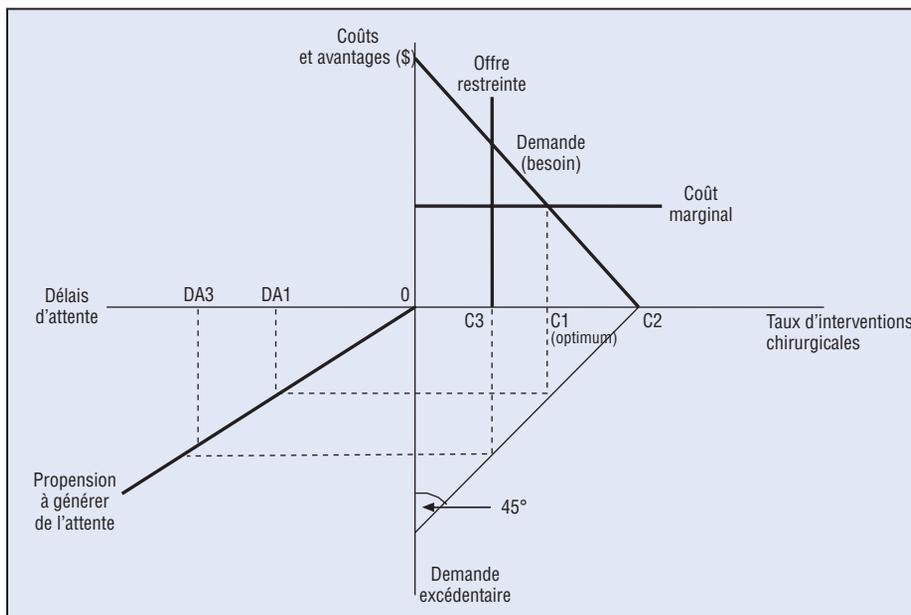
4. Taux optimums d'interventions chirurgicales

En principe, dans tout programme de santé financé sur fonds publics il y aura un taux optimum, ou socialement souhaitable, d'interventions chirurgicales. Le taux optimum sera celui pour lequel les avantages marginaux de l'intervention chirurgicale (sur la base de la hiérarchie des besoins, décrite ci-dessus), objet de l'attente, seront égaux aux coûts marginaux. Les concepts pertinents sont décrits au graphique 5.2, dont le quadrant supérieur droit présente les coûts et les avantages sur l'axe vertical et les taux d'interventions chirurgicales sur l'axe horizontal. Une courbe à pente descendante des avantages marginaux (ou de la demande) a été établie sur la base d'une gestion des patients par les chirurgiens et de la hiérarchie des besoins mentionnée ci-dessus. Une courbe horizontale des coûts marginaux suppose que l'activité chirurgicale peut être développée sur le long terme pour un coût marginal constant. Le taux optimum d'interventions chirurgicales du point de vue d'un hypothétique décideur informé serait situé au niveau C1 pour lequel l'avantage marginal est égal au coût marginal. Toutefois, du point de vue des patients, des chirurgiens et des prestataires, le taux optimum sera situé au niveau supérieur C2, si le prix de l'intervention pour le patient est nul, si les chirurgiens

se comportent en agents parfaits et si (dans le cas d'une rémunération à l'acte) les honoraires sont fixés de manière à couvrir le coût marginal.

Si les décideurs peuvent fixer le taux optimum au niveau C1, il y aura une demande excédentaire égale à C2-C1. Plus la quantité d'actes chirurgicaux effectués sera faible, plus la demande excédentaire sera grande, comme le montre le quadrant inférieur droit du graphique 5.2. Dans ces conditions, des listes d'attente et des délais d'attente officiels (visibles) peuvent prendre le relais du prix comme mécanisme de rationnement. Plus la demande excédentaire sera grande, plus les délais d'attente visibles seront importants, selon la propension à générer de l'attente, comme le montre le quadrant gauche inférieur du graphique 5.2. La propension à générer de l'attente fait référence à la manière dont les chirurgiens établissent les seuils d'admission sur les listes d'attente, déterminant ainsi la division entre attente visible et attente invisible. Un accroissement des délais d'attente visibles contribuera à une réduction de la demande en rendant probable une augmentation en compensation de l'attente cachée.

Graphique 5.2. **Taux optimaux d'interventions chirurgicales et propension à générer des délais d'attente pour les patients hospitalisés**



Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Il est important de savoir quel est l'impact sur le bien-être des patients des délais d'attente plus longs que génèrent des taux plus faibles d'interventions chirurgicales. Il est probable que l'état de santé se dégradera (en moyenne) au fil de l'attente et du fait que le bénéfice de l'acte chirurgical s'en trouvera différé (préférence temporelle). Toutefois, l'examen de la littérature médicale effectué dans le cadre de cette étude a trouvé peu d'évidence d'une dégradation importante de la santé ou d'une aggravation des résultats opératoires due à l'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes dans les pays où ces délais peuvent atteindre trois voire six mois, selon la pathologie (Hurst et Siciliani, 2003, annexe 1). Certaines études suggèrent que les chirurgiens opèrent un bon tri, définissant bien les degrés de priorité lorsque l'état de santé de certains patients s'est

dégradé ou est devenu instable durant l'attente. Ainsi, une étude canadienne sur les files d'attente pour des pontages coronariens, intervention pour laquelle la quasi-totalité des patients ont été traités dans les six mois, montre que, sur les 275 patients classés dans la catégorie des non urgents, il n'y a eu aucun décès. Toutefois, 12,4 % des patients ont dû être reclassés dans une catégorie plus prioritaire du fait d'une aggravation de leurs symptômes pendant le délai d'attente. Seulement 4 % des patients ont trouvé injuste la redéfinition des priorités sur la base du besoin médical mais 64 % ont éprouvé à tout le moins une certaine anxiété pendant leur attente. Les patients dont l'état clinique s'est aggravé ont été traités en toute sécurité dans des délais plus brefs mais les délais d'attente excessifs et l'anxiété qu'ils génèrent chez les patients demeurent un sujet de préoccupation (Cox et al., 1996). Toutefois, une étude effectuée en Suède, avant et après intervention, sur 124 patients ayant reçu une prothèse de la hanche, a montré à l'aide de deux échelles différentes de l'état de santé, dont une spécifique à l'arthrose, des améliorations importantes (en moyenne) sur le plan de la douleur, de la raideur et du fonctionnement après l'intervention. Pour les patients plus jeunes, l'intervention a donné de meilleurs résultats que pour les patients plus âgés. Toutefois, aucune différence en termes de résultats postopératoires n'a été observée entre deux groupes de patients, dont l'un a attendu l'intervention en moyenne deux mois et l'autre en moyenne cinq mois (Nilsson et Lohmander, 2002). Outre ces études médicales, un certain nombre d'études tirées de la littérature économique donnent à penser que les patients faisant la queue dans les établissements publics pour obtenir une intervention chirurgicale non urgente ne sont guère disposés à payer pour bénéficier de délais d'attente moindres (Hurst et Siciliani, 2003, annexe 1).

Une attente plus longue risque d'être plus problématique. Une étude, réalisée dans un hôpital du Royaume-Uni, sur des patients en liste d'attente pour la pose d'une prothèse de la hanche, a mis en évidence, par un système de notation spécifique à cette pathologie, une dégradation importante de l'état de santé des patients et montré que cette dégradation s'aggravait avec le temps. Le délai d'attente moyen était, dans ce cas, de l'ordre d'une année (Kili et al., 2003). De même, une étude réalisée au Royaume-Uni sur des patients dans l'attente d'une opération des varices a montré une dégradation considérable de leur état pendant l'attente (Sarin et al., 1993). Dans ce cas, le délai d'attente moyen était de 20 mois. Mais aucune de ces deux études n'a cherché à savoir si (la durée de) l'attente avait un impact sur le résultat final de l'intervention. L'un des inconvénients de toutes les études citées ci-dessus est de ne pas couvrir les périodes d'attente cachée, c'est-à-dire les périodes précédant l'inscription sur les listes.

En règle générale, les décideurs ne sont pas bien informés des coûts et avantages marginaux. Et, comme nous l'avons déjà mentionné, il existe des différences importantes entre les pays pour ce qui est du mode de financement et de l'offre d'actes chirurgicaux. Certains pays ont choisi des mécanismes de financement et d'offre dans lesquels la chirurgie est relativement autonome et induite par la demande, mais également gratuite au moment de son utilisation. L'offre peut s'accroître le long de la courbe des coûts marginaux (si le niveau de rémunération des actes fait qu'elle est rentable). Le risque sera ici que l'offre chirurgicale dépasse le niveau optimum, C1, pour se rapprocher de C2. D'autres pays ont choisi des mécanismes induits par l'offre dans lesquels la capacité et les dépenses chirurgicales sont assujetties à des contraintes fermes. Ici, l'offre sera représentée à tout moment par une ligne verticale du type de celle appelée « offre restreinte » qui pourrait être située en C1 (si les conjectures des décideurs sont bonnes), ou

à droite ou à gauche (comme décrit) de C1. Si le volume d'actes chirurgicaux se situe à gauche de C1, en C3, les délais d'attente seront plus longs que souhaitable pour la collectivité (DA3).

En outre, différents pays peuvent avoir des propensions différentes à transformer la demande excédentaire en délais d'attente du fait d'incitations différentes à la constitution de files d'attente et de la possibilité d'adopter différents seuils cliniques pour l'admission de nouveaux patients sur les listes. Autrement dit, la gestion de la demande peut varier. Ainsi, dans un système concurrentiel de rémunération à l'acte, les chirurgiens peuvent être incités à ne pas constituer de files d'attente visibles qui pourraient avoir un effet dissuasif sur les futurs patients car « l'argent suit le patient ». Cependant, dans les systèmes qui reposent sur le principe des budgets globaux fixés chaque année par voie administrative en fonction de la perception des besoins, les chirurgiens peuvent être incités à constituer des files d'attente car « l'argent suit la file d'attente ». Ces différences de propension à générer de l'attente et à gérer la demande feront évoluer le calendrier présenté dans le quadrant inférieur du graphique 5.2 vers la gauche ou vers la droite par rapport au point d'origine, augmentant ou réduisant les délais d'attente pour un niveau donné de demande excédentaire.

On pose donc comme hypothèse que dans les systèmes dans lesquels l'offre d'actes chirurgicaux financés sur fonds publics est relativement induite par la demande et la rémunération à l'acte incitative, on tendra à observer des taux élevés d'interventions chirurgicales, une demande excédentaire moindre et une faible propension à générer de l'attente. Dans les systèmes où l'offre chirurgicale et les incitations salariales sont assujetties à de sérieuses contraintes, on tendra à observer des taux faibles d'interventions chirurgicales, une demande excédentaire forte et une propension élevée à constituer des files d'attente.

Comme nous l'avons déjà mentionné, il ne sera pas facile aux gouvernements de trouver le point d'équilibre, C1, d'une chirurgie financée sur fonds publics. Les informations sur les coûts et les avantages marginaux ne sont pas aisément disponibles. Ce sont principalement les chirurgiens (et, dans une certaine mesure, leurs patients) qui sont en possession d'informations sur les avantages. En outre, les pentes inférieures de la hiérarchie des besoins baignent dans l'incertitude et la disparité des avis cliniques, comme indiqué ci-dessus. De plus, le graphique 5.2 est statique mais la réalité est dynamique. En particulier, les techniques chirurgicales et anesthésiques continuent d'évoluer rapidement, ce qui signifie que la demande et les coûts changent au fil du temps.

5. Délais d'attente optimaux pour les patients hospitalisés

On peut suggérer (à la suite de Cullis et Jones, 1986 ; et d'Iversen, 1993) que pour un taux donné d'interventions chirurgicales, il existe un délai d'attente moyen optimum pour les patients qui seront hospitalisés ou traités en soins ambulatoires.

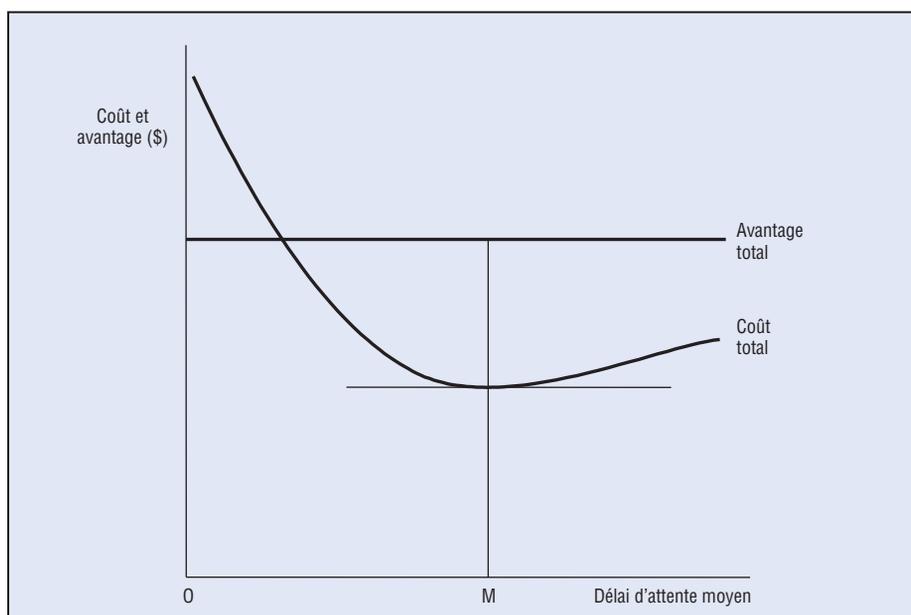
Le graphique 5.3 illustre des hypothèses relatives à l'incidence de différents délais d'attente sur les coûts et les avantages de la chirurgie. Le délai d'attente moyen est représenté sur l'axe horizontal. Les coûts et avantages totaux de la chirurgie sont représentés sur l'axe vertical. Les avantages globaux de la chirurgie seront constants pour un taux donné d'interventions chirurgicales, qui pourrait, ou non, être le taux optimum. Cela tient au fait que les délais d'attente ne peuvent être modifiés pour un taux donné d'interventions chirurgicales que si les chirurgiens modifient leurs seuils cliniques

d'admission des patients sur les listes. Cela n'affectera pas en soi les avantages car les changements au niveau de l'attente formelle doivent être strictement compensés par des changements identiques et en sens contraire de l'attente cachée. La courbe des avantages, représentée au graphique 5.3, n'évoluera vers le haut ou vers le bas que si le taux d'interventions chirurgicales change.

On suppose cependant que la courbe du coût total de l'offre chirurgicale pour différents délais d'attente a plus ou moins une forme en U. De prime abord, les coûts chutent lorsque les délais d'attente s'allongent. Cela s'explique par le fait que l'on peut réaliser des économies considérables en termes de capacité chirurgicale (et, en règle générale, de lits d'hôpitaux) si une liste d'attente se constitue et si l'on y inscrit de nouveaux patients en attente d'une intervention non urgente lorsque le flux des patients à traiter en urgence diminue (Cooper, 1981 ; Goddard *et al.*, 1995). Cela réduit la probabilité que l'offre soit supérieure à la demande, dégageant ainsi une capacité inutilisée⁷. Toutefois, les coûts administratifs d'une liste d'attente bien gérée augmenteront lorsque la liste et les délais d'attente s'allongeront ; il en ira de même de la réaffectation des ressources cliniques vers une réévaluation régulière des patients figurant sur la liste (Iversen, 1993). Au-delà d'un certain point, l'augmentation des coûts administratifs et des coûts cliniques risque d'être supérieure à la baisse des coûts liée à la gestion de la capacité lorsque la liste s'allonge.

On peut en déduire qu'il existe un délai d'attente optimum pour la collectivité, situé au-dessus de zéro, au point OM où la pente de la courbe des avantages globaux est égale à la pente de la courbe des coûts globaux, c'est-à-dire où les avantages marginaux et les coûts marginaux sont nuls. Toutefois, on peut imaginer aisément que des incitations financières puissent décourager l'atteinte de ce délai optimum. Dans un système d'assurance-maladie où « l'argent suit le patient » et où les prestataires sont en situation de concurrence, la pente de la courbe des recettes globales d'une unité chirurgicale peut

Graphique 5.3. Délais d'attente moyens optimum pour les patients hospitalisés sur liste d'attente pour une intervention chirurgicale non urgente



Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

être orientée vers le bas. Si certains chirurgiens de grande renommée peuvent avoir de longues listes d'attente, il est probable que d'autres chirurgiens, de moindre renommée, chercheront à gagner leur vie en offrant un accès rapide aux interventions chirurgicales (Iversen et Luras, 2002). Dans ce système d'incitations, le point pour lequel les recettes marginales seront égales aux coûts marginaux se situera quelque part à gauche de M. Toutefois, dans les systèmes de santé intégrés et publics, « l'argent suivra probablement la liste d'attente » et bien souvent les chirurgiens exerceront à la fois dans le public et dans le privé, ce qui les incitera à maintenir de longues listes d'attente pour leurs patients du public (Iversen, 1997). Dans ces conditions, le coût total en termes de recettes augmentera avec le délai d'attente et le point pour lequel les avantages marginaux seront égaux aux coûts marginaux se situera quelque part à droite de M. En modifiant la propension à générer de l'attente, des incitations financières différentes pourront aboutir à des délais d'attente visible différents, pour un niveau donné d'interventions chirurgicales, dans les différents types de systèmes de santé.

6. Différences de délais d'attente dans les pays de l'OCDE

6.1. Indications tirées de la littérature existante

Cette section présente quelques indications des différences de délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes dans les pays de l'OCDE⁸. Elle présente des indications tirées de la littérature existante, qui reposent principalement sur les résultats d'enquêtes réalisées sur de petits échantillons. Elle présente également des éléments rassemblés par le biais du Projet de l'OCDE sur les délais d'attente à partir de vastes bases de données administratives nationales.

On dispose d'un petit nombre de données comparatives sur les délais d'attente, tirées d'enquêtes internationales. Les enquêtes internationales présentent l'avantage de fournir également des données pour les pays dans lesquels les délais d'attente ne sont pas une préoccupation politique. Mais elles reposent, bien souvent, sur des échantillons de répondants limités et possiblement biaisés.

Le tableau 5.1 présente quelques données sur les délais d'attente en chirurgie dans huit pays européens. Ces données sont tirées d'un rapport qui avait plus de dix ans à l'époque de la rédaction de ce document (Fleming *et al.*, 1992). Il fournit des chiffres sur la proportion de patients qui, en 1990, ont attendu plus de 12 semaines entre le moment où ils ont obtenu un rendez-vous avec un spécialiste et le moment où ils ont été opérés ; ces

Tableau 5.1. **Délais d'attente entre l'examen par un spécialiste et l'intervention chirurgicale**

Pourcentage de patients attendant plus de 12 semaines (1990)

Pays dans lesquels les délais d'attente ne sont pas signalés comme étant un sujet de préoccupation politique	
Allemagne	19.4
Suisse	16.1
Pays dans lesquels les délais d'attente sont signalés comme étant un sujet de préoccupation politique	
Italie	36.3
Pays-Bas	15.2
Norvège	28.0
Portugal	58.1
Espagne	18.5
Royaume-Uni	41.7

Source : Fleming *et al.* (1992).

chiffres ont été rapportés par des échantillons de généralistes, pour des échantillons de patients dans chaque pays. Le tableau montre que c'est au Portugal que ce pourcentage était le plus élevé (58.1 %) ; viennent ensuite le Royaume-Uni (41.7 %), l'Italie (36.3 %), la Norvège (28 %), l'Allemagne (19.4 %), l'Espagne (18.5 %), la Suisse (16.1 %) et les Pays-Bas (15.2 %). Une limite importante de cette enquête vient de ce que les informations ont été fournies par des généralistes et non pas directement par les spécialistes ou par leurs patients. Dans le cas de pays comme l'Allemagne et la Suisse, où les patients ont directement accès aux spécialistes, il se peut que les données ne soient pas représentatives et éventuellement trompeuses.

Le tableau 5.2 présente les résultats de deux études récentes (Donelan *et al.*, 1999 ; Blendon *et al.*, 2002) effectuées pour cinq pays anglophones, qui ont enregistré le pourcentage de répondants à des enquêtes téléphoniques en 1998 et 2001 ayant subi une intervention chirurgicale non urgente au cours des deux dernières années et qui déclaraient avoir attendu plus de quatre mois avant de pouvoir être opérés. En 2001, on constate que la proportion de patients ayant attendu au minimum quatre mois a été de 38 % au Royaume-Uni, de 27 % au Canada, de 26 % en Nouvelle-Zélande, de 23 % en Australie et de 5 % aux États-Unis. Néanmoins, la proportion de personnes ayant attendu plus de quatre mois a augmenté dans tous les pays depuis 1998.

Tableau 5.2. Pourcentage de patients ayant attendu plus de quatre mois avant de subir une intervention chirurgicale non urgente

	Année 1998	Année 2001
Pays dans lesquels les délais d'attente ne sont pas signalés comme étant un sujet de préoccupation politique		
États-Unis	1	5
Pays dans lesquels les délais d'attente sont signalés comme étant un sujet de préoccupation politique		
Australie	17	23
Canada	12	27
Nouvelle-Zélande	22	26
Royaume-Uni	33	38

Source : Donelan *et al.* (1999) ; Blendon *et al.* (2002).

Le tableau 5.3 résume les informations contenues dans trois autres enquêtes. Dans l'enquête, de Carroll *et al.* (1995) se sont concentrés sur les délais d'attente pour des procédures cardiovasculaires dans quatre pays. Ils montrent que le pourcentage de répondants ayant besoin d'un pontage coronarien non urgent qui ont attendu plus de trois mois avant d'être opérés a été de 88.9 % au Royaume-Uni, de 46.7 % au Canada, de 18.2 % en Suède et de 0 % aux États-Unis. Pour une angiographie coronarienne non urgente, ce pourcentage a été respectivement de 22.8 % au Royaume-Uni, de 16.1 % au Canada, de 15.4 % en Suède et de 0 % aux États-Unis. De même, l'enquête de Coyte *et al.* (1994) a indiqué un délai d'attente médian de huit semaines au Canada (Ontario) et de trois semaines aux États-Unis pour des patients ayant besoin d'une prothèse du genou. En Allemagne, le délai d'attente moyen autodéclaré était de 35 jours en 2000 pour une opération de la cataracte (Wenzel *et al.*, 2001 ; enquête réalisée auprès de 450 institutions et de 926 chirurgiens ophtalmologistes).

Enfin, pour certains pays de l'OCDE, on dispose de données empiriques indiquant des délais d'attente faibles. Selon Imai *et al.* (2000, p. 2), le système de santé français est

Tableau 5.3. Délais d'attente pour les patients hospitalisés

	Pontage coronarien % de patients ayant attendu plus de trois mois (1993)	Angiographie coronarienne % de patients ayant attendu plus de trois mois (1993)	Prothèse du genou Délai d'attente médian (semaines) (1985-1989)	Opération de la cataracte Délai d'attente médian (semaines) (2000)
Pays dans lesquels les délais d'attente ne sont pas signalés comme étant un sujet de préoccupation politique				
Allemagne				5 semaines
États-Unis	0%	0%	3 semaines	
Pays dans lesquels les délais d'attente sont signalés comme étant un sujet de préoccupation politique				
Canada	46.7%	16.1%	8 semaines (Ontario)	
Suède	18.2%	15.4%		
Royaume-Uni	88.9%	22.8%		

Source : Carroll et al. (1995) ; Coyte et al. (1994) ; et Wenzel et al. (2001).

considéré offrir des soins d'une grande qualité, une liberté de choix et, de manière générale, aucune liste d'attente pour les interventions. Pour la Belgique, l'OMS (2000; p. 33) indique que les délais d'attente pour l'accès à un généraliste ou à un spécialiste sont faibles, voire nuls. Un article paru en octobre 2003⁹ dans un journal britannique faisait état de délais d'attente de six à neuf mois pour les principales interventions non urgentes au Royaume-Uni ; il indiquait par ailleurs qu'à Berlin les patients peuvent être examinés sous huit jours en vue d'un pontage coronarien, qu'à Lille il n'y a pas de liste d'attente pour les prothèses de la hanche, qu'à Grenoble le délai d'attente pour une hystérectomie est de moins d'une semaine, qu'il n'y a pas de liste d'attente pour la réparation des hernies à Recklinghausen (Allemagne), et qu'à Anvers, le délai d'attente pour une opération de la cataracte est de trois semaines.

6.2. Données recueillies dans le cadre de cette étude

Les données sur les délais d'attente recueillies dans le cadre de cette étude l'ont été par voie de questionnaire pour dix interventions non urgentes, dans douze pays dans lesquels les délais d'attente sont signalés comme étant un sujet de préoccupation pour les politiques. Les résultats obtenus sont présentés aux tableaux 5.4 et 5.5. La définition retenue pour le délai d'attente est la suivante : « temps s'écoulant entre la date à laquelle un patient sur liste d'attente pour une intervention chirurgicale non urgente est inscrit sur la liste d'attente de l'intervention en question, après avoir été examiné par un spécialiste, et la date à laquelle il est admis pour l'intervention dans une unité de chirurgie hospitalière ou dans une unité de chirurgie de jour ». Cette définition est communément désignée par le terme de « délai d'attente des patients admis » ou « délai d'attente des patients hospitalisés ». Le choix de cette mesure s'explique essentiellement par le fait qu'elle est la plus largement disponible dans les pays de l'OCDE.

Cette mesure est disponible dans huit pays, du moins pour certaines interventions chirurgicales. Pour un petit nombre de pays, on a disposé d'autres mesures, telle que le « délai d'attente des patients sur la liste » ou « l'attente totale » (patients hospitalisés plus patients externes). On a disposé de mesures du délai d'attente des patients hospitalisés figurant sur la liste pour l'Espagne (Insalud ; moyenne), l'Irlande et la Suède (pourcentage de patients attendant plus de 12 mois). On a disposé de mesures de l'attente totale (de l'orientation par le généraliste jusqu'à l'intervention) pour le Danemark et la Norvège (pour plus de détails, voir annexes 2 et 3 de Siciliani et Hurst, 2003).

Les tableaux 5.4 et 5.5 indiquent respectivement le délai d'attente moyen et le délai d'attente médian après hospitalisation des patients admis.

Tableau 5.4. Délais d'attente moyens des patients admis, par intervention chirurgicale, 2000

Pour huit pays dans lesquels les délais d'attente sont un sujet de préoccupation politique, en nombre de jours

	Prothèse de la hanche	Prothèse du genou	Opération de la cataracte	Opération des varices	Hystérectomie	Prosta-tectomie	Cholécys-tectomie	Hernie inguinale et fémorale	Pontage coronarien	Angio-plastie coronarienne
Australie	163	201	179	216	54	69	83	87	44	
Danemark	112	112	71	99			75	73		
Finlande	206	274	233	280	100	81	159	125	42	30
Norvège	133	160	63	142	64	75	103	109	46	53
Pays-Bas	96	85	111	107	61	60	71	75		18
Espagne (Insalud)	123	148	104	117	102	62	107	102	39	81
Suède			199							
Royaume-Uni (Angleterre)	244	281	206	227	159	52	156	150	213	80

Notes : Pour plus de détails sur les « Sources et méthodes », se reporter à l'annexe 2 de Siciliani et Hurst (2003). Australie : inclut le Queensland, le sud et l'ouest de l'Australie. Norvège : le délai d'attente pour la cataracte concerne l'année 2001. Espagne : inclut uniquement la population de Insalud. Royaume-Uni : inclut uniquement la population anglaise.

Source : OCDE.

Tableau 5.5. Délais d'attente médians des patients admis, par intervention chirurgicale, 2000

Pour huit pays dans lesquels les délais d'attente sont un sujet de préoccupation politique, en nombre de jours

	Prothèse de la hanche	Prothèse du genou	Opération de la cataracte	Opération des varices	Hystérectomie	Prosta-tectomie	Cholécys-tectomie	Hernie inguinale et fémorale	Pontage coronarien	Angio-plastie coronarienne
Australie	98	120	120	94	38	24	48	46	22	
Canada	112 (BC) 105 (MN) 162 (SK)	136 (BC) 105 (MN) 291 (SK)	80 (BC)						23 (ON) 10 (SK)	
Danemark	87	90	36	69			57	46		
Finlande	148	202	189	155	70	39	90	74	34	20
Norvège	99	132	28	110	37	47	63	74	25	18
Royaume-Uni (Angleterre)	211	261	182	178	110	37	97	95	191	58

Notes : Pour plus de détails sur les « Sources et méthodes », se reporter à l'annexe 2 de Siciliani et Hurst (2003). Australie : inclut le Queensland, le sud et l'ouest de l'Australie. Canada : BC = Colombie-Britannique, MN = Manitoba, ON = Ontario et SK = Saskatchewan. Norvège : le délai d'attente pour la cataracte concerne l'année 2001. Royaume-Uni : inclut uniquement la population anglaise.

Source : OCDE.

Les pays pour lesquels les délais d'attente sont les plus longs sont le Royaume-Uni (Angleterre) et la Finlande ; viennent ensuite le Danemark, la Norvège, l'Australie et l'Espagne (Insalud). C'est aux Pays-Bas que les délais d'attente sont les plus courts. Il est intéressant de noter que les délais d'attente pour les interventions moins urgentes (par exemple prothèses de la hanche et du genou, opération de la cataracte) sont systématiquement plus longs que les délais d'attente pour les interventions plus urgentes (par exemple, hystérectomie, pontage coronarien, angiographie coronarienne). Cela indique que les spécialistes établissent des priorités entre les patients en fonction de l'urgence de leur état.

Comme les distributions des délais d'attente tendent à être désaxées vers la droite, la moyenne et la médiane peuvent être sensiblement différentes. La moyenne est supérieure à la médiane de façon constante. Cela tient au fait qu'une faible proportion de patients ont des délais d'attente très longs (Sanmartin, 2001). Lorsqu'on compare les délais d'attente des tableaux 5.4 et 5.5, la différence entre la moyenne et la médiane varie entre 22 et 43 %, selon l'intervention considérée.

7. Causes des différences de délai d'attente entre pays de l'OCDE

7.1. Analyse tabulaire et graphique des indications recueillies dans le cadre de cette étude

Cette section rend compte d'une analyse tabulaire et graphique des indications internationales sur les délais d'attente et les déterminants recueillies dans le cadre du Projet de l'OCDE sur les délais d'attente, informée par le modèle décrit ci-avant. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'une des caractéristiques initialement énigmatiques des pays de l'OCDE est que certains font état de délais d'attente importants et d'autres pas. Les délais d'attente constituent un problème majeur de santé publique dans les 12 pays impliqués dans le Projet de l'OCDE sur les délais d'attente (Australie, Canada, Danemark, Finlande, Irlande, Italie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Espagne, Suède et Royaume-Uni). Mais, dans un deuxième groupe de pays (Autriche, Belgique, France, Allemagne, Japon, Luxembourg, Suisse et États-Unis), les délais d'attente ne sont pas signalés comme étant un sujet de préoccupation pour les politiques et ne font l'objet d'aucun enregistrement administratif. Dans ces pays, des rapports non scientifiques (informels) font état de délais d'attente faibles. Nous allons donc examiner ci-dessous les raisons des différences de délai d'attente tant à l'intérieur du premier groupe de pays qu'entre le premier et le deuxième groupes. Dans la mesure où nous ne disposons pas de données sur les délais d'attente pour le deuxième groupe de pays, l'analyse graphique attribue une valeur nulle aux délais d'attente de ce groupe.

Pour étudier les délais d'attente pour des interventions chirurgicales non urgentes, l'idéal serait de disposer de données sur les chirurgiens, le nombre de lits, les dépenses et les besoins chirurgicaux. Or, actuellement nous ne disposons pas de ces données du fait, en partie, de problèmes de comparabilité entre les pays. Ainsi, une tentative de collecte de données sur le nombre de chirurgiens et le nombre de lits de chirurgie s'est soldée par un échec. Trois pays seulement ont indiqué leur nombre de chirurgiens et deux seulement leur nombre de lits de chirurgie. L'analyse ci-dessous prend donc le nombre total de spécialistes et de médecins comme mesure indirecte du nombre de chirurgiens, le nombre total de lits de soins aigus, comme mesure indirecte du nombre de lits de chirurgie, et les dépenses totales de santé du public et du privé comme mesure indirecte des dépenses chirurgicales. On pose comme hypothèse implicite que la part de ces variables globales revenant à la chirurgie est raisonnablement semblable d'un pays à l'autre. Enfin, il est difficile de trouver de bonnes mesures du besoin dans le domaine de la chirurgie électorale. Cela est regrettable puisqu'on suppose, comme indiqué ci-dessus, qu'il pourrait exister dans certaines collectivités des réservoirs de besoins non satisfaits d'interventions chirurgicales. Pour une opération de la cataracte, par exemple, un bon indicateur du besoin serait l'incidence de la population souffrant de la cataracte et pas encore opérée. Ces données n'étant pas disponibles au niveau international, dans cette étude, nous avons pris comme mesure indirecte du besoin le pourcentage de la population des plus de 65 ans.

7.2. Les pays ne faisant pas état de délais d'attente dépensent-ils davantage ?

Le tableau 5.A1.2 de l'annexe montre qu'en 2000 les dépenses de santé totales et publiques par habitant (en dollars de PPA) ont été, en moyenne, supérieures de 31 % (19 %, si l'on exclut les États-Unis) et de 16 % respectivement dans les pays ne signalant pas de délais d'attente. Un test t de Student suggère que la différence des moyennes des dépenses de santé pour les deux groupes est différente de zéro pour un seuil de signification inférieur à 5 % dans le cas des dépenses de santé totales et à 10 % dans le cas des dépenses de santé publiques.

Les graphiques 5.A1.1 et 5.A1.2 de l'annexe présentent les délais d'attente moyens pour trois interventions chirurgicales courantes (prothèse de la hanche, opération de la cataracte et cholécystectomie) par rapport respectivement, aux dépenses totales et publiques de santé par habitant, pour l'année 2000. Ces trois interventions ont été choisies parce qu'elles sont représentatives des délais d'attente à l'intérieur d'un pays et qu'elles tendent à être corrélées aux délais d'attente pour d'autres procédures. Les corrélations suggèrent en général une association faiblement négative entre les dépenses de santé par habitant et les délais d'attente.

Il existe également des signes d'association négative entre les dépenses de santé en pourcentage du PIB et les délais d'attente si l'on regroupe les pays dans lesquels les actes chirurgicaux sont couverts par une assurance-maladie universelle. Le fait d'utiliser la part des dépenses de santé en pourcentage du PIB plutôt que les dépenses de santé par habitant, est un ajustement grossier de l'association fortement positive qui existe entre les dépenses de santé par habitant et le PIB par habitant, laquelle est probablement due pour partie aux salaires plus élevés observés dans les pays à revenu supérieur. L'examen du tableau 5.4 ci-avant, montre que les délais d'attente sont habituellement longs dans deux pays : la Finlande et le Royaume-Uni (Angleterre) et qu'ils sont moyens dans quatre pays (le Danemark, les Pays-Bas, la Norvège et l'Espagne). Sur ces quatre derniers pays, l'Espagne (Insalud) a été exclue de la comparaison qui suit car, en 2000, elle a adopté un système d'incitations financières fortes pour réduire directement les délais d'attente (voir ci-dessous), ce qui risque de fausser la comparaison. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, huit pays (Autriche, Belgique, France, Allemagne, Japon, Luxembourg, Suisse et États-Unis) ne font état d'aucun problème d'attente. Sur ces huit pays, le Luxembourg a été exclu de la comparaison qui suit en raison de sa petite taille et de l'importance des flux transfrontière qui peut être préjudiciable à la fiabilité des estimations de ses dépenses de santé et de son PIB. Les États-Unis ont été exclus de la comparaison car, contrairement aux autres pays, ils n'ont pas de système de couverture maladie universelle pour les actes chirurgicaux. Dans les trois groupes de pays (restant) à délais d'attente élevés, moyens et faibles, la part des dépenses totales de santé dans le PIB a été respectivement de 7 %, 8,2 % et 9,1 % en 2000 (OCDE, 2003). Dans ces trois groupes, la part des dépenses moyennes publiques de santé dans le PIB a été respectivement de 5,5 %, 6,3 % et 6,4 % en 2000. Les premiers chiffres fournissent probablement des comparaisons mieux informées car ils tiennent compte de la contribution des dépenses privées de santé aux différences de délais d'attente entre le deuxième et le troisième groupe de pays. Parmi les pays bénéficiant d'une couverture maladie universelle, nous suggérons que, toutes choses égales par ailleurs, il peut en coûter grosso modo un point du PIB consacré aux dépenses de santé pour passer de la catégorie des pays à délais d'attente longs à celle des pays à délais d'attente moyens et grosso modo un point de PIB supplémentaire pour passer de la catégorie des pays à délais d'attente moyens à celle des pays à délais d'attente faibles.

7.3. Les pays ne faisant pas état de délais d'attente ont-ils une capacité supérieure (en nombre de lits et de médecins) ?

Siciliani et Hurst (2003) ont montré qu'en 1998 les pays ne faisant pas état de délais d'attente possédaient, en moyenne, 66 % de lits de soins aigus de plus (pour 1 000 habitants) que les pays faisant état de délais d'attente. Ainsi, en 1998, le nombre de lits de soins aigus était de 5.8 (pour 1 000 habitants) dans les pays ne faisant pas état de délais d'attente contre 3.5 dans les pays faisant état de délais d'attente¹⁰. Les résultats d'un test t de Student suggèrent une différence des moyennes de lits de soins aigus pour les deux groupes différente de zéro pour un seuil de signification inférieur à 1 %.

Siciliani et Hurst (2003) ont également montré qu'en 1998 les pays ne faisant pas état de délais d'attente avaient, en moyenne, 13.4 % et 23.4 % de praticiens (médecins et spécialistes) de plus que les pays faisant état de délais d'attente. Ainsi, en 1998, les pays ne faisant pas état de délais d'attente avaient 2.9 médecins praticiens (pour 1 000 habitants) contre 2.6 dans les pays faisant état de délais d'attente. Pour la même année 1998, ils avaient 1.7 spécialiste praticien pour 1 000 habitants contre 1.4 dans les pays faisant état de délais d'attente. Les résultats d'un test t donnent à penser que la différence de moyennes pour les deux groupes est différente de zéro pour un seuil de signification inférieur à 5 % dans le cas des médecins praticiens et à 10 % dans le cas des spécialistes praticiens.

7.4. Les pays ne faisant pas état de délais d'attente ont-ils une activité chirurgicale plus importante ?

Le modèle présenté au graphique 5.2 ci-avant donne à penser que, toutes choses égales par ailleurs, une activité chirurgicale plus importante pour une demande donnée conduit à un délai d'attente moindre en chirurgie. Le tableau 5.A1.3 de l'annexe, ci-dessous, indique le nombre total d'interventions chirurgicales sur des patients hospitalisés et en chirurgie de jour pour 1 000 habitants, dans les pays faisant état de délais d'attente et dans les pays ne faisant pas état de délais d'attente. Il convient de noter, qu'en règle générale, on ne dispose pas d'information sur la chirurgie de jour pour les pays ne faisant pas état de délais d'attente. Les informations concernant les interventions chirurgicales sur patients hospitalisés ne concernent que quatre pays du groupe ne faisant pas état de délais d'attente et huit du groupe faisant état de délais d'attente. Néanmoins, ce tableau donne à penser qu'en 1998 (pour 1 000 personnes) l'activité chirurgicale sur des patients hospitalisés était, en moyenne, supérieure de 68 % dans les pays ne faisant pas état de délais d'attente¹¹. Les résultats d'un test t de Student donnent à penser que la différence d'activité sur patients hospitalisés pour les deux groupes de pays est sensiblement différente de zéro.

Le tableau 5.A1.4 de l'annexe indique neuf taux d'interventions chirurgicales, pour l'année 2000, pour des pays faisant état de délais d'attente et pour des pays ne faisant pas état de délais d'attente. Dans tous les cas, les pays ne faisant pas état de délais d'attente ont, en moyenne, des niveaux d'activité supérieurs à ceux des pays faisant état de délais d'attente. Leurs taux moyens sont supérieurs de 57 % pour la prothèse de la hanche, de 84 % pour la prothèse du genou, de 43 % pour la prostatectomie, de 53 % pour l'hystérectomie, de 44 % pour les pontages coronariens, de 56 % pour les hernies inguinales et fémorales, de 17 % pour l'opération de la cataracte, de 72 % pour la cholécystectomie et de 91 % pour les opérations des varices. Les résultats d'un test t donnent à penser que la différence de moyennes pour les deux groupes de pays est différente de zéro pour un seuil

de signification inférieur à 5 % pour la prothèse de la hanche, la prothèse du genou, la prostatectomie, les hernies inguinales et fémorales, la cholécystectomie et les opérations des varices. Ce n'est pas le cas pour l'hystérectomie, les pontages coronariens et l'opération de la cataracte.

7.5. Les pays ne faisant pas état de délais d'attente ont-ils une productivité supérieure ?

Le tableau 5.A1.5 de l'annexe présente certains indicateurs de la productivité établis sur la base du nombre d'interventions chirurgicales sur patients hospitalisés par spécialiste praticien et par médecin praticien. Malheureusement, nous ne disposons de données que pour quatre des huit pays n'ayant pas fait état de délais d'attente pour les années 1998 et 1999. Le nombre des interventions chirurgicales sur patients hospitalisés par spécialiste praticien et par médecin praticien sont, en moyenne, supérieurs de 64 % et 88 % respectivement dans les pays ne faisant pas état de délais d'attente. Toutefois, les résultats d'un test t donnent à penser que la différence des moyennes de productivité des deux groupes n'est pas sensiblement différente de zéro pour la première mesure (patients hospitalisés par spécialiste) et qu'elle est différente pour un seuil de signification inférieur à 5 % pour la deuxième mesure (patients hospitalisés par médecin). L'une des limites de cette comparaison est le fait qu'elle n'englobe pas l'activité de chirurgie de jour, car nous ne disposons pas de données pour les pays ne faisant pas état de délais d'attente.

7.6. Une activité chirurgicale plus importante est-elle associée à des délais d'attente moindres ?

Les graphiques 5.A1.3 à 5.A1.10 représentent graphiquement les taux d'activité chirurgicale par rapport aux délais d'attente pour huit interventions chirurgicales (prothèse de la hanche, hernies inguinales et fémorales, opération des varices, cholécystectomie, prostatectomie, hystérectomie, opération de la cataracte et prothèse du genou) pour des pays faisant état comme pour ceux ne faisant pas état de délais d'attente. Il est important de souligner la complexité de la relation entre le délai d'attente et l'activité pour les différentes interventions chirurgicales. Le niveau d'activité est déterminé par des facteurs d'offre (tels que le nombre de lits et de médecins) mais aussi par des facteurs de demande (tel que le niveau de besoin). Si le niveau de la demande est constant d'un pays à l'autre mais que l'offre varie, alors il est probable que l'association entre l'activité et les délais d'attente sera négative. Si la capacité est constante d'un pays à l'autre mais que la demande varie, alors il est probable que l'association entre l'activité et les délais d'attente sera positive. Autrement dit, certains pays peuvent avoir une offre importante et des délais d'attente importants comparés à d'autres pays simplement parce que leurs besoins sont plus grands.

En outre, pour un niveau donné d'activité et pour un niveau donné de besoin, les pays peuvent avoir des propensions différentes à rajouter des patients sur les listes. Autrement dit, les seuils d'addition de nouveaux patients sur les listes peuvent différer d'un pays à l'autre. Un délai d'attente bref peut être le signe d'un seuil élevé plutôt que de différences de besoin ou d'offre.

Ces mises en garde devront être prises en compte lors de l'interprétation de la relation entre l'activité et les délais d'attente. Les graphiques 5.A1.3 à 5.A1.5 suggèrent l'existence de relations négatives entre l'activité et les délais d'attente pour la prothèse de la hanche, les hernies inguinales et fémorales et les opérations des varices.

Toutefois, la situation est différente pour la cholécystectomie, la prostatectomie et l'hystérectomie (graphiques 5.A1.6 à 5.A1.8). Pour ces procédures, bien qu'en moyenne, les pays ne faisant pas état de délais d'attente aient une activité supérieure, nous pouvons identifier plusieurs pays ne faisant pas état de délais d'attente dont les niveaux d'activité sont analogues à ceux de pays faisant état de délais d'attente. En outre, parmi les pays faisant état de délais d'attente, l'association entre les deux variables est faible.

Le graphique 5.A1.9 de l'annexe montre que pour l'opération de la cataracte, une association positive peut être observée entre l'activité et les délais d'attente pour les pays ayant des problèmes de délais d'attente. Le graphique 5.A1.10 indique un chiffre analogue pour la prothèse du genou. Ces constats peuvent s'expliquer par le fait qu'en 2000, les généralistes de pays comme la Finlande, la Suède et l'Australie ont orienté vers les services de chirurgie une réserve de patients âgés qui ont pu bénéficier des progrès relativement récents de la chirurgie en matière d'opération de la cataracte et de prothèse du genou. Il se peut, en particulier, qu'après une forte réduction de ses dépenses de santé au début des années 90, la Finlande ait dû faire face à une demande différée. Autrement dit, les variations de la demande peuvent masquer une relation hypothétique inverse entre les taux d'interventions et les délais d'attente.

Enfin, il faut souligner combien il est difficile à ce stade d'obtenir des chiffres totalement comparables sur les taux d'interventions chirurgicales. Toute une série de problèmes méthodologiques peuvent fausser les paramètres, tels que les différences de systèmes de classification des activités des hôpitaux, des modes différents de comptabilisation des patients ou des interventions (certains patients font l'objet de multiples interventions au cours d'une seule admission en chirurgie).

7.7. Les pays ne faisant pas état de délais d'attente se caractérisent-ils par des systèmes différents de rémunération des médecins et de financement des hôpitaux ?

Étant donné les limites, évoquées ci-dessus, des indicateurs de productivité, il est intéressant d'examiner également les diverses incitations et contraintes structurelles imposées aux chirurgiens et aux unités chirurgicales des différents pays. Celles-ci sont résumées au tableau 5.A1.1 de l'annexe. Comme nous l'avons déjà indiqué, certains pays ont adopté des modes de paiement des actes chirurgicaux relativement restrictifs (chirurgiens salariés et hôpitaux financés par un système de budgets globaux). D'autres ont adopté des systèmes beaucoup moins restrictifs (spécialistes rémunérés à l'acte et hôpitaux financés par un système de paiements liés à l'activité). De nombreux pays ont adopté des modes de rémunération mixtes.

Le tableau 5.A1.1 donne à penser que les pays dans lesquels l'offre chirurgicale est assujettie à de fortes restrictions tendent à faire état de délais d'attente alors que les pays dans lesquels les restrictions sont faibles ne tendent pas à faire état de délais d'attente. Toutefois, les pays dans lesquels le financement est mixte (restrictions moyennes) font parfois état de délais d'attente et parfois pas.

7.8. Les pays ne faisant pas état de délais d'attente ont-ils une population plus jeune ?

Siciliani et Hurst (2003) rapportent qu'en 2000 l'un des indicateurs possibles du besoin d'interventions chirurgicales non urgentes, à savoir le pourcentage de la population ayant plus de 65 ans, était, en moyenne, de 14.6 % dans les pays ne faisant pas état de délais d'attente et de 15.6 % dans les pays faisant état de délais d'attente. Toutefois, les résultats

d'un test t donnent à penser que cette différence n'est pas sensiblement différente de zéro. Dans les deux groupes de pays, le pourcentage de la population ayant plus de 80 ans était de 3.6 %.

7.9. Les pays ne faisant pas état de délais d'attente comptent-ils davantage de malades ?

Siciliani et Hurst (2003) rapportent également que les taux de mortalité, autre mesure indirecte possible du besoin, sont, en moyenne, légèrement plus faibles dans les pays ne faisant pas état de délais d'attente que dans les pays en faisant état. Toutefois, si l'on exclut de l'échantillon le Japon, les taux semblent très similaires. Les taux de mortalité ne sont pas nécessairement un indicateur très satisfaisant de la mesure du besoin en interventions chirurgicales non urgentes à un moment donné à moins qu'il n'existe une bonne corrélation entre les facteurs à l'origine des maladies chroniques et les facteurs de mortalité prématurée dans les différents pays et que la proportion de la population à risque ayant déjà fait l'objet d'une intervention chirurgicale soit également prise en compte.

7.10. Les pays ne faisant pas état de délais d'attente se caractérisent-ils par des niveaux élevés de participation aux frais ?

Le tableau 5.A1.6 de l'annexe indique le degré de partage des coûts pour les soins aux patients hospitalisés dans les deux groupes de pays (ceux faisant état de délais d'attente et ceux n'en faisant pas état). La différence entre les deux groupes est nette. Dans la plupart des pays ne faisant pas état de délais d'attente, il existe un système de participation aux frais (ou ticket modérateur). Dans la plupart des pays faisant état de délais d'attente, les soins aux patients hospitalisés sont gratuits ou la participation aux frais très faible (comme en Suède et en Irlande pour les patients de la catégorie II). Toutefois, dans les pays où il n'y a pas de problème de délai d'attente, la participation aux frais semble trop faible pour donner à penser que le rationnement par les prix pourrait être un facteur majeur de prévention de la constitution de files d'attente.

7.11. Quel est le rôle des médecins de premier recours ?

Le tableau 5.A1.7 de l'annexe montre que, presque invariablement, les pays ne faisant pas état de délais d'attente manquent de généralistes jouant le rôle de médecins de premier recours alors que la plupart des pays faisant état de délais d'attente ont presque invariablement des généralistes jouant le rôle de médecins de premier recours. Cette association frappante n'est pas facile à expliquer. Le terme de « médecin de premier recours » donne à penser que les généralistes doivent contrôler la demande d'accès aux spécialistes, en évitant les orientations inutiles vers ces derniers et, ce faisant, en raccourcissant les délais d'attente. Il se peut toutefois que lorsqu'il y a clairement division du travail entre les généralistes et les spécialistes, les premiers se sentent investis de la responsabilité d'orienter vers un chirurgien les patients pour lesquels ils considèrent qu'une intervention chirurgicale pourrait être bénéfique, poussant ainsi la demande à la hausse. En outre, les généralistes qui sont salariés ou rémunérés à la capitation ne subiront aucun préjudice financier et réduiront leur charge de travail en orientant ces patients vers des spécialistes. Au contraire, lorsque les spécialistes (chirurgiens) ont un cabinet en dehors de l'hôpital et peuvent être consultés directement par les patients, ils peuvent devenir experts en gestion de la demande excédentaire, adoptant une attitude d'attente

vigilante, sans rajouter de nouveaux patients sur les listes d'attente officielles des hôpitaux.

Ces arguments ne s'appliqueront pas, dans la même mesure, aux généralistes qui sont rémunérés à l'acte, comme cela est le cas dans de nombreux systèmes d'assurance-maladie. Ils ne s'appliqueront pas non plus, dans la même mesure, aux généralistes dépositaires d'un budget hôpital pour le compte de leurs patients, comme cela est le cas au Royaume-Uni et qui doivent payer pour l'orientation et l'admission de leurs patients. À l'évidence, les généralistes qui sont dépositaires d'un tel budget réduisent le nombre des admissions de leurs patients par rapport aux généralistes non dépositaires d'un tel budget (Gravelle et al., 2002).

8. Analyse de régression à variables multiples

Cette section contient les résultats d'analyses de régression qui ont examiné les effets partiels sur les délais d'attente de certains déterminants pour lesquels on disposait de données suffisantes, tels que les indicateurs de capacité, les dépenses totales de santé, les modes de rémunération et les besoins. L'analyse a été conçue pour séparer les effets simultanés de l'offre et de la demande qui brouillent l'interprétation des graphiques 5.A1.1. à 5.A1.10. Les résultats de l'analyse de régression sont présentés dans les tableaux 5.A1.8 et 5.A1.10 de l'annexe (pour plus de détails, se reporter à Siciliani et Hurst, 2003). Compte tenu des données limitées dont nous disposons, les résultats des analyses sont à prendre avec précaution.

Deux ensembles d'analyses ont été effectués. Le premier ensemble a examiné certains déterminants des *différences de délais d'attentemoyens et médians* pour dix interventions chirurgicales regroupées, dans les huit pays pour lesquels nous avons collecté des données sur les délais d'attente [Australie, Danemark, Espagne (Insalud), Finlande, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni (Angleterre) et Suède]. Le second a exploré certains déterminants de la *probabilité de faire état de délais d'attente* pour un groupe beaucoup plus vaste de pays englobant les 12 pays couverts par l'étude de l'OCDE et les huit pays ne faisant pas état de problèmes de délais d'attente (Allemagne, Autriche, Belgique, États-Unis, France, Japon, Luxembourg et Suisse).

L'approche suivie a été largement cohérente avec celle adoptée par Martin et Smith (1999) et Lindsay et Feigenbaum (1984). D'autres études empiriques ont été menées sur ce sujet : Goddard et Tavakoli (1998), Blundell et Windmeijer (2000), Propper et al. (2002) et Gravelle et al. (2002).

8.1. Expliquer les différences de délais d'attente moyens et médians parmi les pays faisant état de délais d'attente

Les résultats statistiquement significatifs de l'analyse des *délais d'attente moyens et médians* des huit pays ayant fourni des informations sur les délais d'attente peuvent se résumer ainsi :

- un nombre plus important de médecins, de lits de soins aigus et de spécialistes est associé à des délais d'attente moindres ;
- un pourcentage plus important d'interventions effectuées en chirurgie de jour est habituellement associé à des délais d'attente moindres (mais les résultats ne sont pas toujours significatifs) ;

- des niveaux plus élevés de dépenses de santé totales et de dépenses de santé publiques sont associés à des délais d'attente moindres ;
- et (en relation avec les tests des différences de besoin) une proportion plus importante de personnes âgées dans la population est habituellement associée à des délais d'attente plus longs (mais les résultats ne sont pas toujours significatifs).

8.2. Expliquer la probabilité d'observer des délais d'attente dans les pays de l'OCDE

Les résultats statistiquement significatifs pour la *probabilité de faire état de délais d'attente* dans les 20 pays faisant et ne faisant pas état de délais d'attente, peuvent se résumer ainsi :

- un plus grand nombre de lits de soins aigus et de spécialistes est associé à une probabilité moindre de faire état de délais d'attente ;
- un montant plus élevé de dépenses de santé (publiques et totales, respectivement) par habitant est associé à une probabilité moindre de faire état de délais d'attente ;
- une rémunération à l'acte des spécialistes (par opposition à des spécialistes salariés) est associée à une probabilité moindre de faire état de délais d'attente ;
- des activités hospitalières assujetties à des restrictions faibles (par opposition à des restrictions fortes) sont associées à une probabilité moindre de faire état de délais d'attente dans certains modèles, mais pas dans d'autres¹².

Bien que les effets du montant des dépenses et du mode de rémunération soient ici indépendants l'un de l'autre, il n'est pas possible de quantifier leur contribution respective aux délais d'attente.

9. Examen des politiques

Une évaluation des politiques mises en œuvre pour remédier aux délais d'attente excessifs des interventions chirurgicales non urgentes financées sur fonds publics a été entreprise pour les 12 pays impliqués dans le Projet de l'OCDE sur les délais d'attente. Les 12 pays ont répondu à un questionnaire portant sur leurs politiques et un examen de la littérature sur le sujet a été entrepris. En outre, certains pays ont été en mesure de fournir quelques données chronologiques sur les délais d'attente.

Le modèle présenté par les graphiques 5.1-5.3 ci-avant donne à penser que les pays peuvent essayer de remédier à des délais d'attente excessifs en prenant des mesures destinées à affecter l'offre ou la demande d'actes chirurgicaux (en partie via la propension à générer de l'attente), ou à affecter simultanément l'offre et la demande. Il est probable que les décideurs interviendront au niveau de l'offre s'ils ont le sentiment que l'offre publique en matière de chirurgie est inadéquate. Il est probable qu'ils interviendront au niveau de la demande s'ils ont le sentiment que l'offre publique en matière de chirurgie est adéquate ou qu'elle correspond au montant maximum qu'ils sont disposés à payer. Ils peuvent tenter d'influencer la demande en affectant la propension à générer de l'attente (graphique 5.2). Ils peuvent également chercher à influencer directement les délais d'attente sans idée préconçue quant au fait de savoir si les ajustements souhaités seront opérés au niveau de l'offre ou au niveau de la demande. Dans la pratique, il est courant de trouver une combinaison de ces politiques.

Les trois sous-sections qui suivent passent en revue les politiques, lesquelles ont été classées en trois groupes : 1) politiques agissant sur l'offre ; 2) politiques agissant sur la

demande ; 3) politiques visant directement les délais d'attente. Pour évaluer ces politiques, nous manquons bien souvent de données sur les délais d'attente. Dans certains cas, les pays ont été en mesure de fournir des données chronologiques sur les délais d'attente avant et après l'adoption de nouvelles politiques. Toutefois, nous nous heurtons à la limite de toutes les comparaisons « avant-après » car nous ne savons pas ce qui se serait passé en l'absence des changements de politique en question. De plus, l'examen de la littérature et les réponses au questionnaire donnent à penser qu'un grand nombre de pays de l'OCDE ayant des problèmes de délais d'attente ont adopté une série de politiques pour remédier à tout moment à des délais d'attente excessifs. Les effets sur les délais d'attente des politiques (mixtes) sont évalués principalement à la quatrième section ci-après.

9.1. Politiques agissant sur l'offre

Au niveau de l'offre, il a été fait état d'un grand nombre d'initiatives visant à réduire les délais d'attente en augmentant, souvent provisoirement, les dépenses en matière de chirurgie. Ces fonds supplémentaires ont été liés à la réalisation des objectifs de réduction des délais d'attente d'au minimum trois façons différentes. L'allocation de ces fonds aux hôpitaux peut être conditionnée : i) à des délais d'attente importants (comme en Angleterre après 1986) ; ii) à la réalisation d'activités supplémentaires (comme en Suède entre 1987 et 1989, aux Pays-Bas entre 1997 et 2000, et en Australie, en vertu des accords Medicare, entre 1993 et 1998) ; ou iii) à la réalisation d'activités supplémentaires et à la réduction des délais d'attente [comme en Espagne entre 1996 et 2000 et dans l'État de Victoria (Australie) en 1993].

En règle générale, un accroissement temporaire de l'activité aura un impact temporaire. Les décideurs peuvent considérer qu'une liste d'attente est un registre complet de patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale, qui peut être vidé de son contenu par l'adoption ponctuelle d'un financement dédié. Mais cette perspective ne prend pas en compte la possibilité d'une attente cachée et une stimulation probable de la demande si les délais d'attente commencent à chuter. De plus, la demande s'accroît généralement au fil du temps.

En outre, les politiques du premier groupe ci-dessus peuvent n'avoir qu'un succès limité si les hôpitaux s'attendent à ce que les fonds affectés leur soient retirés dès que les délais d'attente auront diminué (Iversen, 1993). Avec les politiques du deuxième groupe, il peut être difficile de distinguer l'activité ordinaire d'une activité additionnelle (Gonzalez-Busto, 1999). Il est probable que les politiques du troisième groupe seront les plus efficaces pour obtenir des réductions significatives des délais d'attente car elles incitent non seulement à accroître l'offre mais également à maîtriser tout accroissement de la demande en résultant, par le maintien de seuils cliniques suffisamment élevés.

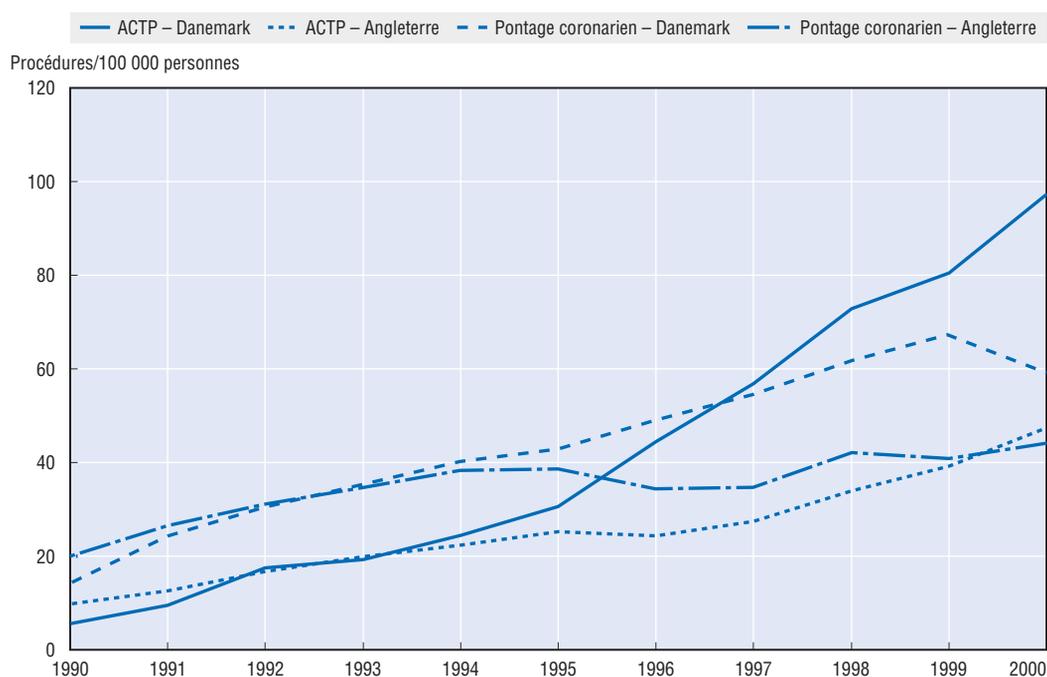
Des politiques du type décrit ci-dessus peuvent permettre d'acheter une activité à un prix inférieur à son coût moyen dans les hôpitaux publics si ceux-ci disposent d'une capacité de réserve. Mais si les hôpitaux fonctionnent déjà à plein, l'achat temporaire d'une activité supplémentaire risque d'entraîner des coûts marginaux, à court terme, supérieurs au coût moyen. Il se peut, par exemple, que l'on doive payer les chirurgiens et le personnel infirmier des blocs opératoires en heures supplémentaires pour qu'ils acceptent d'opérer en dehors des heures normales de travail.

A plus long terme, les décideurs peuvent choisir d'investir dans une capacité publique supplémentaire tout en maintenant un niveau élevé de dépenses. Au cours des vingt dernières années, le nombre des médecins a augmenté dans l'ensemble des douze pays couverts par cette étude, à l'exception du Canada et de la Suède. Le nombre des lits de

soins aigus a souvent chuté mais cette baisse a été probablement plus que compensée par le développement de la capacité de chirurgie de jour. Deux pays, l'Angleterre et l'Irlande, ont annoncé récemment d'importantes augmentations programmées du nombre de lits, de médecins et d'infirmières dans les hôpitaux publics pour remédier à des délais d'attente excessifs. Si l'accroissement de la capacité en chirurgie suit l'accroissement des dépenses, l'activité supplémentaire pourra être achetée pour un coût marginal à long terme qui pourrait bien être proche du coût moyen à long terme.

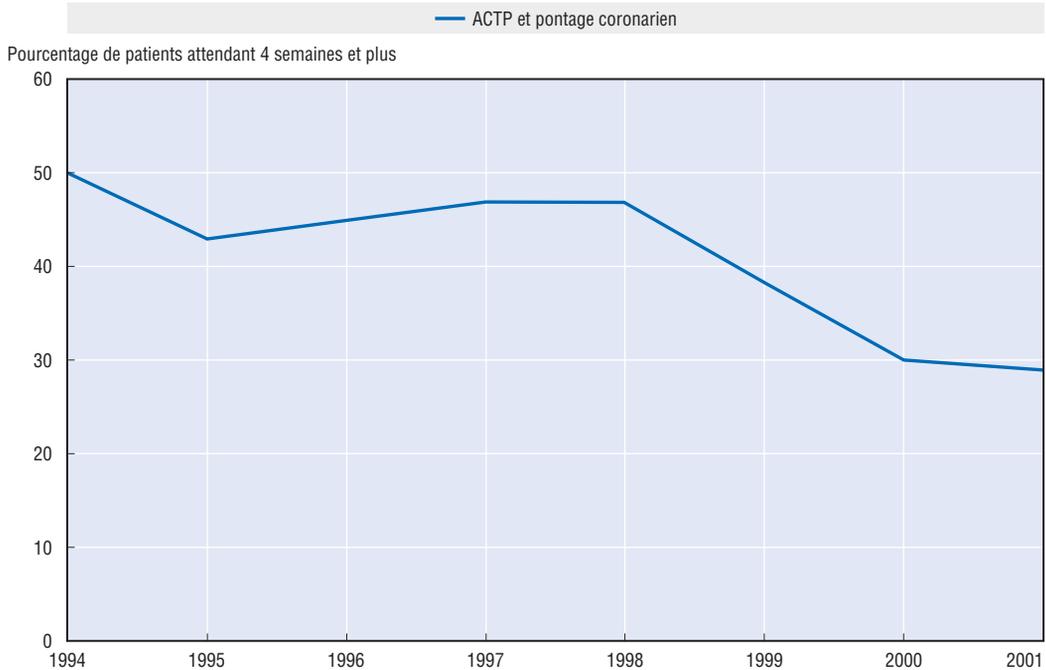
Il est intéressant de comparer les réactions différentes du Danemark et de l'Angleterre, dans les années 90, à la flambée de la demande de procédures de revascularisation (pontages coronariens et angioplasties coronariennes transluminales percutanées, ACTP). Au Danemark, on reconnaissait à la fin des années 80 que les taux de revascularisation étaient faibles et les délais d'attente importants. Après le Plan national de lutte contre les maladies cardiovasculaires (1992), le gouvernement danois a décidé d'investir, à partir de 1993, 700 millions de couronnes dans l'aménagement de blocs opératoires et le recrutement de personnel supplémentaire. En 1980, le nombre de médecins par habitant était supérieur à la moyenne de l'OCDE et dans les 15 années qui ont suivi il a augmenté de 50 %. Après l'adoption du Plan, les taux d'interventions ont augmenté rapidement (plus 70 % pour les pontages coronariens et les ACTP ont été pratiquement multipliés par cinq entre 1993 et 2000 (graphique 5.4 ; Videbaek et Madsen, 2001), ce qui a fait baisser les délais d'attente de façon continue. Entre 1994 et 2001, la proportion des patients attendant plus de quatre semaines pour une ACTP et un pontage est tombée de 50 % à 29 % pour les deux interventions regroupées (graphique 5.5). Les données sur les délais d'attente médians, disponibles à compter de 1996, suggèrent un déclin d'environ 50 % pour les deux interventions entre 1996 et 2001 (graphique 5.6).

Graphique 5.4. **Taux de procédures pour les pontages et les ACTP, Danemark et Angleterre, 1990-2000**



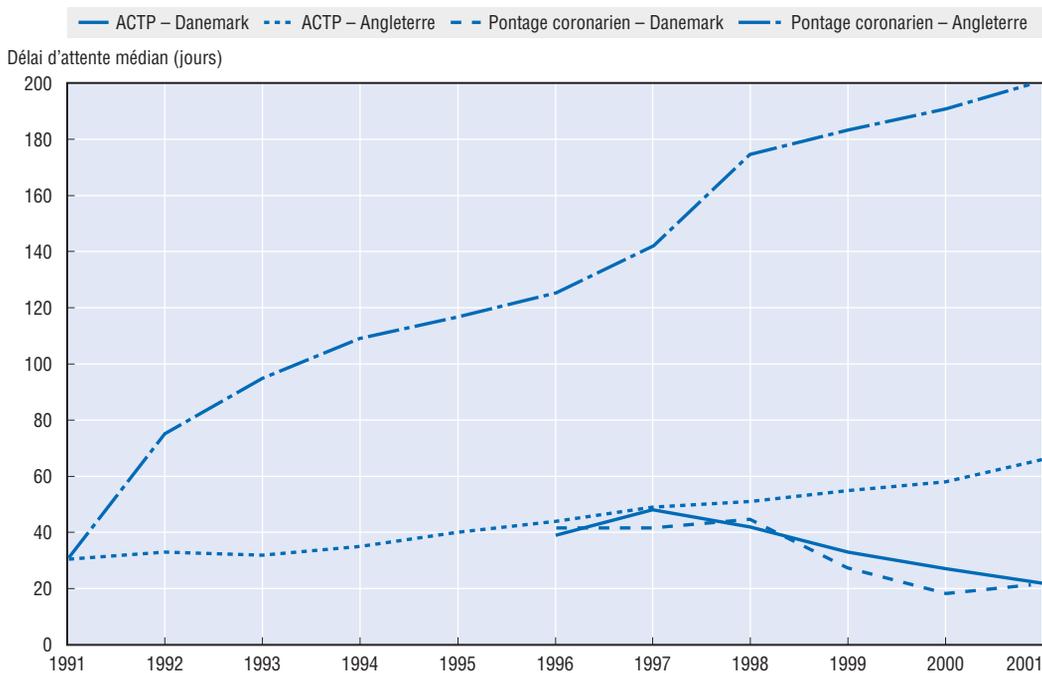
Source : Ministère danois de l'Intérieur et de la Santé et Department of Health, Angleterre.

Graphique 5.5. Pourcentage de patients attendant plus de quatre semaines pour un pontage et une ACP, Danemark, 1994-2001

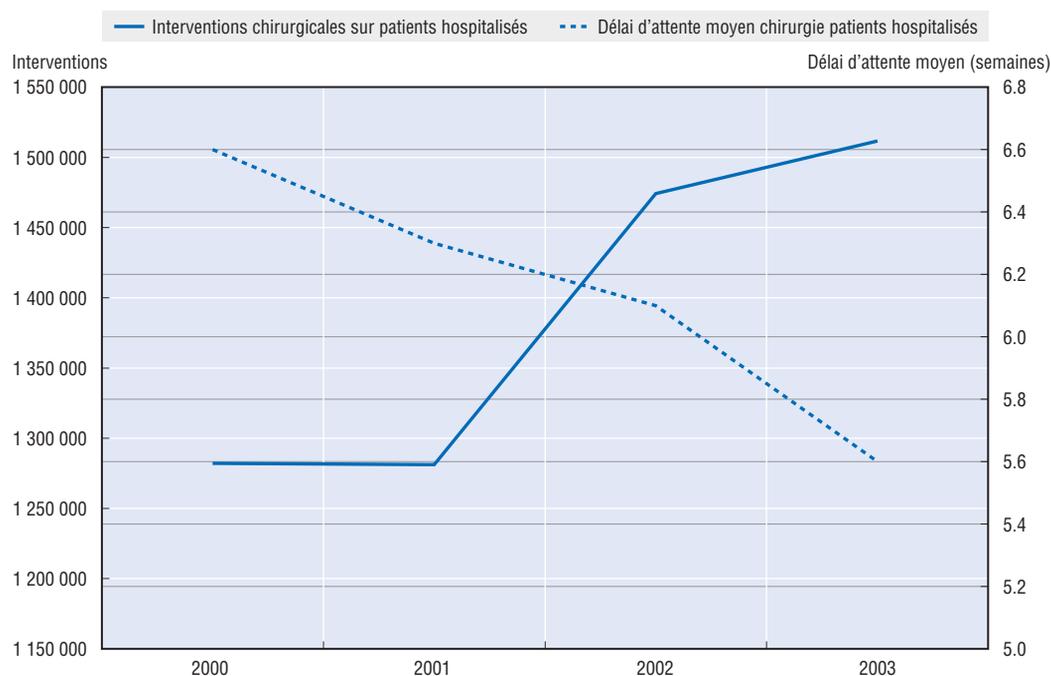


Source : Ministère danois de l'Intérieur et de la Santé.

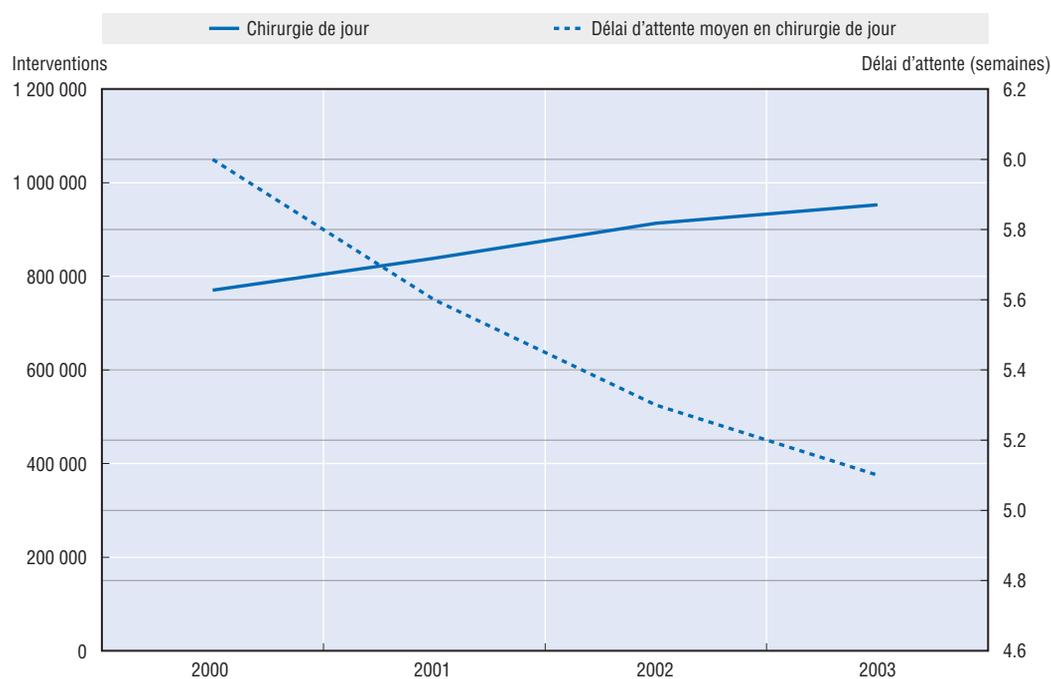
Graphique 5.6. Délais d'attente médians pour les patients admis pour un pontage et une ACP, Danemark et Angleterre, 1991-2001



Source : Ministère danois de l'Intérieur et de la Santé et Department of Health, Angleterre.

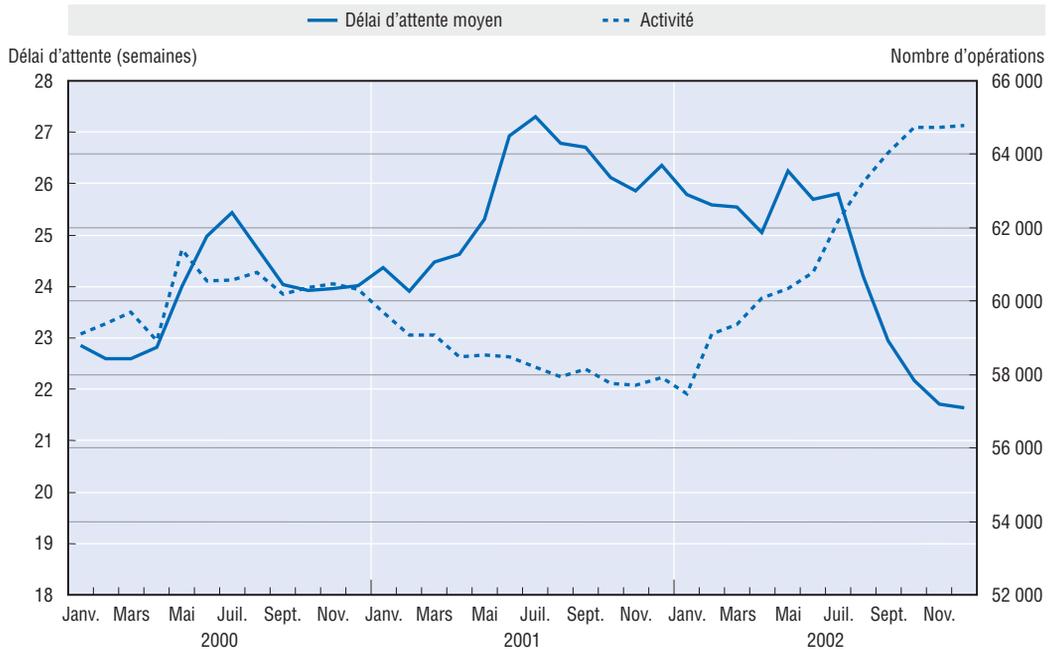
Graphique 5.7. **Nombre de patients hospitalisés traités et délais d'attente moyens (semaines), Pays-Bas, 2000-2003**

Source : Ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports.

Graphique 5.8. **Nombre de patients traités en chirurgie de jour et délais d'attente moyens (semaines), Pays-Bas, 2000-2003**

Source : Ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports.

Graphique 5.9. Évolution de l'activité chirurgicale pour 18 opérations spécifiques (patients hospitalisés) et délais d'attente, Danemark, 2000-2002



Source : Informations sur les délais d'attente et l'activité établies sur la base des statistiques Internet du ministère danois de l'Intérieur et de la Santé et du registre national danois.

En Angleterre, il a fallu attendre 1999 pour que soit publié un plan gouvernemental de traitement des maladies cardio-vasculaires (Department of Health, 2001) affectant 50 millions de livres à l'acquisition d'installations supplémentaires et au recrutement de personnel pour les soins coronariens. En 1980, la Grande-Bretagne comptait moins de médecins par tête que le Danemark (les deux tiers seulement de la moyenne OCDE) et, dans les quinze années qui ont suivi, leur nombre n'a augmenté que de 23 %. En 1995, le nombre de médecins par habitant de la Grande-Bretagne était inférieur de moitié à celui du Danemark. Alors qu'en 1990 les taux d'ACTP et de pontages coronariens de l'Angleterre étaient légèrement supérieurs à ceux du Danemark, les taux de progression de ces procédures ont été plus lents qu'au Danemark dans la décennie qui a suivi (graphique 5.4). Alors qu'au Danemark, les délais d'attente pour ces procédures ont chuté, en Angleterre ils ont fortement augmenté. En 2001, les délais d'attente médians s'établissaient à 65 jours pour les ACTP et à 200 jours pour les pontages coronariens (contre 19 jours et 21 jours, respectivement, au Danemark). Ces chiffres ne sont toutefois pas strictement comparables car les chiffres danois englobent l'attente des patients externes et peuvent englober également les patients admis en urgence.

Un certain nombre de pays ont acheté des activités supplémentaires auprès d'hôpitaux privés ou envoyé des patients à l'étranger pour des interventions chirurgicales non urgentes. Parmi les pays ayant fait récemment appel à des prestataires privés, on peut citer l'Australie, l'Angleterre, l'Espagne (Insalud) et la Nouvelle-Zélande. L'Angleterre a récemment fait appel aux services d'un certain nombre de nouveaux centres de diagnostic et de traitement du secteur privé pour tenter de résorber ses listes d'attente. L'achat de prestations au secteur privé peut être un moyen rapide d'avoir davantage accès à la chirurgie. Il peut également stimuler les hôpitaux publics en les confrontant à la

concurrence. Mais un inconvénient potentiel de la formule est de mettre les unités privées en concurrence avec les unités publiques pour une offre limitée de chirurgiens et de personnel infirmier de bloc opératoire, du moins à court terme. Dans ce cas, il peut être attractif de sous-traiter les prestations à des hôpitaux étrangers. C'est une option que le Royaume-Uni, le Danemark, l'Irlande, la Norvège et les Pays-Bas ont choisie.

Certains pays ont cherché récemment à stimuler l'offre de chirurgie en augmentant la productivité des unités existantes. Une approche a consisté à introduire le financement lié au volume d'activité dans des unités auparavant financées sur des budgets fixes. Depuis 2003, le Royaume-Uni a mis en place un système de financement des hôpitaux lié au volume d'activité par le biais d'un barème de prix fixes pour les patients classés par groupes de ressources de santé, en commençant par les interventions chirurgicales non urgentes. Depuis 2002, les Pays-Bas ont mis en place un système de financement des hôpitaux lié au volume d'activité et reposant sur des « combinaisons diagnostic-traitement ». Cette décision a fait suite à l'adoption d'une initiative visant à réduire les listes d'attente en vertu de la politique du droit aux soins et à des augmentations réelles des dépenses de santé de 2.6 % et 5.3 %, respectivement, en 2001 et 2002 (Statistiques Netherlands, 2004). On s'attendait à ce que les assureurs négocient avec les hôpitaux l'affectation des dépenses supplémentaires liées à un accroissement de l'activité et à une réduction des délais d'attente. Les interventions chirurgicales pratiquées sur des patients hospitalisés et l'activité de chirurgie de jour ont fortement progressé entre 2000 et 2003 et cette progression s'est accompagnée d'une nette baisse des délais d'attente moyens pour ces deux catégories de patients (graphiques 5.7 et 5.8). La Norvège a mis en place un système de paiements partiellement fondé sur le volume d'activité, couvrant initialement 30 % du coût du paiement à la pathologie par patient hospitalisé (50 % depuis 1999 et 55 % depuis 2002). Les résultats d'une étude, réalisée entre 1992 et 2000, sur 48 hôpitaux de soins aigus donnent à penser que les politiques mises en œuvre ont fait passer le taux de croissance annuel de l'activité de 2 % sur la période 1992-1996 à 3.2 % sur la période 1997-1999 (Biorn *et al.*, 2002). On ne dispose d'aucune information concernant leur impact sur les délais d'attente. Au Danemark, un système de paiement par pathologie lié au volume d'activité a été mis en place, début 2002, initialement pour les activités non urgentes. Au cours de l'année 2002, l'activité a augmenté de 18 % et les délais d'attente ont diminué de 17 % pour 18 interventions chirurgicales courantes (graphique 5.9, et Clemmesen et Hansen, 2003). On a jugé nécessaire d'étendre le principe du paiement lié au volume d'activité à l'ensemble des activités de l'année en raison de la difficulté de distinguer les soins non urgents des autres soins hospitaliers. Des plans ont été mis en place pour réduire le taux des paiements par pathologie, en 2003, du fait de la pression à la hausse exercée sur les dépenses.

Une autre manière d'améliorer la productivité consiste à s'efforcer de modifier les incitations pour les chirurgiens. Une solution est de lier leur rémunération à l'accroissement du volume d'activité ou à la réduction des délais d'attente, lorsque de tels liens n'existent pas. En 1997, l'Espagne a introduit un système de primes pour les spécialistes qui parvenaient à réduire les délais d'attente (Pancorbo et Moral, 2002). Les Pays-Bas ont pris des mesures opposées, introduisant en 1997 un système de budgets fixes pour les spécialistes hospitaliers en lieu et place des accords de rémunération à l'acte évolutifs, ceci dans un objectif de maîtrise des coûts. Une expérience pilote menée dans six hôpitaux entre 1995 et 1997 a constaté une baisse des admissions et un allongement des délais d'attente dans cinq d'entre eux (Mot, 2002). Une autre solution est de chercher à

limiter les pratiques duales, c'est-à-dire le fait pour les chirurgiens de travailler à la fois dans le public et dans le privé. Plusieurs chercheurs ont mis en évidence le risque de conflit d'intérêts dans ce cas (Yates, 1987 ; Iversen, 1997 ; Morga et Xavier, 2001). Les spécialistes travaillant dans le secteur public seront incités à maintenir des listes d'attente importantes de manière à booster leur activité privée. Ces pratiques semblent exister dans tous les pays couverts par cette étude, à l'exception du Canada et des Pays-Bas, quoique avec des restrictions dans bon nombre de pays. En Angleterre et en Irlande, il a été proposé d'interdire ces pratiques aux nouveaux diplômés pendant un certain nombre d'années après leur entrée dans la profession.

Une autre façon d'accroître la productivité consiste à remplacer la chirurgie avec hospitalisation par une chirurgie ambulatoire ou chirurgie de jour. Cette évolution a été facilitée par la mise sur le marché de produits anesthésiants plus performants et de techniques chirurgicales moins agressives mais aussi par un changement d'avis des médecins sur l'intérêt du repos au lit. Nous observons une nette évolution au profit de la chirurgie de jour dans la plupart des pays pour lesquels nous disposons de données.

L'intérêt des politiques visant à améliorer la productivité, lorsqu'elles sont couronnées de succès, est de permettre de réduire les coûts unitaires tout en augmentant le volume d'activité. Toutefois, il est difficile de trouver des méthodes améliorant la productivité qui réduisent les coûts unitaires plus qu'elles n'augmentent le volume d'activité. Ces méthodes tendent donc à pousser les coûts à la hausse.

Une politique complémentaire de l'introduction d'un système de paiement lié à l'activité consiste à élargir le choix pour les patients. Traditionnellement, les systèmes publics intégrés à budgets fixes n'ont pas encouragé le choix offert aux patients mais plusieurs pays, dont l'Angleterre, le Danemark, la Norvège et la Suède, ont introduit un choix plus large en matière de prestataires (« l'argent suit le patient »), souvent conditionné au fait que le patient ait déjà attendu un certain temps (deux ou trois mois). L'exercice du choix peut inclure le recours à des prestataires privés et à des prestataires étrangers. La logique est, pour partie, d'améliorer l'équité : les patients peuvent passer de régions à délais d'attente importants à des régions à délais d'attente faibles. Elle est également d'introduire ou d'accroître les pressions de la concurrence pour les prestataires. Toutefois, Chalkley et Malcomson (1998) ont fait remarquer que s'il subsiste une demande excédentaire profonde, les hôpitaux perdant des patients risquent de ne plus guère se sentir menacés par la concurrence. Une bonne information des patients sur les délais d'attente est une condition importante du choix ; de plus en plus, on trouve cette information sur les sites web des gouvernements¹³.

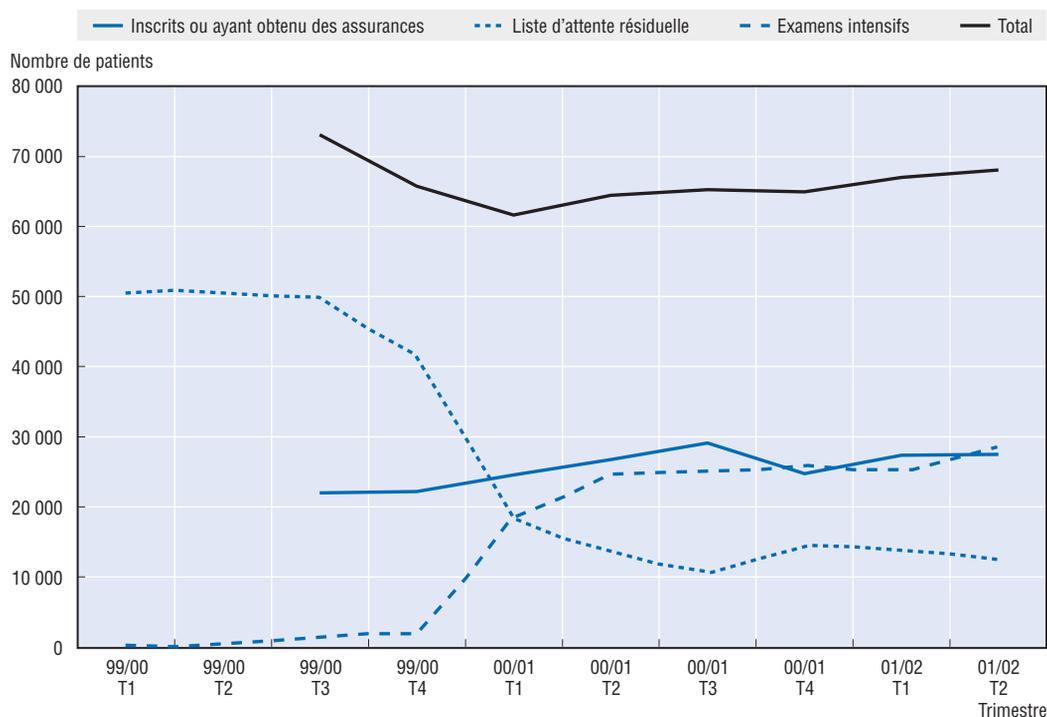
9.2. Politiques agissant sur la demande

L'examen des politiques a montré plusieurs exemples de pays qui se sont attaqués au problème de délais d'attente excessifs en adoptant des politiques destinées à influencer la propension à générer de l'attente, en gérant ou en influençant la demande de chirurgie publique.

L'une de ces politiques a consisté à encourager les chirurgiens à relever leurs seuils cliniques d'admission des patients sur les listes d'attente du secteur public. L'exemple le plus notoire est celui de la Nouvelle-Zélande qui a élaboré un système de notation permettant d'établir des priorités entre les principales interventions non urgentes ; ce système est utilisé pour classer les patients en fonction de leur besoin à chaque fois qu'ils

font l'objet d'une évaluation en vue d'une intervention chirurgicale dans le public. Le système de notation repose sur différents facteurs tels que la gravité de l'état, l'urgence d'une intervention et la capacité du patient à travailler, dispenser des soins et vivre de manière autonome. En effet, cette notation explicite la place de chaque patient sur la « hiérarchie des besoins » pour chaque procédure. En Nouvelle-Zélande, ces évaluations sont associées à l'adoption d'un système de réservation pour les interventions non urgentes et à l'exigence que tous les patients ayant obtenu des notes suffisamment élevées et ayant été admis en vue d'une intervention chirurgicale soient traités dans les six mois. Les patients ayant obtenu des notes inférieures sont renvoyés vers leur généraliste pour « des examens et des soins intensifs » (Hefford et Holmes, 1999). Si leur état évolue, ils pourront faire l'objet de réévaluations. Ce système a été imaginé en partie pour éviter que de nouveaux patients soient indûment rajoutés sur les listes d'attente, et en partie pour instaurer une plus grande équité dans l'accès à la chirurgie en Nouvelle-Zélande ; on dit, en outre, qu'il donne « l'assurance d'admissibilité » pour une intervention.

Graphique 5.10. **Situation des patients figurant sur les listes d'attente, Nouvelle-Zélande, 1999-2001**



Source : Department of Health, Nouvelle-Zélande.

Après l'adoption de cette politique, le nombre des patients attendant plus de six mois est tombé de 35 500 au premier trimestre 1999-2000 à 16 900 au dernier trimestre 2001-2002. Dans un premier temps, une « liste d'attente résiduelle » s'est constituée mais le nombre des patients y figurant a diminué. On a observé l'émergence d'une nouvelle catégorie de patients faisant l'objet d'examens et de soins actifs et un flux régulier de patients enregistrés ou ayant obtenu l'assurance d'être traités dans les six mois (graphique 5.10).

Ce type d'approche équivaut à une tentative systématique d'impliquer les cliniciens dans une modification de la propension à générer de l'attente parmi les patients hospitalisés. L'adoption d'une telle politique ne coûte pas cher dès lors qu'elle a été négociée avec les spécialistes et les généralistes et que l'on a investi dans les systèmes de notation. On peut toutefois lui reprocher de supprimer les signaux avertissant d'une demande excédentaire de chirurgie. On pourrait dire également qu'il existe désormais des patients qui « attendent d'être inscrits sur les liste d'attente ».

Un certain nombre d'autres pays ont expérimenté des systèmes de notation des patients, généralement dans le but de rendre l'accès à la chirurgie plus équitable. Le Canada a fait plusieurs tentatives dans ce sens ; on peut citer notamment le Western Canada Waiting List Project (Noseworthy et McGurran, 2001).

Pour influencer la demande, les gouvernements peuvent également recourir à la fiscalité en incitant les patients à souscrire une assurance-maladie privée leur permettant de se faire opérer dans un hôpital privé plutôt que dans un hôpital public. L'Australie a adopté une politique de ce type. Entre 1984 et 1998, le pourcentage de la population australienne bénéficiant d'une couverture maladie privée était tombé de 50 % à environ 30 %. Pour inverser cette tendance, le gouvernement australien a donc introduit un système incitatif d'abattements fiscaux dans les programmes mis en place en 1997 et 1998 afin d'encourager la souscription d'une assurance-maladie privée et dans le système de couverture maladie à vie mis en place en 2000. La couverture maladie privée a fortement progressé, s'établissant à environ 44 % en 2002. La part du privé dans l'activité chirurgicale s'est accrue et on a observé, entre 1999-2000 et 2000-2001, une baisse très nette des délais d'attente médians pour cinq des neuf pathologies pour lesquelles nous disposons de données (tableau 5.A1.11). On a observé également une baisse des délais d'attente moyens globaux pour les patients du public dans deux États australiens (Hopkins et Frech, 2001). Il faut voir dans l'évolution vers des systèmes de soins privés le succès d'une politique des pouvoirs publics qui consistait pour partie à élargir le choix et la diversité des prestataires dans le système de santé australien. Toutefois, on ne sait pas très bien si en affectant aux hôpitaux publics les sommes dépensées à ce titre on aurait pu obtenir une réduction plus importante ou moins importante des délais d'attente.

9.3. Politiques directement orientées vers les délais d'attente

Certaines politiques destinées à remédier à une attente excessive sont directement orientées vers les délais d'attente et peuvent affecter la demande ou l'offre d'actes chirurgicaux.

Un grand nombre de pays ont introduit un système d'objectifs ou de garanties de délais d'attente maximums pour les interventions chirurgicales non urgentes. Certaines de ces garanties sont inconditionnelles, par exemple : « Aucun patient ne devra attendre plus de 12 mois ». D'autres sont conditionnelles, par exemple : « Tous les patients ayant des besoins importants devront être traités dans les trois mois » ou « X % des patients figurant sur les listes d'attente devront être traités dans les six mois ». Ces politiques ont rencontré un certain succès. En Angleterre, par exemple, les délais d'attente supérieurs à 24 mois, puis à 18 mois, ont été éliminés dans les années 90. Ces succès ont coïncidé avec une forte réduction des délais d'attente pour les patients figurant sur les listes mais le délai d'attente moyen des patients admis n'a guère changé. En Suède, l'introduction d'une garantie inconditionnelle d'un délai d'attente maximum de trois mois a entraîné une chute initiale des délais d'attente médians de 12 à 8 semaines entre 1992 et 1993,

mais en 1995-1996 ces délais étaient remontés à 12 semaines (Hanning, 2001). En Norvège, une garantie conditionnelle de six mois pour les patients ayant un besoin plus important a été abandonnée en 1997 car elle n'était pas perçue comme liant les prestataires (Christensen, 2001).

Pour ce qui est des garanties de délais d'attente maximums, il est possible d'identifier au moins deux problèmes. Le premier problème est qu'elles risquent d'entrer en conflit avec l'établissement des priorités cliniques en plaçant la réactivité aux délais maximums au-dessus du besoin clinique. En 2001, le National Audit Office anglais rapportait que 20 % des spécialistes traitaient bien souvent les patients dans un ordre différent de celui établi par les priorités cliniques afin d'éviter que l'objectif d'un délai d'attente maximum, qui était à l'époque de 18 mois, ne soit pas atteint pour certains patients. Cela explique l'impopularité de ces garanties auprès des chirurgiens. Toujours de ce point de vue, elles constituent un système assez grossier comparé à l'élaboration de systèmes de notation des priorités, comme en Nouvelle-Zélande et au Canada. Le second problème est qu'elles risquent de n'avoir aucun effet global, à moins que les ressources ou la productivité augmentent ou que les cliniciens relèvent les seuils d'admission des patients sur les listes. Cela signifie que si l'on donne la priorité aux patients qui attendent depuis longtemps par rapport à ceux qui attendent depuis peu de temps, alors l'allongement de l'attente pour ces derniers annulera le raccourcissement de l'attente pour les premiers, toutes choses étant égales. Les délais d'attente moyens des patients admis n'en seront donc pas affectés.

Une autre manière de s'attaquer directement aux délais d'attente est de récompenser, financièrement ou non, les hôpitaux ou les chirurgiens qui réduisent les délais d'attente. De telles mesures contrastent avec les politiques antérieures qui, en fait, récompensaient les prestataires ayant des délais d'attente plus longs (« l'argent suit la file d'attente »). La récompense peut être financière : mise en place d'un système de primes, comme en Angleterre, en Irlande, en Espagne et en Australie (Victoria). Elle peut être non financière : autonomie acquise par les hôpitaux, comme au Royaume-Uni (Angleterre). Le tableau 5.A1.12 donne à penser que l'introduction en Espagne (Insalud), en 1998, d'un système de récompense financière pour les chirurgiens (à concurrence d'un maximum de 3 % de leur salaire) et autres catégories de personnel s'employant à réduire les délais d'attente a probablement contribué à la forte diminution des délais d'attente observée pour 9 interventions non urgentes entre 1998 et 1999.

Ces incitations pourraient avoir un certain impact sur l'offre en stimulant la productivité. Toutefois, il est plus probable qu'elles encourageront les chirurgiens à relever les seuils d'admission des patients sur les listes. On observe sur les graphiques 5.A1.1 et 5.A1.2 des indications qui montrent que les délais d'attente en Espagne (Insalud) pour des pathologies particulières sont moins importants qu'on ne pourrait s'y attendre pour un pays ayant son niveau de dépenses totales et publiques de santé. Cela donne à penser que l'Espagne a probablement une propension moindre à générer de l'attente que d'autres pays confrontés au problème des délais d'attente. Toutefois, contrairement aux garanties de délai d'attente maximum, de telles incitations ne devraient pas entrer en conflit avec les priorités cliniques, en particulier si elles sont associées à des politiques visant à développer les systèmes de notation des priorités [comme cela a été le cas en Espagne (Insalud)].

L'Association médicale canadienne (AMC), une organisation nationale qui représente les médecins praticiens du Canada, a suggéré que des objectifs pourraient être fixés concernant les délais d'attente, grâce à un système de notation des priorités, ce qui

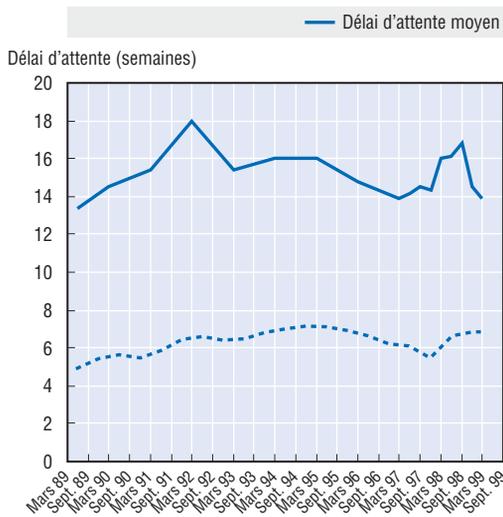
imposerait au gouvernement soit d'accroître la capacité soit de financer les soins en dehors du système si les objectifs de délai d'attente sont dépassés (Association médicale canadienne, 2003). Ce système serait le reflet des dispositifs mis en place en Nouvelle-Zélande pour atteindre l'objectif de délai d'attente maximum. Selon les propositions de l'AMC, les objectifs de délai d'attente seraient atteints en ajustant l'offre à la demande plutôt que le contraire.

9.4. Politiques mixtes

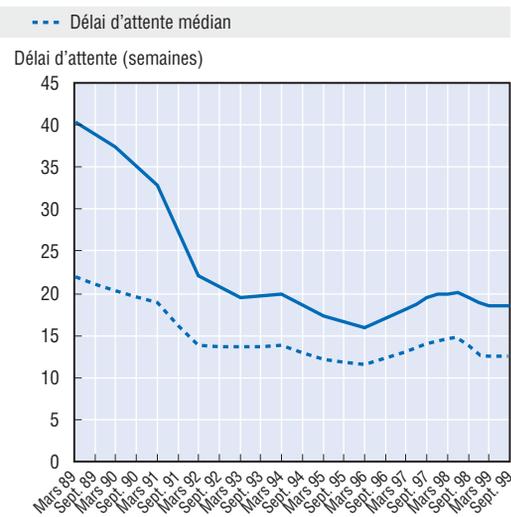
La plupart des pays qui ont été confrontés à des délais d'attente excessifs ont mis en œuvre, à un moment ou à un autre, une combinaison des politiques indiquées ci-dessus. Il est donc difficile de distinguer l'impact de chaque politique. Néanmoins, nous disposons pour deux pays de données chronologiques sur les délais d'attente qui peuvent être utilisées pour mettre en lumière l'efficacité dans le temps des différents trains de mesures dans un contexte de demande croissante.

Les graphiques 5.11 et 5.12, par exemple, illustrent respectivement les délais d'attente moyens et médians des patients admis et des patients en liste d'attente, en Angleterre, entre mars 1989 et septembre 1999. De nombreuses politiques ont été mises en œuvre au cours de cette période pour accroître les taux d'interventions chirurgicales et remédier à des délais d'attente excessifs : financements supplémentaires, investissement dans des installations de chirurgie de jour, personnel supplémentaire, séparation des fonctions d'acheteur et de prestataire pour les services hospitaliers, une certaine mise en concurrence des hôpitaux sur le marché intérieur, diffusion progressive d'un système de mise en dépôt de fonds entre les mains des généralistes, objectifs d'efficacité pour l'activité hospitalière, recours au secteur privé et objectifs de délai d'attente maximum. Résultat de ces politiques, l'Angleterre a enregistré une progression de ses taux d'interventions chirurgicales de plus de 60 % pour les 11 principales interventions non urgentes revenant le plus souvent sur ces listes. Mais le délai d'attente moyen pour les patients admis n'a

Graphique 5.11. Délais d'attente moyens et médians des patients admis, Angleterre, 1989-1999



Graphique 5.12. Délais d'attente moyens et médians des patients figurant sur les listes, Angleterre, 1989-1999



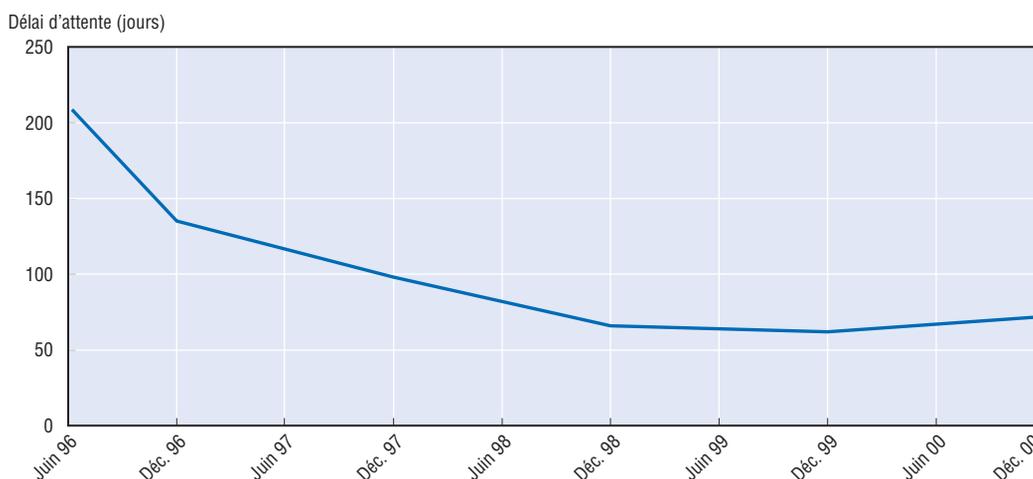
Source : Department of Health, Angleterre.

pratiquement pas changé et le délai d'attente médian (graphique 5.11) s'est légèrement allongé. Il semble probable que l'augmentation de l'offre ait simplement suivi l'augmentation de la demande (cette dernière étant induite par le changement technologique et par le vieillissement de la population). On a observé néanmoins, à tout moment, une forte baisse des délais d'attente des patients figurant sur les listes (graphique 5.12). Il est probable que cette baisse soit liée à l'adoption d'objectifs de délai d'attente maximums (notamment au « dégraissage » des listes qui lui est associé).

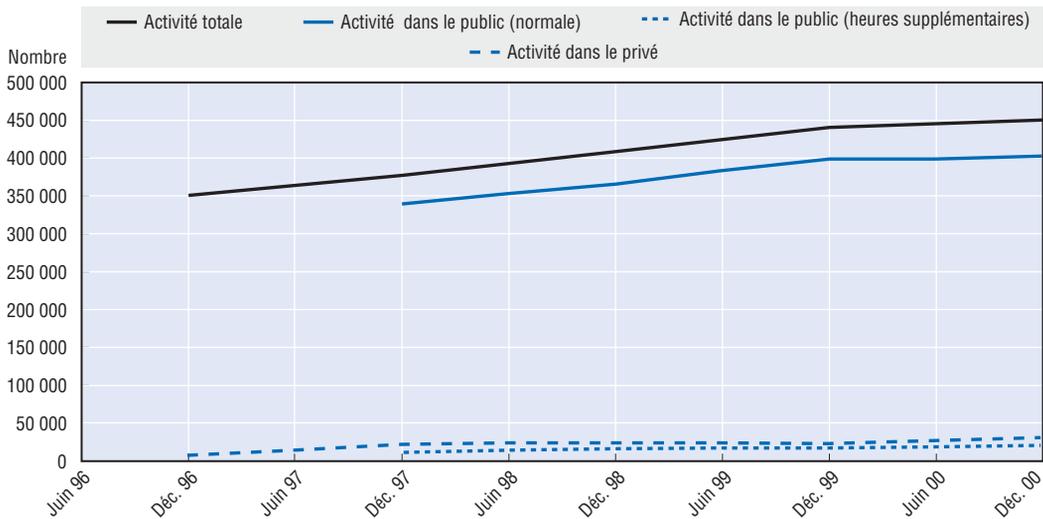
Sur la période 1996-2000, l'Espagne a, elle aussi, adopté une combinaison de politiques. À titre d'exemple, une série de mesures ont été prises en 1996, dans le cadre du Programme Insalud de réduction des délais d'attente pour les interventions chirurgicales : dépenses supplémentaires, « dégraissage » des listes, établissement d'objectifs de délais d'attente maximum, financement lié à l'activité (pour certaines pathologies non urgentes), recours aux hôpitaux privés et élaboration de directives pour les interventions chirurgicales. En outre, un système de primes liées à la réalisation des objectifs d'activité et de réduction des délais d'attente a été mis en place, en 1997, pour le personnel d'encadrement et le personnel technique. Et, à partir de 1998, le financement des hôpitaux a été lié non seulement au niveau d'activité mais également à la réalisation d'objectifs de délais d'attente maximums et moyens.

Le graphique 5.13 donne à penser que cette combinaison de politiques a fait tomber le délai d'attente moyen de tous les patients figurant sur les listes de plus de 200 jours en juin 1996 à environ 60 jours en décembre 1998, en partie grâce à une augmentation de l'activité d'environ 28 % entre 1996 et 2000 (graphique 5.14). Le tableau 5.A1.12 donne à penser qu'entre 1998 et 1999 il y a eu de nouvelles réductions du délai d'attente des patients figurant sur les listes pour certaines procédures. Malheureusement, nous ne disposons d'aucune série chronologique pour le délai d'attente des patients admis. Mais nous disposons du délai d'attente des patients admis (Espagne, Insalud) pour l'année 2000. Lorsque ces chiffres sont portés sur des diagrammes de dispersion (graphiques 5.A1.1 à 5.A1.2), ils donnent à penser comme nous l'avons déjà mentionné, qu'en Espagne (Insalud) les délais d'attente sont moins importants qu'on aurait pu le penser d'un pays ayant ce niveau de dépenses de santé.

Graphique 5.13. Délais d'attente moyens (jours) des patients figurant sur les listes, Insalud, Espagne, 1996-2000



Source : Ministère espagnol de la Santé et de la Consommation.

Graphique 5.14. **Interventions chirurgicales effectuées, Insalud, Espagne, 1996-2000**

Source : Ministère espagnol de la Santé et de la Consommation.

10. Conclusions

Cette étude a braqué les projecteurs sur les principaux défis auxquels se trouve actuellement confrontée l'offre publique de chirurgie électorale dans les pays de l'OCDE. Les taux d'activité de la chirurgie électorale ont augmenté rapidement et semblent appelés à poursuivre sur leur lancée du fait du vieillissement des populations et du progrès technologique. Mais en même temps, on observe des différences considérables et inexplicables de taux d'interventions chirurgicales entre les régions géographiques, petites ou grandes. Il est impossible de croire que toutes ces différences sont optimales. Par ailleurs, de nombreux pays sont confrontés à des délais d'attente excessifs pour les interventions chirurgicales non urgentes, définis ici arbitrairement comme des délais d'attente supérieurs à trois-six mois, selon la pathologie.

Le Projet de l'OCDE sur les délais d'attente a été lancé pour répondre à deux questions : i) Quelles sont les causes des différences de délais d'attente observées dans les pays de l'OCDE pour les interventions chirurgicales non urgentes ? ii) Quelles sont les politiques les plus efficaces pour remédier à des délais d'attente excessifs ? Au cours du projet, sont venues s'y rajouter deux autres questions qui ont été abordées sous l'angle qualitatif mais pas sous l'angle quantitatif : iii) Existe-t-il des taux d'interventions optimums ? iv) Quels sont les délais d'attente optimums ?

10.1. Quelles sont les causes des différences de délais d'attente ?

Sur la question des causes des différences de délais d'attente, cette étude a soutenu le modèle de déterminants potentiels des délais d'attente présenté aux graphiques 5.1 et 5.2 ci-avant. En résumé, le modèle suggère que deux conditions doivent être réunies pour que se produisent des délais d'attente en matière de chirurgie financée sur fonds publics : i) un prix pour le patient nul ou fortement subventionné ; et ii) des restrictions variables imposées à l'offre chirurgicale du secteur public en dessous du niveau exigé pour un prix nul. Ces deux conditions précipitent une demande excédentaire d'actes chirurgicaux. Dans ces circonstances, les délais d'attente tendent à se substituer aux prix dans le

rationnement de la demande. En outre, il peut exister : iii) des propensions variables à générer de l'attente pour un niveau donné de demande excédentaire de chirurgie, selon les incitations offertes aux chirurgiens et aux hôpitaux. Il est facile aux chirurgiens de « gérer » la durée de l'attente (visible) en relevant ou en abaissant les seuils d'admission des patients sur les listes.

Pour ce qui est des indications réunies dans la présente étude, l'examen de la littérature sur le sujet et l'analyse internationale à variables multiples évoqués ci-avant (tableaux 5.A1.8 à 5.A1.10) confirment que, toutes choses égales par ailleurs, les délais d'attente sont moindres lorsque la capacité chirurgicale est plus importante en termes de nombre de médecins et de lits de soins aigus.

Cette étude a ajouté plusieurs nouveaux constats à ceux effectués dans la littérature existante. Premièrement, il a été démontré que, toutes choses égales par ailleurs, au moins dans certains modèles, les délais d'attente sont statistiquement associés à la rémunération des prestataires par le biais de salaires et de budgets assujettis à des restrictions par opposition à une rémunération liée à l'activité. Deuxièmement, les délais d'attente sont moindres dans les pays où les dépenses totales de santé sont plus importantes, ce qui n'est guère étonnant compte tenu des constats que nous venons d'évoquer. En moyenne, il semble que, toutes choses égales par ailleurs, il en coûte grosso modo un point de PIB pour passer de la catégorie des pays à délais d'attente élevés à celle des pays à délais d'attente moyens et un point de PIB supplémentaire pour passer de la catégorie des pays à délais d'attente moyens à celle des pays à délais d'attente faibles. Toutefois, cette relation estimée sera sensible aux différences de propension à générer de l'attente et pourra être affectée par celles-ci. Troisièmement, certains signes montrent également que les délais d'attente sont plus longs lorsque la demande est plus forte, en raison d'une proportion plus importante de personnes âgées dans la population.

Tous ces facteurs de capacité, productivité, dépenses et demande aideront à déterminer l'échelle de la demande excédentaire. Pour ce qui est des indications sur les différentes propensions à générer de l'attente, l'analyse à variables multiples n'est pas très concluante. Le constat selon lequel les délais d'attente sont moindres lorsque la rémunération des prestataires est liée au volume d'activité et non pas limitée par des enveloppes budgétaires ou par un salaire, pourrait être essentiellement ou partiellement un effet de « propension » plutôt qu'un effet de productivité mais nous ne pouvons en avoir la certitude. À titre d'exemple, les chirurgiens rémunérés à l'acte dans un environnement concurrentiel peuvent se garder de laisser se constituer des listes d'attente visibles qui risqueraient de dissuader les patients éventuels. De même, l'observation du fait que le rôle d'orientation du généraliste est étroitement associé à des délais d'attente élevés pourrait être un effet de propension (un médecin de premier recours peu rigoureux orientant de manière inappropriée ses patients vers un chirurgien) ou une corrélation factice liée au fait que dans les pays où ce système a été mis en place l'offre chirurgicale tend également à être assujettie à de fortes restrictions (tableaux 5.A1.1 et 5.A1.7).

10.2. Quelles sont les politiques qui ont permis de s'attaquer avec succès au problème des délais d'attente excessifs ?

L'examen des politiques mises en œuvre pour remédier au problème des délais d'attente excessifs a montré l'efficacité de certaines politiques. À titre d'exemple, la comparaison des taux de croissance des procédures de revascularisation au Danemark et au Royaume-Uni (Angleterre) dans les années 90 (graphiques 5.4 à 5.6 ci-dessus) a montré

l'impact sur les délais d'attente de taux différents d'augmentation de la capacité et des dépenses chirurgicales à une époque de demande croissante. L'impact favorable des paiements liés à l'activité sur le volume d'activité et les délais d'attente semble avoir été démontré récemment au Danemark (graphique 5.9). L'association de politiques impliquant à la fois l'engagement de dépenses supplémentaires et des modifications du système d'incitations a permis d'abaisser les délais d'attente moyens des patients admis aux Pays-Bas (graphiques 5.7 et 5.8), et des patients sur liste d'attente en Angleterre et en Espagne (graphiques 5.12 et 5.13).

Pour ce qui est des politiques qui ont modifié, avec succès, la propension à générer de l'attente, l'examen a fourni au moins deux exemples de la manière dont on peut réduire les délais d'attente en relevant les seuils cliniques d'admission des patients sur les listes d'attente. La Nouvelle-Zélande a fait la démonstration de cette politique en mettant en œuvre, avec succès, un programme de délai d'attente maximum de six mois pour les patients hospitalisés grâce à un système de notation clinique des patients de la chirurgie électorale lui permettant d'établir un ordre de priorité. Les patients qui n'atteignent pas un certain seuil de besoin et auxquels, par conséquent, on ne peut garantir une intervention chirurgicale dans les six mois, sont renvoyés vers leur généraliste pour des examens et des soins intensifs. Cela peut signifier que des patients ayant été ajoutés à tort sur les listes d'attente (alors qu'ils n'avaient pas besoin d'une intervention chirurgicale) sont désormais traités à un niveau plus approprié du système de santé. Mais cela peut également signifier qu'à l'attente visible des patients déjà sur listes d'attente s'est substituée l'attente invisible des patients attendant leur inscription sur listes d'attente. En Espagne (Insalud), certains éléments donnent à penser que les délais d'attente des patients hospitalisés rapportés pour certaines interventions non urgentes ont fortement diminué après l'adoption d'un système de paiements directs pour les personnels (et les hôpitaux) atteignant les objectifs en matière de délai d'attente (tableau 5.A1.12). En 2000, l'Espagne (Insalud) a eu tendance à enregistrer des délais d'attente inférieurs à ceux auxquels on aurait pu s'attendre compte tenu de son niveau de dépenses de santé (graphiques 5.A1.1 à 5.A1.2).

10.3. Quelles sont les politiques qui ont moins bien réussi face au problème des délais d'attente excessifs ?

Toutefois, l'examen a révélé plusieurs exemples de politiques n'ayant pas, ou que partiellement, réussi à s'attaquer au problème des délais d'attente excessifs. De nombreuses initiatives à court terme visant à stimuler les dépenses dans le domaine chirurgical n'ont eu sur les délais d'attente que des effets favorables temporaires. Ce n'est pas surprenant dans un contexte de progression durable de la demande pour bon nombre d'interventions non urgentes, d'éventualité d'arriérés cachés de patients et d'effets de feedback (une baisse des délais d'attente pouvant stimuler une demande nouvelle). Même des initiatives visant à s'attaquer au problème des délais d'attente sur le long terme peuvent ne donner que des résultats modestes. Au Royaume-Uni (Angleterre), en dépit d'un développement persistant de la chirurgie électorale tout au long des années 90, période durant laquelle les taux d'interventions chirurgicales pour 11 interventions non urgentes ont augmenté de 64 %, le délai d'attente des patients admis (par opposition au délai d'attente des patients figurant sur les listes) s'est simplement stabilisé à un niveau élevé comparé à d'autres pays de l'OCDE (graphique 5.11). La demande a vraisemblablement progressé à un rythme analogue, la demande excédentaire élevée demeurant pratiquement constante.

Plusieurs pays, dont le Royaume-Uni, ont adopté, dans les années 90, un système d'objectifs et de garanties de délai d'attente maximums. Ces systèmes ont souvent permis de diminuer le nombre, voire d'éliminer les patients qui attendaient depuis longtemps et de réduire le délai d'attente des patients figurant sur les listes (graphique 5.12). Dans le cas de l'Angleterre, toutefois, le délai d'attente des patients admis s'est simplement stabilisé, comme nous l'avons indiqué ci-dessus. En outre, les politiques de délai d'attente maximum tendant à entrer en conflit avec les priorités cliniques, de nombreux pays les ont abandonnées. L'approche de la Nouvelle-Zélande est différente : elle repose sur la mise au point d'un système explicite de notation pour l'établissement de priorités entre les patients, soigneusement négocié par le gouvernement avec les cliniciens. L'approche espagnole (Insalud) consiste à associer des objectifs de délai d'attente et des incitations financières pour les cliniciens et gestionnaires.

Comme nous l'avons mentionné ci-avant, deux questions supplémentaires se sont posées au cours de l'étude et ont été abordées. Ces deux questions sont les suivantes : iii) Existe-t-il des taux optimums d'interventions chirurgicales ? et iv) Existe-t-il des délais d'attente optimums ?

10.4. Existe-t-il des taux optimums d'interventions chirurgicales ?

Sur la question des taux optimums d'interventions chirurgicales, le graphique 5.2 ci-avant donne à penser qu'en principe il doit effectivement exister des taux optimums si les avantages marginaux de la chirurgie diminuent avec le volume d'activité et si les coûts marginaux (à long terme) augmentent ou restent stables. Sur la question des avantages, certaines indications donnent à penser que le fait d'augmenter les taux d'interventions chirurgicales dans le but d'éliminer toute attente pour la chirurgie élective ne comporterait que des avantages modestes. Certes, en règle générale, l'état de santé des patients se dégradera pendant l'attente et celle-ci pourra générer pour eux souffrances et anxiété mais les chirurgiens semblent bien faire le tri entre les cas urgents et les cas non urgents, ne laissant attendre que les patients dont la pathologie le permet. Plusieurs études de patients dans l'attente d'interventions non urgentes donnent à penser qu'ils sont relativement compréhensifs et confiants lorsque l'attente est d'au maximum trois à six mois, selon la pathologie. De même, ils semblent relativement peu disposés à payer pour réduire leur délai d'attente. Le fait d'imposer une certaine attente aux patients pour lesquels il n'y a aucun caractère d'urgence permet probablement de réaliser des économies importantes en termes de capacité.

Les taux optimums d'interventions chirurgicales varieront quelque peu d'un pays à l'autre en fonction de l'offre et de la demande ; ils varieront également dans le temps au fur et à mesure de l'évolution de l'offre et de la demande. Toutefois, étant donné l'importance des différences de taux d'interventions chirurgicales (de un à trois pour l'opération de la cataracte et de près de un à dix pour l'hystérectomie, tableau 5.A1.4), observées pour neuf interventions dans différents pays, il est difficile de penser que tous les pays opèrent au niveau jugé optimum si ceux qui prennent les décisions étaient pleinement informés des coûts et des avantages de la chirurgie. Malheureusement, il est difficile d'établir ces niveaux optimums car l'efficacité de nombreuses interventions chirurgicales n'a guère été évaluée et que la perception des besoins varie beaucoup d'un chirurgien à l'autre. De plus, on ne dispose guère d'informations sur les coûts et la productivité de la chirurgie. Ceci donne à penser qu'étant donné l'échelle du financement public de la chirurgie, de nombreux gouvernements devraient examiner de plus près les coûts et les avantages de la

chirurgie pour porter des *jugements* informés sur les taux d'interventions chirurgicales du secteur public (voir les recommandations ci-dessous).

10.5. Existe-t-il des délais d'attente optimums ?

Sur la question des délais d'attente optimums, le graphique 5.3 ci-avant donne à penser qu'il existe des taux optimums qui ne sont pas égaux à zéro, pour un niveau donné d'interventions chirurgicales (et donc de demande excédentaire). Comme nous l'avons mentionné ci-avant, la constitution de files d'attente pour la chirurgie électorale permet de réaliser des économies importantes en termes de capacité compte tenu des fluctuations de la demande en chirurgie d'urgence. Toutefois, lorsque les files d'attente s'allongent, les coûts administratifs augmentent. Par ailleurs, les incitations financières auxquelles sont confrontés les chirurgiens et les hôpitaux peuvent aboutir à des délais d'attente supérieurs ou inférieurs au niveau optimum, selon que « l'argent suit le patient ou qu'il suit la file d'attente » et selon que les chirurgiens sont ou non autorisés à pratiquer à la fois dans le public et dans le privé.

Ce projet a révélé un paradoxe apparent : dans un grand nombre de pays de l'OCDE, la *population en général* voit dans des délais d'attente importants pour les interventions chirurgicales non urgentes la principale ou l'une des principales défaillances des systèmes de santé ; alors que, comme nous l'avons déjà mentionné, les résultats d'un certain nombre d'enquêtes effectuées auprès de *patients* attendant effectivement pour une intervention chirurgicale non urgente donnent à penser que ceux-ci sont bien souvent compréhensifs et confiants lorsque l'attente ne dépasse pas trois ou six mois, selon la pathologie. Actuellement, la politique de nombreux pays semble se fonder davantage sur l'opinion publique que sur l'expérience des patients. Ceci pourrait fort bien avoir des implications en termes d'avantages potentiels d'une meilleure compréhension par le public de l'expérience de l'attente.

11. Recommandations pour les recherches futures et pour la collecte de données

L'un des principaux obstacles à une plus grande efficacité de l'offre publique d'actes chirurgicaux et à l'obtention de délais d'attente optimums est l'incertitude entourant le phénomène. Il s'agit à la fois d'une incertitude clinique et d'une incertitude politique. L'une des causes de cette incertitude est l'absence relative d'évaluations de l'efficacité dans le domaine chirurgical. Il est difficile d'effectuer des tests cliniques pour de nouvelles procédures. Et néanmoins, il faudrait évaluer davantage les techniques, les nouvelles comme les anciennes. Dans ce domaine, comme dans celui de l'évaluation pharmaco-économique, une plus grande coopération internationale serait nécessaire (Dickson *et al.*, 2003).

La question des directives et de l'établissement de priorités entre les patients grâce à un système de notation est liée à la question de l'évaluation. Des systèmes de notation du type de ceux élaborés au Canada et en Nouvelle-Zélande sont nécessaires pour faire en sorte que les conséquences médicales et sociales de l'ordre des priorités sur les listes d'attente apparaissent plus clairement aux patients, aux chirurgiens et aux décideurs. Ces systèmes devraient contribuer à l'équité mais aussi faciliter les décisions d'affectation des ressources aux niveaux macro et micro-économique. Il est recommandé de continuer à investir dans les systèmes de notation permettant d'établir des priorités entre les patients.

De même, une meilleure information est nécessaire pour procéder à une évaluation comparative des niveaux de chirurgie électorale tant à l'intérieur d'un pays qu'entre les pays. Les

données disponibles au niveau international concernant les taux d'interventions chirurgicales (en particulier pour la chirurgie de jour) sont limitées, notamment pour certains pays dont les programmes sont apparemment dictés par la demande. Cela est surprenant compte tenu du fait que ces pays ont bien souvent les plus sérieux problèmes de maîtrise des coûts. On manque également de données sur les intrants du processus chirurgical que sont les chirurgiens, le personnel infirmier des blocs opératoires, les lits de chirurgie avec hospitalisation et les lits de chirurgie de jour. En conséquence, il est pratiquement impossible de faire des comparaisons internationales de productivité pour ces services qui coûtent cher et sont en pleine croissance. À cela s'ajoute le manque d'indications sur les prix et les coûts de la chirurgie d'un pays à l'autre. À cet égard, il est recommandé d'apporter de nouvelles améliorations au contenu de la base de données *Éco-Santé OCDE*.

Enfin, dans les systèmes de santé financés sur fonds publics où les signaux de prix ont été supprimés pour de très bonnes raisons, les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes peuvent constituer des signaux de remplacement nous renseignant sur l'importance de la demande excédentaire, sous réserve des « parasites » produits par des propensions différentes à générer de la demande. Il semblerait justifié d'étendre la possibilité de faire des comparaisons internationales des délais d'attente. Ce projet a montré que l'on dispose désormais de données raisonnablement comparables sur les délais d'attente pour sept ou huit pays membres et pour au minimum dix interventions ; ces données émanent de sources administratives. La mesure qui semble la plus largement disponible est le délai d'attente moyen des patients admis dans les unités chirurgicales, que l'on mesure à partir du moment où les patients sont inscrits sur les listes d'attente. Quelques autres pays pourraient être en mesure de fournir des données similaires pour un coût modéré en apportant simplement quelques modifications mineures à leurs méthodes existantes de collecte de données. Une autre approche consisterait à commanditer des enquêtes par sondage auprès d'un échantillon d'ex-patients des services chirurgicaux dans un éventail plus large de pays, en les interrogeant sur leur expérience en matière d'attente. Les enquêtes du Fonds du Commonwealth (tableau 5.2, ci-avant) ont démontré qu'il était possible d'obtenir ce type de données dans un certain nombre de pays.

12. Recommandations en termes de politiques

Certains pays semblent diriger des programmes publics de chirurgie non limitatifs, dictés par la demande (ou par les chirurgiens) affichant des taux élevés d'interventions chirurgicales et des délais d'attente négligeables. D'autres restreignent étroitement l'offre, à en juger par leurs faibles taux d'interventions chirurgicales et leurs délais d'attente moyens supérieurs à six mois pour certaines pathologies non urgentes. Ces macro et microdifférences donnent à penser qu'il existe à l'intérieur de la zone OCDE des opportunités majeures d'améliorer à la fois l'efficacité et l'équité de l'offre chirurgicale à l'intérieur des programmes publics.

Cette étude suggère que si les pays jugent leurs délais d'attente excessifs et leurs taux d'interventions chirurgicales trop faibles, ils peuvent donc réduire les délais d'attente en augmentant leur capacité chirurgicale. Toutefois, ce type d'approche impliquera des coûts élevés car une extension de capacité génèrera des coûts marginaux à long terme probablement identiques ou proches des coûts moyens à long terme. En outre, ces pays peuvent se trouver confrontés à une double difficulté étant donné la progression durable de la demande de chirurgie, qui semble affecter tous les pays.

Pour les pays qui jusqu'ici finançaient leurs hôpitaux par un système de budgets globaux et salariaient leurs chirurgiens, il est probable qu'ils seront en mesure d'accroître leurs taux d'interventions chirurgicales et de réduire leurs délais d'attente en introduisant (pour les hôpitaux comme pour les chirurgiens) un élément de paiement lié au volume d'activité. Toutefois, il est probable que cela ne permettra d'obtenir qu'une amélioration ponctuelle de l'efficacité et que, sauf à prendre des mesures pour imposer aux prestataires de répercuter leurs gains d'efficience sur les utilisateurs par le biais d'une baisse des prix, l'augmentation des coûts pour le programme public risque d'être aussi importante que dans l'hypothèse d'un accroissement de la capacité. De plus, dans un système de paiement lié à l'activité, il peut être plus difficile de prédire et de maîtriser les dépenses chirurgicales. Il est également possible de réaliser des gains d'efficience en développant les interventions de chirurgie de jour, lorsque la pathologie s'y prête.

Si les délais d'attente sont jugés excessifs, mais que l'offre publique d'actes chirurgicaux est jugée adéquate, ou conforme à ce que le gouvernement est disposé à financer, alors on peut réduire les délais d'attente en modifiant la propension à générer de l'attente par une gestion plus rigoureuse de la demande, comme en Nouvelle-Zélande, ou par des incitations financières visant à encourager les prestataires à réduire les files d'attente, comme en Espagne. L'un des grands intérêts de ces politiques vient de ce qu'elles peuvent avoir un impact sur les délais d'attente pour un coût modique, dès lors que l'on s'est assuré de la coopération des chirurgiens et des prestataires. Elles peuvent aboutir à des soins dispensés au niveau le plus approprié du système de santé. Toutefois, elles peuvent présenter un inconvénient : en effet, un défaut d'appréciation risque de supprimer les signaux d'attente qui véhiculent des informations sur l'état sous-jacent de la demande excédentaire d'interventions chirurgicales.

Une approche, qui peut être complémentaire de l'une ou l'autre des stratégies décrites ci-dessus, consiste à imposer des objectifs de délai d'attente maximum (du type « aucun patient ne devra attendre plus d'un an »). Toutefois, si ces objectifs sont imposés sans que soient dégagées des ressources complémentaires suffisantes, ou sans le soutien d'un système de notation des priorités cliniques et de politiques concertées de gestion de la demande, il est probable qu'ils entreront en conflit avec les priorités cliniques. De plus, cette approche peut aboutir à une diminution des attentes longues mais à une augmentation des attentes courtes (celles dont la priorité clinique est la plus grande) et donc être inefficace. L'Association médicale canadienne a fait récemment une proposition en demandant au gouvernement de s'engager à augmenter les ressources si les objectifs de délai d'attente maximum ne sont pas atteints. Une telle approche reflèterait celle adoptée par la Nouvelle-Zélande. Mais les pouvoirs publics peuvent n'être pas disposés à accepter les implications possibles pour la viabilité fiscale de leurs systèmes de santé de l'adoption de telles politiques induites par la demande.

Une autre solution consiste à encourager, voire à subventionner l'assurance-maladie privée afin de réduire la demande de chirurgie publique. Toutefois, à moins que l'on ne dispose d'une réserve de capacité, ces aides risquent d'épuiser une partie des ressources du système public et d'avoir, du moins à court terme, des résultats décevants en termes de délais d'attente dans le public.

Enfin, étant donnée la divergence entre l'opinion du public et l'expérience des patients en matière de délais d'attente dont il est fait état à la fin des conclusions ci-dessus, on pourrait recommander à certains gouvernements d'améliorer les informations mises à la disposition du public concernant les coûts et les avantages de l'attente pour des interventions chirurgicales non urgentes.

Remerciements. Les auteurs remercient les collègues qui ont aidé à la réalisation de ce rapport : John Martin, Martine Durand et Peter Scherer pour leurs commentaires sur les versions précédentes de ce papier ; Hilary Carroll pour les recherches documentaires, Gabrielle Hodgson pour son assistance statistique et Marianne Scarborough pour avoir assuré le secrétariat.

Les auteurs voudraient également remercier les experts des pays participants : Australie : Alice Creelman, Mary-Julia Diethelm, Jacky Fogerty, Elaine Pulleine, Phil Ghirardello (Service de la santé et des personnes âgées), Jeff Richardson (Monash University) ; Canada : Diane Lugsdin, Sylvie Gauthier (Santé Canada), Jennifer Zelmer, Indra Pulcins (Institut canadien d'information sur la santé), John McGurran (Western Canada Waiting List Project) ; Danemark : Frans Clemmesen, Steffen Nielsen, Henrik Mulvad Hansen (Service des affaires internes et de la santé) ; Finlande : Jouko Isolauri (ministère des Affaires sociales et de la Santé); Järvelin Jutta, Unto Häkkinen (STAKES) ; Irlande : Joseph Cregan, Robbie Breen (Section de la santé et des enfants) ; Italie : Alessandro Solipaca (ISTAT); Pays-Bas: Saskia Van Eck, Marian van der Maten, Anno Pomp, Piet de Bekker (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports) ; Nouvelle Zélande : Francis Dickinson, Andrew Holmes ; Norvège: Marit Getz Wold, Inger M. Nilstad, Guri G. Kjæserud, (ministère de la Santé), Ola Kindseth, Karl-Gerhard Hem (Sintef Unimed) ; Espagne : Carmen M. de Pancorbo, Isabel de la Mata Barranco, Maria A. Gogorcena ; Suède : Marianne Hanning (Swedish Federation of County Councils) ; Royaume-Uni : Clive Smee, Barry McCormick, David Bensley, Elizabeth Lawler (English Department of Health). Sont également remerciés tous ceux qui ont apporté leur expertise : Peter C. Smith (Université de York), Reinhard Busse (Technische Universitaet Berlin), Alain Sommers (BIAC) et Elizabeth Docteur (OCDE). Finalement, ils remercient Joergen Lotz (Délégation du Danemark auprès de l'OCDE) pour son aide dans ce projet et son grand soutien.

Notes

1. Depuis la publication de ce chapitre, Luigi Siciliani travaille à l'Université de York.
2. Une récente étude internationale (Conseil de l'Europe, 2000) centrée principalement sur la gestion des listes d'attente au niveau de l'hôpital recommandait, entre autres choses, que des recherches complémentaires sur les délais d'attente soient entreprises sur une base paneuropéenne.
3. Douze pays faisant état de problèmes de délais d'attente ont participé au projet. Ces pays sont : l'Australie, le Canada, le Danemark, la Finlande, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni (Angleterre). Ces pays ont répondu à des questionnaires portant à la fois sur leurs statistiques et leurs politiques. En outre, à des fins de comparaison, des données et des informations plus limitées ont été recueillies auprès de huit pays ne faisant pas état de problèmes de délais d'attente : l'Autriche, la Belgique, la France, l'Allemagne, le Japon, le Luxembourg, la Suisse et les États-Unis. Le projet s'est déroulé entre septembre 2001 et septembre 2003.
4. Concernant la première question, voir Siciliani et Hurst (2003). Concernant la seconde, voir Hurst et Siciliani (2003).
5. Source : Réponse du Royaume-Uni au questionnaire de données de l'OCDE.
6. Il n'est pas simple de définir et de mesurer les délais d'attente pour des interventions chirurgicales. Concernant le début et la fin de l'attente, on a le choix entre un certain nombre de dates. On pourra prendre comme point de départ le moment où un chirurgien pourrait estimer

qu'un patient, pour lequel une intervention chirurgicale pourrait être bénéfique, a atteint un certain seuil de besoin pour une intervention donnée, en dépit du fait qu'une telle évaluation n'aura pas véritablement lieu. Cela évoque la possibilité d'une attente « cachée ». Un point de départ plus tangible sera la première fois où un généraliste (ou un spécialiste non chirurgien dispensant des soins primaires) oriente un patient vers un chirurgien pour que celui-ci évalue le bien-fondé d'une intervention. La période s'écoulant entre cette orientation et l'évaluation par le chirurgien sera appelée délai d'attente des patients externes. Certains pays dans lesquels les généralistes jouent le rôle de médecins de premier recours collectent des statistiques administratives sur les délais d'attente en chirurgie qui incluent cette période. Il convient de noter que si les services chirurgicaux sont surchargés, il est possible que le patient soit renvoyé vers le généraliste, peut-être pour une poursuite du traitement médical, même s'il a dépassé le seuil d'un tel traitement. Ce qui peut générer une autre catégorie d'attente officieuse ou cachée. Un troisième point de départ possible sera le moment où le chirurgien estimera que le patient doit subir une intervention chirurgicale et où celui-ci sera enregistré pour un traitement futur ou inscrit sur une liste d'attente officielle pour une opération, après avoir admis de se soumettre à une telle procédure. Le temps s'écoulant entre son inscription sur la liste et le moment où il sera admis pour l'exécution de l'intervention sera appelé délai d'attente des patients hospitalisés (le terme « hospitalisés » englobant ici les patients en traitement de jour). Cette mesure n'englobera pas les patients qui sont inscrits sur la liste mais ne reçoivent aucun traitement, par exemple parce qu'entre-temps ils se sont rétablis, ils ont changé d'avis concernant une éventuelle intervention chirurgicale, ils ont déménagé ou sont décédés. Une autre mesure de l'attente des patients hospitalisés englobant ces patients à un instant donné consiste à recenser les patients figurant sur la liste d'attente à un instant donné et à calculer le temps moyen qui s'est écoulé entre l'inscription des patients sur la liste d'attente et la date du recensement. Cette mesure, qui enregistrera toutes les attentes incomplètes, existe dans certains pays et sera appelée délai d'attente des patients inscrits sur la liste. Le présent rapport s'intéresse principalement à l'attente des patients hospitalisés mais à l'occasion il fera référence au délai d'attente des patients externes et au délai d'attente caché, dans la mesure où les politiques conçues pour s'attaquer au problème de l'attente des patients hospitalisés risquent d'aboutir simplement à un allongement du délai d'attente des patients externes ou du délai d'attente caché.

7. Bien entendu, il est également possible de gérer les hôpitaux à un niveau de capacité trop élevé, ce qui aboutit, par exemple, à la constitution de files d'attente pour les services d'urgence. Pour gérer efficacement le problème des urgences, il est essentiel de maintenir un certain niveau de capacité de réserve.
8. Pour une discussion des définitions du délai d'attente, voir la note 5, ci-avant.
9. « Where to Go in Europe to Beat the NHS Waiting Lists », *Evening Standard*, Londres, 6 octobre, 2003.
10. Lorsqu'on compare les nombres de lits de soins aigus, quelques mises en garde s'imposent. Les données de l'Irlande n'englobent pas les lits des hôpitaux privés et celles de la Finlande sont établies sur la base du nombre de jours d'occupation des lits. Ces deux chiffres sont donc biaisés à la baisse. En revanche, les données du Luxembourg et des Pays-Bas englobent les lits de soins de jour, ce qui biaise les chiffres à la hausse. Une autre limitation de ces comparaisons vient de ce que les chiffres relatifs aux lits de soins aigus concernent l'ensemble des hôpitaux (publics et privés, financés sur fonds publics et financés sur fonds privés). C'est le nombre de lits financés sur fonds publics (dans les hôpitaux publics comme dans les hôpitaux privés) qui aura probablement le plus d'impact sur les délais d'attente pour les patients du public. Mais le nombre de lits financés sur des fonds privés peut également contribuer à la réduction des délais d'attente, dans la mesure où les patients sont incités à opter pour un traitement privé. Une autre limitation des données ci-dessus vient de ce que le nombre de lits fait référence à tous les soins aigus (médicaux, chirurgicaux, non urgents et urgents) alors que les délais d'attente concernent une sélection de procédures non urgentes.
11. Pour l'Irlande et les États-Unis, les données concernent les interventions et non pas les patients. Or, pour chaque patient, on peut enregistrer plusieurs interventions.
12. Les variables explicatives ont été établies sur la base des informations présentées au tableau 5.A1.1.
13. Voir, par exemple, www.nhs.uk/waitingtimes/waitingtimes.asp pour l'Angleterre ; www.swl.hlth.gov.bc.ca/swl/index.htm pour la Colombie-Britannique (Canada) ; www.venteinfor.dk/ventelister/ pour le Danemark ; www.wachtlijstaanpak.nl/ pour les Pays-Bas ; www.sykehusvalg.net/ pour la Norvège ; www.lf.se/vantetider/ pour la Suède.

Bibliographie

- Association médicale canadienne (2003), *Care Guarantee Options for Canada*.
- Besley, T. et al. (1998), « Private and Public Health Insurance in the UK », *European Economic Review*, vol. 42, pp. 491-497.
- Biorn, E.T. et al. (2002), « The Effect of Activity-based Financing on Hospital Efficiency », Working Paper n° 8, Health Economics Research Programme, University of Oslo.
- Blendon, R.J. et al. (2002), « Inequities in Health Care: a five-country survey », *Health Affairs*, vol. 21(3), pp. 182-191.
- Blundell, R. et F. Windmeijer (2000), « Identifying Demand for Health Resources Using Waiting Times Information », *Health Economics*, vol. 9, pp. 465-474.
- Carroll, R.J. et al. (1995), « International Comparison of Waiting Times for Selected Cardiovascular Procedures », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 1, pp. 557-563.
- Chalkley, M. et J.M. Malcomson (1998), « Contracting for Health Services with Unmonitored Quality », *The Economic Journal*, vol. 108, pp. 1093-1110.
- Christensen, O. (2001), « Waiting in the Norwegian Health Care System », Note présentée à la Session sur Waiting Time, International Health Economics of York, 22-25 juillet.
- Clemmesen, F. et M. Hansen (2003), « Erfaringerne med meraktivitetsfinansiering af sygehuse », *Samfundsøkonomen*, vol. 3, pp. 11-16.
- Conseil de l'Europe (2000), *Recommandation n° R(99)21 sur les critères de gestion des listes d'attente et des délais d'attente des soins de santé*, Strasbourg.
- Cooper, R.B. (1981), *Basic Queuing Theory*, North Holland, New York.
- Cox, J.L. et al. (1996), « Managed Delay for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: the experience at one Canadian center », *J.Am.Coll. Cardiol.*, vol. 27, pp. 1365-1373.
- Coyte, P.C. et al. (1994), « Waiting Times for Knee-replacement Surgery in the United States and Ontario », *N. Engl. J. of Medicine*, vol. 331, pp. 1068-1071.
- Cullis, J.G. et P.R. Jones (1985), « National Health Service Waiting Lists », *Journal of Health Economics*, vol. 4, pp. 119-135.
- Cullis, J.G. et P.R. Jones (1986), « Rationing by waiting lists: an implication », *American Economic Review*, vol. 76(1), pp. 250-256.
- Cullis, J.G. et al. (2000), « Waiting Lists and Medical Treatment: analysis and policies », *Handbook of Health Economics*, vol. 1, Chapter 23, pp. 1202-1249, Elsevier Science B.V.
- DeCoster, C. et al. (2000), « Waiting Times for Surgical Procedures », *Medical Care*, vol. 37(6), pp. 187-205.
- Department of Health – England (2001), *National Service Framework for Coronary Heart Disease*, www.doh.gov.uk/nsf/coronarych5.htm.
- Dickson, M. et al. (2003), « Survey of Pharmacoeconomic Assessment Activity in Eleven Countries », *OECD Health Working Papers (en anglais uniquement)*, n° 4, OCDE, Paris.
- Donelan, K. et al. (1999), « The Cost of Health System Change: Public Discontent in Five Nations », *Health Affairs*, vol. 8, pp. 206-216.
- Fleming, D.M. et al. (1992), « The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care », *Occasional Paper No. 56*, Royal College of General Practitioners, Londres.
- Goddard, J. et M. Tavakoli (1998), « Referral Rates and Waiting Lists: some empirical evidence », *Health Economics*, vol. 7, pp. 545-549.
- Goddard, J., M. Malek et M. Tavakoli (1995), « An Economic Model of the Market for Hospital Treatment for Nonurgent Conditions », *Health Economics*, vol. 4(1), pp. 41-55.
- Gonzalez-Busto, G. (1999), « Waiting Lists in Spanish Public Hospitals: a system dynamic approach », *System Dynamics Review*, vol. 15(3), pp. 203-224.
- Gosden, T. et al. (2001), « Impact of Payment Method on Behaviour of Primary Care Physicians: a systematic review », *Journal of Health Services Policy*, vol. 6, pp. 44-55.
- Gravelle, H., M. Dusheiko et M. Sutton (2002), « The Demand for Elective Surgery in a Public System: time and money prices in the UK National Health Service », *Journal of Health Economics*, vol. 21, pp. 423-429.

- Gravelle, H., P.C. Smith et A. Xavier (2003), « Waiting Lists and Waiting Times: a model of the market for elective surgery », *Oxford Economic Papers*, vol. 55(1), pp. 81-103.
- Hanning, M. (2001), « Waiting list initiatives in Sweden », IHEA, York, juillet 2001.
- Harrison, A. et B. New (2000), *Access to Elective Care: what should really be done about waiting lists?*, Kings Fund, Londres.
- Hefford, B. et A. Holmes (1999), « Booking Systems for Elective Services: the New Zealand experience », *Australian Health Review*, vol. 22(4), pp. 61-73.
- Hopkins, S. et H. Frech (2001), « The Rise in Private Health Insurance in Australia: Early effects on insurance and hospital markets », *Economic and Labour Relations Review*, vol. 12, pp. 225-238.
- Hornig, S. et F.G. Miller (2002), « Is Placebo Surgery Unethical? », *New England Journal of Medicine*, vol. 347, pp. 137-139, 11 juillet.
- Hurst, J. et L. Siciliani (2003), « Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries », *OECD Health Working Paper* (en anglais uniquement), n° 6, OCDE, Paris.
- Imai, Y., S. Jacobzone et P. Lenain (2000), « The Changing Health System in France », *Economics Department Working Papers* (en anglais uniquement), n° 269, OCDE, Paris.
- Iversen, T. (1993), « A Theory of Hospital Waiting Lists », *Journal of Health Economics*, vol. 12, pp. 55-71.
- Iversen, T. (1997), « The Effect of a Private Sector on the Waiting Time in a National Health Service », *Journal of Health Economics*, vol. 16, pp. 381-396.
- Iversen, T. et H. Luras (2002), « Waiting Times as a Competitive Device: an example from general medical practice », *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 2, pp. 189-204.
- 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.
- Lindsay, C.M. et B. Feigenbaum (1984), « Rationing by Waiting Lists », *American Economic Review*, vol. 74(3), pp. 404-417.
- Martin, S. et P.C. Smith (1999), « Rationing by Waiting Lists: an empirical investigation », *Journal of Public Economics*, vol. 71, pp. 141-164.
- McPherson, K. (1989), « International Differences in Medical Care Practice », *Health Care Financing Review*, Annual Supplement.
- McPherson, K. et al. (1982), « Small Area Variations in the Use of Common Surgical Procedures: an international comparison of New England, England and Norway », *The New England Journal of Medicine*, vol. 307(21), pp. 1310-1314.
- Morga, A. et A. Xavier (2001), « Hospital Specialists' Private Practice and its Impact on the Number of NHS Patients Treated and on the Delay for Elective Treatment », *Discussion papers in Economics*, The University of York, n° 2001/01.
- Mot, E.S. (2002), « Paying the Medical Specialist: the eternal puzzle: experiments in the Netherlands », Thèse de doctorat, Amsterdam.
- National Audit Office (2001), *Inpatient and Outpatient Waiting in the NHS*, Report by the Comptroller and Auditor General, HC221 Session 2001-2002, Londres.
- Nilsdotter, A.K. et L.S. Lohmander (2002), « Age and Waiting Time as Predictors of Outcome after Total Hip Replacement for Osteoarthritis » ; *British Society for Rheumatology*, vol. 41, pp. 1261-1266.
- Noseworthy, T. et J. McGurran (2001), « From Chaos to Order: making sense of waiting lists in Canada. Final report », *Western Canada Waiting list project*.
- OCDE (2003), *Éco-Santé OCDE*, CD-ROM, Paris.
- OMS (2000), *Health Care Systems in Transitions*, Observatoire européen des systèmes de santé, Belgique.
- Pancorbo, C. et L. Moral (2002), « Surgical Waiting List Reduction Programme. The Spanish experience », HOPE publication.
- Propper, C., B. Croxson et A. Shearer (2002), « Waiting Times for Hospital Admissions: the impact of GP fundholding », *Journal of Health Economics*, vol. 21, pp. 227-252.
- Ransom, S.B. et al. (1996), « The Effect of Capitated and Fee-for-service Remuneration on Physician Decision Making in Gynaecology », *Obstetrics and Gynaecology*, vol. 5, pp. 707-710.

- Sanmartin, C. (2001), « Toward Standard Definitions of Waiting Times », Western Canada Waiting List Project, Final Report.
- 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.
- Siciliani, L. et J. Hurst (2003), « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Areas OECD Countries », *Health Working Papers en anglais uniquement*, n° 7, OCDE, Paris.
- Siu, A.L. et al. (1988), « Use of the Hospital in a Randomised Trial of Prepaid Care », *Journal of American Medical Association*, vol. 259, pp. 1343-1346.
- Statistics Netherlands (2004), *Health and Social Care Accounts, 1998-2002*, Working Paper.
- Van Ackere, A. et P.C. Smith (1999), « Towards a Macro Model of National Health Service Waiting Lists », *System Dynamics Review*, vol. 15(3), pp. 225-252.
- Van Ackere, A. et P.C. Smith (2001), « A Note on the Integration of System Dynamics and Economic Models », *Journal of Economic Dynamics and Control*, vol. 26(1), pp. 1-10.
- Videbaek, J. et M. Madsen (2001), *Heart Statistics, 2000/2001*, Danish Heart Foundation and National Institute of Public Health, Copenhagen.
- Wennberg, J.E. et A. Gittelsohn (1982), « Variation in Medical Care Among Small Areas », *Scientific American*, vol. 246(4), pp. 120-134.
- Wenzel, M., A. Reuscher et H. Aral (2001), « Zum Stand der Katarakt- und refraktiven Chirurgie Umfrage von DGII und BVA 2000 im internationalen Vergleich », *Ophthalm-Chirurgie*, vol. 13, pp. 137-143.
- Wilson, S.E. et W.P. Longmire (1978), « Does Method of Surgeon Payment Affect Surgical Care? », *Journal of Surgical Research*, vol. 24, pp. 457-468.
- Worthington, D.J. (1987), « Queuing Models for Hospital Waiting List », *Journal of Operational Research Society*, vol. 38(5), pp. 413-422.
- Worthington, D.J. (1991), « Hospital Waiting List Management Models », *Journal of Operational Research Society*, vol. 42(10), pp. 833-843.
- Yates, J. (1987), *Why Are we Waiting?*, Oxford University Press, Oxford.

ANNEXE 5.A1

Tableau 5.A1.1. **Contraintes potentielles liées à l'offre d'interventions chirurgicales (jusqu'en 2002)**

Contraintes sur l'activité	Forte	Moyenne	Faible
Spécialistes travaillant pour les hôpitaux financés sur fonds publics	Salaire	Paiement mixte ou paiement à l'acte avec restrictions sur les volumes	Principalement paiement à l'acte (sans restriction sur les volumes)
<i>Pays ne faisant pas état de délais d'attente</i>	Japon, Allemagne, France (hôpitaux publics)	Autriche (salaire + frais supplémentaires), Suisse (salaire + paiement complémentaire), États-Unis (Managed Care)	Belgique, France (cliniques privées financées sur fonds publics), Allemagne (soins ambulatoires), Luxembourg, États-Unis
<i>Pays faisant état de délais d'attente</i>	Danemark, Finlande, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Norvège, Suède, Royaume-Uni	Australie (salaire ou paiement à l'acte), Espagne (Insalud), (salaire + bonus)	Canada
Paiements pour les hôpitaux financés sur fonds publics	Principalement des budgets fixes (y compris paiement à la pathologie)	Paiement mixte (une partie du budget est directement liée à l'activité)	Principalement des fonds bases selon l'activité (sans restriction sur les volumes)
<i>Pays ne faisant pas état de délais d'attente</i>	France (hôpitaux publics)	Belgique (mélange de budgets fixes et de paiement à l'activité), Allemagne (paiement à l'activité avec pénalités pour de larges volumes d'activité), Luxembourg, Suisse (per diem), États-Unis (HMOs)	Autriche (paiement à l'activité fondé sur les pathologies), Japon (paiement à l'activité selon les cas et le nombre de nuits à l'hôpital), France (hôpitaux privés), US Medicare (paiement à l'activité fondé sur des paiements prospectifs à la pathologie)
<i>Pays faisant état de délais d'attente</i>	Danemark, Finlande, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni	Australie (variable selon les États et territoires), Canada (variable selon les provinces), Irlande, Italie (variable selon les régions), Norvège (50 % du budget est fondé sur l'activité), Pays-Bas, Espagne (Insalud), Suède	

Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Tableau 5.A1.2. **Dépenses totales et publiques de santé**

USD PPA

	Dépenses totales de santé par habitant			Dépenses publiques de santé par habitant		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
<i>Pays ne faisant pas état de délais d'attente</i>						
Autriche	1 888	2 006	2 170	1 316	1 390	1 505
Belgique	1 971	2 114	2 260	1 418	1 526	1 630
France	2 096	2 211	2 387	1 593	1 681	1 810
Allemagne	2 520	2 615	2 780	1 886	1 957	2 086
Japon	1 730	1 852	1 984	1 339	1 445	1 554
Luxembourg	2 361	2 685	2 719	2 182	2 361	2 386
Suisse	2 952	3 080	3 160	1 619	1 704	1 758
États-Unis	4 095	4 287	4 540	1 824	1 895	2 005
Moyenne^a	2 452	2 606	2 750	1 647	1 745	1 842
<i>Pays faisant état de délais d'attente</i>						
Australie	2 079	2 224	2 350	1 412	1 545	1 618
Canada	2 288	2 433	2 580	1 617	1 713	1 828
Danemark	2 238	2 344	2 398	1 835	1 927	1 979
Finlande	1 528	1 608	1 699	1 166	1 211	1 276
Irlande	1 438	1 623	1 793	1 100	1 182	1 314
Italie	1 778	1 883	2 060	1 277	1 356	1 511
Pays-Bas	2 176	2 310	2 348	1 401	1 461	1 488
Nouvelle-Zélande	1 431	1 527	1 611	1 102	1 183	1 257
Norvège	2 439	2 550	2 755	2 066	2 172	2 347
Espagne	1 353	1 426	1 497	976	1 028	1 073
Suède	1 903	2 053	2 195	1 633	1 760	1 866
Royaume-Uni	1 563	1 704	1 813	1 253	1 371	1 468
Moyenne^a	1 851	1 974	2 092	1 403	1 492	1 585

a) Moyenne ponctuelle non pondérée ; non valable pour des comparaisons sur une période.

Source : Éco-Santé OCDE 2003.

Tableau 5.A1.3. **Patients hospitalisés suite à une chirurgie et patients en chirurgie ambulatoire**

Pour mille habitants

	Total des patients hospitalisés			Chirurgie ambulatoire		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
<i>Pays ne faisant pas état de délais d'attente</i>						
Autriche	128.4	129.8	130.1			
Belgique						
France						
Allemagne	72	77.6				
Japon						
Luxembourg	128.6	129.4	129.2	88.1	87.8	85.9
Suisse						
États-Unis ^b	86.2	85.4	82.4			
Moyenne^a	103.8	97.6	105.8			
<i>Pays faisant état de délais d'attente</i>						
Australie	51	51.2	50	36.7	40.5	38.4
Canada	35.2	34.6	33.9			
Danemark	76.9	76.4	75.7			
Finlande	61.9	60.1	58.9	27.2	29.8	31.2
Irlande ^b	78.7	90.5	100.5	58.1	63.5	69.6
Italie	108.9	109.1	110.4	27	29.5	34.3
Pays-Bas	40.2	39.1	37.7	31.6	32.1	32.6
Nouvelle-Zélande	29.4	29.5	30.7	16.5	17.6	18.4
Norvège		67	68.2		27.8	28.3
Espagne	52.9			10.6		
Suède	50.7	51.5	52.6			
Royaume-Uni						
Moyenne^a	61.8	64.1	65.1	29.7	34.4	36.1

a) Moyenne ponctuelle non pondérée ; non valable pour des comparaisons sur une période.

b) Il s'agit du nombre d'interventions, non de patients.

Source : Éco-Santé OCDE 2003.

Tableau 5.A1.4. **Taux d'interventions chirurgicales**

Pour 100 000 personnes

	Prothèse de la hanche (patient hospitalisé)	Prothèse du genou (patient hospitalisé)	Prostatectomie (patient hospitalisé)	Hystérectomie (patient hospitalisé)	Pontage coronarien (patient hospitalisé)	Hernie inguinale et fémorale (total, patients hospitalisés et chirurgie de jour)	Opération de la cataracte (total, patients hospitalisés et chirurgie de jour)	Cholécystectomie	Opération des varices (total, patients hospitalisés et chirurgie de jour)
<i>Pays ne faisant pas état de délais d'attente</i>									
Autriche	217	120.7	230	95	56.7				
Belgique	195.6		336	150	98 ^b				
France	184.6	80.1	286	120	40.1	273	726.2	183.7	294.6
Allemagne	314.3	149.2	320	236	122.7	349	425.9	311.4	253.6
Japon									
Luxembourg	185.1	105.6	222	375	40.7	307.4	713.7	175.6	260.5
Suisse									
États-Unis	102.3	115.8	133	143	204.8				
Moyenne^a	199.8	114.3	254.5	186.5	93.8	309.8	621.9	223.6	269.6
<i>Pays faisant état de délais d'attente</i>									
Australie	126.3	96.8	246	165	89.4	227.4	712.3	241	97.9
Canada	93.1	88.5	167	108	68.6				
Danemark	158.6	48.2	195	45	66.2	228.6	429.6	119.6	238.8
Finlande	98.2	104.6	175	400	80.3	229.1	638.9	173	182.4
Irlande	(136)	29.4	120	53	26.8	125.6	659.9	105	103.4
Italie	117.6	40.9	197	74	48	300.1	446.7	166.8	164.6
Pays-Bas	132	49.5	151	87	92.9	191.9	548.6	117.1	125.6
Nouvelle-Zélande	120.9	65.3	119	63	103.3	111.7	242.8	99.6	
Norvège	171.4	46.7	215	206	76.1	165.5	514.2	77.7	124.2
Espagne	72.8	48.3		45	17				
Suède	166.3		194	174	72.8		726	127.8	
Royaume-Uni	132.5	63.8		42	40.8	209.5	406.1	73.9	90.9
Moyenne^a	127.1	62.0	177.9	121.8	65.2	198.8	532.5	130.2	141.0

a) Moyenne non pondérée.

b) Année = 1997.

Source : Éco-Santé OCDE 2003 ; Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Tableau 5.A1.5. Indicateurs de productivité basés sur le nombre d'interventions chirurgicales sur patients hospitalisés

	Nombre de patients hospitalisés en chirurgie par spécialiste praticien			Nombre de patients hospitalisés en chirurgie par médecin praticien		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
<i>Pays ne faisant pas état de délais d'attente</i>						
Autriche	75.5	76.4	72.3	42.8	43.3	42.0
Belgique						
France						
Allemagne	34.3	37.0		22.5	24.3	
Japon						
Luxembourg	80.4	76.1	80.8	53.6	51.8	51.7
Suisse						
États-Unis	61.6	61.0		31.9	31.6	
Moyenne^a	62.9	62.6	76.5	37.7	37.7	46.8
<i>Pays faisant état de délais d'attente</i>						
Australie	46.4	46.5	41.7	20.4	20.5	20.8
Canada	32.0	31.5	30.8	16.8	16.5	16.1
Danemark	36.6	36.4	34.4	23.3	22.5	22.3
Finlande	44.2	42.9	42.1	20.6	19.4	19.0
Irlande ^b				35.8	39.3	45.7
Italie						
Pays-Bas				13.9	12.6	11.8
Nouvelle Zélande	42.0	42.1	43.9	13.4	13.4	14.0
Norvège		33.5	34.1		23.9	23.5
Espagne	29.4			18.2		
Suède			23.9	18.1	17.8	17.5
Royaume-Uni						
Moyenne^a	38.4	38.8	35.8	20.0	20.7	21.2

a) Moyenne ponctuelle non pondérée ; non valable pour des comparaisons sur une période.

b) Procédures et non pas patients.

Source : Éco-Santé OCDE 2003.

Tableau 5.A1.6. Niveau de participation aux frais pour les patients hospitalisés

<i>Pays ne faisant pas état de délais d'attente</i>	
Autriche	Pas de participation aux frais.
Belgique	250 francs belges (1999).
France	11 euros par jour (1999).
Allemagne	Pas de participation aux frais (pour chambre partagée) ; sinon 7.16 euros par jour (1999).
Japon	entre 10 et 30 % pour les assurés du secteur public et leurs ayants-droit, moins pour les personnes âgées.
Luxembourg	5.43 euros par jour (1999).
Suisse	10 francs suisses par jour (2000).
États-Unis	Variable selon le type d'assurance.
<i>Pays faisant état de délais d'attente</i>	
Australie	Pas de participation aux frais.
Canada	Pas de participation aux frais.
Danemark	Pas de participation aux frais.
Finlande	25 euros par jour (patient hospitalisé) (2001).
Irlande	Catégorie I : pas de participation aux frais. Catégorie II : 40 euros par jour (2003).
Italie	Pas de participation aux frais.
Pays-Bas	Pas de participation aux frais.
Nouvelle Zélande	Pas de participation aux frais.
Norvège	Pas de participation aux frais.
Espagne	Pas de participation aux frais.
Suède	Max 80 couronnes suédoises par jour; variable selon les régions (1999).
Royaume-Uni	Pas de participation aux frais.

Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Tableau 5.A1.7. Présence d'un système de médecin référent

Les patients du secteur public peuvent-ils avoir accès aux interventions non urgentes sans recommandation du médecin généraliste ?

<i>Pays ne faisant pas état de délais d'attente</i>	
Autriche	Les généralistes pratiquent dans une certaine mesure le principe du médecin référent.
Belgique	Accès direct.
France	Accès direct.
Allemagne	Accès direct.
Japon	Accès direct.
Luxembourg	Accès direct.
Suisse	Accès direct.
États-Unis	Variable selon le type d'assurance.
<i>Pays faisant état de délais d'attente</i>	
Australie	Le principe du médecin référent est encouragé. Medicare assure un taux de remboursement supérieur si le patient est recommandé par un généraliste.
Canada	Le généraliste est en général le premier contact et contrôle l'accès à la plupart des spécialistes.
Danemark	Les généralistes agissent comme médecin référent (patients du 1 ^{er} groupe). Groupe 2 (2.5 % de la population) peut consulter un spécialiste directement avec le risque de payer une facture plus importante.
Finlande	Les patients du public doivent être orientés chez un spécialiste par un médecin généraliste du secteur public. Cependant, dans le secteur privé, l'accès aux spécialistes est direct.
Irlande	Les généralistes agissent comme médecin référent.
Italie	Les généralistes agissent comme médecin référent.
Pays-Bas	Les généralistes agissent comme médecin référent.
Nouvelle-Zélande	Les généralistes agissent comme médecin référent.
Norvège	Les généralistes agissent comme médecin référent.
Espagne	Les généralistes agissent comme médecin référent.
Suède	La plupart des admissions à l'hôpital font suite à une recommandation d'un médecin, mais ce n'est pas obligatoire, et un bon nombre de patients consultent directement des spécialistes.
Royaume-Uni	Les généralistes agissent comme médecin référent.

Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Tableau 5.A1.8. **Analyse de régression à variables multiples, délais d'attente moyens**

	Variable dépendante – délai d'attente moyen			
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
	Coefficient			
Lits de soins aigus	-55.8***	-9.5*		
Médecins	-82.5***			
Spécialistes		-63.5***		
Dépenses totales de santé			-0.066***	
Dépenses publiques de santé				-0.056***
% chirurgie de jour	-69.8**	-72.0**	-6.5	-15.6
% pop. de plus de 65 ans	0.3	26.5***	2.2	11.3***
Moyenne d'âge des patients	2.4**	-1.4	-0.5	-1.1
% de femmes	-63.7	-149.0**	-145.8**	-145.1**
<i>Variables indicatrices</i>				
Cataracte	183.0***	259.5***	204.7***	211.5***
Cholécystectomie	152.6***	145.7**	153.3***	141.9**
Pontage coronarien	23.5	24.4	25.0	22.6
Prothèse de la hanche	153.8***	197.4***	192.4***	191.0***
Hernie	141.0***	77.2**	66.4**	57.4**
Arthroscopie du genou	201.1***	124.2**	104.6**	91.4
Prothèse du genou	180.2***	234.0***	227.7***	227.0***
Angioplastie coronarienne	24.5	16.3	21.5	16.7
Hystérectomie	141.4**	159.4**	172.2**	160.7**
Opération des varices	252.0***	234.2	215.3***	206.5***
Année 1997	5.0	16.9	13.1	13.2
Année 1998	6.2	26.7**	24.8**	24.1
Année 1999	16.7	34.7***	36.0***	33.2*
Année 2000	7.2	17.7**	30.1**	20.4*
Année 2001	16.9	31.5	59.1***	45.3***
Constante	292.9***	-132.4	165.6**	33.0
Taille de l'échantillon	224	224	224	224
R ²	0.75	0.64	0.65	0.63
R ² ajusté	0.73	0.61	0.62	0.59

* Seuil de signification à 10%. ** Seuil de signification à 5%. *** Seuil de signification à 1%.

Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Tableau 5.A1.9. **Analyse de régression à variables multiples, délais d'attente médians**

	Variable dépendante – délai d'attente médian			
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
	Coefficient			
Lits de soins aigus	-46.9***	6.4		
Médecins	-75.6***			
Spécialistes		-88.5***		
Dépenses totales de santé			-0.061***	
Dépenses publiques de santé				-0.061***
% chirurgie de jour	-83.0**	-34.9	3.21	4.7
% pop. de plus de 65 ans	11.4***	27.3***	16.35***	22.3***
Moyenne d'âge des patients	-1.5	-0.4	0.05	0.1
% femmes	-20.5	-9.5	-117.1*	-106.2*
<i>Variables indicatrices</i>				
Cataracte	191.6***	138.9***	174.41***	165.7***
Cholécystectomie	48.7	54.0	135.19**	128.2**
Pontage coronarien	10.3	15.2	38.60*	36.9*
Prothèse de la hanche	129.6***	119.8***	178.26***	171.9***
Hernie	62.5**	60.3**	64.54	63.7*
Arthroscopie du genou	72.5	65.9	96.64**	92.9*
Prothèse du genou	163.4***	151.4***	215.66***	208.5***
Angioplastie coronarienne	-11.2	-5.5	23.94	21.8
Hystérectomie	32.7	41.9	157.19**	147.6**
Opération des varices	131.2***	119.0***	180.11***	173.1***
Année 1997	10.5	19.8**	14.89	13.6
Année 1998	11.5	29.4***	23.83**	22.0**
Année 1999	22.5**	38.5***	34.66***	31.4***
Année 2000	14.2	39.7***	48.32***	43.2***
Année 2001	22.0**	52.2***	57.39***	51.8***
Constante	297.2***	-273.1***	-135.24	-249.8***
Taille de l'échantillon	188	188	188	188
R ²	0.79	0.78	0.73	0.73
R ² ajusté	0.76	0.75	0.7	0.7

*Seuil de signification à 10%. **Seuil de signification à 5%. ***Seuil de signification à 1 %.

Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Tableau 5.A1.10. **Estimations probit**

La variable dépendante est la variable indicatrice Y, où Y = 1 s'il y a des délais d'attente significatifs

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
	Coefficient			
Lits de soins aigus	-0.88***	-1.25***		
Médecins	-0.87			
Spécialistes		-4.56**		
Dépenses totales de santé par habitant			- 0.0028***	
Dépenses publiques de santé par habitant				-0.0019***
% pop. de plus de 65 ans	0.20**	0.60**	-0.73***	-0.26***
Rémunération des hôpitaux	- 0.83	- 0.39	- 2.52***	- 1.59***
Rémunération des spécialistes	- 1.03***	- 1.14***	- 1.45***	- 1.01***
Tendance temporelle	-0.05	-0.03	0.26***	0.14***
Constante	92.6	6.9	-509***	-279***
Taille de l'échantillon	148	135	197	193
Pseudo R-carré	0.62	0.72	0.63	0.43
Log probabilité	-38	-26	-49	-73
LR chi2	125	133	166	110
Prob > chi2	0	0	0	0

*Seuil de signification à 10%. **Seuil de signification à 5%. ***Seuil de signification à 1 %.

Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Tableau 5.A1.11. **Australie : activité et délais d'attente médians (des patients admis)**

	Interventions/ 100 000 habitants Patients du secteur privé		Interventions/ 100 000 habitants Patients du secteur public		Interventions/ 100 000 habitants Total (secteurs public et privé)		Interventions/ 100 000 habitants % des activités dans le privé		Délais d'attente médians des patients du secteur public
	Taux de croissance annuel 93/94-98/99 (%)	Taux de croissance annuel 99/00-00/01 (%)	Taux de croissance annuel 93/94-98/99 (%)	Taux de croissance annuel 99/00-00/01 (%)	Taux de croissance annuel 93/94-98/99 (%)	Taux de croissance annuel 99/00-00/01 (%)	Taux de croissance annuel 93/94-98/99 (%)	Taux de croissance annuel 99/00-00/01 (%)	
Opération de la cataracte	9.8	6.4	10.9	2.3	10.1	5.3	-0.3	1.0	-9.20
Angioplastie coronarienne	10.9	10.5	17.6	2.0	13.9	6.3	-2.6	3.9	
Pontage coronarien	-1.0	-3.1	4.3	-6.4	1.5	-4.8	-2.4	1.8	-13.6
Cholécystectomie	0.8	12.7	5.2	-5.8	3.2	2.2	-2.3	10.2	-10.4
Hernie inguinale et fémorale	-0.5	4.9	3.1	-5.4	1.0	0.3	-1.5	4.6	0.0
Prostatectomie	-6.7	2.8	-3.9	-3.4	-5.7	0.4	-1.2	2.4	16.7
Hystérectomie	-0.1	10.5	7.9	-11.3	3.4	-0.2	-3.4	10.8	2.6
Arthroscopie du genou	-7.3	0.8	-3.1	-11.5	-6.1	-4.0	-1.3	5.1	
Prothèse de la hanche	4.2	9.6	4.3	-3.5	4.3	3.8	0.0	5.6	-15.3
Prothèse du genou	7.9	12.3	9.7	-2.8	8.6	6.8	-0.6	5.2	-22.6
Opération des varices	-1.7	1.9	2.7	-16.6	0.1	-6.1	-1.7	8.4	10.6

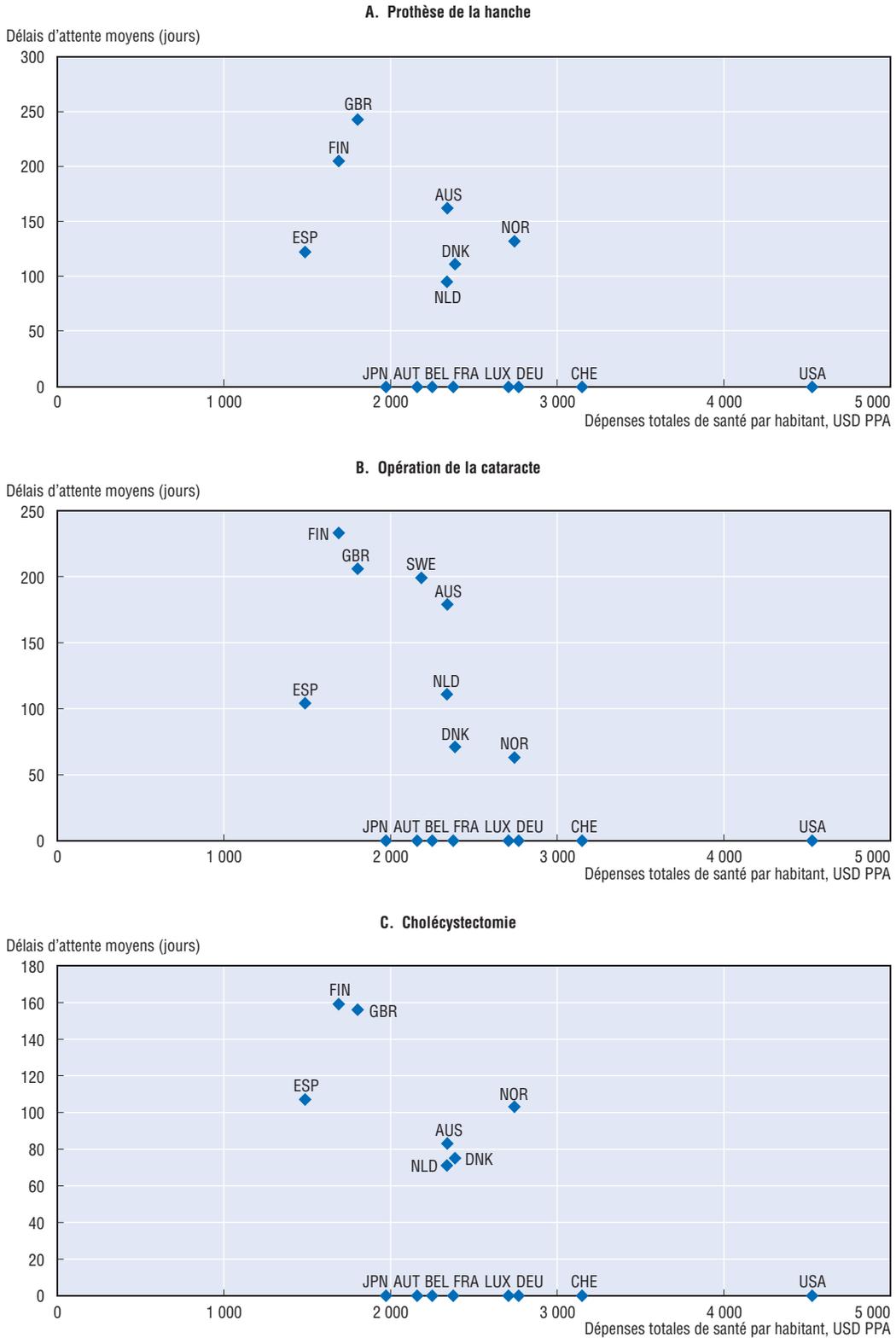
Source : Department of Health and Aged Care, Australie.

Tableau 5.A1.12. **Espagne : délais d'attente moyens des patients du secteur public, 1992-2000**

	Jours										1994-2000 Taux de croissance moyen (%)	1996-2000 Taux de croissance moyen (%)
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000			
Opération de la cataracte	68.1	62.1	61.6	54.5	58.2	55.4	55.5	47.6	47.6		-4.2	-4.9
Cholécystectomie	103.4	58.3	50.4	48.2	60.8	56.0	62	53.2	53.8		1.1	-3.0
Hernie inguinale et fémorale	84.6	50	47.0	48.3	59.4	47.9	54.9	44.4	48.3		0.4	-5.0
Prostatectomie	119.4	46.9	81.7	49.4	55.9	38.5	56.1	39.2	42.7		-10.3	-6.6
Hystérectomie	71.1		19	25.3	44	58.7	55.7	41.3	52.5		18.5	4.5
Arthroscopie du genou	51.4	82.2	65.8	71.4	72.5	61.0	58.2	61.3	53.8		-3.3	-7.2
Prothèse de la hanche	271.4	77.3	81.5	97.2	80.7	70.0	72.3	63.7	59.8		-5.0	-7.2
Prothèse du genou	91.3	75.6	88.9	104.9	79.9	74.7	71.9	60.1	63.4		-5.5	-5.6
Opération des varices	232.8	80.4	57.2	69.4	66.1	57.0	78.3	58.6	50.6		-2.0	-6.4

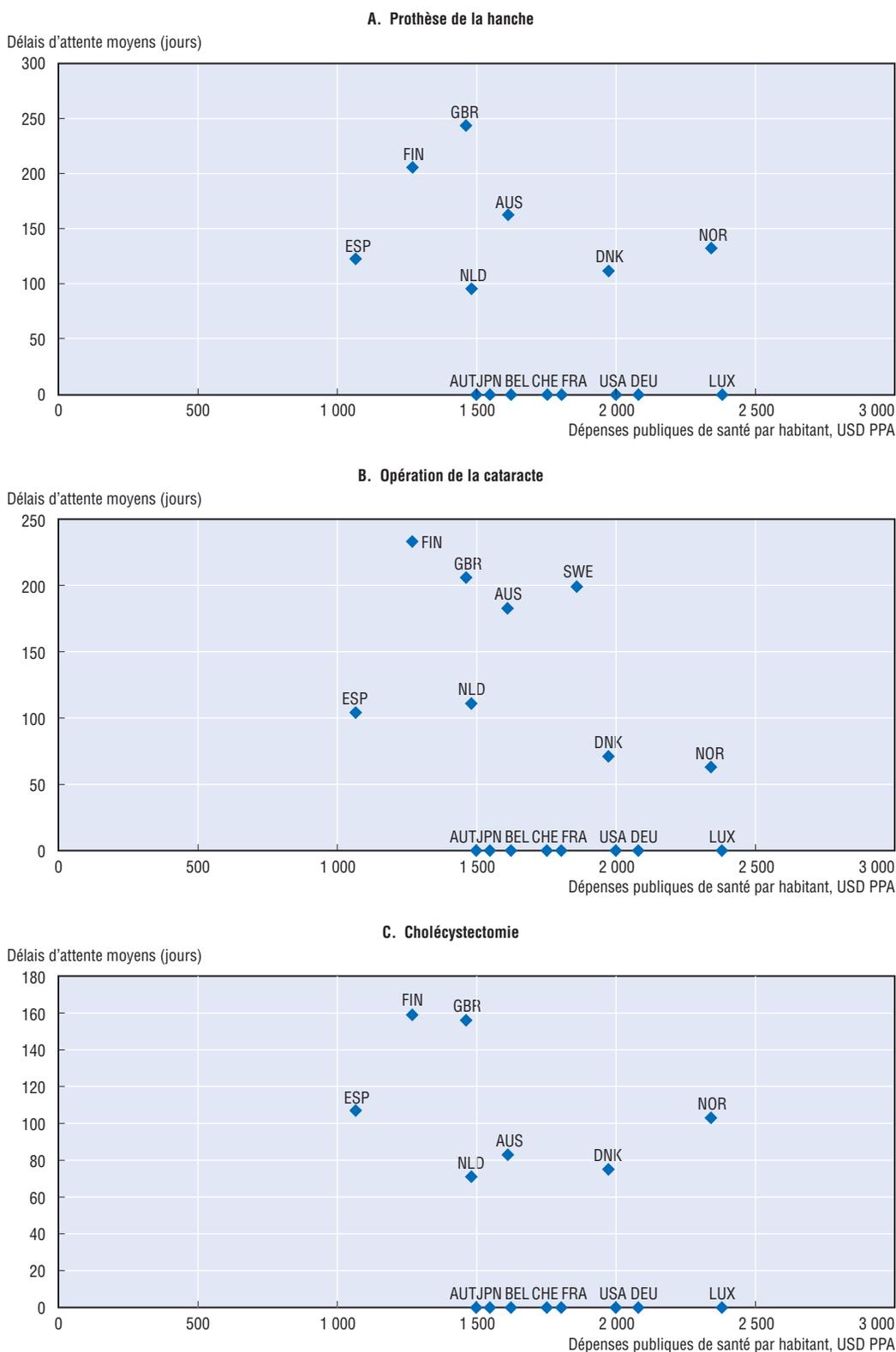
Source : Ministère de la Santé et de la Consommation, Espagne.

Graphique 5.A1.1. Délais d'attente moyens et dépenses totales de santé par habitant : trois interventions chirurgicales, 2000



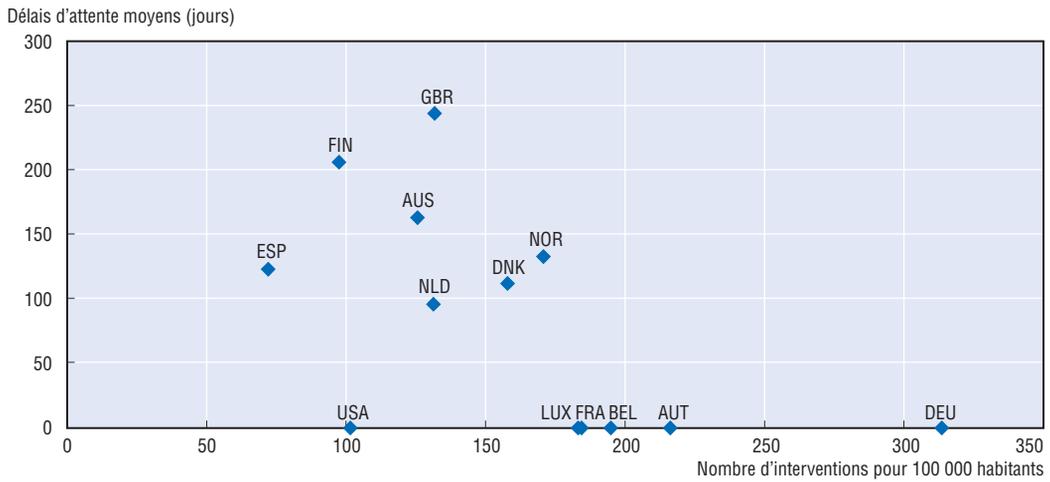
Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Graphique 5.A1.2. Délais d'attente moyens et dépenses publiques de santé par habitant : trois interventions chirurgicales, 2000



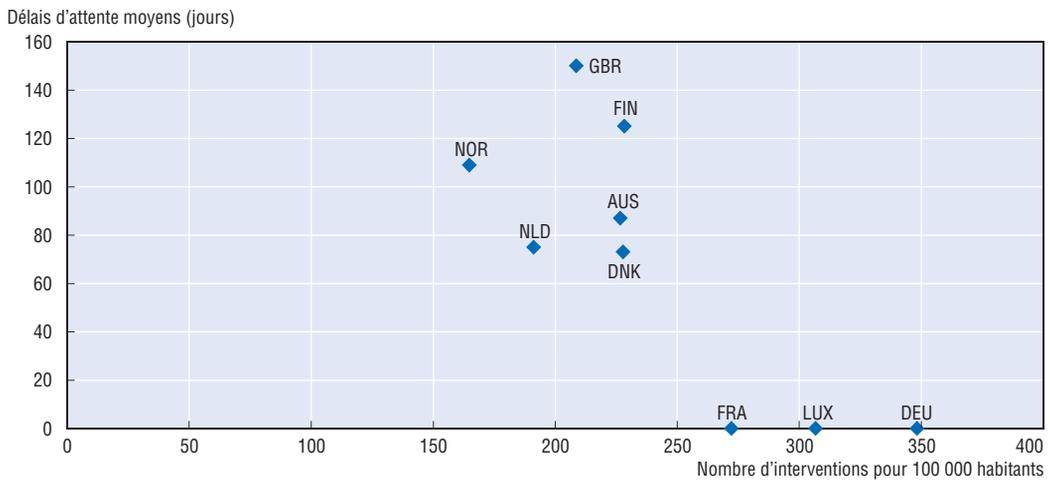
Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Graphique 5.A1.3. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : prothèse de la hanche, 2000



Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Graphique 5.A1.4. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : hernie inguinale et fémorale, 2000



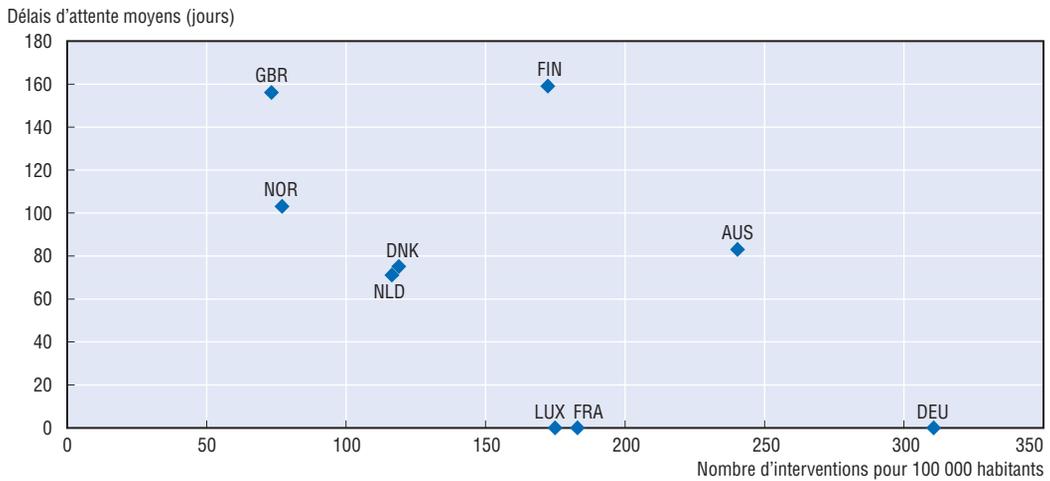
Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Graphique 5.A1.5. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : opération des varices, 2000



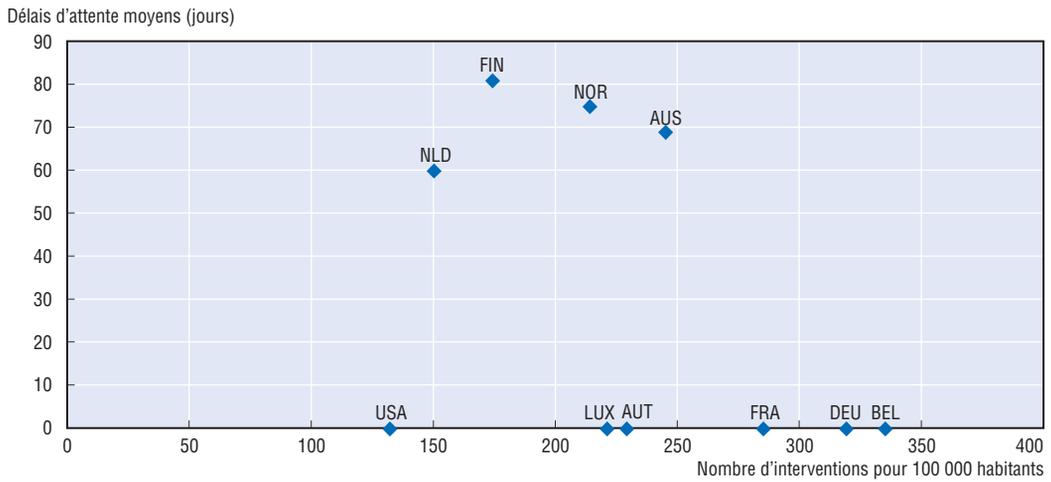
Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Graphique 5.A1.6. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : cholécystectomie, 2000



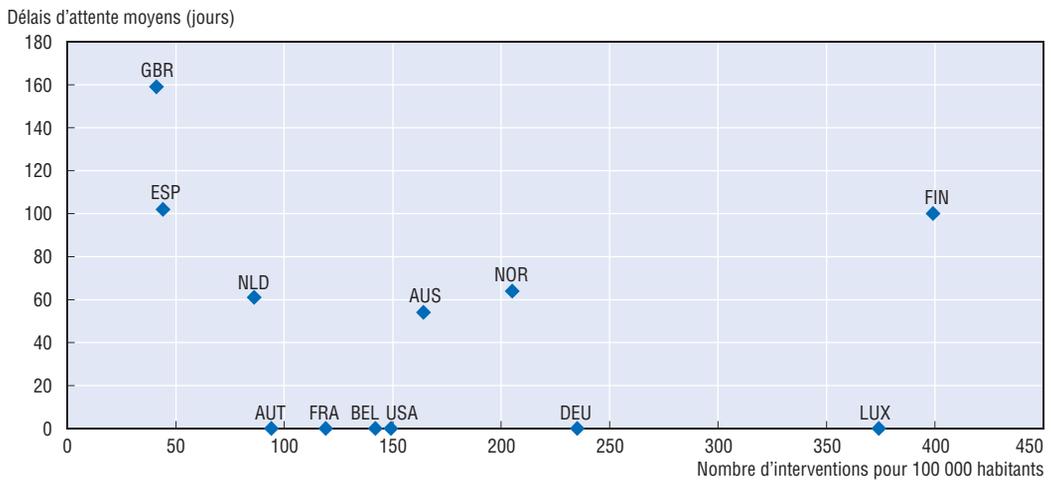
Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Graphique 5.A1.7. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : prostatectomie, 2000



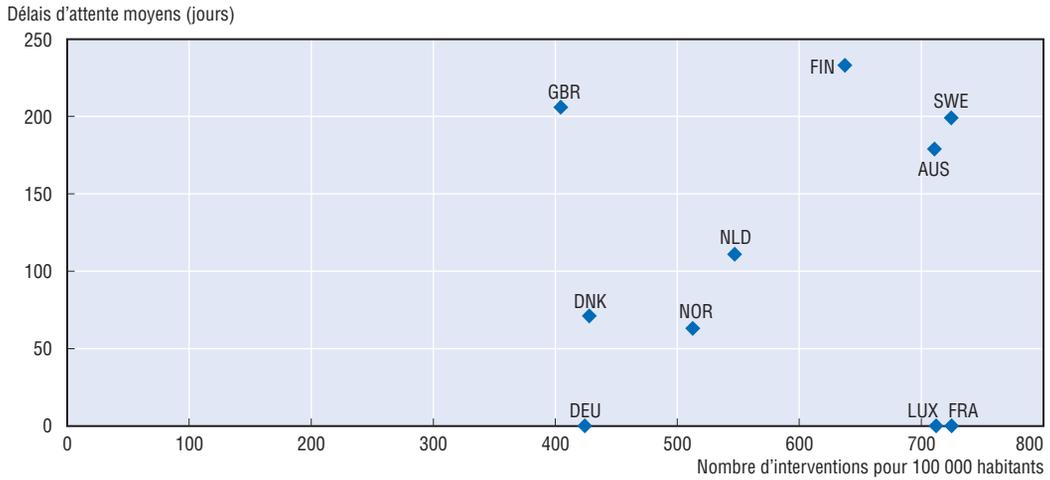
Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Graphique 5.A1.8. Délais d'attente moyens et volume d'interventions : hystérectomie, 2000



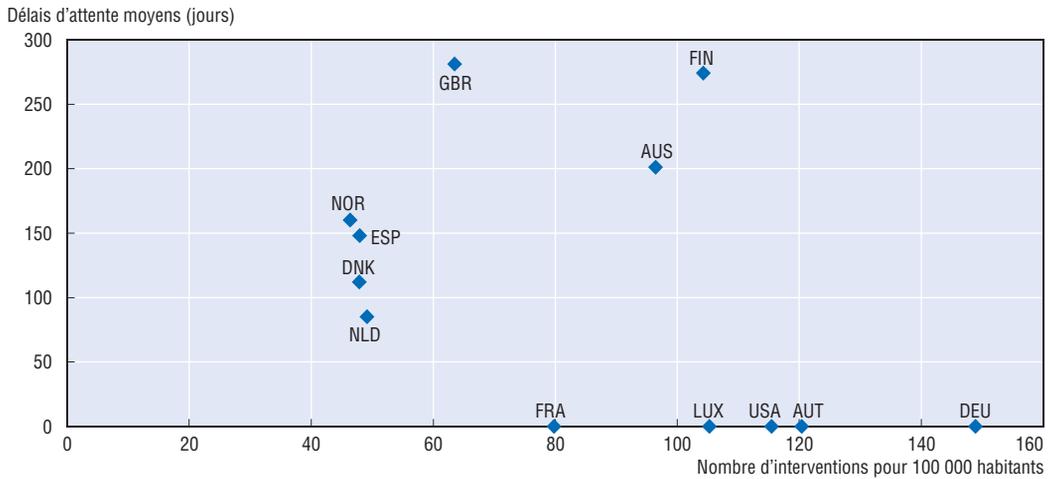
Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Graphique 5.A1.9. Délais d'attente moyens et volume d'interventions :
opération de la cataracte, 2000



Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Graphique 5.A1.10. Délais d'attente moyens et volume d'interventions :
prothèse du genou, 2000



Source : Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Chapitre 6

L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE : avantages et coûts pour les individus et les systèmes de santé¹

par

Nicole Tapay et Francesca Colombo,

Secrétariat de l'OCDE²

Bien que l'assurance-maladie privée ne représente en moyenne qu'une petite fraction du financement total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, elle constitue dans certains pays un mode de financement important des soins et couvre au moins 30 % de la population dans un tiers des pays de l'OCDE. Elle joue par ailleurs des rôles multiples, allant de l'octroi d'une couverture primaire à des groupes de population particuliers à une fonction de soutien des régimes publics.

Ce chapitre évalue les données disponibles sur les effets de l'assurance-maladie privée dans différents contextes et tire certaines conclusions sur ses avantages et inconvénients. L'assurance-maladie privée est porteuse à la fois d'opportunités et de risques dans la poursuite des objectifs de performance du système de santé. Dans les pays où elle joue un rôle prépondérant, l'assurance-maladie privée a injecté des ressources dans les systèmes de santé, élargi le choix offert aux consommateurs et rendu ces systèmes plus réactifs. Cependant, dans la plupart de ces pays, elle a souvent engendré des problèmes d'équité et alourdi la facture des dépenses de santé (totales et, dans certains cas, publiques).

L'assurance-maladie privée soulève également un certain nombre de problèmes qui sont indépendants du rôle qu'elle joue dans le système de santé. Les décideurs seront obligés d'intervenir pour corriger les imperfections du marché et garantir l'accès des groupes à haut risque à l'assurance-maladie privée. Ils disposent de plusieurs instruments pour y parvenir. Il leur faudra mettre en balance les objectifs parfois contradictoires d'accès et de maintien d'un groupe de risques couverts large et diversifié, en particulier sur les marchés de l'assurance volontaire.

1. Introduction

Bon nombre de gouvernements voient dans l'assurance-maladie privée³ un moyen de relever quelques-uns des défis liés aux systèmes de santé. Par exemple, certains envisagent de promouvoir son rôle de source de financement de substitution, de l'utiliser pour accroître les capacités du système, ou encore de la faire contribuer à la réalisation d'autres objectifs de la politique de santé, tels que le renforcement de la responsabilité individuelle. L'assurance-maladie privée est un mécanisme de financement complexe qui affecte les régimes publics et interagit avec eux de multiples manières. Lorsqu'ils évaluent le rôle actuel et potentiel de l'assurance-maladie privée, les décideurs doivent donc tenir compte des interactions subtiles entre les couvertures publique et privée et examiner les effets de l'assurance-maladie privée sur le système de santé dans différentes configurations public-privé.

Bien que l'assurance-maladie privée ne représente en moyenne qu'une petite fraction du financement total des dépenses de santé dans la zone OCDE, elle constitue dans quelques pays membres un mode de financement important des soins et couvre au moins 30 % de la population dans un tiers des pays de l'OCDE. Elle joue par ailleurs des rôles multiples, allant de l'octroi d'une couverture primaire à des groupes de population particuliers à une fonction de soutien des régimes publics. Dans certains pays, les décideurs tiennent l'assurance-maladie privée pour un élément fondamental du système de couverture maladie et s'efforcent de la mettre au service de la réalisation des objectifs assignés au système de santé. Cependant, dans les pays où les marchés d'assurance-maladie privée sont plus restreints, l'option consistant à recourir à cette forme d'assurance pour couvrir des segments plus importants de la population ou financer une fraction plus large des coûts actuellement financés par les régimes de santé publics ne fait pas l'unanimité.

Le débat sur le rôle de l'assurance-maladie privée est souvent obscurci par les convictions profondes de ses partisans et détracteurs et par la question des gains et des coûts potentiels. Pour certains, le secteur privé est mieux à même d'apporter des solutions adaptées et efficaces aux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé et permettrait aux gouvernements de réduire les coûts publics de la santé. Certains avancent que, aiguillonnés par la nécessité d'attirer des clients et aussi parfois par la quête du profit, les assureurs en situation de concurrence améliorent le service à la clientèle et rendent la gestion des régimes d'assurance plus efficace, et peuvent faire pression sur les prestataires de santé pour qu'ils réduisent leurs coûts au minimum et fournissent des soins plus nombreux et de meilleure qualité. L'assurance privée serait donc potentiellement plus dynamique, plus novatrice et plus sensible aux préférences et aux demandes des clients que les régimes publics, qui sont handicapés par la lenteur et les rigidités administratives. Les défenseurs de l'assurance-maladie privée font également observer que celle-ci offre une source de financement supplémentaire qui élargit les possibilités de choix des personnes désireuses d'acheter des biens ou des services de santé additionnels.

Cela étant, les détracteurs de l'assurance-maladie privée affirment que sa capacité à garantir l'équité et à gérer les coûts des soins de santé n'est pas encore démontrée. Lorsque la couverture maladie est assurée par plusieurs assureurs concurrents, les coûts administratifs peuvent s'en trouver majorés et amputer les ressources disponibles pour les services de santé mêmes. De plus, l'assurance-maladie privée peut contribuer à alourdir la facture acquittée par l'État, par exemple en stimulant la demande. Les facteurs qui encouragent les assureurs à satisfaire les besoins de leurs clients et à limiter les coûts pourraient bien, aussi, les inciter à recruter majoritairement des individus en bonne santé et à rejeter les cas coûteux et difficiles, ce qui pose des problèmes d'équité pour les catégories qui risquent de voir leur accès à la couverture maladie réduit ou même supprimé. Par ailleurs, les opposants à l'assurance privée doutent que la concurrence puisse s'exercer véritablement ou craignent qu'elle ne s'exerce au profit d'activités indésirables (telles que la sélection des risques) et non du service, de la qualité et de l'efficacité. Enfin, les imperfections du marché liées à l'asymétrie de l'information jettent un doute sur la capacité du marché de l'assurance-maladie privée à produire les résultats sociaux souhaités.

Quoi qu'il en soit, le débat qui entoure le marché de l'assurance-maladie privée pâtit, de manière générale, du manque de données probantes sur son fonctionnement et son impact sur les systèmes de santé. C'est tout particulièrement vrai dans les pays où les marchés d'assurance-maladie privée sont restreints ou insignifiants, mais aussi dans certains pays où l'assurance privée est plus répandue. Ce rapport évalue les données disponibles sur les effets de l'assurance-maladie privée dans différents contextes et tire quelques conclusions sur ses avantages et inconvénients afin d'alimenter le débat sur les politiques. Ce faisant, il identifie les facteurs qui sous-tendent les avantages et les déficiences des marchés d'assurance-maladie privée et l'impact global de cette dernière sur les systèmes de santé.

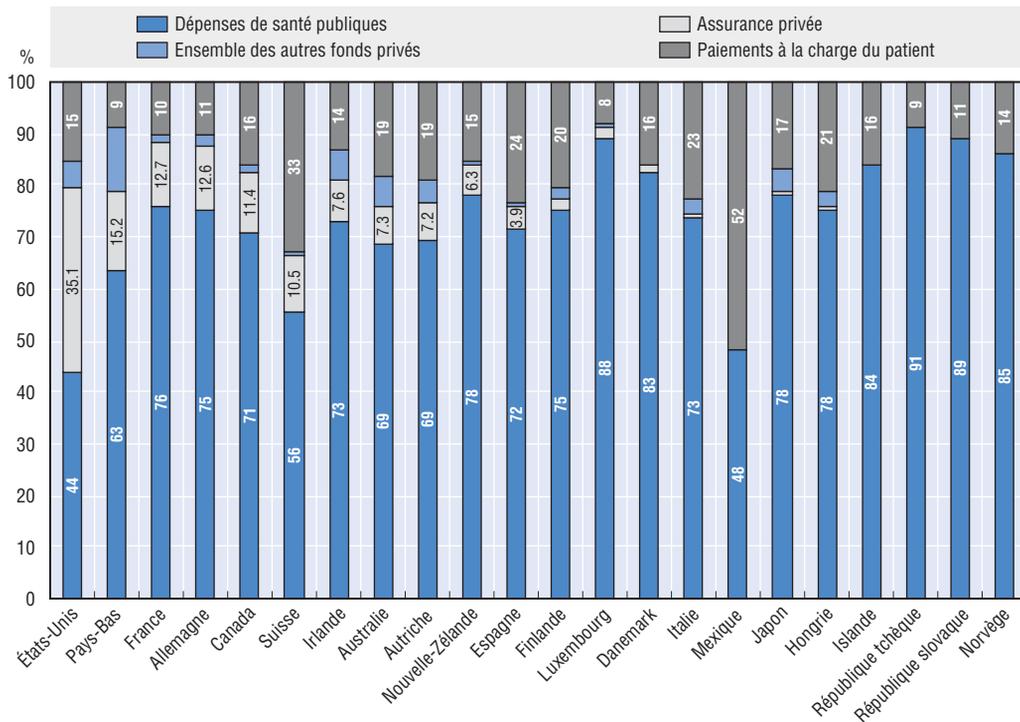
2. L'analyse des marchés d'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE révèle une grande hétérogénéité

L'assurance-maladie privée renvoie à des dispositifs de financement très divers, qui varient d'un pays de l'OCDE à l'autre. La diversité des marchés d'assurance-maladie privée transparaît au travers de différents critères, tels que la taille du marché (en termes de population couverte ou de part de l'assurance-maladie privée dans les dépenses de santé totales), la fonction exercée dans le système de santé, les types d'assureurs et leur conduite sur le marché, le cadre réglementaire et l'environnement budgétaire.

2.1. La taille des marchés est variable, n'est pas corrélée avec le PIB et est faiblement corrélée avec les dépenses totales de santé

Bien que l'assurance-maladie privée représente en moyenne 6.3 %⁴ des dépenses totales de santé, son importance dans le financement des systèmes de santé de l'OCDE est très variable (graphique 6.1). Les États-Unis sont le seul pays de l'OCDE où l'assurance-maladie volontaire constitue le principal mode de financement du système et la principale couverture maladie pour la majorité de la population, ce qui explique que l'assurance-maladie privée y ait représenté 35 % des dépenses totales de santé en 2000. En Allemagne, au Canada, en France et aux Pays-Bas, la part de l'assurance-maladie privée dans les dépenses totales de santé atteint de 10 à 15 %. On trouve des niveaux similaires en Suisse, où 10 % des dépenses totales de santé correspondent au marché de l'assurance-maladie

Graphique 6.1. Dépenses de santé par source de financement, 2000



Note : Les pays sont classés par ordre décroissant de la part de l'assurance-maladie privée.

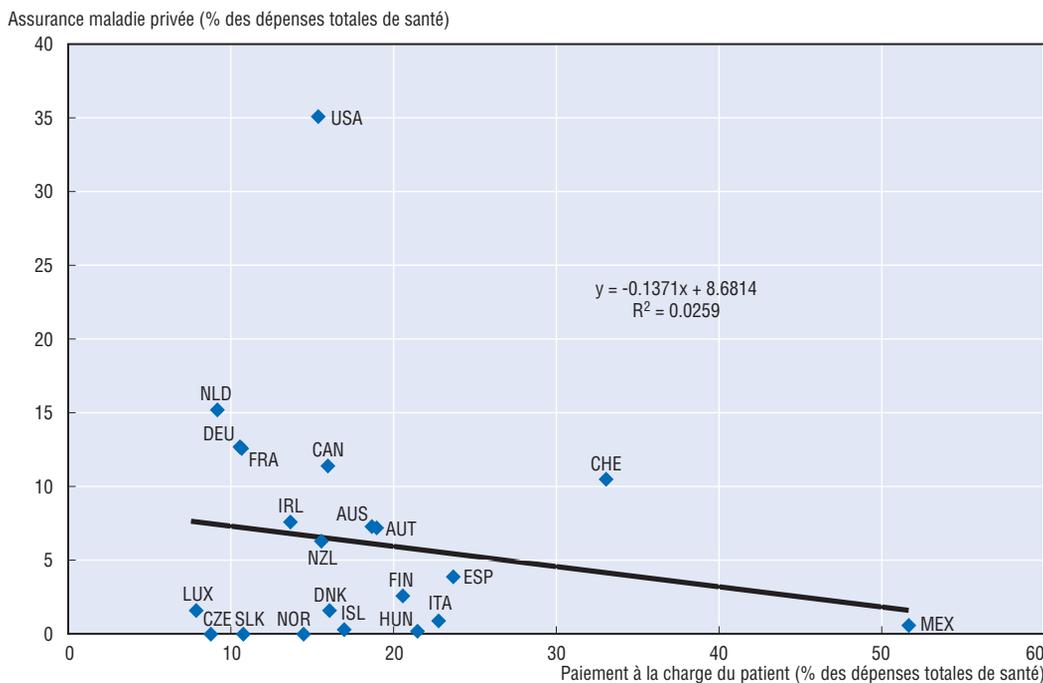
Source : *Éco-santé OCDE 2003*, 2^e édition.

supplémentaire volontaire⁵. En Australie, en Autriche, en Espagne, en Irlande et en Nouvelle-Zélande, la part de l'assurance-maladie privée s'échelonne entre 4 et 10 %. Dans tous les autres pays de l'OCDE, elle est nettement inférieure à 4 %.

Les pays où la part de l'assurance-maladie privée dans le financement est la plus élevée (supérieure à 10 %) sont également ceux où la part des dépenses à la charge du patient dans les dépenses totales de santé est la plus faible. Il ne semble toutefois pas y avoir de relation inverse étroite entre l'importance de l'assurance-maladie privée et la part des dépenses à la charge du patient dans le financement des dépenses de santé pour l'ensemble de la zone OCDE (graphique 6.2). La contribution de l'assurance-maladie privée au financement des dépenses totales de santé n'a que légèrement augmenté entre 1990 et 2000, même si certains des marchés les plus restreints, tels que la Nouvelle-Zélande, ont enregistré les taux de croissance les plus élevés.

Les pays peuvent également être classés en fonction du pourcentage de la population couverte par l'assurance privée (tableau 6.1). On note une coïncidence partielle (mais pas totale) entre les pays où l'assurance-maladie privée contribue pour une large part au financement des dépenses totales de santé et ceux où une fraction importante de la population est assurée par le privé. Au Canada, aux États-Unis, en France, aux Pays-Bas⁶ et en Suisse, cette fraction est supérieure à 60 %. La participation aux marchés de l'assurance-maladie privée est également élevée – entre 30 et 60 % – en Australie, en Autriche, en Belgique, en Irlande et aux Pays-Bas⁷. Elle s'échelonne entre 10 et 30 % en Allemagne, en Espagne, en Finlande, en Italie, au Portugal et au Royaume-Uni. Dans les autres pays de l'OCDE, les marchés d'assurance-maladie privée sont restreints ou négligeables. Lorsque l'assurance-maladie privée constitue la seule couverture disponible pour certains groupes,

Graphique 6.2. **Paiement à la charge du patient et assurance-maladie privée en pourcentage des dépenses totales de santé, 2000**



Note : Les États-Unis sont inclus. S'ils étaient exclus, l'équation serait $y = -0.0979x + 6.6266$, avec un $R^2 = 0.0351$. En conséquence, il n'existe pas de relation entre les paiements à la charge du patient en pourcentage des dépenses totales de santé et l'assurance-maladie privée en pourcentage des dépenses de santé.

Source : *Éco-santé OCDE 2003*, 2^e édition.

la part de la population assurée par le privé reflète – au moins en partie – l'absence de couverture publique pour certaines catégories. Cela étant, il n'existe pas de lien général entre la population couverte et les fonctions spécifiques de l'assurance-maladie privée au sein du système de santé.

La taille du marché – déterminée par la part dans les dépenses totales de santé ou la part de la population couverte – est peu corrélée avec la croissance ou le niveau de développement économique dans les pays de l'OCDE (graphiques 6.3 et 6.4). Bien que, dans des pays comme la Nouvelle-Zélande, dont le PIB par habitant est inférieur à la moyenne, la part de l'assurance-maladie privée dans le financement des dépenses totales de santé ait augmenté à la faveur de la croissance économique, cela ne se vérifie pas à l'échelle de l'OCDE. De même, le dynamisme économique est allé de pair avec une expansion de la population couverte par l'assurance-maladie privée en Irlande, mais pas dans d'autres pays à croissance rapide tels que certains pays d'Europe orientale et le Luxembourg. Malgré l'importance croissante de l'assurance privée dans le financement des dépenses totales de santé, le pourcentage de la population couverte par des régimes privés en Nouvelle-Zélande a régulièrement diminué.

Ces tendances ont des implications pour l'analyse des performances des systèmes de santé. Premièrement, le recours accru aux sources de financement privées dans certains pays, y compris les paiements à la charge des patients et l'assurance-maladie privée⁸, réduit la progressivité du système de financement global des dépenses de santé. Cependant, on ne peut pas tirer de conclusions tranchées sur l'évolution du degré de

Tableau 6.1. 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 ²	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 ^d	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 ^d	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 comités 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 ^f 10.3 ^g	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 seuls 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 6.1. 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 comités 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 6.1. Couverture des régimes d'assurance publics et privés de santé dans les pays de l'OCDE, 2000 (suite)

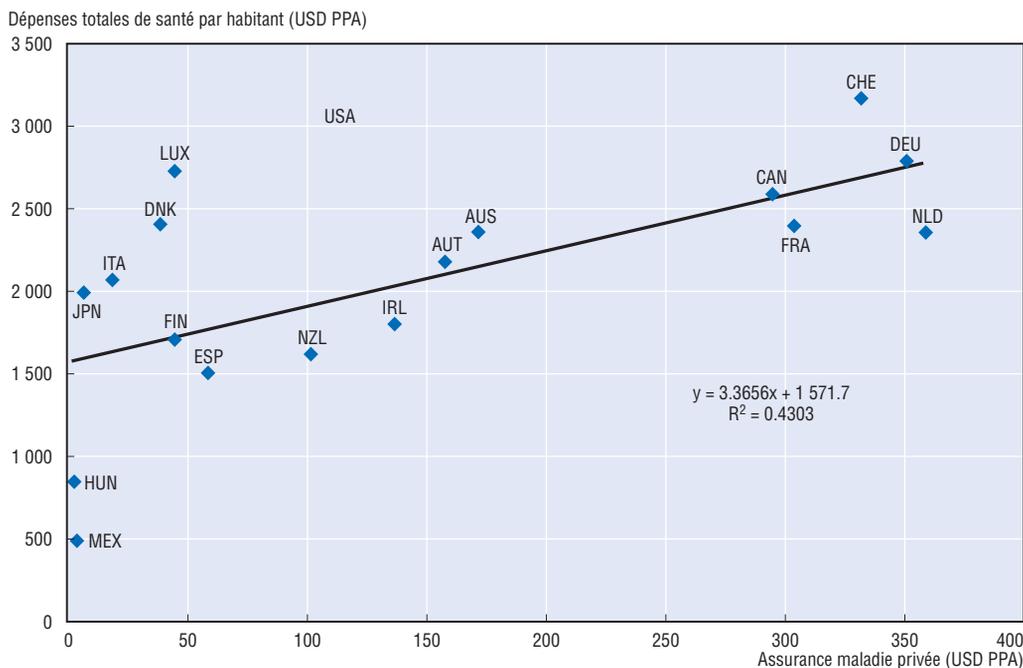
	Dépenses publiques de santé en % des dépenses de santé totales ¹	Couverture publique ²	Admissibilité à la couverture publique ²	assurance-maladie privée en % des dépenses de santé totales ¹	Population couverte par l'assurance-maladie privée ³ (%)	Types de couverture privée
République tchèque	91.4	100	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) Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée, 2003 et autres sources officielles.
 - 3) Questionnaire statistique de l'OCDE sur l'assurance-maladie privée, données de 2000, sauf indication contraire.
 - 4) PHIA (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.

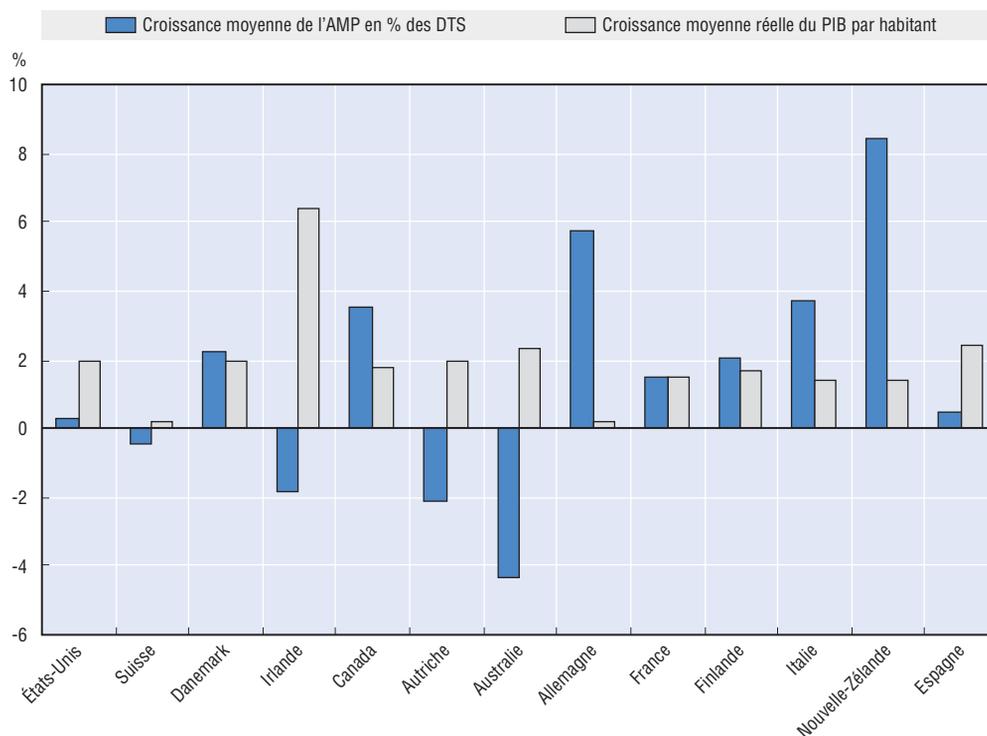
Graphique 6.3. Assurance-maladie privée par habitant et dépenses totales de santé par habitant, 2000



Note : Les États-Unis sont exclus. S'ils étaient inclus, l'équation serait $y = 1.9258x + 1759.4$, avec un $R^2 = 0.6281$.

Source : Éco-santé OCDE 2003, 2^e édition.

Graphique 6.4. Taux de croissance moyen de l'assurance-maladie privée en pourcentage des dépenses totales de santé et du PIB par habitant, 1990-2000



Note : Les pays sont classés par niveau de PIB par habitant, USD PPA.

Source : Éco-santé OCDE 2003, 2^e édition.

progressivité du système de financement global dans la zone OCDE, car selon les pays, les différentes sources de financement ont perdu ou gagné en progressivité⁹.

Deuxièmement, le rôle croissant de l'assurance-maladie privée pourrait encourager la croissance des dépenses de santé. Les pays où le marché de l'assurance-maladie privée est le plus développé, que ce soit en termes de population couverte ou de contribution aux dépenses totales de santé, sont généralement ceux où les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées – l'Allemagne, les États-Unis, la France et la Suisse.

Troisièmement, le niveau de couverture de la population a des implications pour la stabilité du marché. Par exemple, en Australie, les fluctuations de la part de la population assurée dans le privé observées au cours des années 90 ont été associées à la variation du taux de participation des personnes comparativement plus jeunes et en meilleure santé sur le marché de l'assurance privée. En Allemagne et aux Pays-Bas, les marchés de l'assurance-maladie privée sont plus stables, et en Irlande, la couverture privée a connu une croissance rapide.

2.2. Les fonctions exercées par l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE dépendent des interactions avec les régimes publics

Pour l'essentiel, les marchés de l'assurance-maladie privée se sont développés autour des régimes de couverture publics. Ce sont les interactions entre couverture publique et couverture privée, associées à quelques autres facteurs, qui déterminent les fonctions de l'assurance-maladie privée (OCDE, 2004b). Si elle constitue l'unique couverture maladie de segments importants de la population dans quelques pays¹⁰, dans la plupart des pays de l'OCDE, l'assurance-maladie privée a une fonction de soutien du régime public. En Australie, en Espagne, en Irlande et au Royaume-Uni, par exemple, elle « double » l'assurance publique, ses clients ayant accès à des prestataires privés distincts de ceux du système public (couverture parallèle). L'assurance-maladie privée en France occupe une position unique dans la zone OCDE car sa fonction principale est de « compléter » les remboursements de la sécurité sociale (couverture complémentaire). Le programme supplémentaire de Medicare (Medigap) tient un rôle similaire aux États-Unis¹¹.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, il existe des régimes d'assurance-maladie privée dont la fonction est de couvrir les services non pris en charge par les programmes publics (couverture surcomplémentaire). Les avantages offerts par l'assurance-maladie privée supplémentaire peuvent être regroupés avec ceux fournis par les autres couvertures, comme c'est le cas dans de nombreux pays de l'OCDE, ou faire l'objet de polices distinctes comme en Allemagne, en Australie (garantie étendue), aux Pays-Bas et en Suisse (polices volontaires). Au Canada, l'assurance-maladie privée ne peut avoir qu'une fonction supplémentaire et n'est généralement pas autorisée à couvrir les services hospitaliers et médicaux médicalement indispensables, qui sont déjà pris en charge par le régime public¹².

Si l'assurance-maladie privée couvre généralement un certain nombre de services standard, les services et prestataires de soins de santé accessibles aux titulaires d'une assurance privée varient entre les pays de l'OCDE. Cette diversité est liée à la portée de la couverture publique et subit l'influence de la réglementation et des stratégies des assureurs. Dans presque tous les pays de l'OCDE, l'assurance-maladie privée couvre ce que l'on pourrait appeler les « risques mineurs » ou les services accessoires et supplémentaires, tels que les soins dentaires et optiques, la possibilité de choisir le prestataire, des

conditions d'hospitalisation plus confortables et l'accès à des services de luxe non couverts ou partiellement remboursés par le régime public. Dans la plupart des pays, l'assurance-maladie privée couvre également les frais d'hospitalisation et les honoraires des praticiens. Cependant, cette couverture est plus complète dans les cas où l'assurance-maladie privée constitue la garantie primaire de groupes de population particuliers. Dans les autres cas, la garantie est limitée aux séjours en hôpital privé et couvre plus particulièrement les traitements facultatifs, le choix du médecin traitant et les prestations hôtelières des hôpitaux.

La diversité des garanties offertes par le privé semble montrer qu'aucun service n'est en soi plus ou mieux assuré par le public ou par le privé. On note cependant que les personnes confrontées à des dépenses de santé élevées, telles que les personnes âgées ou les malades chroniques, se tournent plus volontiers vers le régime public ou un régime privé subventionné, même lorsque l'assurance-maladie privée joue un rôle significatif ou constitue la garantie primaire. Aux États-Unis, le programme Medicare a été créé à une époque où de nombreuses personnes âgées avaient du mal à accéder à une couverture abordable sur le marché privé (Marmor et McKissick, 2000). Deux programmes ont été mis en place : un programme de garantie universelle pour les personnes âgées, financé principalement par les cotisations de sécurité sociale et les recettes générales (Medicare), et un programme soumis à conditions de ressources visant à fournir une couverture maladie à certaines populations pauvres non âgées et une couverture complémentaire à un petit groupe de personnes âgées (programme Medicaid).

Le marché, plus spécialisé, de l'assurance privée pour soins de longue durée est inexistant ou très restreint dans les pays où le régime public assure une très bonne couverture des soins de longue durée, tels que les pays scandinaves, les Pays-Bas, le Japon et le Luxembourg. En Allemagne, l'assurance pour soins de longue durée est obligatoire pour tous les résidents. Les personnes couvertes par le régime d'assurance sociale souscrivent cette assurance auprès des caisses de maladie. Pour les personnes titulaires d'une couverture maladie primaire privée ainsi que pour un petit nombre de personnes choisissant volontairement de souscrire une assurance pour soins de longue durée privée et les employés des entreprises de services ferroviaires et postaux, cette assurance est fournie par les assureurs privés (Verband der Privaten Krankenversicherung, 2003). Cependant, ce marché est inexistant ou embryonnaire dans la majorité des autres pays de l'OCDE, y compris ceux où la couverture publique de ces soins est nulle ou limitée. Les principaux marchés se trouvent en France et aux États-Unis, même si ce type d'assurance trouve également une clientèle en Allemagne et au Royaume-Uni¹³. Ces faibles taux de diffusion pourraient s'expliquer par la modicité de la demande¹⁴ et de l'offre¹⁵.

Les différentes fonctions exercées par l'assurance-maladie privée engendrent chacune des défis particuliers pour l'orientation des politiques. Les marchés à couverture primaire donnent lieu à des problèmes d'accès – en particulier pour les groupes vulnérables et à haut risque – lorsqu'ils constituent la seule couverture de certains groupes de population¹⁶. Dans les cas où le régime public et les régimes privés sont liés à différentes sources de financement, par exemple dans les pays où l'assurance-maladie privée offre une garantie parallèle, on note des différences d'accès aux soins, de niveau de choix et de profil d'utilisation entre les individus avec et sans assurance privée. Les incitations à la consommation de soins de santé adressées aux prestataires et aux individus sont accentuées sur les marchés de l'assurance privée complémentaire, qui complète les remboursements versés par le régime public. Le risque moral induit par ces incitations doit

être mis en balance avec les implications pour l'équité de la non-couverture de ces coûts. Enfin, bien que les régimes d'assurance-maladie privée supplémentaire assurent des services non pris en charge par le système public, ils n'en interagissent pas moins avec le régime public. Des problèmes d'incitation à la sélection des risques et de restriction de la mobilité des individus entre assureurs sociaux peuvent également se poser si un même assureur ou un assureur et sa filiale offrent les deux types de couverture.

2.3. Le développement des marchés de l'assurance-maladie privée est affecté par des facteurs historiques et d'autres liés aux politiques

L'hétérogénéité des expériences des pays de l'OCDE au regard de l'assurance-maladie privée est le résultat de plusieurs facteurs.

Dans de nombreux pays de l'OCDE, les dispositifs de couverture privés non commerciaux, tels que les mutuelles, existent depuis quelques centaines d'années et ont précédé de nombreux programmes de couverture maladie publique et d'assurance sociale. Dans bon nombre de pays où l'assurance-maladie privée joue un rôle prédominant – Australie, États-Unis, France, Irlande, Pays-Bas – il existe une tradition de prestation et de financement privés des services de santé. En Australie, en Irlande et aux Pays-Bas, les régimes d'assurance-maladie publics se sont développés autour des régimes volontaires préexistants et les ont parfois remplacés. Les droits conférés par les nouveaux régimes publics ont alors modifié le rôle de l'assurance privée et parfois restreint ses conditions légales d'exercice. Aux États-Unis, la couverture maladie est par tradition de nature privée et volontaire. Lors de l'introduction des programmes publics pour les personnes âgées et certaines catégories de personnes pauvres (Medicare et Medicaid) au milieu des années 60, le gouvernement n'a imposé en contrepartie aucune obligation de souscription d'une police d'assurance privée. En France, les « mutuelles », qui ont actuellement la mainmise sur la majorité des contrats d'assurance-maladie complémentaire, sont antérieures à l'apparition de la sécurité sociale universelle. Au début de la Seconde Guerre mondiale, elles assuraient les deux tiers de la population française.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la politique publique est donc le principal déterminant du rôle et de l'ampleur des dispositifs d'assurance-maladie privée. Les règles imposées par les régimes d'assurance-maladie publics et obligatoires délimitent le champ d'application de l'assurance-maladie privée et, dans une large mesure, déterminent son rôle¹⁷. En général, l'assurance-maladie privée comble les lacunes du régime public en termes de personnes couvertes et de services de santé et de prestataires accessibles. Néanmoins, face au changement du niveau de couverture des régimes publics, les marchés privés n'ont pas tous réagi de la même manière. Aux Pays-Bas, dans les années 90, les assureurs-maladie privés ont occupé le créneau des soins dentaires lorsque ceux-ci ont été déremboursés par le régime public. En Corée, en revanche, le montant élevé des frais acquittés directement par les patients n'a pas entraîné d'élévation notable de la couverture privée¹⁸. La structure et la réglementation des systèmes de prestation de soins – par exemple, la réglementation des prix dans les secteurs public et privé, la possibilité pour les médecins d'exercer dans les deux secteurs, la possibilité pour les hôpitaux publics de prendre en charge des assurés privés et les dispositifs de financement des hôpitaux privés – ont également influé sur la taille et le rôle des marchés de l'assurance-maladie privée.

Dans plusieurs pays de l'OCDE, l'importance des marchés de l'assurance-maladie privée s'est vue renforcée par les interventions des pouvoirs publics sur ces marchés, même si les politiques visant à accroître la taille des marchés et à améliorer la qualité des

résultats n'ont pas toutes eu la même efficacité. En Allemagne, en Australie, aux États-Unis, en Irlande, aux Pays-Bas et en Suisse, les pouvoirs publics ont encouragé et maintenu un marché de l'assurance-maladie privée large et viable, convaincus que les régimes de couverture mixtes public-privé sont mieux à même de générer les résultats sociaux et sanitaires souhaités. Pour guider et encourager ces marchés, ces gouvernements se sont servis de la réglementation¹⁹ et des instruments budgétaires. En Australie et en Irlande, la réglementation a été l'un des facteurs importants qui ont stimulé la demande de produits d'assurance-maladie privée. Dans ces deux pays, une proportion élevée et grandissante de la population est couverte par une assurance privée²⁰. Dans de nombreux pays de l'OCDE, parmi lesquels l'Australie, le Canada, les États-Unis, la France²¹ et l'Irlande, des subventions budgétaires et autres avantages fiscaux ont été introduits pour encourager le développement de l'assurance-maladie privée. L'impact de cette dernière sur la couverture est variable et reflète des différences dans l'élasticité-prix de la demande de contrats d'assurance-maladie privée de la part des particuliers ou d'autres acheteurs tels que les employeurs.

Bien que l'importance accordée à l'assurance-maladie privée par la politique sanitaire influe largement sur la taille des marchés d'assurance-maladie privée – en termes de population couverte, de contribution au financement des dépenses de santé ou de portée des interventions gouvernementales – il n'y a pas forcément de lien entre les trois facteurs. Dans les pays dotés d'un système de financement mixte, le marché de l'assurance-maladie privée peut être étendu quelles que soient les parts relatives du financement public et du financement privé. Mais la taille du marché de l'assurance-maladie privée peut également résulter de la volonté, de la part des consommateurs, d'accéder à un choix plus large et une couverture plus complète, même lorsque les politiques exercent peu d'effets incitatifs dans ce sens. De même, dans les pays où l'assurance-maladie privée joue un rôle mineur, les dispositifs institutionnels et les choix politiques vis-à-vis de cette dernière sont très variables. Dans les pays nordiques, où les programmes publics sont très complets, les décideurs ne s'intéressent pas autant à l'assurance-maladie privée. À l'inverse, certains pays d'Europe orientale comme la Hongrie, la Pologne et la Slovaquie, souhaitent et prévoient de compléter leur régime d'assurance-maladie public par des régimes d'assurance-maladie privée, bien que ces marchés soient pour l'instant inexistant²².

2.4. La demande de contrats d'assurance privée est liée au revenu et aux lacunes des systèmes publics, et est encouragée par les employeurs

Bien que la taille des marchés d'assurance-maladie privée ne soit pas liée au niveau de croissance économique d'un pays, les catégories à revenu élevé sont plus susceptibles de souscrire une assurance-maladie privée dans la plupart des pays. Aux États-Unis, les non-assurés se trouvent majoritairement parmi les actifs occupés pauvres ou quasi pauvres²³. En Allemagne et aux Pays-Bas, ce sont principalement les personnes aisées qui souscrivent une couverture primaire privée, car le droit à l'assurance-maladie publique y est fonction du revenu. Dans les autres pays à couverture publique universelle, les riches sont plus susceptibles de souscrire une police d'assurance privée additionnelle.

Un nombre important et croissant d'employeurs offrent à leurs salariés une couverture maladie privée qui entre dans le cadre des avantages sociaux liés à l'emploi. De fait, dans les pays de l'OCDE où la population couverte par l'assurance-maladie privée est la plus élevée, une grande partie des contrats d'assurance correspondants sont souscrits dans le cadre de l'emploi. C'est par exemple le cas aux États-Unis et au Canada (presque

90 % des contrats d'assurance-maladie privée), en France (50 %) et aux Pays-Bas (60 %). Bien que les critères d'admissibilité aux programmes de santé publics aient été étendus, la couverture de l'assurance-maladie privée en Irlande n'a pas cessé de progresser au cours des dernières décennies, le dynamisme de l'économie incitant les employeurs à en faire un élément de rémunération. Les employeurs semblent mieux placés que les particuliers pour faire jouer la concurrence entre assureurs et négocier des conditions de couverture favorables, et ils bénéficient d'une plus grande mutualisation des risques que les souscripteurs de contrats individuels (les grands groupes d'employeurs profitant tout particulièrement de cette mutualisation)²⁴.

Dans certains pays, les insuffisances qualitatives réelles ou perçues de la couverture et des systèmes de prestations publics constituent des incitations à souscrire un contrat d'assurance-maladie privée. Les délais d'attente, la demande croissante pour un choix élargi et l'inadéquation perçue des régimes publics sont les principaux facteurs de motivation en Australie, au Danemark, en Irlande et au Royaume-Uni. Lorsque la couverture publique est inexistante, l'assurance-maladie privée sert de garantie primaire et a essentiellement pour fonction de minimiser les risques financiers associés à la maladie. Enfin, la diversité des comportements et des préférences des consommateurs rend les comparaisons entre pays difficiles. Les facteurs culturels et les différences d'aversion pour le risque peuvent expliquer la plus grande prédisposition de certains pays pour l'assurance privée. Par exemple, aux Pays-Bas, presque toutes les personnes non admissibles aux caisses sociales d'assurance-maladie souscrivent une garantie primaire privée, et plus de 90 % de la population couverte par le régime social a une assurance supplémentaire.

2.5. Il existe plusieurs marchés d'assurance-maladie privée mais la concurrence est limitée

Différents types d'assureurs opèrent sur les marchés privés de l'assurance-maladie dans les pays de l'OCDE. Les marchés européens sont traditionnellement dominés par les mutuelles et les institutions de prévoyance sans but lucratif, même si des assureurs à vocation commerciale se sont implantés sur plusieurs marchés nationaux. Seules les caisses d'assurance-maladie spécialisées peuvent offrir une couverture privée en Australie et en Allemagne, et en Suisse, la quasi-totalité des couvertures privées sont vendues par des caisses d'assurance-maladie sans but lucratif. Le marché canadien est dominé par les assureurs commerciaux non spécialisés. Aux États-Unis, divers assureurs à vocation commerciale et d'autres sans but lucratif se partagent le marché.

Le nombre et le type des assureurs influent sur le degré de concurrence. Dans plusieurs pays de l'OCDE, les marchés sont concentrés et dominés par une poignée d'assureurs, qui profitent généralement de la faible mobilité des assurés pour contrôler le marché. Quelques pays de l'OCDE – Australie, États-Unis, France, Pays-Bas et Suisse – comptent un grand nombre d'assureurs, mais dans certains d'entre eux, la mobilité des assurés est en fait très réduite²⁵. En outre, plusieurs de ces marchés, tels que l'Australie et les États-Unis, restent concentrés, un petit nombre d'assureurs détenant une part de marché significative, même si, aux États-Unis, la concentration des marchés de l'assurance-maladie privée varie d'un État à l'autre (Chollet *et al.*, 2003, p. 5). La coexistence, sur certains marchés, d'assureurs à vocation commerciale et d'autres sans but lucratif a entraîné l'évolution des pratiques des assureurs. Aux États-Unis et en France, la concurrence entre assureurs à vocation commerciale et assureurs sans but lucratif pose

problème aux mutuelles, dont les pratiques se basent davantage sur le principe de solidarité. Sur plusieurs marchés de l'UE, les assureurs adoptent le même comportement, qu'ils aient un but lucratif ou non. Dans les pays où coexistent régimes d'employeurs et régimes individuels, les premiers sont généralement plus compétitifs au niveau des prix que les seconds, car les employeurs disposent d'un pouvoir de négociation et, de leur côté, les assureurs souhaitent attirer des groupes importants.

La structure actionnariale et la gamme des activités des assureurs peuvent susciter d'autres problèmes pour le marché. S'il est vrai qu'un faible nombre d'acteurs tend à limiter la concurrence, comme c'est le cas sur le marché de l'assurance irlandais, l'existence de plusieurs acteurs n'est pas le seul indicateur de la compétitivité du marché. La mobilité entre assureurs est réduite dans de nombreux pays de l'OCDE. Par ailleurs, il est quelquefois difficile d'encourager l'instauration d'une concurrence « saine » et équitable entre les assureurs-maladie privés, ceux-ci étant incités à se concentrer sur les « bons » risques et donc à négliger les personnes plus vulnérables. Le fait que certains assureurs-maladie privés (aux Pays-Bas et en Suisse) soient des filiales d'assureurs sociaux opérant sur des segments soumis à des réglementations différentes (assurance facultative et assurance obligatoire) limite la concurrence et la mobilité des consommateurs, tant dans le système public que dans le système privé. Cela tient au fait qu'il est difficile ou peu pratique pour les assurés de changer d'assureur et qu'il leur est plus simple de conserver le même assureur pour leurs couvertures sociale et privée ; par exemple, la sélection des risques au sein de la composante privée peut engendrer des problèmes pour les deux types de couverture.

3. L'assurance-maladie privée a contribué aux performances des systèmes de santé²⁶

La contribution de l'assurance-maladie privée aux performances du système de santé peut être évaluée selon différents points de vue, les principales dimensions de ces performances étant l'accès aux soins et la protection financière ; la réactivité et le choix ; la qualité ; et enfin le coût.

3.1. Accès aux soins et protection financière

L'assurance-maladie privée a offert une couverture primaire à des groupes de population n'ayant pas accès aux programmes publics et a assuré une protection contre des risques non couverts par ces programmes. Elle a permis l'injection de ressources supplémentaires dans les systèmes de santé et, ce faisant, contribué à l'expansion des capacités et des services. Là où les listes d'attente dans le secteur public étaient très longues, elle a facilité l'accès à des soins rapides. Néanmoins, tous ces avantages sont tributaires de la structure et de la réglementation des systèmes de prestations, des comportements stratégiques des assureurs, du rôle de l'assurance-maladie privée et de la réglementation des couvertures publique et privée. En outre, certains arbitrages sont inévitables. Lorsque les ressources et l'offre sont rares, il peut être judicieux de rationner les services sur la base de la prédisposition des individus à payer pour leur utilisation, par exemple au travers d'une assurance-maladie privée volontaire. Cependant, on observe également le développement de certaines inégalités. L'un des corollaires des avantages offerts par l'assurance-maladie privée en termes d'accès aux soins est que les populations sans couverture privée se trouvent automatiquement désavantagées. Si les titulaires d'une assurance-maladie privée bénéficient de soins plus rapides, les décideurs doivent souvent

effectuer un arbitrage entre les considérations d'équité et le désir de promouvoir le choix et l'accès au travers de l'assurance-maladie privée.

L'assurance-maladie privée constitue l'unique couverture de certains groupes de population

Dans les systèmes où l'accès à la couverture maladie publique est ciblé et non universel, l'assurance-maladie privée offre une protection. Son rôle est particulièrement important dans les pays sans couverture universelle, où l'assurance privée existe de longue date. Aux Pays-Bas, par exemple, pratiquement toute la population n'ayant pas accès à l'assurance sociale est titulaire d'une assurance-maladie privée (environ un tiers de la population totale) et la majorité des bénéficiaires de l'assurance sociale sont titulaires d'une assurance-maladie privée pour les services non remboursés par le régime public. Aux États-Unis, la majeure partie de la population âgée de moins de 65 ans et non couverte par le régime public est titulaire d'une assurance-maladie privée. Cependant, à l'inverse de ce que l'on observe aux Pays-Bas, la couverture aux États-Unis reste très lacunaire puisque d'importants sous-groupes de population ne sont pris en charge ni par les régimes publics ni par les régimes privés.

Cela étant, dans certains autres pays sans couverture universelle ou qui imposent aux patients des paiements non remboursables substantiels, le rôle de l'assurance-maladie privée n'est pas aussi important que l'on pourrait s'y attendre. Ainsi, en Corée, où le régime public finance 44 % des dépenses totales de santé, la part des paiements à la charge des patients atteint pas moins de 41 %. Ce faible développement de l'assurance-maladie privée pourrait s'expliquer par l'absence de tradition de couverture privée ou volontaire en Corée, où la population a été habituée à financer elle-même ses dépenses de santé avant que ne soit instaurée la couverture publique. Les autres explications possibles incluent l'existence d'une tradition de solidarité familiale, attestée par la propension à l'autofinancement des frais de santé, et des facteurs culturels qui rendent peut-être l'assurance moins attrayante. De même, en Grèce et au Mexique, la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé reste bien inférieure à la moyenne de l'OCDE. Pour autant, le marché de l'assurance-maladie privée ne s'y est pas développé de manière significative. En Turquie, l'assurance-maladie privée est en expansion depuis peu, mais elle couvre encore moins de 2 % de la population.

Dans certains pays, l'assurance-maladie a accéléré l'accès aux soins hospitaliers

La structure des systèmes de santé et le rôle de l'assurance-maladie privée influencent les disparités d'accès aux soins entre personnes ayant des statuts différents au regard de l'assurance. Dans les pays de l'OCDE où l'on n'observe pas de délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes – tels que l'Allemagne, la Belgique, les États-Unis, la France, le Japon et la Suisse – tous les assurés accèdent aux soins en temps voulu, que leur couverture principale soit publique ou privée. Ces pays sont généralement dotés de systèmes basés sur l'assurance (publique ou privée), où « l'argent suit le patient », où les spécialistes sont payés à l'acte plutôt que sous forme de salaire, et où les contraintes générales liées à l'activité sont moins nombreuses que dans les systèmes de santé plafonnant plus strictement le niveau d'activité et de dépenses (Siciliani et Hurst, 2003). Inversement, dans certains systèmes de santé qui pâtissent de délais d'attente très longs, être titulaire d'une assurance-maladie privée permet d'accéder aux soins plus facilement et plus rapidement, ce qui confère un avantage net vis-à-vis des non-titulaires. La

couverture privée a accéléré l'accès aux soins en particulier dans les pays où elle exerce une fonction parallèle et où sont apparues des installations privées offrant des capacités supplémentaires²⁷.

L'Irlande, l'Australie et le Royaume-Uni sont les exemples les plus notables de pays où l'assurance-maladie privée permet d'accéder aux soins non urgents plus rapidement, même si l'on note un phénomène similaire au Danemark, en Italie et en Nouvelle-Zélande, entre autres. De fait, il existe dans quelques-uns de ces pays un lien étroit entre la demande de polices d'assurance-maladie privée et les délais d'attente pour les opérations chirurgicales non urgentes²⁸. Parmi les principales raisons qui incitent les patients à souscrire une assurance privée figurent l'incertitude qui entoure le délai d'attente pour un traitement non urgent dans le secteur public et le mécontentement des patients à l'égard du système de santé public. Dans ces pays, les personnes dépourvues de couverture privée ont moins de liberté dans le choix des prestataires et du moment où seront dispensés les soins – sauf s'ils paient eux-mêmes ces soins.

La possibilité pour les titulaires d'une assurance privée d'accéder plus rapidement aux soins dépend largement des politiques et approches gouvernementales. Lorsqu'ils sont autorisés à soigner des patients assurés dans le public et dans le privé et à percevoir différents niveaux de rémunération pour ces deux activités distinctes, les prestataires publics peuvent être incités à exercer dans le secteur privé. Cela encourage le développement des produits d'assurance-maladie privée offrant aux patients la possibilité d'accéder plus rapidement aux soins non urgents du secteur privé. Par exemple, l'émergence d'un nombre croissant d'établissements privés « doublant » les hôpitaux publics et l'offre de produits garantissant un accès plus rapide aux soins de la part des assureurs privés sont deux tendances qui sont mutuellement renforcées (c'est le cas en Australie). De plus, dans certains pays, l'assurance-maladie privée permet aux patients d'accéder plus rapidement aux soins dispensés dans les établissements publics (par exemple, les interventions chirurgicales non urgentes en Irlande)²⁹.

L'assurance-maladie privée augmente les chances d'un patient d'accéder aux soins dont il a besoin au moment voulu lorsqu'il n'existe pas d'autre forme de couverture maladie ou que les prestataires exerçant une fonction de « filet de sécurité » (c'est-à-dire qui soignent les patients même s'ils ne sont pas en mesure de payer) sont minoritaires. Aux États-Unis, il semble d'après les données que les personnes non assurées attendent d'avoir besoin de soins urgents pour recevoir un traitement – les hôpitaux étant tenus d'assurer ces services gratuitement auprès des plus démunis. En revanche, elles obtiennent moins de services primaires et préventifs (Docteur et al., 2003). Les politiques gouvernementales encourageant l'accès des personnes non assurées à une couverture maladie peuvent permettre à ces catégories d'accéder plus rapidement aux soins requis.

Lorsqu'ils sont soignés plus rapidement, ce que permettent les assurances-maladie privées exerçant une fonction parallèle, les patients souffrent moins, psychologiquement et physiquement, et peuvent même recouvrer un état de santé plus satisfaisant dans les cas où les délais d'attente pour les assurés publics sont très longs³⁰. Ces avantages doivent néanmoins être mis en balance avec d'autres objectifs de la politique publique, tels que l'équité. Cet arbitrage nécessaire a conduit les décideurs néerlandais à faire des choix différents. Bien qu'il existe aux Pays-Bas un système de prestations privé et des délais d'attente pour les soins non urgents, les titulaires d'une assurance privée ne sont pas prioritaires par rapport aux non-titulaires. Ce système est conçu pour orienter tous les

patients vers les mêmes types de soins, quel que soit leur statut au regard de l'assurance. Ce système favorise l'égalité d'accès aux services caractérisés par de longs délais d'attente et réduit donc certains avantages potentiels de l'assurance-maladie privée (à savoir, un accès plus rapide aux soins et le choix du prestataire). La mesure dans laquelle les décideurs encouragent (ou n'empêchent pas) le développement de marchés d'assurance-maladie privée offrant un accès plus rapide aux soins reflète l'importance relative accordée d'une part à la possibilité d'être soigné plus rapidement par le biais d'une assurance privée et d'autre part aux considérations d'équité.

L'assurance-maladie a amélioré les capacités et l'offre de services de certains systèmes

L'assurance-maladie privée a injecté des ressources financières dans certains systèmes de santé, ce qui a permis de financer des capacités et des services supplémentaires³¹. En contrepartie, elle a parfois stimulé la demande et, ce faisant, intensifié les pressions sur les systèmes de santé, allant dans certains cas jusqu'à biaiser l'allocation des ressources.

L'assurance-maladie privée augmente l'offre... Dans certains pays, l'assurance-maladie privée parallèle a financé le développement des capacités du secteur hospitalier privé, atténuant la gêne occasionnée aux patients par le rationnement non fondé sur les prix dans les hôpitaux publics. Seuls quelques pays de l'OCDE se caractérisent à la fois par des délais d'attente élevés et un taux de couverture de l'assurance-maladie privée important. L'Australie a cherché à renforcer le rôle de l'assurance privée, perçue comme le principal moyen pour soulager des hôpitaux publics surchargés. Pour sa part, l'Irlande a mis l'accent davantage sur le système public pour atténuer les problèmes d'attente. La comparaison entre pays des délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes montre que les délais sont plus longs en Irlande qu'en Australie malgré un niveau de couverture privée similaire (Hurst et Siciliani, 2003). Une explication partielle pourrait résider dans le fait que l'assurance-maladie privée australienne joue un rôle accru dans le financement des traitements dispensés par les hôpitaux privés, en particulier les interventions chirurgicales non urgentes. Les subventions publiques aux soins dispensés aux patients hospitalisés dans le privé ont également contribué à l'expansion du secteur hospitalier privé (alors qu'en Irlande, les hôpitaux privés sont intégralement financés par des fonds privés). Dans les pays où l'assurance-maladie privée parallèle couvre une fraction moins importante de la population mais où certains assureurs privés ont acheté des hôpitaux, tels que l'Espagne et le Royaume-Uni, l'assurance-maladie privée a quelque peu contribué au renforcement des capacités³².

Il est probable que la contribution financière de l'assurance-maladie privée ait favorisé le développement des capacités globales y compris dans les systèmes sans délais d'attente. En prenant en charge la fraction du coût non remboursée par la sécurité sociale, l'assurance-maladie privée en France a participé au financement des traitements dispensés par les médecins et les hôpitaux. Aux États-Unis, l'assurance-maladie privée a également fourni des ressources substantielles aux hôpitaux.

Dans bien des cas, l'assurance-maladie privée a financé la fourniture de volumes de traitements plus importants en offrant aux prestataires des rémunérations plus intéressantes. Les incitations financières liées aux mécanismes de rémunération exercent un effet direct sur la productivité des médecins³³. Dans plusieurs pays où les médecins peuvent exercer à la fois dans le public et dans le privé, comme l'Australie et l'Irlande, cet

effet a entraîné une hausse du volume de traitements dispensés dans les hôpitaux privés (Colombo et Tapay, 2003 et 2004b). De nombreux pays de l'OCDE autorisent leurs médecins à pratiquer deux niveaux d'honoraires selon qu'ils consultent dans le public ou dans le privé³⁴ et permettent le cumul des postes, afin que le personnel reste motivé. De même, certains pays, dont l'Australie et l'Irlande, autorisent les hôpitaux publics à soigner des patients assurés dans le privé. Grâce à cette source de financement privée supplémentaire, les hôpitaux publics améliorent leurs revenus. Mieux rémunérés, leurs médecins restent plus volontiers dans le secteur public. Quant aux patients privés, ils ont la possibilité de choisir leur médecin et bénéficient de conditions d'hospitalisation plus confortables.

... mais stimule également la demande. La capacité de l'assurance-maladie privée à modérer les pressions exercées par la demande sur le système public se révèle néanmoins limitée. Malgré l'augmentation de la population couverte par l'assurance-maladie privée en Australie et en Irlande, on n'observe aucun signe net de déclin des délais d'attente (Colombo et Tapay, 2003 et 2004b). L'assurance-maladie privée a non seulement redistribué la demande entre hôpitaux publics et hôpitaux privés, mais elle a accru la demande globale, limitant l'impact sur les délais d'attente. Dans certains pays, les incitations créées par l'amélioration du niveau de rémunération sur les marchés d'assurance-maladie privée encouragent les prestataires à maintenir des délais d'attente conséquents dans le système public ou à diriger les patients vers des structures privées qui leur appartiennent pour alimenter leur pratique privée (Hurst et Siciliani, 2003 ; Rodwin, 1993 ; DeCoster *et al.*, 1998 ; Yates, 1995).

En résumé, la contribution de l'assurance-maladie privée au financement de capacités supplémentaires dans le secteur privé est l'un des facteurs qui explique la variation des délais d'attente entre pays³⁵. Il est toutefois difficile de déterminer avec exactitude les effets d'une augmentation ou d'une diminution de la population couverte par l'assurance privée sur les délais d'attente dans chaque pays. La possibilité, pour les médecins exerçant dans le public et le privé, de pratiquer un double niveau de rémunération améliore leur productivité et leur degré de satisfaction. Cependant, l'augmentation du volume global de soins annule en partie les effets du transfert de la demande et de l'utilisation entre hôpitaux publics et privés. De plus, on ignore dans quelle mesure la hausse du taux d'utilisation induite par la couverture privée correspond à un besoin latent (dû, entre autres, au vieillissement démographique et à une demande accrue pour des soins de meilleure qualité) ou plutôt à une demande inutile due au risque moral. Les conséquences pour les résultats sanitaires n'ont pas encore été complètement analysées.

Dans certains pays, l'assurance-maladie privée a instauré un système d'accès à deux vitesses

L'assurance-maladie privée a entraîné des inégalités d'accès aux soins entre les personnes selon qu'elles sont assurées ou non. Dans certains pays de l'OCDE, l'assurance-maladie privée a entraîné des inégalités d'accès aux soins entre les personnes selon qu'elles sont assurées ou non. Une étude comparative sur l'utilisation des services de santé indique que l'assurance-maladie privée – qui couvre majoritairement les catégories à revenu élevé – se traduit par une distribution des consultations de médecins favorable aux riches en Irlande, aux États-Unis, en France, et, dans une moindre mesure, en Australie et au Royaume-Uni (Van Doorslaer *et al.*, chapitre 3 dans ce volume)³⁶. En Espagne, en Irlande, en Italie, au Portugal et au Royaume-Uni, il apparaît en outre que l'accès à

l'assurance-maladie privée exerce un effet positif sur la probabilité de consulter un spécialiste (Jones et al., 2002).

Lorsqu'elles existent, les différences d'accès aux soins entre personnes assurées et non assurées dans le privé résultent des incitations financières créées par la couverture maladie privée. Premièrement, le taux d'utilisation augmente en fonction du degré d'exhaustivité de la couverture (Manning et al., 1987). Ainsi, lorsque l'assurance-maladie privée prend en charge des prestations non couvertes par les programmes publics, elle encourage un taux d'utilisation accru. Deuxièmement, lorsque l'assurance-maladie privée donne accès à des prestataires dont les actes ne sont pas couverts par le régime public, les assurés bénéficient d'un niveau de soins amélioré, comme c'est le cas en Irlande, en Australie, au Royaume-Uni et dans d'autres pays où l'assurance-maladie privée offre une couverture parallèle³⁷. Troisièmement, l'application de modalités de paiement distinctes pour les patients assurés dans le public et dans le privé peut encourager les prestataires à fournir davantage de services dans le secteur privé.

Mais ces différences ne suscitent pas les mêmes préoccupations auprès de tous les gouvernements de l'OCDE. Le risque que la différenciation de l'accès ou de la rapidité d'accès aux soins entre personnes assurées et non assurées dans le privé entraîne l'apparition d'un régime à deux vitesses ne suscite pas le même degré de préoccupation parmi les décideurs des différents pays de l'OCDE, et tous n'apportent pas les mêmes réponses à ce problème. L'existence simultanée d'un marché de l'assurance-maladie privée et de délais d'attente n'est pas forcément facteur de disparités dans la rapidité d'accès au soins (cela n'a pas été le cas aux Pays-Bas par exemple). Ce sont en fait les caractéristiques du système de santé, notamment le lien entre les sources de financement et les structures de prestation, ainsi que les politiques gouvernementales, qui affectent la probabilité de telles disparités.

En Australie et en Irlande, par exemple, les décideurs ont encouragé le développement de l'assurance-maladie privée pour pouvoir offrir aux personnes disposées à en payer le prix un niveau de soins ou de choix supérieurs à celui du système public (Colombo et Tapay, 2003 et 2004b). Les inégalités d'accès aux soins liées au statut au regard de l'assurance suscitent une inquiétude particulière en Irlande, où de telles inégalités ont été constatées dans les hôpitaux publics, car ces derniers sont censés soigner les patients indépendamment de la manière dont ils sont couverts³⁸. Lorsque l'assurance-maladie privée confère un avantage substantiel en termes d'accès, comme c'est le cas dans les pays à longs délais d'attente, cela devient une source de préoccupation pour les décideurs. Cependant, l'avantage dont bénéficient les assurés privés en termes d'accès ne constitue pas nécessairement un motif pour incriminer l'assurance privée ; il peut souligner la nécessité d'améliorer la couverture publique.

Le problème de l'équité peut aussi se poser lorsque les médecins exercent simultanément dans les hôpitaux publics et privés. Dans ce cas, le fait que les médecins perçoivent des honoraires plus élevés auprès des patients assurés dans le privé peut modifier l'élasticité de l'offre médicale entre secteur public et secteur privé et amoindrir le volume et la qualité du temps consacré par les médecins aux patients du public³⁹. Dans les contextes où les paiements « informels » sont fréquents, les décideurs peuvent être tentés de promouvoir l'assurance-maladie privée pour favoriser la transition vers un mécanisme de paiement plus formel. C'est précisément ce que souhaiteraient faire certains pays d'Europe orientale tels que la Slovaquie (Colombo et Tapay, 2004a).

Dans les pays où les systèmes de soins où la différenciation de l'accès aux soins entre titulaires et non-titulaires d'une assurance privée est jugée inacceptable, les décideurs sont intervenus de différentes manières. Certains ont réglementé le montant des honoraires facturés aux assurés privés, établi des règles explicites concernant l'accès aux soins ou imposé des obligations aux médecins exerçant dans le public et dans le privé pour minimiser le risque d'inégalité⁴⁰. Aux Pays-Bas, le système est conçu pour orienter les patients vers le même type de soins et le même niveau de choix quelque soit leur statut, en mettant en œuvre des niveaux d'honoraires uniformes pour tous les patients et un accès universel à tous les prestataires (Tapay et Colombo, 2004)⁴¹. Le gouvernement irlandais contrôle l'accès aux services financés par le régime public pour garantir à la population entière un accès permanent aux soins médicalement nécessaires. En France, où l'on a constaté que les personnes à faible revenu sans assurance complémentaire privée étaient désavantagées par rapport aux personnes avec assurance privée (86 % de la population en 2000), le gouvernement a introduit un programme d'assurance complémentaire publique pour réduire l'inégalité d'accès aux soins liée au statut vis-à-vis de l'assurance (CMU ou couverture maladie universelle)⁴². Toutefois, ces approches n'ont pas toutes la même efficacité et doivent être surveillées, voire renforcées dans certains cas. En particulier, dans les systèmes à niveaux de rémunération différenciés, le risque existe que les patients titulaires d'une assurance privée bénéficient d'un traitement préférentiel – et cela peut se produire y compris dans les systèmes conçus pour éviter ce risque⁴³.

L'assurance-maladie privée n'est pas toujours abordable ou accessible

La proportion de la population couverte par l'assurance-maladie privée varie grandement entre les pays de l'OCDE. Les politiques gouvernementales qui encouragent ou rendent obligatoire la couverture privée, l'existence d'une prédisposition culturelle à l'assurance, les liens entre l'assurance-maladie privée et le degré d'exhaustivité du programme public et la prépondérance des couvertures collectives financées par les employeurs font partie des facteurs qui expliquent la popularité de l'assurance-maladie privée dans certains pays.

La mesure dans laquelle les décideurs doivent s'inquiéter de la faiblesse de la couverture maladie privée, voire de son absence, dépend du rôle que joue l'assurance-maladie privée dans le système de santé. Sur les marchés primaires, la non-affiliation à un régime privé implique généralement l'absence de couverture maladie, ce qui pose problème. En revanche, sur les marchés où l'assurance-maladie privée a une fonction supplémentaire et couvre essentiellement les services de luxe et de confort, un faible taux de couverture n'est probablement pas aussi préoccupant. Dans les systèmes de financement panachés public/privé situés entre ces deux extrêmes, la différenciation de l'accès à l'assurance-maladie privée peut être gênante et les problèmes spécifiques qu'elle pose aux décideurs dépendent du rôle de l'assurance-maladie privée et de ses interactions avec le programme public.

Sur les marchés de l'assurance-maladie privée primaires, la nature souvent volontaire de l'assurance-maladie privée, combinée au caractère privé de son financement, exacerbent le risque de non-affiliation. Pour améliorer l'accès de l'ensemble de la population aux soins nécessaires, la Suisse a rendu obligatoire la souscription d'une couverture de base complète, éliminant le risque de non-couverture des services de base. Dans les pays où la souscription d'un contrat d'assurance-maladie privée n'est pas obligatoire, on note des différences surprenantes dans la proportion d'individus non

couverts par le régime public qui souscrivent volontairement un contrat d'assurance-maladie privée. Aux Pays-Bas, où environ un tiers de la population (les personnes dépassant un certain seuil de revenu) n'est pas admissible à l'assurance sociale, la grande majorité de cette catégorie souscrit volontairement une assurance privée ; les surcoûts induits par les personnes à haut risque titulaires d'une assurance privée sont subventionnés par des surprimes imposées au reste du marché. Cette popularité de l'assurance-maladie privée s'explique par une combinaison de facteurs : une préférence culturelle marquée pour l'assurance, le coût raisonnable des primes d'assurance-maladie privée, l'accès garanti à l'assurance-maladie privée pour les personnes à haut risque et la possibilité de souscrire une police supplémentaire auprès des filiales des assureurs sociaux.

Aux États-Unis, où l'assurance-maladie privée couvre pourtant une proportion élevée de la population (72 %), l'absence de système public universel, combiné au caractère volontaire de l'assurance-maladie privée, se traduit par une forte proportion de personnes non assurées (14 % en 2000). Un vaste débat a cours actuellement sur les approches qui permettraient d'améliorer l'accès de ce segment important de la population à la couverture qui lui fait défaut. Ces approches vont de l'extension des programmes publics à l'octroi d'un traitement fiscal préférentiel aux souscripteurs de contrats d'assurance-maladie privée, notamment les particuliers (Docteur et al., 2003).

Dans un grand nombre de ces pays de l'OCDE, les employeurs œuvrent dans une large mesure à la généralisation de la couverture maladie privée. Les contrats d'assurance-maladie privée financés par l'employeur sont avantageux pour les salariés car les employeurs parviennent généralement à négocier de meilleures conditions de couverture. Le plus souvent, ces contrats sont exonérés d'impôts pour les salariés et fiscalement déductibles pour les employeurs, même si ce n'est pas le cas dans tous les pays (en Australie, par exemple, ces contrats sont soumis à un impôt sur les avantages sociaux). Si les contrats d'assurance-maladie privée financés par l'employeur peuvent majorer les coûts de main-d'œuvre, ils jouent un « rôle social » important en facilitant l'accès à l'assurance-maladie privée dans plusieurs pays de l'OCDE.

Dans les autres pays de l'OCDE, l'assurance-maladie privée couvre généralement moins de la moitié de la population. Ce niveau reflète souvent l'existence de programmes publics universels plus complets, un intérêt limité de la part des consommateurs, l'absence de tradition en matière d'assurance-maladie privée, des primes élevées et, bien souvent, le peu d'importance accordée à cette question par les décideurs. En Australie et en Irlande, les décideurs encouragent l'adoption d'une couverture maladie privée au moyen d'incitations fiscales et d'autres interventions, et l'assurance-maladie privée couvre presque la moitié de la population des deux pays.

Plusieurs obstacles freinent l'accès à l'assurance-maladie privée. Dans la mesure où les primes d'assurance-maladie privée augmentent à un rythme supérieur à l'inflation générale, ce type de couverture est difficilement accessible à certains consommateurs – qu'il joue un rôle primaire ou autre – de sorte que les profils de souscription futurs pourraient devenir moins stables. Les groupes à faible revenu sont ceux qui ont le moins de chances de pouvoir souscrire une assurance privée à mesure que les primes augmentent. Par ailleurs, les assureurs peuvent être incités à rejeter les personnes pour lesquelles ils anticipent une consommation de services de santé plus importante, ce qui limite également l'accès à l'assurance-maladie privée. Les Pays-Bas ont été confrontés à ce

problème avant de mettre en place un « filet de sécurité » pour les personnes à haut risque non admissibles à l'assurance sociale. Ce problème se pose aussi dans de nombreux États des États-Unis pour les personnes en quête d'une couverture individuelle. La plupart des pays où l'assurance-maladie privée constitue une couverture primaire ont mis en place un dispositif pour garantir un certain niveau d'accès à l'assurance privée pour les groupes à haut risque. Toutefois, l'étendue de ces programmes est variable. De manière générale, la législation de l'UE interdit l'imposition de normes d'accès pour ce marché, sauf dans les cas où l'assurance-maladie privée joue un rôle significatif. L'absence de normes ou de clauses d'accès explicites qui a été le corollaire de cette interdiction dans de nombreux pays de l'UE, combinée à la dynamique du marché de l'assurance-maladie privée et au comportement des assureurs, ont créé des obstacles à l'accès sur les marchés d'assurance-maladie privée non primaires à l'intérieur de l'UE⁴⁴.

L'assurance-maladie privée constitue une source de financement potentielle pour les soins de longue durée, mais le marché tarde à se développer

L'assurance-maladie privée constitue une source de financement potentielle pour les soins de longue durée – même si la demande des consommateurs est actuellement limitée dans la plupart des pays de l'OCDE⁴⁵. Compte tenu des changements démographiques et de ceux intervenant sur le marché du travail – vieillissement de la population et augmentation du taux d'activité des femmes – la prise en charge formelle du coût des soins de longue durée revêt un caractère de nécessité croissante. Dans certains pays, les décideurs ont choisi de faire supporter ce coût à la collectivité. Dans d'autres, où ces coûts ne sont pas couverts par le régime public, les paiements à la charge des patients et les soins informels restent les principales formes de financement des soins de longue durée. Bien que le coût de ces soins augmente dans tous les pays de l'OCDE, il est peu probable que des marchés privés spécialisés dans ce type de couverture se développent de manière significative dans l'avenir proche dans la majorité des pays membres. Cela tient en partie à la complexité de ce marché – complexité pour les assureurs, en raison des aspects actuariels subtils et imprévisibles du calcul des primes et de la difficulté de maintenir une population assurée diversifiée ; pour les consommateurs, dont la compréhension de ces questions est limitée ; et enfin pour les organismes de réglementation, qui sont confrontés à des marchés nouveaux et en mutation. Le développement de ce marché est également entravé par le coût généralement élevé des polices d'assurance (notamment par rapport à la perception qu'ont les personnes jeunes de leur exposition au risque, ainsi qu'au regard du revenu souvent fixe des personnes âgées) et la limitation de l'offre.

Il appartient à chaque pays de décider si les soins de longue durée doivent être financés par des sources publiques ou privées en fonction des objectifs de la politique publique, des priorités politiques et culturelles, des groupes de population ou des services ciblés par les fonds publics, ainsi que des ressources disponibles. Néanmoins, en l'absence de couverture publique des soins de longue durée et dans l'éventualité où un marché privé se développerait pour la prise en charge de ces coûts, les décideurs pourraient être amenés à intervenir pour réglementer les conditions d'accès et les prestations et établir des mécanismes de protection des consommateurs. Ces mesures pourraient renforcer l'attrait de l'assurance privée pour soins de longue durée aux yeux de la population. Compte tenu des liens qui existent avec les politiques liées aux retraites et pensions d'invalidité privées, il est important de coordonner les actions menées sur ces différents fronts.

La possibilité pour les individus de choisir une assurance-maladie privée de préférence à la couverture publique pourrait réduire la mutualisation des risques au sein du système public

Dans les contextes où les individus sont libres de choisir une couverture publique ou privée – ou un assureur public ou privé offrant une couverture publique – les interactions entre programmes publics et programmes privés ont causé quelques problèmes. Parmi les pays qui offrent cette possibilité figurent l'Allemagne, pour les personnes à revenu élevé, et l'Espagne, pour les fonctionnaires⁴⁶. Ce régime de « l'option de retrait » peut influencer le profil de risque au sein du système public. Dans le cas de l'Allemagne, les assurés privés sont généralement plus jeunes et en meilleure santé, ce qui prive l'assurance sociale de quelques-uns des risques les moins onéreux. Bien que de nombreux jeunes travailleurs n'atteignent pas le seuil de revenu les autorisant à s'exclure du régime public, en 2002, le nombre de personnes qui avaient choisi de passer d'un régime privé au régime d'assurance sociale ne représentait qu'un tiers de celles ayant quitté leur caisse d'assurance-maladie au profit d'un assureur privé (Verband der Privaten Krankenversicherung, 2003). Pour protéger le groupe de risques de l'assurance sociale, l'Allemagne a sérieusement limité les possibilités pour un assuré privé de réintégrer le régime public. Par ailleurs, les autorités se réservent le droit de déclencher un mécanisme de péréquation qui obligerait certains assurés privés à subventionner le coût de la couverture des personnes âgées titulaires d'une police standard à tarif plafonné⁴⁷, mais cela n'a pour l'instant pas été nécessaire.

Néanmoins, des inquiétudes demeurent quant aux répercussions de ce régime d'option de retrait sur l'étendue du groupe de risques de l'assurance sociale. Aux États-Unis, les personnes âgées bénéficiant du programme Medicare peuvent choisir de s'affilier auprès d'un assureur privé habilité « Medicare+Choice » pour leur couverture publique, ce qui leur donne parfois accès à des avantages supplémentaires tels que la prise en charge des frais de pharmacie. Traditionnellement, les affiliés au programme Medicare+Choice sont en meilleure santé et coûtent moins cher à l'assurance-maladie que les affiliés au programme traditionnel Medicare, basé sur un régime de paiement à l'acte (Dallek et al., 2003). Celui-ci se retrouve donc avec une proportion plus élevée de personnes en moins bonne santé. Il faut prendre en compte ces données pour fixer les niveaux de remboursement et structurer les régimes à financement mixte pour éviter que les régimes d'assurance-maladie privée ne bénéficient d'un profil de risque plus favorable, au détriment du reste du programme public.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

Les décideurs qui refusent l'émergence d'un régime d'accès à deux vitesses peuvent choisir d'intervenir pour minimiser certains risques d'inégalités. Ils peuvent fixer des règles explicites pour garantir l'égalité d'accès aux services, par exemple en imposant une liste d'attente unique pour les soins non urgents, valable pour les patients à couverture publique comme pour les assurés privés, ou en faisant en sorte que tous les prestataires reçoivent les patients dans le même cadre de soins et soient soumis à un niveau de remboursement unique. Les responsabilités des prestataires à l'égard des patients assurés auprès du régime public pourraient être clarifiées et régulièrement contrôlées. Par ailleurs, pour éviter que les prestataires n'accordent des traitements différenciés aux différentes catégories d'assurés, il pourrait être utile de confier la gestion des listes d'attente à un acteur neutre.

Lorsque l'accès à l'assurance-maladie privée est limité et que les décideurs estiment qu'il s'agit d'un problème, divers programmes ou normes peuvent être adoptés pour améliorer l'accès à une couverture privée (voir également la section 4 ci-dessous). Par exemple, les initiatives qui facilitent l'accès à une couverture, tels que les groupes à haut risque correctement financés, qui offrent une couverture abordable et appropriée, ou les autres « filets de sécurité » qui garantissent aux personnes à haut risque remplissant les conditions voulues une couverture privée standard, sont utiles pour les personnes qui ont peu de chances d'accéder à une couverture abordable sur le marché de l'assurance-maladie privée. L'application de normes réglementaires à l'ensemble ou une partie du marché de l'assurance-maladie privée peut également améliorer l'accès.

3.2. Réactivité des systèmes de santé

Dans de nombreux pays de l'OCDE, l'assurance-maladie privée élargit le choix offert aux patients à plus d'un titre. Premièrement, le simple fait de souscrire une assurance-maladie privée offre aux individus une option supplémentaire pour financer leurs soins de santé. Deuxièmement, l'assurance-maladie privée donne fréquemment aux patients une plus grande liberté pour choisir leur prestataire, leur traitement et le moment de l'intervention du praticien, bien que l'étendue et la nature de ce choix accru dépendent de la réglementation de l'offre dans le système public, des règles de pratique des assureurs ainsi que de leurs stratégies. Les marchés de l'assurance-maladie privée proposent en général un large éventail de couvertures, caractérisées par différents avantages et différents niveaux de participation aux frais. Cependant, cette liberté de choix accrue peut avoir une contrepartie et nécessiter l'intervention des pouvoirs publics, notamment concernant l'information sur les produits.

L'assurance-maladie privée est synonyme de choix élargi

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la simple présence d'un marché de l'assurance-maladie privée offre aux consommateurs une plus grande liberté pour financer leurs soins de santé. En l'absence d'un tel marché, certains ne seraient pas en mesure de s'assurer contre les frais de santé non remboursés par le régime public ; l'assurance-maladie privée leur donne le moyen de financer ces dépenses. Les avantages proposés par l'assurance-maladie privée incluent la prise en charge du ticket modérateur du régime public (assurance-maladie privée complémentaire), la prise en charge du coût des médicaments ou des honoraires de prestataires non remboursés par certaines couvertures publiques (assurance-maladie privée supplémentaire ou parallèle, respectivement), la possibilité de souscrire une assurance privée lorsque aucune couverture publique n'est disponible (assurance-maladie privée principale), ou la possibilité pour les individus de « se retirer » du régime public (assurance-maladie privée de substitution). Dans tous ces cas, en l'absence d'assurance-maladie privée, les consommateurs devraient acquitter ces dépenses eux-mêmes ou recourir à des instruments d'épargne personnelle, deux solutions de financement plus régressives.

Dans certains pays de l'OCDE, les affiliés aux régimes d'assurance-maladie privée disposent d'un choix plus large pour les prestataires, les prestations et le niveau de participation aux coûts

Dans certains pays de l'OCDE, l'assurance-maladie privée offre aux consommateurs une plus grande liberté pour choisir les prestataires et le cadre de soins, même si, dans la

plupart des cas, seul un segment limité de la population bénéficie de cet avantage. La faculté de l'assurance-maladie privée de promouvoir une plus grande liberté de choix des prestataires dépend non pas tant de différences intrinsèques entre les régimes d'assurance-maladie public et privé que de la structure du système de soins et, en particulier, du fait que les assurances publique et privée couvrent l'ensemble ou une partie seulement des prestataires du système de santé. Par exemple, dans les systèmes à couverture parallèle, l'assurance-maladie privée offre un choix plus large aux affiliés car elle rembourse le coût des soins dispensés dans les hôpitaux privés, qui ne reçoivent pas ou pratiquement pas de fonds publics. Comme les hôpitaux privés ont des capacités disponibles et assurent principalement des soins non urgents, l'assurance-maladie privée offre également un accès plus rapide aux traitements non urgents, notamment en Australie, Irlande, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Dans plusieurs pays à garantie parallèle, la possibilité qu'ont les médecins de facturer aux assurés privés des honoraires plus élevés garantit à ces derniers un accès préférentiel aux médecins de leur choix, un avantage que n'offrent pas certains systèmes publics⁴⁸. Aux États-Unis, le choix offert par les régimes d'assurance-maladie privée et les programmes publics dépend du type de couverture (régime d'indemnisation maladie ou de soins gérés) et des offres spécifiques des régimes privés. Par exemple, les bénéficiaires du programme traditionnel Medicaid n'ont pas forcément les mêmes possibilités de choix du prestataire que les affiliés aux régimes d'indemnisation maladie privés et au programme traditionnel Medicare basé sur les paiements à l'acte, car les réseaux de médecins et de prestataires participant au programme Medicaid ne sont pas toujours aussi étendus. Les personnes couvertes par un régime de soins gérés – qu'il s'agisse d'un régime privé, de Medicare ou de Medicaid – disposent également d'un choix plus limité, qui dépend des caractéristiques spécifiques du régime. Les assureurs privés américains proposent une large gamme de régimes d'assurance avec des degrés de choix du prestataire variables, allant des organismes de soins de santé intégrés (HMO) aux organismes dispensateurs de services à tarifs préférentiels (PPO) en passant par les régimes d'indemnisation maladie⁴⁹.

Inversement, dans les systèmes de santé où les patients disposent d'une liberté illimitée pour le choix du prestataire, l'assurance-maladie privée propose des options similaires ou très proches. Sur les marchés de l'assurance-maladie privée primaires en Allemagne et aux Pays-Bas, les affiliés aux régimes privés ne bénéficient pas d'un choix beaucoup plus étendu, car ni les caisses de maladie ni les assureurs privés ne limitent sensiblement le choix du prestataire. Cela est surprenant dans le cas de l'Allemagne, où les assureurs privés et publics n'appliquent pas les mêmes taux de remboursement, contrairement à ce qui se fait aux Pays-Bas.

Par ailleurs, les assureurs-maladie privés proposent généralement un large éventail de produits, propice à un choix plus vaste concernant les prestations et les modalités de protection financière, et donc mieux à même de satisfaire les préférences de chacun. En Australie et aux États-Unis, par exemple, les marchés d'assurance-maladie privée se caractérisent par un choix excessivement étendu de contrats d'assurance-maladie. Toutefois, les avantages de cette diversité ne sont pas toujours très clairs. Les clients manquent souvent d'informations comparatives faciles à comprendre et ne sont donc pas en mesure de tirer le meilleur parti du choix qui leur est proposé⁵⁰. De plus, lorsque les produits d'assurance-maladie privée incluent une large gamme de niveaux de participation aux coûts et diffèrent dans le niveau de prise en charge des services onéreux particulièrement indispensables aux personnes à haut risque, le choix des produits peut

restreindre la mutualisation des risques sur le marché. Les personnes à faible risque seront plus volontiers attirées par les produits où la participation aux coûts est plus élevée et la gamme de prestations couvertes moins étendues, tandis que les personnes à haut risque choisiront une faible participation aux coûts, comme on peut l'observer sur le marché des contrats individuels aux États-Unis ainsi qu'en Australie. En revanche, sur le marché de l'assurance-maladie privée irlandais, où les offres de la plupart des assureurs se concentrent sur cinq produits comparables, les consommateurs affichent un niveau de satisfaction élevé. Cela signifie qu'il n'est pas nécessaire de proposer une gamme de produits très étendue pour satisfaire les clients.

L'assurance-maladie privée a encouragé l'innovation

Les assureurs ont répondu à la demande des consommateurs en personnalisant leurs produits, en mettant en œuvre des options de couverture souples et novatrices et en se hâtant de couvrir de nouvelles prestations. Aux Pays-Bas, suite au déremboursement des soins dentaires par le régime social, les assureurs-maladie ont rapidement proposé la prise en charge de ces soins. Au Royaume-Uni, où la demande de couvertures maladie privées est liée à des temps d'attente excessifs, certains assureurs ont conçu des produits à faible coût ne couvrant que les traitements non urgents dans les hôpitaux privés. En Irlande, les assureurs proposent depuis peu des produits couvrant les soins primaires afin de combler les lacunes de la couverture publique pour deux tiers de la population. Dans plusieurs pays de l'OCDE, les assureurs privés adaptent le montant des primes aux besoins des individus en faisant varier le niveau de participation aux coûts et les prestations couvertes.

La présence d'acheteurs multiples (publics et privés) a stimulé l'adoption et la diffusion des technologies médicales aux États-Unis, en particulier dans le milieu hospitalier. La concurrence entre hôpitaux, qui résulte en partie de la concurrence entre assureurs, encourage l'adoption précoce et une diffusion rapide de ces technologies⁵¹. L'augmentation de l'intensité des traitements dans les hôpitaux américains peut bénéficier à la fois aux affiliés des programmes d'assurance publics et aux assurés privés. Les marchés d'assurance sont généralement crédités d'une meilleure capacité de réaction que les assureurs publics pour ce qui est des décisions de rembourser les technologies nouvelles et émergentes, même si les données montrant que c'est effectivement le cas sont limitées. En outre, il est difficile de connaître les implications exactes d'un taux rapide d'adoption et de diffusion des technologies, notamment ses effets sur la qualité et les résultats sanitaires. Les investissements dans la technologie ont vraisemblablement un rendement décroissant, d'où la nécessité d'examiner soigneusement leur rapport qualité-prix⁵².

Bien que l'assurance-maladie privée offre aux consommateurs de nombreux pays de l'OCDE un mode de couverture souple et novateur, les pouvoirs publics ont parfois limité le champ d'activité des assureurs au moyen de différents instruments réglementaires. La raison de ces restrictions est que les assureurs sont incités à se servir de la variété des produits existants pour améliorer leur profil de risque. Par exemple, en Australie, la prolifération des offres a entraîné une segmentation des risques de la part de certains fonds, les assureurs étant incités à développer des produits qui correspondent aux besoins des individus présentant un profil de risque particulier. Les consommateurs peuvent alors choisir le régime correspondant le mieux à leur profil de risque, ce qui influe sur le profil de risque global des assureurs (Colombo et Tapay, 2003). Pour les décideurs, la standardisation des offres de prestations – obligatoire aux États-Unis pour les couvertures

supplémentaires Medicare souscrites à titre individuel (« Medigap ») – est un moyen d'aider les consommateurs à opérer leur choix en connaissance de cause, de limiter les risques de confusion et l'achat de couvertures inutiles, et de prévenir certaines activités de sélection des risques⁵³. Cependant, la désirabilité de ce type d'intervention peut dépendre du rôle de l'assurance-maladie privée et du marché considéré. Des offres standardisées plus généreuses peuvent donner lieu à un phénomène d'antisélection – comme cela se produit sur les marchés d'assurance-maladie privée non standardisés. Si les assureurs n'ont pas l'obligation de proposer tous les produits standard, certains pourraient renoncer à offrir ce type de couverture. En outre, si les normes légales ou réglementaires ne permettent pas d'actualiser rapidement les produits standardisés, cela pourrait freiner les changements ou l'innovation requis par l'évolution du marché⁵⁴. Les décideurs néerlandais ont été amenés, pour des raisons d'équité, à décourager certaines innovations de la prestation de soins soutenues par les assureurs, de crainte qu'elles n'engendrent des inégalités d'accès aux soins entre les affiliés aux régimes privés et les autres catégories de patients⁵⁵. À l'évidence, les pays n'évaluent pas tous de la même manière les avantages et les inconvénients de l'assurance-maladie privée, y compris les innovations et les inégalités qui en découlent, ce qui se traduit par des degrés de soutien variables aux diverses activités des marchés d'assurance-maladie privée et par différents niveaux de réglementation.

Dans l'ensemble, la pression de la demande a amené les assureurs à adapter leurs offres aux exigences des clients individuels. Cette pression résulte de la concurrence qui s'exerce sur le marché de l'assurance (les assureurs craignant de perdre des clients s'ils ne s'alignent pas sur le comportement de leurs concurrents) mais aussi du fait que l'achat d'une couverture n'est pas obligatoire sur la plupart des marchés de l'assurance-maladie privée. Même un assureur en position de monopole doit s'efforcer d'être à l'écoute des consommateurs lorsque l'assurance est souscrite à titre volontaire, en particulier lorsque l'assurance-maladie privée n'a pas un rôle primaire et que les individus jugent cette couverture moins indispensable. Dans quelques pays, les décideurs ont néanmoins limité les initiatives des assureurs allant dans le sens de la flexibilité et de l'innovation pour éviter d'entraver l'accès des groupes plus vulnérables à l'assurance-maladie privée⁵⁶. Cela est surtout vrai dans les pays où l'assurance-maladie privée joue un rôle important, que ce soit en termes de population couverte ou de contribution au financement de la santé. Les marchés d'assurance-maladie privée imposent de trouver un compromis entre considérations d'accès et innovation, sans parler de la question des coûts.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

En résumé, l'assurance-maladie privée a étendu la liberté de choix des consommateurs dans plusieurs pays de l'OCDE, mais à des degrés variables qui dépendent de plusieurs facteurs. La structure du système de santé, les modalités de remboursement des prestataires et la latitude dont disposent les consommateurs pour choisir leur prestataire dans les régimes de couverture publics et privés sont autant de facteurs qui déterminent l'éventuel surcroît de liberté offert par l'assurance-maladie privée pour choisir prestations, prestataires et autres avantages. Sur de nombreux marchés d'assurance-maladie privée, l'absence de garde-fous réglementaires et d'informations comparatives adéquates sur les produits ont limité le choix des individus. Dans certains pays, le gouvernement ou des organismes volontaires ont entrepris de diffuser des informations comparatives sur la qualité, les caractéristiques et le coût des différents régimes d'assurance-maladie. En l'absence d'efforts volontaires efficaces – tels que des

initiatives des assureurs qui viseraient à améliorer la transparence du marché et la comparabilité des produits (en s'appuyant sur des services Internet ou la diffusion d'informations à grande échelle) –, la réglementation peut tout à la fois permettre à l'assurance-maladie privée d'améliorer le choix offert aux patients et préserver les conditions d'accès des affiliés des régimes privés comme des régimes publics. Enfin, la mise à disposition d'une gamme restreinte de produits d'assurance – que cette limitation soit le fait des assureurs ou soit dictée par la réglementation – ne pénalise pas nécessairement les consommateurs. En fait, confrontés à un choix limité, les individus sont parfois mieux à même de comprendre les produits qui leur sont proposés et plus confiants. Les décideurs doivent néanmoins trouver le juste équilibre entre deux objectifs – aider les consommateurs à choisir en connaissance de cause –, et permettre aux assureurs d'innover en réponse à l'évolution du marché.

3.3. Qualité des soins

Les assureurs-maladie privés peuvent encourager la fourniture de soins de grande qualité en utilisant des outils qui influencent la fourniture de ces soins, tels que l'adjudication sélective des contrats basée sur des indicateurs de qualité ou d'autres méthodes. Cependant, dans la majorité des pays de l'OCDE, cela n'a pas été le cas – à l'exception des activités d'amélioration de la qualité des soins mises en œuvre par les régimes de soins gérés aux États-Unis et d'autres expériences moins étendues dans quelques pays de l'OCDE. Même si les données sur les résultats sont mitigées, il semble qu'aux États-Unis, les outils de soins gérés aient permis d'améliorer la qualité des soins dans certains cas. La pression exercée par les employeurs et les acheteurs, soucieux d'en avoir « pour leur argent », a encouragé le développement de ces techniques sur les marchés d'assurance-maladie privée américains, tout comme les exigences réglementaires imposées dans certains États. Dans les autres pays, les assureurs n'ont pas encore essayé de modifier les pratiques cliniques ni d'encourager la prestation de soins fondés sur l'expérience et les résultats. Cela n'est pas entièrement surprenant, compte tenu du fait que dans la majorité des pays de l'OCDE, les assureurs-maladie privés participent peu aux décisions entourant la prestation des soins de santé, soit à cause de la structure du système de santé, soit à cause du rôle et des activités que les assureurs sont autorisés à exercer, soit encore à cause du manque d'encouragements financiers et réglementaires. Le manque d'incitations adéquates rétribuant la qualité des soins, telles que les modes de paiement des prestataires basés sur la valeur, et le manque d'informations font partie des raisons qui expliquent le peu d'implication des assureurs dans ce domaine.

À quelques exceptions près, l'assurance privée n'a pas déclenché d'amélioration qualitative

Traditionnellement, c'est au corps médical et à la communauté des prestataires qu'incombait la responsabilité de veiller à la qualité des soins. Cependant, confrontés à des problèmes de qualité, les décideurs de nombreux pays de l'OCDE ont fait du contrôle et de l'amélioration de la qualité des soins des priorités de la politique publique. Plusieurs pays ont entrepris de réformer les institutions d'autoréglementation professionnelle ou de renforcer la surveillance réglementaire du secteur médical. On voit également émerger d'autres instruments qui influencent la qualité des soins, en octroyant, par exemple, un rôle plus important aux acheteurs et au public (Mattke, chapitre 2 dans ce volume).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les assureurs-maladie privés n'ont pas particulièrement cherché à influencer la qualité des services de santé qu'ils financent. Plusieurs facteurs ont probablement contribué à cette situation. Premièrement, les efforts d'amélioration de la qualité nécessitent en général des investissements considérables en ressources – qui ne sont pas forcément justifiés lorsque le rôle de l'assurance-maladie privée est limité. De plus, ces interventions ont souvent pour corollaire d'orienter les consommateurs vers certains prestataires, un processus qui peut restreindre la liberté de choix et donc être mal perçu dans les pays où la demande de couvertures maladie privées est étroitement liée au surcroît de liberté offert par l'assurance privée. Peu de gouvernements ont établi des normes de qualité des soins à l'attention des assureurs privés. En fait, pour ce qui est de la qualité, les décideurs focalisent leur attention sur les prestataires en tant qu'unités responsables plutôt que sur les assureurs. En outre, la qualité des soins est souvent autorégulée par la communauté des prestataires ou par des normes d'accréditation volontaires. L'introduction d'un acteur supplémentaire ne faisant pas partie de la communauté des prestataires risque donc de provoquer une levée de boucliers parmi ces derniers.

Néanmoins, les États-Unis font notablement exception à cette tendance, puisque les assureurs et les régimes de soins financés par l'employeur, en particulier les organismes de « soins gérés », ont activement participé au guidage et à la supervision de certains aspects de la fourniture des soins. Lorsqu'ils exercent une plus grande influence sur les soins qu'ils achètent, les assureurs peuvent obtenir un avantage compétitif en proposant des produits d'un bon rapport qualité-prix. Ces efforts ont été motivés par une combinaison de facteurs – l'évolution du marché, les efforts d'accréditation volontaires et la demande des consommateurs et des acheteurs, notamment des employeurs⁵⁷. Les initiatives réglementaires des États ont également exercé un effet stimulant. Les assureurs ont concentré leurs efforts sur la réduction des soins non nécessaires et la promotion des soins préventifs, selon les cas. Ces activités incluent la mise en place de réseaux sélectifs de prestataires agréés, la pré-autorisation de certains services et la mise en œuvre de programmes de gestion des soins thérapeutiques. Des initiatives similaires existent ou sont en train d'émerger dans quelques autres pays, tels que l'Australie et le Royaume-Uni, mais elles concernent moins d'assureurs et impliquent un éventail moins large d'activités⁵⁸.

La participation des assureurs publics ou privés dans la prestation des soins introduit un acteur supplémentaire dans la relation prestataire-patient. Aux États-Unis, le fait que les régimes de soins gérés participent à la décision d'effectuer ou non des interventions spécifiques a provoqué un mouvement de protestation des plus virulents chez les consommateurs et les prestataires et suscité des inquiétudes quant à la qualité future des soins⁵⁹, déclenchant une véritable « levée de boucliers » contre les soins gérés. Dès lors que les assureurs mettent en œuvre des efforts de gestion des soins qui influent sur la prestation de ces soins, il est important que leurs initiatives favorisent la qualité des soins et non qu'elles l'entravent. Pour protéger les patients contre d'éventuelles dérives des assureurs, de nombreux États des États-Unis imposent des normes de qualité aux régimes de soins. Par exemple, certaines de ces normes portent sur les délais ou sur le niveau d'expertise des processus décisionnels pour les assureurs qui réclament une autorisation préalable avant l'exécution de certains services, tels qu'une hospitalisation⁶⁰. Par ailleurs, il faut citer une initiative importante et utile du secteur privé, le Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS), qui permet aux acheteurs des États-Unis de comparer les

performances relatives des différents régimes de soins selon plusieurs mesures normalisées⁶¹. Cependant, de telles initiatives ne sont pas encore systématiques.

Bien que les marchés de soins gérés aux États-Unis aient quelque peu contribué à promouvoir la qualité des soins, les données globales sur les effets comparés des soins gérés et des régimes d'indemnisation maladie sont mitigées : les régimes de soins gérés n'ont pas fondamentalement modifié les procédures cliniques ni uniformément amélioré la qualité des soins (Miller et Luft, 1997 et 2002). Les caractéristiques des régimes, les arrangements avec les prestataires et les contrôles qualitatifs sont hétérogènes et continuent d'évoluer, et les programmes de prévention et de gestion des soins thérapeutiques ne sont pas systématiques dans tous les régimes. Les incitations financières perverses qui ne récompensent pas les efforts d'amélioration qualitative des assureurs, les progrès accomplis par les prestataires eux-mêmes en matière d'amélioration de la qualité des soins et l'inadéquation des systèmes de mesure de la qualité et de notification sont autant de facteurs qui expliquent l'impact encore limité de l'assurance-maladie privée sur l'amélioration qualitative, même dans les cas où les assureurs ont pris des mesures dans ce sens.

Compte tenu de ses limites, l'assurance-maladie privée n'est peut être pas le meilleur instrument pour améliorer la qualité des soins de santé, notamment dans les pays où elle joue un rôle restreint dans le système de santé. La question de savoir si les assureurs sont les acteurs les mieux placés pour promouvoir l'amélioration de la qualité dépend de la structure des systèmes de santé des pays et des choix des décideurs. Dans un grand nombre de pays de l'OCDE, les assureurs n'ont pour l'instant ni les moyens ni les motivations nécessaires pour investir des ressources significatives dans ce domaine. Les décideurs qui envisagent de faire participer les assureurs à la promotion de la qualité des soins ou de renforcer leur rôle dans ce domaine doivent comprendre que ces efforts impliquent des investissements en ressources considérables de la part des assureurs et que les assurés risquent de regimber devant la limitation du choix du prestataire, ce qui limite la capacité des assureurs à attribuer les contrats de manière sélective sur la base de critères qualitatifs. Les décideurs devront adresser aux assureurs des incitations appropriées pour les encourager à investir dans les initiatives d'amélioration qualitative et stimuler la concurrence basée sur la valeur. Peut-être leur faudra-t-il également convaincre les consommateurs que la restriction du choix des prestataires leur permettra d'accéder aux services de prestataires de grande qualité.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

Il n'existe pas de solution unique pour améliorer la qualité des soins et il est difficile de dire quelles approches fonctionnent le mieux (Mattke, chapitre 2 de ce volume). En fonction de la structure des systèmes de santé des pays et des choix des décideurs, l'amélioration de la qualité pourrait passer par l'instauration d'une concurrence basée sur la valeur sur les marchés d'assurance-maladie ainsi que par des efforts de coopération des pouvoirs publics. Certains assureurs privés ont mis en œuvre des activités portant sur la qualité, mais faute d'être soutenues par un cadre d'incitations approprié, celles-ci ont provoqué des changements incohérents dans les procédures cliniques et les pratiques médicales. Ces activités ont parfois été accompagnées de restrictions impopulaires concernant le choix des prestataires et l'accès aux soins et certaines ont donné des résultats regrettables – soulignant la nécessité d'un contrôle réglementaire qui garantisse la prestation des soins médicalement nécessaires dans des conditions appropriées.

Un contrôle réglementaire est de fait indispensable pour garantir le respect de normes de qualité minimum et la prestation des soins médicalement nécessaires dans des conditions appropriées. Des incitations financières ou budgétaires pourraient également se révéler nécessaires pour inciter les assureurs à prendre des initiatives dans le domaine de la qualité. Les décideurs peuvent montrer l'exemple en révisant les modalités de rémunération au sein des programmes publics de manière à rétribuer la qualité des soins. Les systèmes d'information sur la qualité doivent être renforcés, ce qui nécessitera des interventions directes ou des subventions de la part du secteur public. Enfin, les décideurs devront déterminer quel est le meilleur moyen d'encourager et coordonner les efforts d'amélioration qualitative des secteurs public et privé.

3.4. Coût

L'expérience des pays de l'OCDE en matière d'assurance-maladie privée montre que dans l'ensemble, ces marchés ont peu contribué à la maîtrise des coûts totaux ou de ceux du régime public. En effet, l'assurance-maladie privée n'a pas entraîné de transfert significatif des coûts du secteur public vers le secteur privé. Ce type de transfert a eu lieu dans les systèmes où l'assurance-maladie privée apporte une couverture parallèle, mais même dans ce cas, son impact a été limité car les assurés continuent souvent d'utiliser le système public pour les services les plus onéreux. Dans les pays où les marchés d'assurance-maladie privée sont peu développés, le transfert des coûts a été plus limité encore, et dans d'autres pays, il a été neutralisé par les subventions publiques. Dans la mesure où les services déremboursés concernent essentiellement des prestations accessoires ou marginales, leur impact sur les coûts du régime public a été limité. En outre, dans la plupart des pays où elle joue un rôle dominant, l'assurance-maladie privée a conduit à une augmentation des dépenses de santé publiques et totales, due à la hausse du prix des services de santé (y compris l'augmentation des niveaux de remboursement, qui peut se répercuter sur les programmes publics), à l'augmentation du taux d'utilisation ou à ces deux facteurs réunis. À l'évidence, la désirabilité ou l'acceptabilité de la majoration des coûts dépendent des avantages induits par la hausse des dépenses de soins de santé.

L'assurance-maladie privée n'a que modérément allégé les pressions financières pesant sur les systèmes publics de financement de la santé

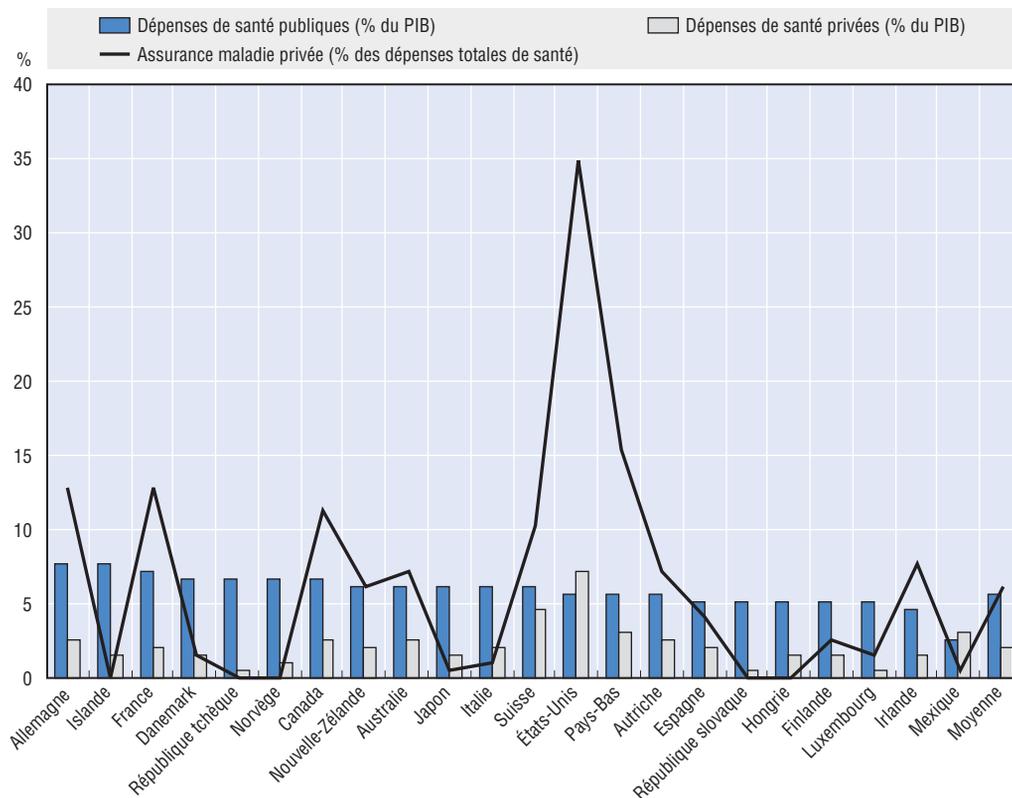
Plusieurs pays de l'OCDE encouragent le développement des marchés d'assurance-maladie privée pour transférer une partie des pressions exercées sur les coûts du secteur public vers le secteur privé. Pour atteindre cet objectif, les décideurs ont employé trois principaux moyens. En Australie, en Irlande et au Royaume-Uni, entre autres pays, l'assurance-maladie privée offre une couverture parallèle à celle des programmes publics universels. Dans certains de ces pays, l'objectif central est de détourner une partie des pressions liées au coût et à la demande du secteur hospitalier public vers les hôpitaux privés. L'Allemagne, les États-Unis et les Pays-Bas ont fixé des critères d'admissibilité aux programmes publics basés sur le revenu ou les caractéristiques démographiques, ou autorisé certaines catégories à s'exclure du régime public. D'autres pays ont déremboursé certains services (par exemple, les soins dentaires en Australie et aux Pays-Bas), créant une niche potentielle pour l'assurance-maladie privée.

Bien que l'assurance-maladie privée puisse théoriquement contribuer à alléger la pression financière pesant sur le secteur public, l'examen des données disponibles montre que cela a rarement été le cas. La fonction de transfert des coûts de l'assurance-maladie

privée est limitée car dans les systèmes à couverture parallèle, les affiliés aux régimes privés continuent souvent d'utiliser les services financés par le régime public, même lorsque leur assurance prend en charge les mêmes services. Cela tient en partie aux différences entre prestataires publics et prestataires privés. Dans plusieurs pays à couverture parallèle, les hôpitaux privés se concentrent sur les risques mineurs et les soins non urgents, les soins plus onéreux, tels que ceux liés à des cas complexes, et les services d'urgence étant relégués au secteur public. En outre, l'assurance-maladie privée a entraîné une hausse globale du taux d'utilisation, qui correspond seulement en partie à un transfert de la demande du secteur public vers le secteur privé (voir l'exemple de l'Australie)⁶².

Bien que l'admissibilité aux programmes de couverture publique soit limitée en Allemagne, aux États-Unis et aux Pays-Bas, les dépenses publiques en proportion du PIB sont relativement élevées dans ces pays – mais elles le seraient encore plus si tous les groupes de population étaient couverts par le régime public (graphique 6.5). Sur ces marchés, l'assurance-maladie privée couvre généralement les personnes plus jeunes et en meilleure santé. Pour leur part, les personnes âgées ou à risque plus élevé, qui sont à l'origine de la grande majorité des dépenses totales de santé, sont affiliées aux programmes publics. Les États-Unis sont le pays de l'OCDE où le prix des soins de santé est le plus élevé (Docteur *et al.*, 2003). Ce phénomène peut s'expliquer partiellement par la présence de payeurs multiples et concurrents, qui poussent à la diffusion des services technologiquement avancés (McClellan *et al.*, 2002).

Graphique 6.5. **Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB et part de financement des dépenses de santé par l'assurance-maladie privée, 2000**



Source : Éco-santé OCDE 2003, 2^e édition.

L'exclusion de certains services du champ de la couverture publique permet sans aucun doute de juguler les dépenses publiques. Au Canada, la couverture maladie publique ne prend pas en charge les médicaments prescrits aux patients externes⁶³ et les provinces n'assurent qu'une prise en charge limitée. Aussi ce poste représente-il près de la moitié des demandes de remboursement adressées aux assureurs privés⁶⁴. Toutefois, les services les plus prompts à être déremboursés, tels que les soins optiques et dentaires, représentent rarement une fraction significative des coûts des systèmes de santé. La proportion de ces coûts prise en charge par les assurances privées, par rapport aux dépenses à la charge des patients, varie selon les pays. En Australie, en France et aux Pays-Bas, une large proportion de la population est couverte par une assurance-maladie privée qui prend en charge les soins dentaires, partiellement (France, Pays-Bas) ou pas du tout (Australie) remboursés par le régime public. Il est souvent délicat, sur le plan politique, de dérembourser les services les plus coûteux, car ce type de tentative risque de soulever des inquiétudes quant aux implications de la perte de couverture pour les soins médicalement nécessaires. Pour ces raisons, les débats sur le déremboursement se sont focalisés sur les services jugés alternatifs ou moins indispensables sur le plan médical, ou pouvant être autofinancés sans trop de difficulté par la majorité de la population.

L'assurance-maladie privée a entraîné une augmentation des dépenses totales de santé

Dans plusieurs pays de l'OCDE, les marchés d'assurance-maladie privée ont provoqué une augmentation des coûts de santé totaux pour plusieurs raisons. Premièrement, en injectant des ressources financières supplémentaires dans le système de santé, l'assurance privée contribue à la hausse des dépenses totales de santé. Deuxièmement, pratiquement tous les pays de l'OCDE ont imposé au secteur public des mesures de maîtrise des coûts – telles que l'adoption de budgets globaux, la réglementation des prix et le contrôle des capacités. À l'inverse, le système de financement privé a échappé à ces contrôles gouvernementaux centralisés dans pratiquement tous les pays de l'OCDE sauf les Pays-Bas. De ce fait, le secteur privé bénéficie de contrôles moins stricts sur ses activités et ses prix. En outre, dans la plupart des pays de l'OCDE, les assureurs privés ne disposent pas d'une position aussi solide que le système public pour négocier les prix et les volumes de soins dispensés aux assurés, quoique sur les marchés d'assurance-maladie privée concentrés, les assureurs puissent exercer un contrôle accru, comme c'est le cas en Irlande⁶⁵. Les modalités de paiement telles que les budgets globaux, qui ont aidé les systèmes publics de plusieurs pays à contenir les coûts (Mossialos *et al.*, 1999) sont difficiles à négocier pour les assureurs privés ou même simplement inenvisageables. En général, les assureurs-maladie privés n'ont guère pesé sur les coûts – comme ils pourraient le faire s'ils appliquaient des procédures d'adjudication des contrats plus sélectives.

Aux États-Unis, l'assurance privée ne s'est pas montrée aussi efficace que le programme public Medicare en matière de maîtrise des coûts. Entre 1970 et 2000, pour un panier de services comparables, la croissance des paiements par affilié a été plus élevée dans le secteur de l'assurance-maladie privée qu'au sein du programme Medicare, ce qui reflète le montant plus élevé des paiements versés aux prestataires par les assureurs privés (Boccuti et Moon, 2003). Alors que les « soins gérés » avaient permis de maîtriser en partie les coûts dans les années 90, les primes d'assurance-maladie privée ont renoué avec une croissance à deux chiffres depuis 2001 (Levit *et al.*, 2004).

Par ailleurs, il est plus difficile de contrôler les dépenses dans les systèmes à payeurs multiples, parmi lesquels se rangent la plupart des marchés d'assurance-maladie privée.

Non seulement ils n'ont pas une position aussi forte en tant qu'acheteurs face aux prestataires, mais ils ont davantage intérêt à transférer les coûts sur d'autres acheteurs – systèmes publics ou autres assureurs privés – qu'à les réduire. Pourtant, les systèmes à payeurs multiples présentent l'avantage de favoriser les effets « d'entraînement » en diffusant les pratiques innovantes. Les initiatives de maîtrise des coûts mises en œuvre sur les marchés d'assurance-maladie privée peuvent faire école auprès des programmes publics et, inversement, les assureurs privés peuvent s'inspirer des stratégies de maîtrise des coûts des programmes publics⁶⁶.

L'assurance-maladie privée risque également d'alourdir la facture des dépenses publiques de santé. En effet, bien que ce secteur constitue une source de financement indépendante pour les soins de santé, ses effets sont rarement entièrement déconnectés du système de financement public.

Les subventions versées aux régimes d'assurance-maladie privée (par exemple en Australie, aux États-Unis et en Irlande) plombent les dépenses publiques et ont un coût d'opportunité, entraînant même parfois une hausse des taux d'utilisation. Même en l'absence de subventions directes ou indirectes, l'assurance-maladie privée a alourdi les dépenses publiques de plusieurs pays où elle tient un rôle important en raison de ses interactions avec le système public.

C'est tout particulièrement le cas sur les marchés d'assurance-maladie privée complémentaires, mais l'on peut observer un phénomène similaire sur les marchés parallèles ou supplémentaires. Même au Canada, où l'assurance-maladie privée ne peut en aucun cas fournir une garantie parallèle ou complémentaire pour les services hospitaliers et médicaux couverts par le régime public et où les fonctions sont donc plus « cloisonnées », on observe des interactions avec le système public. Dans ce pays, les patients titulaires d'une assurance privée consultent plus souvent les médecins afin de se faire prescrire des médicaments, car l'assurance-maladie privée couvre les médicaments prescrits hors du milieu hospitalier (Stabile, 2001)⁶⁷. La prise en charge du ticket modérateur par les régimes d'assurance privés (notamment les complémentaires santé en France et le programme supplémentaire Medicare aux États-Unis) neutralise les signaux émis par les prix et supprime les incitations à la parcimonie, d'où une augmentation globale de la demande et de l'utilisation du système public (Imai et al., 2000 ; Christensen et Shinogle, 1997). En outre, lorsque la couverture maladie privée est financée par l'employeur et que son coût est partiellement ou entièrement invisible pour l'assuré, comme c'est le cas d'environ la moitié des contrats d'assurance-maladie privée en France, le manque de sensibilité au coût qui en résulte peut également renforcer l'incitation à consommer.

Les données montrent que dans les systèmes à couverture parallèle également, l'assurance-maladie privée peut faire grimper le taux d'utilisation. En Nouvelle-Zélande, les patients soignés dans le privé génèrent des coûts qui sont en fait pris en charge par les systèmes publics (coûts des examens de laboratoire et des médicaments délivrés par ordonnance par exemple). En Australie, le fait que les assureurs privés soient autorisés à prendre en charge la différence entre les honoraires facturés à leurs clients hospitalisés et la part légale remboursée par Medicare (le « dépassement d'honoraires ») semble avoir produit un effet inflationniste initial. S'il est trop tôt pour évaluer les effets à long terme de cette mesure, qui a été introduite en 2000, la prise en charge des dépassements d'honoraires risque de supprimer les signaux émis par les prix et d'encourager le risque

moral. Les répercussions pourraient se faire sentir à la fois sur les coûts publics et les coûts totaux car Medicare finance une large part du coût des traitements dans les hôpitaux privés (Colombo et Tapay, 2003).

Enfin, dans les pays où existent des marchés d'assurance-maladie privée importants, comme les États-Unis, les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB ne sont pas plus faibles que dans les autres pays (graphique 6.5), alors que les dépenses de santé privées y sont généralement plus élevées. Par exemple, en Allemagne, en Australie, en France et en Suisse, les dépenses de santé publiques et les dépenses de santé privées en pourcentage du PIB sont toutes deux supérieures aux moyennes correspondantes de l'OCDE. Aux États-Unis, les dépenses publiques sont proches de la moyenne de l'OCDE, mais les dépenses privées sont beaucoup plus élevées. Aux Pays-Bas, la part publique est légèrement inférieure à la moyenne de l'OCDE, mais les dépenses totales et les dépenses privées sont supérieures.

L'augmentation du taux d'utilisation n'est pas forcément un mal si elle permet aux individus d'accéder aux services dont ils ont besoin et qu'ils ne pourraient pas financer dans d'autres circonstances⁶⁸. Dans les pays où l'on constate un phénomène d'antisélection sur le marché de l'assurance-maladie privée (par exemple aux États-Unis, sur le marché de l'assurance supplémentaire Medicare), l'augmentation du taux d'utilisation peut être partiellement ou largement imputée à l'état de santé plus précaire des affiliés aux régimes privés (Ettner, 1997 ; Atherly, 2001). Lorsque la participation au coût est élevée, comme c'est le cas dans le programme Medicare, la garantie complémentaire apportée par l'assurance-maladie privée facilite l'accès aux soins⁶⁹. Il est probable, cependant, que le maintien d'un ticket modérateur modeste n'aurait pas d'implications significatives en termes d'accès, notamment si les personnes à faible revenu en étaient dispensées.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

L'impact de l'assurance-maladie privée sur les pressions financières auxquelles sont soumis les systèmes de santé dépend de plusieurs facteurs. Le transfert des coûts s'opèrera mieux si les affiliés aux régimes privés renoncent à utiliser le système de santé public pour les services couverts par l'assurance privée. Par ailleurs, il faut mettre en balance les économies générées par le transfert des coûts et le coût des subventions versées aux régimes d'assurance-maladie privée. Le rôle de l'assurance-maladie privée dans le système de santé, et plus particulièrement la nature des interactions entre les couvertures maladie publique et privée, affecte également les coûts au sein du système de santé global. L'interdiction, pour les régimes d'assurance-maladie privée, de prendre en charge tout ou partie du ticket modérateur imposé par le régime public favorise la maîtrise des dépenses car elle rend les individus sensibles aux coûts. Cependant, en l'absence d'exonérations adéquates pour les catégories à faible revenu, le maintien du ticket modérateur pourrait compromettre les objectifs d'accès aux soins. Enfin, les coûts globaux des systèmes de santé sont affectés par la réglementation de l'assurance-maladie privée, et notamment par la structure des contrôles éventuellement pratiqués sur les coûts. Les mesures de maîtrise des coûts mises en œuvre au niveau du système de santé dans son ensemble pourraient contribuer à une meilleure maîtrise des coûts sur les marchés d'assurance-maladie privée.

3.5. Efficience

Bien que l'assurance-maladie privée soit souvent perçue comme un moyen d'améliorer l'efficience du système de santé, les données examinées révèlent que sa contribution dans ce domaine a été limitée. Cela tient à plusieurs raisons. Premièrement, les assureurs doivent supporter des coûts administratifs et de transaction plus élevés pour attirer et retenir les clients et leur offrir une large palette d'options d'assurance. La multiplication des négociations contractuelles avec les prestataires a également amplifié les coûts administratifs des assureurs. Deuxièmement, la volonté des assureurs de ne pas restreindre le choix individuel, l'obligation qui leur est faite, dans certains pays, de rembourser tous les prestataires et les coûts induits par tout effort majeur de gestion efficiente des soins ont dissuadé ce secteur de déployer de tels efforts dans la plupart des pays de l'OCDE. Inversement, dans les pays où un système de soins gérés est ou était opérationnel depuis plusieurs années, comme les États-Unis dans les années 90, les prestataires et les consommateurs se sont opposés à un grand nombre des pratiques les plus restrictives – dont certaines avaient préalablement contribué à la maîtrise des coûts. La difficulté pour les marchés d'assurance-maladie privée de générer des gains d'efficience tient en partie aux incitations créées par la concurrence entre assureurs. En l'absence de réglementation, et parfois même malgré la réglementation, les assureurs se font souvent concurrence sur la base d'un transfert des coûts et d'une sélection des risques.

Il est difficile d'instaurer une concurrence basée sur la valeur

Dans plusieurs pays de l'OCDE, les décideurs encouragent la concurrence sur les marchés d'assurance pour améliorer l'efficience et la réactivité du système de santé. La concurrence est perçue comme un mécanisme propice à l'amélioration des performances, car les assureurs cherchent à attirer et retenir les clients et, le plus souvent, à maximiser leurs profits. L'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse ont également encouragé l'instauration d'une concurrence réglementée dans leurs systèmes d'assurance-maladie sociale et de base afin d'améliorer le choix offert aux patients et d'inciter les assureurs à réduire les coûts.

Néanmoins, la concurrence sur les marchés d'assurance-maladie privée est limitée par plusieurs facteurs. Le changement d'assureur est entravé par des coûts de transaction élevés et, dans certains pays, rendu difficile par la non-transférabilité de la couverture privée et le manque d'informations comparatives sur les performances des assureurs⁷⁰. La taille des marchés d'assurance-maladie privée, particulièrement lorsqu'ils ne constituent pas la principale source de couverture de la population, limite la rentabilité des activités d'assurance et donc restreint la concurrence⁷¹. Pour des raisons historiques, certains marchés d'assurance-maladie privée sont dominés par des assureurs qui recrutent leur clientèle dans une région, une catégorie professionnelle ou tout autre catégorie données⁷².

En outre, la concurrence sur les marchés de l'assurance-maladie privée, lorsqu'elle existe, n'entraîne pas d'amélioration automatique de la performance sur ces marchés. En effet, la concurrence entre assureurs s'exerce souvent par une sélection des « bons » risques ou un transfert des coûts sur d'autres payeurs (payeurs publics et autres assureurs), en particulier sur les marchés où l'assurance-maladie privée constitue la couverture primaire ou même la seule couverture de certains groupes de population. Aux États-Unis, la pression exercée par l'augmentation du coût des soins de santé a récemment incité assureurs et employeurs à transférer une partie significative des coûts sur les assurés, d'une part en relevant le montant du ticket modérateur et d'autre part en réduisant les

prestations couvertes par les contrats d'assurance-maladie privée (Tollen et Crane, 2002). En Irlande, un nouveau venu sur le marché de l'assurance-maladie privée a attiré une fraction significative de la clientèle comparativement plus jeune et en meilleure santé. L'intensification des pressions concurrentielles n'a cependant encouragé aucun des deux assureurs principaux à améliorer la gestion des soins et des coûts (Colombo et Tapay, 2004b). En France, où la mobilité des consommateurs entre assureurs-maladie privés est pourtant élevée, les assureurs ne font aucun effort particulier pour améliorer l'efficacité des soins. En fait, les pressions concurrentielles liées à l'entrée d'assureurs commerciaux sur le marché semblent avoir incité les assureurs mutualistes sans but lucratif à appliquer des normes actuarielles plus strictes (évaluation des risques par exemple). Cette pression est similaire à celle qui s'exerce aux États-Unis sur certains régimes Blue Cross/Blue Shield (sans but lucratif), qui sont autorisés à sélectionner les risques dans certains cas seulement (Buchmueller et Couffinal, 2004). Ces mesures mises en œuvre par les assureurs cherchent à prévenir les comportements d'antisélection de la part des assurés, qui arrivent lorsqu'un assureur attire une proportion d'individus à haut risque plus élevée que ses concurrents.

Dans de nombreux pays dotés d'un régime d'assurance-maladie social et d'un système de couverture privée complémentaire, les pouvoirs publics ont interdit aux assureurs sociaux de proposer des couvertures privées au motif que les caisses d'assurance-maladie auraient bénéficié d'un avantage déloyal en raison de leurs relations privilégiées avec les consommateurs. Toutefois, dans des pays comme les Pays-Bas et la Suisse, les filiales des assureurs sociaux sont autorisées à vendre des couvertures privées. Bien qu'ayant une personnalité juridique distincte, ces sociétés bénéficient de l'efficacité administrative du groupe et peuvent même proposer des produits combinés où la démarcation entre les volets assurance sociale et assurance privée est invisible ou impraticable pour les consommateurs. Cette situation peut affecter la concurrence entre assureurs sociaux, dans la mesure où elle limite la mobilité des assurés et où les assureurs peuvent utiliser les informations recueillies par le biais de la couverture sociale pour identifier les mauvais risques. Par exemple, les personnes ayant souscrit une assurance combinée risquent de se trouver dans l'impossibilité de changer d'assureur social si elles ne peuvent pas obtenir la même couverture supplémentaire privée auprès d'un autre assureur social (ou d'une filiale), en raison de leur état de santé ou d'autres facteurs, comme cela se produit aux Pays-Bas (Tapay et Colombo, 2004) et en Suisse (Colombo, 2001).

Les assureurs sont confrontés à des coûts administratifs élevés

Les assureurs privés ont à supporter des frais généraux élevés. Les frais de commercialisation et de souscription-tarifification représentent la fraction la plus importante des dépenses administratives, mais les assureurs doivent également acquitter les frais liés à la facturation, à l'innovation des produits, à la distribution et aux contrats avec les prestataires. Il n'est pas surprenant, dans ces conditions, que les assureurs privés supportent des frais administratifs plus élevés (par personne assurée et en pourcentage des coûts totaux) que les programmes de couverture maladie publics⁷³. Aux États-Unis, les frais administratifs moyens des assureurs privés (11.7 % en 1999) excèdent ceux des programmes publics Medicare (3.6 %) et Medicaid (6.8 %) (Woolhandler et al., 2003). De même, les frais administratifs du programme Medicare australien (3.7 % pendant l'exercice 2001-02) sont nettement inférieurs aux frais moyens du secteur de l'assurance-maladie privée (11.1 %). Les assureurs privés sont confrontés à des frais administratifs

élevés dans d'autres pays de l'OCDE également, tels que l'Allemagne (14 %) ⁷⁴, le Canada (13.2 %), l'Irlande (9.7 %) et les Pays-Bas (10.4 %) (OCDE, 2004a).

Les frais administratifs sont plus élevés dans les systèmes à payeurs multiples que dans les systèmes à payeur unique. Cela s'explique par la duplication de certaines fonctions (gestion des contrats avec les prestataires et traitement des demandes de remboursement par exemple) et par la nécessité d'intégrer les frais administratifs élevés supportés par les prestataires. La fragmentation de la couverture et des sources de financement, par exemple, est source de dépenses administratives importantes pour les prestataires et les assureurs des États-Unis (Davis et Cooper, 2003). Si l'on ne dispose d'aucune donnée sur le volume optimal des frais généraux, rien n'indique non plus clairement que des frais administratifs élevés sont synonymes de soins de meilleure qualité et de résultats améliorés (Woolhandler et al., 2003).

Les assureurs n'ont pas beaucoup cherché à améliorer le rapport coût-efficacité des soins de santé

Si l'on excepte l'exemple notable des régimes de soins gérés aux États-Unis, les assureurs de la majorité des pays de l'OCDE n'ont pas pris d'initiatives significatives pour améliorer le rapport coût-efficacité des soins ⁷⁵. La faible participation des assureurs à la gestion des soins ⁷⁶ a plusieurs explications plausibles, telles que la complexité et le coût, la résistance du corps médical, le manque d'incitations et la volonté de ne pas restreindre le choix individuel.

Comme l'utilisation des dispositifs de soins gérés réclame un certain doigté, les organisations et les assureurs sont probablement peu enclins à investir dans leur adoption, en particulier s'ils n'en attendent pas de gains significatifs ou s'ils anticipent une résistance de la part des parties prenantes, notamment les associations professionnelles. Dans plusieurs pays de l'OCDE, les négociations entre prestataires et acheteurs publics s'effectuent traditionnellement sur une base collective, l'adjudication et les négociations sélectives étant rares.

Dans les pays où l'assurance-maladie privée n'offre pas une couverture primaire ou ne joue qu'un rôle restreint dans le financement des soins coûteux, les assureurs sont généralement peu exposés au risque et au coût, ce qui limite l'incitation à adopter des dispositifs de soins gérés, en particulier pour les patients à risque et à coût élevé. Pour les assureurs de nombreux pays de l'OCDE, la gestion des soins – et son efficience – ne sont pas des priorités.

De plus, les incitations à la gestion des soins se trouvent contrecarrées par certains instruments réglementaires. Sur le marché de l'assurance privée primaire (notamment aux Pays-Bas) et sur d'autres marchés (par exemple le marché de l'assurance parallèle en Australie ⁷⁷), des dispositifs obligatoires ou volontaires de mutualisation ou de péréquation des risques permettent de répartir le coût des soins aux personnes de santé déficiente. Ces dispositifs ont été conçus pour prévenir la sélection des risques de la part des assureurs. Ils ont cependant une contrepartie. Bien qu'ils favorisent le partage équitable des risques entre les assureurs, ils n'incitent pas les assureurs à gérer les soins de manière efficiente dès lors qu'ils dédommagent les assureurs dont les coûts plus élevés sont dus à un manque d'efficience. Certains pays de l'OCDE cherchent à affiner ces dispositifs de manière à parvenir à un meilleur équilibre entre ces deux objectifs. Cependant, en marge des défis techniques, l'élaboration de ces systèmes implique également des choix politiques sur le

degré de priorité à accorder d'une part à la promotion d'une gestion efficiente des soins et d'autre part à la nécessité de dédommager les assureurs en fonction de leurs profils de risque.

Aux États-Unis, les assureurs ont cherché à influencer les modalités, les volumes et les coûts de prestation des soins de santé beaucoup plus activement que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Néanmoins, la levée de boucliers contre les soins gérés aux États-Unis montre à quelles contraintes et résistances les marchés de l'assurance privée doivent faire face lorsqu'ils veulent améliorer l'efficacité de la prestation de soins. D'un autre côté, elle souligne également la nécessité – et la possibilité – pour les assureurs-maladie privés de répondre à la demande des acheteurs et des consommateurs en modifiant les pratiques impopulaires.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

Des incitations ou des obligations réglementaires pourraient se révéler nécessaires si l'on veut maintenir un équilibre adéquat entre les efforts de maîtrise des coûts des assureurs et la prestation des services de santé indispensables dans des conditions appropriées – objectif particulièrement important sur les marchés d'assurance primaire. De même, les décideurs devront peut-être recourir à la réglementation s'ils veulent se servir des marchés d'assurance-maladie privée pour améliorer le rapport coût-efficacité des soins – par exemple en autorisant l'adjudication sélective des contrats, en supprimant l'obligation de travailler sous contrat avec l'ensemble des prestataires ou en offrant des incitations aux assureurs qui participent à des programmes de soins préventifs ou de gestion des soins. En effet, en l'absence de réglementation, les assureurs ne seront guère incités à investir dans ces activités ou à maintenir des normes adéquates dans ce domaine. Les décideurs chargés d'élaborer les systèmes de péréquation des risques devront également effectuer un arbitrage minutieux entre les objectifs de mutualisation équitable des risques et de maintien d'incitations à l'efficacité pour les assureurs. S'il est difficile de trouver l'équilibre entre ces deux objectifs dans la pratique, certains principes pourraient faciliter l'élaboration des systèmes de péréquation⁷⁸.

Par ailleurs, les garde-fous réglementaires et les dispositions en matière de divulgation d'informations doivent être améliorés si l'on veut instaurer une concurrence loyale sur le marché de l'assurance-maladie privée, car le marché souffre de certaines imperfections telles que l'asymétrie de l'information et l'incitation qu'ont les assureurs à sélectionner les risques. Les consommateurs ont besoin d'informations transparentes et d'une réglementation protectrice pour être dûment informés et pouvoir acheter en toute confiance les produits qui leur sont proposés. L'amélioration de l'information des consommateurs peut encourager l'instauration d'une concurrence plus pertinente entre les assureurs, même si elle ne peut pas, en elle-même, éliminer le risque que des groupes vulnérables soient privés d'accès pour des raisons de prix. Les gouvernements de plusieurs pays de l'OCDE, en particulier ceux où l'assurance-maladie privée joue un rôle financier fondamental pour certains groupes de population, sont fréquemment intervenus pour protéger l'accès des personnes vulnérables, qui n'ont pas toujours les moyens de souscrire une couverture sur certains marchés concurrentiels⁷⁹. Cependant, les réglementations qui facilitent l'accès en imposant des réglementations liées aux prestations ont un prix, car elles limitent la possibilité pour les assureurs d'innover et de satisfaire les demandes individuelles.

4. Les interventions des décideurs sur les marchés d'assurance-maladie privée : plusieurs défis demeurent pour réaliser les objectifs politiques

La contribution de l'assurance-maladie privée à la réalisation des objectifs de santé dépend largement de la structure du système de santé, des comportements stratégiques des assureurs et des interventions des pouvoirs publics. Loin de représenter une option de financement unique aux caractéristiques immuables, les régimes d'assurance-maladie privée peuvent être le reflet des régimes d'assurance sociaux ou publics, quoique cela dépende de leur rôle et du degré d'intervention des pouvoirs publics. Certaines caractéristiques intrinsèques des marchés d'assurance-maladie privée non réglementés, telles que l'asymétrie de l'information, le déficit d'informations et les incitations qu'ont les assureurs à sélectionner les risques, représentent des défis importants.

Les décideurs se sont employés à résoudre ces problèmes en déployant différentes mesures qui ont donné des résultats mitigés (le tableau 6.2 dresse une synthèse des réglementations applicables à l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE). En général, les pays où les marchés d'assurance-maladie privée ont un rôle prédominant réglementent ces derniers plus strictement. Dans l'UE, la législation communautaire limite la possibilité de la plupart des États membres d'imposer des normes non financières aux marchés d'assurance-maladie privée – sauf aux régimes privés de garantie primaire ou de substitution, auxquels elle accorde plus de souplesse. C'est pourquoi la plupart des pays de l'OCDE appliquent des normes non prudentielles restreintes sur ces marchés. Les pays qui ont recours à la réglementation parviennent à résoudre certains problèmes mais se trouvent confrontés à d'autres difficultés. De plus, il est important de prendre en compte les interactions entre les différentes interventions ainsi que les éventuelles « failles » qui peuvent réduire leur efficacité ; une réglementation peut, ici encore, être nécessaire pour remédier à ces problèmes. Enfin, l'occurrence dans le temps et les modalités de mise en œuvre peuvent aussi influencer l'impact et le succès des interventions.

4.1. La réglementation peut encourager l'accès à l'assurance-maladie privée

Les pays de l'OCDE ont employé une large palette d'outils réglementaires pour promouvoir l'accès de différents groupes de population à l'assurance-maladie privée, en particulier l'accès des personnes pour lesquelles on anticipe des dépenses de santé plus élevées. Les marchés d'assurance-maladie privée qui ne sont pas soumis à ces obligations ou qui ne font pas l'objet d'interventions ciblées posent souvent des problèmes d'accès aux personnes à risque élevé, comme le montre l'expérience passée des Pays-Bas et des États-Unis. L'impossibilité d'accéder à une couverture maladie privée est particulièrement problématique lorsque l'assurance privée joue un rôle primaire ou lorsque les décideurs estiment qu'il est important de proposer aux individus une solution de rechange à la couverture publique.

Les obligations de mise sur le marché sont l'un des principaux instruments qui permettent d'améliorer l'accès à la couverture maladie privée. Plusieurs pays dont l'Allemagne, certains États des États-Unis et les Pays-Bas exigent des assureurs qu'ils proposent au moins un produit standard à l'ensemble des demandeurs. L'un des inconvénients de cette approche est qu'elle tend à segmenter le marché de l'assurance-maladie privée par risque, car ces produits sont généralement souscrits par les personnes à risque élevé qui n'ont pas les moyens de souscrire une autre couverture⁸⁰. D'un autre côté, cette segmentation atténue l'impact exercé par la population à haut risque sur les

Tableau 6.2. Principales lois et réglementations régissant l'assurance-maladie privée

	Les assureurs-maladie privés sont-ils tenus de proposer tous les produits ou au moins certains produits ?	Existe-t-il une obligation de reconduction des contrats ?	Garantie de transférabilité	Possibilité de prendre en compte les facteurs de risque dans le calcul des primes	Existe-t-il une obligation ou un dispositif de répartition ou d'ajustement des risques ?
Allemagne	Oui – accès à une police standard à tarif plafonné.	Oui, dans les faits, pour la couverture de substitution, qui est proposée à vie. Pour les autres types de couverture, l'annulation de la part de l'assureur est interdite après un certain nombre d'années.	Oui si transfert du régime social à un régime privé. Le délai de carence est limité et des limites d'appliquent aux exclusions de couverture pour certaines pathologies.	La couverture de substitution doit être proposée à vie ; primes déterminées par âge d'entrée et par sexe (et niveau de prestations) ; une surprime liée aux risques de santé peut être imposée (sauf aux fonctionnaires qui passent de la couverture publique à la police standard). Les nouveaux affiliés ne peuvent pas bénéficier d'un tarif plus bas que les affiliés existants du même âge (non compris le fonds de réserve pour vieillissement). Primes plafonnées : couverture de substitution.	Les contrats d'assurance-maladie privée incluent une option prévoyant l'imposition d'une surtarification pour financer le plafonnement des primes des polices standard, mais cette option n'a jamais été utilisée. Les assureurs participent à un système de péréquation des risques pour les polices standard, car le nombre d'assurés âgés varie d'une compagnie à l'autre.
Australie	Oui – tous les produits.	Non applicable (les contrats ont une durée indéterminée).	Oui	Dans le programme Lifetime Health, les primes des assurés sont calculées en fonction de leur âge d'entrée.	Oui. Le Risk Equalisation Scheme finance les prestations des personnes de 65 ans et plus et des personnes hospitalisées pendant plus de 35 jours dans l'année.
Autriche	Non	Non	Non	Oui	Non
Canada	Non	Non	Non	Non	Au Québec, pour les régimes d'assurance médicaments, lorsque la demande de remboursement dépasse un certain montant en dollars.
Espagne	Oui – couverture de substitution pour les fonctionnaires.	Oui – pour la couverture des fonctionnaires.	Aucune exclusion pour la couverture des fonctionnaires.	Oui ; certaines entités établissent le montant des primes en fonction de la tranche d'âge, et d'autres selon les critères applicables aux mutuelles.	Non

Tableau 6.2. Principales lois et réglementations régissant l'assurance-maladie privée (suite)

	Les assureurs-maladie privés sont-ils tenus de proposer tous les produits ou au moins certains produits ?	Existe-t-il une obligation de reconduction des contrats ?	Garantie de transférabilité	Possibilité de prendre en compte les facteurs de risque dans le calcul des primes	Existe-t-il une obligation ou un dispositif de répartition ou d'ajustement des risques ?
États-Unis	Oui – certains produits et marchés.	Oui	Oui pour les contrats collectifs ; certains États l'exigent pour les contrats individuels.	De nombreux États restreignent les possibilités de tarification selon l'état de santé (« tarification selon l'expérience ») sur le marché de l'assurance collective pour petits groupes, et certains imposent une tarification de groupe avec différents degrés de variation autorisés par âge, sexe et zone géographique. Sur le marché individuel, les exigences sont variables. Certains États imposent une tarification de groupe sur marché de l'assurance supplémentaire Medicare.	Dans de nombreux états, les marchés d'assurance collective pour petits groupes sont dotés d'un dispositif de péréquation des risques ; certains ont un caractère obligatoire. Dans certains états, ces dispositifs existent également sur le marché de l'assurance individuelle. 30 États ont des groupes à haut risque (couverture assurée par des groupes séparés, généralement subventionnés par des prélèvements auprès des assureurs et d'autres taxes) ² .
Irlande	Oui – tous les produits.	Oui – obligation de « couverture à vie ».	Oui	La loi autorise la différenciation des primes en fonction de l'âge au moment de la souscription du contrat, mais une réglementation est nécessaire pour mettre en œuvre cette disposition.	Oui. Un système de péréquation est mis en œuvre.
Mexique	Non	Les assureurs sont tenus d'indiquer si la reconduction est obligatoire, et si elle l'est, de préciser l'âge maximum de reconduction.	Non	Il existe un barème légal qui fixe les limites de variation des primes en fonction de l'âge.	Non
Pays-Bas	Oui – police standard pour les personnes âgées et à risque.	Les polices comprennent généralement une clause de reconduction automatique d'un an, sauf décision contraire de l'assuré.	Le code de conduite volontaire des assureurs prévoit la possibilité de passer d'un contrat de groupe à un contrat individuel en bénéficiant des mêmes conditions ; ce code préconise également la transférabilité entre régimes collectifs. Aucune exclusion autorisée pour les contrats WTZ.	La prime de la police WTZ est plafonnée. Le plafond est supérieur au montant moyen des primes sur le marché de l'assurance-maladie privée. Aucun plafond pour la couverture supplémentaire.	Il existe un système de dédommagement entre l'assurance sociale et l'assurance-maladie privée, en vertu duquel les affiliés aux régimes privés versent une contribution pour couvrir les coûts de l'assurance sociale, qui prend en charge une plus grande partie des frais de santé des personnes âgées. Le dispositif de mutualisation des risques de WTZ assure la mutualisation des coûts excédant le montant des primes WTZ. Ces coûts sont divisés et répartis entre l'ensemble des affiliés aux régimes privés par le biais d'une surtarification.

Tableau 6.2. Principales lois et réglementations régissant l'assurance-maladie privée (suite)

	Les assureurs-maladie privés sont-ils tenus de proposer tous les produits ou au moins certains produits ?	Existe-t-il une obligation de reconduction des contrats ?	Garantie de transférabilité	Possibilité de prendre en compte les facteurs de risque dans le calcul des primes	Existe-t-il une obligation ou un dispositif de répartition ou d'ajustement des risques ?
Pologne	Non	Non	Non	Oui	Non
Portugal	Non	Non	Non	Oui	Non
Royaume-Uni	Non	Non, mais c'est l'usage de reconduire les contrats.	Aucune limite réglementaire.	Oui	Non
République slovaque	Non	Non	Non	Oui	Non
Suisse	Oui pour la couverture primaire ; non pour la couverture supplémentaire.	Oui pour la couverture primaire ; non pour la couverture supplémentaire ^b .	Aucune exclusion pour la couverture primaire ; exclusions autorisées pour la couverture supplémentaire.	Aucune modulation en fonction de l'état de santé n'est autorisée pour les couvertures primaires ; un certain degré de variation est permis pour les enfants et les étudiants ainsi que pour la zone géographique. Modulation autorisée pour les couvertures supplémentaires.	Oui. Un fonds de péréquation des risques dédommage les assureurs pour les surcoûts induits au titre de l'assurance primaire, sur la base de facteurs de risque liés à l'âge et au sexe. Le maintien de ce fonds au-delà de 2006 est en débat.
Turquie	Non	Non	Non	Oui	Non

Source : Réponses au Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation, sauf indication contraire.

a) Chollet et al. (2003).

b) Colombo (2001).

primes payées par le reste des assurés privés. En outre, cette approche garantit la fourniture d'une couverture utile et complète à l'ensemble des demandeurs. Une autre approche, adoptée en Australie, dans certains États des États-Unis et en Irlande consiste à exiger des assureurs qu'ils rendent tous leurs produits accessibles à tous les demandeurs. Cette méthode garantit un choix large pour tous les demandeurs mais peut entraîner une hausse généralisée des prix, qui est probablement moins acceptable pour les personnes à moindre risque – un défi majeur sur les marchés de l'assurance volontaire. Parmi ces approches, aucune ne se révèle nettement supérieure, l'essentiel étant qu'elles assurent une couverture appropriée à tous les demandeurs. Pour sélectionner le mécanisme voulu, les décideurs devront procéder à un arbitrage entre les différents éléments précédemment mentionnés et tenir compte des priorités culturelles et politiques. En l'absence d'interventions des pouvoirs publics, les marchés d'assurance-maladie privée risquent de pâtir d'un certain degré de sélection des risques. Ce problème est plus gênant sur les marchés d'assurance primaire et les autres marchés où l'assurance-maladie privée joue un rôle significatif, mais il concerne sans doute les décideurs de tous les pays – notamment ceux où l'équité d'accès à une couverture est une priorité de la politique publique.

Les obligations de mise sur le marché ne sont pas suffisantes pour promouvoir l'accès à une couverture. Pour cette raison, les pays associent généralement aux exigences d'accès des normes de fixation des primes. Comme dans le cas des obligations de mise sur le marché, les approches utilisées se répartissent en deux grandes catégories.

Premièrement, certaines restrictions, appliquées au niveau des marchés tout entiers, empêchent les assureurs de prendre en compte l'état de santé lorsqu'ils calculent leurs primes. Il peut s'agir d'interdictions de prendre en compte les facteurs de risque ou de restrictions quant à leur utilisation. Ces normes s'appliquent aux produits d'assurance-maladie privée en général et affectent les primes facturées à l'ensemble des assurés, qu'ils présentent un profil de risque faible ou élevé. Elles présentent l'avantage de répartir le risque sur toute la population assurée auprès de régimes privés. Néanmoins, sur les marchés d'assurance volontaires, ces dispositions peuvent inciter les individus à faible risque à abandonner leur couverture si elles ont pour corollaire une majoration des primes. Pour éviter que la couverture ne décline, il serait peut-être préférable de prévoir une marge de variation, par exemple d'autoriser une modulation en fonction de l'âge au sein de tranches définies ou de délimiter les possibilités d'adapter les primes selon l'état de santé. Cela permettrait également de maintenir un groupe de risques plus étendu, tout en restreignant les écarts de primes basés sur les risques.

L'Australie, l'Irlande et de nombreux États des États-Unis, sur leurs marchés d'assurance collective pour petits groupes, ont accompagné ces réformes de la tarification de dispositifs de péréquation des risques visant à dédommager les assureurs qui couvrent une population à risque plus élevé. Ces dispositifs peuvent contribuer à promouvoir une concurrence équitable entre les assureurs. Par ailleurs, une réforme graduelle de la tarification, par opposition à une réforme brutale, peut être préférable pour éviter l'instabilité des marchés et les flux de grande ampleur (transferts d'assurés entre assureurs, et changements de statut d'assuré à non assuré et réciproquement). L'État de New York et le Vermont offrent des expériences divergentes à cet égard, puisque New York a mis en œuvre sa réforme de la tarification de groupe rapidement, tandis que le Vermont a procédé selon une approche progressive, moins perturbatrice (White, 1994).

Pour rendre l'assurance-maladie privée plus abordable, une seconde approche consiste à plafonner les primes des contrats que les assureurs sont tenus de délivrer aux personnes à risque élevé. L'Allemagne et les Pays-Bas limitent de la sorte les primes facturées pour les produits d'assurance-maladie privée primaire standard. Dans les deux cas, les primes sont largement inférieures au coût de la prise en charge des groupes à risque élevé, la différence étant subventionnée par des surprimes appliquées à une partie ou à l'ensemble du reste des affiliés. Dans ces pays, le marché de l'assurance-maladie privée dans son ensemble participe au financement de ces garanties, dont les titulaires incluent souvent des personnes à risque élevé, mais selon un mécanisme qui impute ces coûts à un groupe de couverture séparé. Comme dans le cas de l'obligation de mise sur le marché, chaque approche a ses avantages et ses inconvénients. Les objectifs primordiaux sont la disponibilité d'une couverture abordable pour tous et la limitation des variations de coût sur la base des risques. Leur réalisation passe probablement par la mise en œuvre d'un mécanisme de subventions croisées – par exemple un dispositif de tarification de groupe avec péréquation des risques, ou un plafonnement des primes facturées aux personnes à risque élevé accompagné d'une surfacturation pour les autres catégories d'affiliés ou d'autres formes de taxation. Une autre approche consiste à sortir complètement les personnes à « haut risque » du marché de l'assurance-maladie privée et à les assurer par l'intermédiaire d'entités publiques ou quasi publiques financées par les contributions du secteur ou d'autres mécanismes (tels que les « groupes à haut risque » qui existent dans de nombreux États des États-Unis). Dans ce dernier cas, il est important de fournir une couverture appropriée et abordable aux groupes à haut risque et que cette couverture soit correctement financée, par des sources publiques ou privées.

D'autres instruments réglementaires peuvent renforcer l'efficacité des exigences en matière d'accès et de primes. Par exemple, les obligations de reconduction, telles qu'elles existent aux États-Unis et en Irlande, entre autre pays, constituent un moyen utile et relativement simple de promouvoir la continuité de la couverture et la mutualisation des risques. En vertu de cette obligation, les assureurs sont tenus de reconduire les contrats de couverture de tous les assurés qui en forment le souhait. En évitant que les assureurs reconduisent exclusivement les contrats des assurés ayant adressé peu de demandes de remboursement et induit peu de dépenses, ce type de norme facilite l'accès et contribue au maintien d'un groupe de risques diversifié. En outre, de nombreux pays ont limité la durée des « exclusions relatives aux états pré-existants » imposées par les assureurs, et empêché que ces exclusions puissent être renouvelées en cas de changement d'assureur (lorsqu'il n'y a pas d'interruption de la couverture). Ces exclusions limitent l'obligation pour les assureurs de couvrir les états pré-existants à la date de souscription (et ce faisant, minimisent l'antisélection contre les assureurs). Cependant, elles peuvent donner lieu à des abus, par exemple lorsqu'elles sont appliquées pendant une durée excessive ou qu'elles visent des personnes n'ayant pas interrompu leur couverture. L'Australie, les États-Unis et l'Irlande limitent explicitement la durée de ces exclusions et d'autres pays, tels que l'Allemagne, limitent leur champ d'application. Lorsque les garde-fous réglementaires sus-mentionnés sont combinés à des normes de mise sur le marché ou d'autres liées aux primes, cela contribue à renforcer l'efficacité de chaque mesure. En revanche, lorsque les obligations en matière d'accès ou d'accessibilité économique ne sont pas renforcées par d'autres mesures, leur efficacité peut se voir remise en question par les exclusions ou la non-reconductibilité des contrats.

Les normes d'accès posent des problèmes particuliers car elles sont inextricablement liées au problème de l'accessibilité économique – lui-même lié à la préoccupation plus générale de la maîtrise des coûts de santé. Elles se heurtent par ailleurs à un aspect particulièrement épineux de l'assurance-maladie privée – la propension des assureurs à vouloir sélectionner les « bons risques » et éviter les « mauvais risques », et la propension des individus en bonne santé à opter pour une couverture moins chère et moins généreuse, voire à ne souscrire aucune assurance. S'ils permettent aux assureurs de réduire leurs coûts et le montant des primes et de maximiser leurs bénéfices, ces comportements, ont aussi pour effet de limiter l'accès à la couverture privée et de priver le groupe de risques du marché de l'assurance des « meilleurs risques », ce qui majore le montant des primes pour les personnes qui restent assurées.

4.2. La réglementation peut améliorer la confiance des consommateurs dans les marchés d'assurance-maladie privée

Les pouvoirs publics peuvent définir le champ d'application de l'assurance-maladie privée en imposant des normes ou en fixant des limites aux prestations des assureurs privés. À cet égard, les décideurs des pays de l'OCDE ont généralement adopté deux grandes catégories d'approches.

Premièrement, ils peuvent spécifier les prestations devant être fournies au moyen de normes de prestations minimales, comme c'est le cas en Australie, en Irlande et dans de nombreux États des États-Unis. Ces normes présentent l'avantage de répartir le fardeau de certaines prestations à coût élevé entre les assureurs et aident les gouvernements à lier l'assurance-maladie privée aux objectifs de promotion de la santé. Parallèlement, elles laissent aux assureurs une certaine marge de manœuvre pour la conception des prestations non obligatoires. Cependant, en se concentrant sur les prestations couvertes et non sur la conception et la comparabilité des produits, ces normes ne contribuent pas à améliorer la comparabilité des offres des assureurs. Ce problème touche certains marchés plus que d'autres ; ainsi, les autorités australiennes ont pris des mesures pour tenter de corriger ce problème, alors que l'Irlande n'y est pas confrontée au même degré.

Une deuxième méthode de réglementation des prestations qui, elle, contribue à améliorer la comparabilité des produits, consiste à obliger les assureurs à offrir une gamme limitée de prestations définies. Cette approche permet aux consommateurs de mieux comprendre les produits qui leur sont proposés et facilite la comparaison des prix. Elle peut être particulièrement utile aux populations les plus vulnérables, telles que les personnes âgées. D'ailleurs, il est démontré que sur le marché supplémentaire américain Medicare, qui offre une couverture complémentaire aux personnes de 65 ans et plus, cette approche a contribué à éclairer davantage les consommateurs. Si l'on excepte l'exemple de Medicare, les pays de l'OCDE sont relativement peu nombreux à imposer ce type d'obligation en comparaison des normes de prestations minimales. Bien que quelques États des États-Unis les aient adoptées, on ne peut pas parler d'application généralisée. En revanche, en Allemagne, aux Pays-Bas et sur les petits marchés d'employeurs de nombreux États des États-Unis, les assureurs ont l'obligation de fournir quelques produits standard en complément d'autres options de couverture.

Combinées aux normes de prestations, les obligations de divulgation peuvent aider les consommateurs à mieux comprendre les produits et les options de couverture qui leur sont proposés. Reconnaissant la complexité et la spécificité de certains aspects des marchés d'assurance-maladie privée, plusieurs pays de l'OCDE (par exemple l'Allemagne,

l'Australie, les États-Unis, le Mexique et le Portugal) ont élaboré et imposé des normes de divulgation spécifiques à l'assurance-maladie. Au Royaume-Uni, les assureurs sont tenus de respecter certaines normes volontaires pour pouvoir adhérer à l'association professionnelle des assureurs britanniques⁸¹. Combinées à des offres standardisées ou à des normes minimales, ces obligations permettent aux consommateurs de se familiariser avec les différentes options de couverture car elles garantissent une similitude ou une comparabilité plus grandes entre les produits d'assureurs concurrents et fournissent un guide aux régimes ou aux pouvoirs publics pour décrire certaines caractéristiques des régimes de prestations. Dans d'autres cas, les normes de divulgation s'appliquent à toutes les catégories d'assureurs – assureurs-maladie et autres (par exemple en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas, en Pologne et au Portugal) et sont parfois conjuguées à des normes d'assurance-maladie spécifiques.

Pour améliorer la confiance des consommateurs vis-à-vis des marchés d'assurance-maladie privée et de leurs produits, une autre solution consiste à mettre à la disposition des assurés des outils gratuits ou peu coûteux leur permettant de contester certaines décisions de leur régime d'assurance – dans les cas où le différend n'aura pu être réglé au moyen de la procédure d'appel ou de dépôt de plainte interne du régime. La résolution des différends peut être facilitée par l'intervention d'un ombudsman ou médiateur, et ce pour un coût raisonnable – un avantage si l'on considère que la longueur et le coût des procédures sont dissuasifs pour de nombreuses personnes. Dans plusieurs pays (tels que l'Australie, l'Allemagne, la Suisse et la plupart des États des États-Unis), le traitement des plaintes en rapport avec l'assurance-maladie est confié à des organismes spécialisés. Dans d'autres pays, ces réclamations sont traitées avec les différends portant sur l'assurance en général (par exemple l'Espagne, l'Irlande, les Pays-Bas et la Pologne) ou avec les réclamations à l'encontre du secteur des services financiers (Royaume-Uni). Ces organismes indépendants affichent un bilan globalement positif et semblent satisfaire aussi bien les professionnels que les consommateurs.

4.3. Pour être efficace, la réglementation exige un suivi permanent et doit pouvoir être facilement adaptée

Bien entendu, l'efficacité des instruments réglementaires dépend au bout du compte du degré de conformité qui prévaut dans le secteur de l'assurance et de la capacité des gouvernements à surveiller le respect des normes et à imposer des sanctions en cas de non-conformité. Les pays de l'OCDE emploient différents outils pour y parvenir, tels que l'examen des politiques, l'imposition de sanctions monétaires au civil et l'obligation de mise en œuvre d'actions correctives (entre autres). En outre, les marchés de l'assurance-maladie privée sont souvent réglementés par des agences multiples. Ce faisant, ils tirent le meilleur parti de l'expertise et de l'efficacité des efforts de mise en application des services gouvernementaux concernés (c'est le cas en Australie, en Irlande, aux Pays-Bas et dans de nombreux États des États-Unis). Ainsi, il n'est pas rare que les normes financières de l'assurance-maladie privée soient supervisées par l'autorité financière compétente, tandis que les normes de soins appliquées à l'assurance-maladie privée sont fréquemment (mais pas toujours) supervisées par l'organisme en charge du financement ou de la fourniture des soins de santé. De plus, les marchés d'assurance-maladie privée sont fréquemment soumis à des normes de concurrence plus générales. La répartition des responsabilités entre services gouvernementaux peut varier sans compromettre l'efficacité réglementaire dès lors qu'elle ne s'oppose pas à l'élaboration de réglementations adéquates et qu'elle

encourage le gouvernement à réagir rapidement et avec souplesse aux développements du marché.

4.4. Les autorités peuvent employer d'autres instruments et approches pour atteindre les objectifs recherchés

Les incitations fiscales et les avantages associés à l'achat ou à l'offre d'une couverture maladie privée (tableau 6.3) ont encouragé et orienté le développement des marchés d'assurance-maladie privée dans plusieurs pays de l'OCDE, bien que l'élasticité-prix de la demande de contrats d'assurance-maladie privée varie considérablement entre les pays. Par exemple, les incitations fiscales favorables à l'offre et à la souscription de couvertures maladie privées financées par l'employeur semblent avoir contribué à l'essor d'un vaste marché de régimes d'assurance-maladie privés parrainés par les employeurs au Canada et aux États-Unis, entre autres pays. L'une des incitations majeures réside dans la non-imposition, pour les individus, des prestations offertes par l'employeur, comme c'est le cas aux États-Unis, en Irlande et dans plusieurs autres pays. En revanche, en Australie, le développement du marché de l'assurance-maladie privée collective a été entravé par certains facteurs désincitatifs tels que l'assujettissement des employeurs à un impôt sur les avantages sociaux, de sorte que dans ce pays, les contrats d'assurance-maladie privée sont essentiellement individuels⁸². L'impact et la désirabilité des incitations fiscales individuelles ont néanmoins suscité des débats, centrés sur des considérations d'équité et de coût. Bien que ces incitations puissent faire évoluer les comportements d'achat, il est peu probable qu'elles puissent à elles seules apporter une solution aux défis plus profonds que posent les marchés d'assurance-maladie privée – à savoir les problèmes d'accès dus aux pratiques de souscription-tarifification des assureurs (en particulier celles consistant à limiter l'acceptation et à majorer les primes en fonction de l'état de santé de l'assuré ou du demandeur). À moins que les incitations fiscales n'entraînent une extension considérable du niveau de couverture de la population et une forte hausse du nombre d'assurés à haut et faible risque – ce qui a peu de chances d'arriver si elles ne sont pas couplées à des normes d'accès ou de primes garantissant l'accès des personnes à risque élevé⁸³ – les défis qui se posent actuellement sur les marchés non réglementés persisteront sans doute.

Les approches réglementaires pourraient s'appuyer sur des normes volontaires ou des normes de référence (moins strictes), même si l'efficacité potentielle de ces dernières reste à démontrer. Plusieurs programmes d'ombudsman et normes de divulgation, entre autres, ont été institués à titre volontaire par décision du secteur, ou régime par régime. L'Australie est en train d'élaborer des normes de référence dans le cadre d'un projet visant à alléger la charge réglementaire pesant sur les assureurs et à mesurer le degré de conformité avec les normes réglementaires plus générales, sur la base de cibles de résultat définies plutôt que de normes plus détaillées. Cette approche novatrice mérite d'être suivie et pourrait offrir au gouvernement un modèle de contrôle intéressant.

Les marchés d'assurance-maladie privée de l'UE exercent une intéressante fonction de laboratoire, où peuvent être expérimentés les effets de la déréglementation sur les marchés de l'assurance-maladie privée. Exception faite de certains marchés d'assurance maladie privée primaire et parallèle – qui peuvent être soumis à des normes plus sévères en vertu de la législation de l'UE – les États membres n'ont généralement pas le droit, depuis le milieu des années 90, d'imposer des obligations allant au-delà des normes prudentielles. Les décideurs de l'UE commencent à se demander si ces marchés ne méritent pas des formes d'intervention différentes, voire plus intensives, que ne le font les autres marchés

Tableau 6.3. Incitations fiscales et monétaires à la souscription d'un contrat d'assurance-maladie privée

Allemagne	Les primes d'assurance-maladie privée et les cotisations d'assurance sociale sont déductibles à hauteur d'un certain plafond. Les dépenses de santé non couvertes par l'assureur sont déductibles à hauteur d'un certain montant (basé sur le revenu).
Australie	Réduction de 30 % du montant des primes pour les acheteurs individuels. Surtaxe (Medicare Levy Surcharge) sur le revenu imposable des personnes à haut revenu qui ne souscrivent pas d'assurance-maladie privée ¹ .
Autriche	Les célibataires (déduction d'un montant limité, et autorisée uniquement à hauteur d'un certain niveau de revenu) et les foyers à un seul apporteur de revenu (jusqu'à une certaine limite) peuvent déduire 25 % du montant des primes d'assurance-maladie volontaire de leur revenu imposable. Les entreprises peuvent déduire le montant des primes qu'elles payent de leurs impôts ^a .
Belgique	Les travailleurs indépendants peuvent déduire leurs primes d'assurance-maladie privée (de substitution) de leur revenu imposable. Les entreprises peuvent déduire le montant des primes qu'elles payent de leurs impôts ^a .
Canada	Crédits d'impôt, déductions et exonérations fiscales.
Danemark	Les entreprises peuvent déduire le montant des primes qu'elles payent de leurs impôts ^a .
Espagne	Pas d'impôt sur les primes d'assurance (pour l'ensemble des souscripteurs). Employés/travailleurs (impôt sur le revenu) : les primes ou cotisations payées par les entreprises aux compagnies d'assurance ne sont pas considérées comme des avantages en nature jusqu'à un certain montant : 360.61 € par an pour une personne et 1 202.02 € par an si l'assurance couvre les personnes à charge. Les montants excédant ces limites sont considérés comme des avantages en nature. Employeurs (impôt sur les bénéfices) : les primes payées sont considérées comme des frais déductibles. Si le contribuable (activité commerciale) est l'assuré (impôt sur le revenu) : le montant de la prime est déductible dans le régime d'estimation directe, aux mêmes conditions que celles s'appliquant aux entreprises.
États-Unis	Crédits d'impôt : 60 % des primes applicables aux travailleurs licenciés en raison de la concurrence mondiale, sur les produits d'assurance-maladie agréés (crédit payable à l'assureur, qui doit être agréé) Déductions ou exonérations fiscales : 100 % pour les employeurs et 85 % pour les travailleurs indépendants.
Finlande	Aucune ^a
France	Les salariés peuvent déduire le montant des primes d'assurance-maladie privée payées par l'employeur de leur revenu imposable ^a .
Grèce	Les primes d'assurance-maladie volontaire sont déductibles du revenu imposable à hauteur d'un certain montant (587 € par an) ^a .
Irlande	Déductions fiscales : applicables à tous les contribuables, déduites par les assureurs au taux d'imposition standard, limitées aux primes d'assurance-maladie pour les organismes d'assurance-maladie enregistrés. Les frais médicaux non couverts par l'assurance-maladie privée et à la charge de l'assuré bénéficient également d'un allègement fiscal, à un taux plus élevé (taux « marginal »). Ristournes : s'il n'y a pas déjà déduction fiscale. Depuis le 1 ^{er} janvier 2004, les employeurs doivent payer des cotisations (« Employers Pay Related Social Insurance Contributions », PRSI) sur une large gamme d'avantages en nature fournis aux employés, y compris les primes d'assurance-maladie payées par l'employeur.
Italie	Les primes d'assurance-maladie volontaire versées au titre des polices commerciales collectives et des polices de toutes les mutuelles (collectives et individuelles) sont déductibles de l'impôt sur le revenu au taux standard et à hauteur d'un plafond (1 250 €) ^a .
Luxembourg	Les particuliers peuvent déduire leurs primes d'assurance-maladie volontaire (mutuelles) de leur revenu imposable à hauteur d'un certain plafond (plafond pour toutes les primes d'assurance) ^a
Mexique	Déductions fiscales : le montant de la déduction est égal au montant de la prime, il n'y a pas de plafond ni de condition supplémentaire
Pays-Bas	Crédits d'impôt : pour les jeunes handicapés (< 65 ans). Crédit déduit de l'impôt que les personnes (répondant aux critères d'admissibilité de la loi Wajong) doivent acquitter = 500 € (2002) Déductions fiscales : les frais de santé sont déductibles de l'impôt sur le revenu (frais directement liés à la maladie ou à l'invalidité). Pour être déductibles, les frais doivent dépasser un certain montant [11.2 % du revenu, avec un plafond de 5 594 € (2002)]. Les primes d'assurance-invalidité (professionnelle) privée sont déductibles.
Portugal	Déductions fiscales (déduction de l'impôt sur le revenu, et non du revenu imposable) ^a : 25 % du montant des primes, limitées à 71.75 € pour les célibataires, 143.50 € pour les personnes mariées, 35.88 € supplémentaires pour chaque enfant.
Royaume-Uni	Aucune, que ce soit pour les individus ou pour les entreprises (depuis 1997) ^a , même si les entreprises peuvent déduire les primes de leurs bénéfices imposables.

1. La Medical Levy Surcharge (MLS) a été introduite en 1997 pour encourager les personnes à revenu élevé à souscrire un contrat d'assurance-maladie privée et, ce faisant, soulager en partie le secteur hospitalier public. Cette surtaxe vient s'ajouter à la taxe obligatoire Medicare Levy.

Source : Réponses au Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation, correspondances avec les délégués liées à ce questionnaire, et sources additionnelles précisées dans les notes ci-dessous.

a) Mossialos et Thomson (2002), tableau 16, p. 91.

d'assurance⁸⁴. Compte tenu de leurs liens avec les systèmes de santé nationaux, la nécessité d'intervenir pour promouvoir la vente de produits entre différents pays mérite peut-être une attention moindre que sur d'autres marchés d'assurance, qui sont sans doute moins spécifiques aux pays. Cela étant, la déréglementation présente l'avantage de consommer un volume moindre de ressources publiques et de laisser au secteur la liberté d'innover. Par ailleurs, les décideurs peuvent ne pas attacher la même importance aux considérations d'accès et d'équité sur les marchés d'assurance complémentaires et supplémentaires, et décider de laisser ces marchés largement déréglementés. Comme on l'a vu plus haut, cette décision pourrait engendrer des problèmes d'accès et de sélection des risques si le secteur ne décide pas de son propre chef d'adhérer à certains principes de solidarité. Néanmoins, si les gouvernements des pays de l'UE décident de modifier ou d'accroître le rôle de l'assurance-maladie privée, ils gagneraient peut-être à améliorer la flexibilité des instruments réglementaires disponibles.

Les approches réglementaires et autres interventions gouvernementales sus-décrites ont été plutôt concluantes. Cependant, de nouvelles difficultés pourraient surgir et les gouvernements devront continuer de surveiller l'effet de leurs initiatives et déterminer si des changements ou des perfectionnements sont nécessaires.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

L'association de réformes relatives à la mise sur le marché et d'autres portant sur la tarification, telles que la mise en œuvre d'une tarification de groupe ajustée ou d'une tarification selon l'expérience modifiée conjointement à un mécanisme de péréquation des risques, ou la combinaison de primes plafonnées et de subventions croisées, peuvent atténuer certains problèmes – notamment l'éventualité que les assureurs utilisent un autre mécanisme (augmentation sélective des primes) pour sélectionner les risques s'ils sont soumis à des obligations de mise sur le marché. Néanmoins, les problèmes liés au prix et à l'accessibilité de l'assurance-maladie privée risquent de persister car ils sont souvent le résultat d'interactions complexes au sein du marché de l'assurance-maladie privée et entre ce marché et les autres payeurs des systèmes de santé. Les décideurs doivent donc continuer à élaborer des solutions inventives à ces problèmes. En outre, la persistance de problèmes d'accès ne doit pas nécessairement être interprétée comme un signe d'échec de certaines réglementations, mais simplement comme une manifestation de leurs limites. Les réglementations – notamment si elles sont soigneusement conçues et mises en œuvre – peuvent contribuer à stabiliser les marchés et promouvoir l'étalement des risques et l'instauration d'une concurrence équitable. Il est démontré que certains mécanismes réglementaires peuvent encourager la souscription d'une couverture maladie privée auprès de catégories de population qui, précédemment, n'auraient pas considéré qu'il s'agit d'une utilisation judicieuse de leur revenu disponible ou pour qui le montant des primes était inabordable. Les incitations fiscales et les subventions budgétaires peuvent également encourager l'achat de polices d'assurance et donner corps au marché (par exemple en promouvant les régimes d'employeur) en faisant baisser le prix net de l'achat d'une assurance. Cependant, les subventions non ciblées ne permettent pas les subventions croisées entre individus présentant différents profils de risque, et le ciblage des subventions budgétaires est difficile à mettre en œuvre. En outre, compte tenu de l'élasticité-prix de la demande, éliminer ou réduire sensiblement les disparités d'accès à l'assurance-maladie privée entre catégories à haut revenu et à bas revenu et entre catégories n'ayant pas les mêmes besoins de santé nécessitera d'investir des ressources

financières substantielles, supérieures parfois au niveau des avantages fiscaux ou budgétaires actuels. Lorsque les systèmes publics garantissent un accès adéquat aux services de santé requis, la nécessité de ces interventions réglementaires et budgétaires est discutable. Mais lorsque l'assurance-maladie privée est la seule couverture disponible, ces actions sont indispensables si l'on veut garantir une couverture maladie abordable pour tous.

5. Conclusions

L'assurance-maladie privée est porteuse à la fois d'opportunités et de risques si l'on se place dans la perspective des objectifs de performance du système de santé. Par exemple, dans les pays où elle joue un rôle prépondérant, l'assurance-maladie privée a injecté des ressources dans les systèmes de santé, élargi le choix offert aux consommateurs et rendu ces systèmes plus réactifs. Cependant, dans la plupart de ces pays, elle a souvent engendré des problèmes d'équité et alourdi la facture des dépenses de santé (totales et, dans certains cas, publiques).

L'impact de l'assurance-maladie privée sur les systèmes de santé de l'OCDE dépend en partie des incitations que les marchés d'assurance-maladie privée créent pour différents acteurs du système de santé. Néanmoins, plusieurs variables telles que les caractéristiques et la structure de ces marchés, la fonction de l'assurance-maladie privée au sein du système de santé et les interventions des pouvoirs publics exercent une influence majeure sur les performances du système. Dans de nombreux cas, le degré et la nature des interventions gouvernementales peuvent entraîner l'apparition de problèmes ou au contraire aider à les maîtriser.

L'assurance-maladie privée est l'un des nombreux instruments qui peuvent contribuer à améliorer la réactivité des systèmes de santé, faciliter la concrétisation des objectifs de santé des pouvoirs publics et répondre aux demandes des consommateurs et de la société. Cependant, comme les arbitrages sont inévitables dans ce domaine, certains gouvernements peuvent considérer que les avantages de l'assurance-maladie privée ne justifient pas les coûts correspondants. Malgré tout, la plupart des pays de l'OCDE sont dotés d'un marché d'assurance-maladie privée, et celui-ci n'est pas voué à disparaître. Pour beaucoup, une question clé est de déterminer comment utiliser au mieux les marchés d'assurance-maladie privée – c'est-à-dire quel doit être leur rôle et leur importance au sein du système de santé – plutôt que se demander si ces marchés doivent exister ou non. Les réponses des pays à cette question sont forcément variables puisqu'elles dépendent des priorités des politiques et du contexte historique et du système de santé. Par exemple, les décideurs peuvent avoir des objectifs explicites pour les marchés d'assurance-maladie privée offrant une garantie primaire et concevoir et imposer des politiques ciblées sur ce type de couverture. Ce faisant, ils peuvent décider de ne pas investir de ressources significatives dans la réglementation des autres types d'assurance-maladie privée, préférant encourager l'équité d'accès par le biais de la couverture publique. La demande des consommateurs influencera elle aussi l'évolution du marché et guidera la réflexion des décideurs.

Comme le souligne ce rapport, les avantages et les inconvénients de l'assurance-maladie privée dépendent souvent du rôle qu'elle joue au sein du système de santé et de la manière dont elle interagit avec la couverture publique. Les principaux points forts et points faibles associés aux différents rôles de l'assurance-maladie privée sont les suivants :

- La présence, sur le marché de l'assurance-maladie primaire, de plusieurs assureurs privés concurrents est de nature à améliorer la réactivité du système et le choix des

consommateurs, mais en contrepartie d'un coût accru. Lorsque l'assurance-maladie privée constitue la garantie primaire de certains groupes de population, l'accès à une couverture abordable pour tous est un aspect important à prendre en compte pour les décideurs. Toutefois, les réglementations visant à corriger les défaillances courantes du marché de l'assurance primaire et à promouvoir l'équité ont un coût, que ce soit en termes de ressources publiques ou de réduction de la souplesse et de la capacité d'innovation des assureurs. En outre, garantir l'accès des populations vulnérables à une couverture privée adéquate peut être particulièrement ardu.

- Les décideurs peuvent se servir des marchés d'assurance-maladie privée parallèles pour améliorer la réactivité du système de santé lorsqu'ils jugent utile, à des fins d'efficience, de rationner les dépenses de santé publiques en fonction de la prédisposition des personnes à payer. Toutefois, ce type d'assurance entraîne généralement des disparités d'accès aux soins et à la prise en charge entre titulaires et non-titulaires. L'ampleur de ces disparités et la mesure dans laquelle elles sont perçues comme des menaces pour l'équité varient d'un pays à l'autre. En outre, bien qu'elle contribue à atténuer les problèmes de capacité auxquels est confronté le système de santé public, cette forme d'assurance ne réduit pas sensiblement les dépenses de santé publiques.
- Lorsque le régime public impose un ticket modérateur élevé, l'assurance-maladie complémentaire peut faciliter l'accès aux soins nécessaires. Cependant, la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur par l'assurance privée encourage l'utilisation induite par le risque moral. Si un ticket modérateur modeste n'est pas maintenu pour sensibiliser les individus aux coûts, l'assurance-maladie privée entravera les efforts de maîtrise des dépenses publiques.
- Contrairement aux autres formes d'assurance-maladie privée, les marchés d'assurance supplémentaire sont moins étroitement liés aux systèmes de couverture publique. La couverture supplémentaire des services déremboursés ou supprimés de la couverture publique peut contribuer à réduire les dépenses publiques. Cependant, l'utilisation de ces services par les assurés peut conserver un lien avec les services financés par le régime public, et ce faisant, peser sur les dépenses publiques. De même, comme les marchés d'assurance-maladie privée assurent généralement une couverture moins universelle que les régimes publics, toute décision de dérembourser certains services doit être prise sur la base d'un arbitrage entre la volonté de réduire les coûts du secteur public et les implications de la suppression de la couverture publique de ces services en termes d'équité.

L'assurance-maladie privée soulève également un certain nombre de problèmes qui sont indépendants du rôle qu'elle joue dans le système de santé. Par exemple, l'accès à l'assurance-maladie privée peut être un objectif social important dans les systèmes à couverture universelle lorsque les décideurs souhaitent offrir aux consommateurs une solution de rechange à la couverture universelle publique, ou dans les pays où certains services de santé et produits médicalement nécessaires ne sont pas pris en charge par le système public. Les décideurs seront néanmoins obligés d'intervenir pour corriger les défaillances du marché et garantir l'accès des groupes à haut risque à l'assurance-maladie privée. Ils disposent de plusieurs instruments pour y parvenir. Il leur faudra mettre en balance les objectifs parfois contradictoires d'accès et de maintien d'un groupe de risques couverts large et diversifié, en particulier sur les marchés volontaires. En outre, pour permettre aux consommateurs de choisir en connaissance de cause entre plusieurs

produits d'assurance-maladie privée concurrents, les pouvoirs publics et les assureurs devraient prendre des mesures supplémentaires pour expliciter les modalités des polices d'assurance et diffuser plus efficacement l'information. Cela aurait l'avantage d'éclairer les consommateurs, d'améliorer la transparence et de rendre la concurrence plus pertinente. Même dans ces conditions, un choix trop large peut empêcher les acheteurs de prendre leur décision en connaissance de cause. Les décideurs devront s'attaquer à ces questions s'ils ne veulent pas compromettre leurs objectifs déclarés.

Ce rapport a présenté certains des instruments et dispositifs les plus efficaces qu'emploient les pays de l'OCDE dotés de différents régimes d'assurance pour résoudre les problèmes liés aux sources de financement mixtes, encourager l'accès à l'assurance-maladie privée et améliorer la confiance des consommateurs dans ces produits. Il a mis en évidence les avantages et inconvénients de différentes approches, y compris les forces et faiblesses avérées de certains instruments budgétaires et réglementaires, ainsi que les implications du choix d'un instrument par rapport à un autre. Les interventions des pouvoirs publics peuvent atténuer les problèmes induits par les marchés d'assurance-maladie privée, mais certaines questions restent difficiles à résoudre – celle, par exemple, de savoir comment maximiser l'efficacité de certaines mesures. Le rapport a par ailleurs attiré l'attention sur les arbitrages auxquels doivent procéder les décideurs lorsqu'ils cherchent la meilleure méthode pour promouvoir leurs choix particuliers au travers d'un système d'assurance mixte public/privé.

Il est important de ne pas se faire d'illusions sur les avantages potentiels de marchés d'assurance-maladie privée concurrentiels et, surtout, d'être conscient de ce qu'ils ne peuvent pas réaliser. Par exemple, l'expansion du rôle de l'assurance-maladie privée est rarement le meilleur moyen de maîtriser les coûts au sein des systèmes de santé. Par ailleurs, les marchés d'assurance-maladie privée non réglementés ne sont pas idéalement placés pour promouvoir l'accès des malades chroniques ou des personnes à haut risque à une couverture maladie – notamment en l'absence d'autres mécanismes permettant aux personnes à risque élevé d'accéder à une couverture abordable. D'un autre côté, il ne faut pas négliger l'aspect réactivité des systèmes de santé, un domaine dans lequel l'assurance-maladie privée a apporté une contribution positive. Qu'on le veuille ou non, les marchés d'assurance-maladie privée interagissent avec les systèmes de prestation de soins de différentes manières, dont certaines sont bénéfiques et d'autres non. Le rôle de l'assurance-maladie privée doit être structuré autour des objectifs de la politique publique en matière de financement des dépenses de santé mais aussi des objectifs plus généraux assignés au système de santé, afin de garantir la cohérence des politiques. Par ailleurs, la politique publique doit être souple pour pouvoir réagir rapidement aux problèmes ou effets indésirables éventuels qui pourraient découler des interactions entre les marchés d'assurance-maladie privée et les systèmes publics.

Certaines questions importantes, par ailleurs, méritent un examen approfondi. Par exemple, peu de recherches ont été consacrées à l'impact de l'assurance-maladie privée sur la qualité des soins. De même, les mécanismes au travers desquels la concurrence sur les marchés d'assurance-maladie privée peut améliorer l'efficacité du système de santé sont mal compris. On dispose d'informations limitées sur le rôle des marchés d'assurance-maladie privée dans l'adoption et la diffusion des technologies médicales nouvelles et émergentes et sur la manière dont ce processus interagit avec l'évaluation technologique dans les systèmes publics. Les arguments favorables et défavorables à l'assurance privée pour soins de longue durée, par opposition à leur financement public, méritent également

des recherches plus poussées, tout comme les liens entre les retraites et pensions d'invalidité privées et les marchés d'assurance-maladie privée. Le public dans son ensemble gagnerait à être plus et mieux informé sur les options de couverture maladie dont il dispose et les implications de ses décisions. Par ailleurs, l'amélioration de la disponibilité des données sur les marchés d'assurance-maladie privée faciliterait l'élaboration des politiques et l'analyse comparative de l'assurance-maladie privée entre les pays de l'OCDE. Enfin, il y a matière à réfléchir sur le meilleur moyen de concilier les objectifs parfois antagonistes d'équité, de promotion de la flexibilité et de maintien des incitations à l'efficacité sur les marchés d'assurance-maladie privée. Si le choix du rôle que l'on souhaite voir tenir par l'assurance-maladie privée – et qui peut lui être autorisé – appartient aux décideurs de chaque pays, les réponses à ces questions (entre autres) feraient progresser l'élaboration des politiques dans ce domaine en l'appuyant sur des données concrètes.

Notes

1. Ce chapitre synthétise les principaux résultats et recommandations pour l'orientation des politiques d'une étude de l'OCDE sur l'assurance-maladie privée. Il s'appuie sur un rapport plus volumineux consacré au rôle et à l'impact de l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2004a). Ce chapitre a également été publié dans la série des documents de travail de l'OCDE sur la santé (OECD Health Working Paper, n° 15, par Francesca Colombo et Nicole Tapay).
2. Francesca Colombo travaille au sein de l'Unité des politiques de la santé de l'OCDE. Au moment de la rédaction de ce chapitre, Nicole Tapay travaillait dans la Division des marchés financiers de l'OCDE.
3. L'assurance-maladie privée désigne la couverture d'un ensemble défini de services de santé, financés par le biais de paiements privés non liés au revenu (primes) effectués auprès d'un organisme d'assurance. Cette couverture fait habituellement l'objet d'un contrat entre la partie privée et l'assureur qui énonce les conditions de paiement et de remboursement des services de santé. L'assureur assume une grande partie, voire la totalité, du risque de paiement des services énoncés au contrat.
4. Moyenne non pondérée des 22 pays de l'OCDE pour lesquels des données fiables sont disponibles ou ont été estimées pour l'année 2000. Elle exclut la Belgique, la Corée, la Grèce, la Pologne, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède et la Turquie.
5. En Suisse, le régime d'assurance-maladie obligatoire, basé sur la concurrence, représente une part supplémentaire de 40 % des dépenses totales de santé.
6. Pour les contrats d'assurance-maladie privée supplémentaire.
7. Pour la couverture primaire.
8. Dans les pays où la part du financement privé des dépenses de santé est élevée, tels que la Corée, les États-Unis et le Mexique, on observe une augmentation graduelle de la part des financements publics au fil du temps. Réciproquement, dans les pays où le pourcentage des dépenses de santé publiques est important, on note une progression de la part des dépenses de santé privées. Ces données pourraient refléter un processus de convergence entre les systèmes de financement mixtes public-privé dans la zone OCDE (OCDE, 2003a), même s'il est impossible de savoir si les tendances passées se poursuivront.
9. Voir Wagstaff *et al.* (1999) pour une analyse plus détaillée de l'équité du financement dans plusieurs pays de l'OCDE. En principe, au moins, il est possible de compenser le manque de progressivité du financement des soins de santé en rendant le régime d'imposition général plus progressif.
10. Aux États-Unis, les personnes âgées (y compris la grande majorité des personnes de 65 ans et plus), les personnes handicapées remplissant les conditions voulues et les personnes atteintes de néphropathie au stade terminal sont admissibles au programme Medicare. Certaines personnes pauvres sont admissibles à Medicaid ou au State Children's Health Insurance Program, et certaines personnes âgées ou handicapées pauvres peuvent prétendre simultanément à Medicare et Medicaid. À l'inverse, aux Pays-Bas, un segment plus limité de la population (le tiers supérieur de

l'échelle des revenus) doit souscrire sa propre couverture privée. En Allemagne, les personnes à revenu élevé peuvent s'exclure de la caisse de maladie publique en souscrivant un contrat d'assurance-maladie privée.

11. Aux États-Unis, les personnes admissibles à Medicare peuvent souscrire une police supplémentaire « Medigap » qui couvre les tickets modérateurs et les prestations non prises en charge par Medicare.
12. Au Canada, la prestation la plus importante couverte par l'assurance-maladie privée est l'achat de médicaments prescrits sur ordonnance hors du secteur hospitalier, qui n'est pas financé par le régime public (quoique certaines provinces aient des programmes de prise en charge des frais de pharmacie pour les groupes les plus vulnérables). Les autres prestations couvertes par les garanties primaires privées incluent les soins dentaires et optiques. Les services (assurés par les hôpitaux ou les médecins) financés par le régime public et ne pouvant pas être couverts par les régimes privés varient d'une province à l'autre, mais ces interdictions existent dans la majorité des provinces. Voir également Flood et Archibald (2001).
13. En France, l'assurance privée pour soins de longue durée verse une indemnité fixe sous forme de paiements mensuels, tandis qu'aux États-Unis, sa prestation consiste essentiellement à rembourser les frais encourus (Scor, 2003). En Allemagne, les personnes titulaires d'un contrat d'assurance-maladie privée primaire doivent également souscrire un contrat d'assurance privée pour soins de longue durée, celle-ci devant être fournie par l'assureur auprès duquel a été souscrite l'assurance de base (environ 10 % de la population sont titulaires d'une assurance pour soins de longue durée privée). Au Royaume-Uni, le marché de l'assurance pour soins de longue durée se développe, mais le montant élevé des primes est dissuasif.
14. Les produits privés d'assurance pour soins de longue durée sont complexes et généralement assortis de primes élevées. En outre, les individus ne ressentent pas forcément le besoin de souscrire ce type d'assurance lorsqu'ils sont jeunes, et lorsqu'ils atteignent un âge plus avancé, le prix des contrats est plus élevé et donc parfois inabordable. Néanmoins, les produits privés d'assurance pour soins de longue durée qui complètent la couverture publique de ces soins peuvent trouver une clientèle. Par exemple, une étude menée en Espagne indique qu'environ 16 % de la population seraient disposés à acheter une telle assurance (Costa-Font, 2002).
15. Les produits d'assurance pour soins de longue durée, qui sont relativement nouveaux et en évolution rapide sur plusieurs marchés, posent souvent problème aux organismes de réglementation. Par exemple, la fixation des tarifs pour ce type de produit exige plus de doigté que ne le font la plupart des produits d'assurance-maladie, ainsi qu'une vision à long terme des besoins et coûts de santé. Les primes sont généralement élevées, peuvent fluctuer dans des proportions importantes et ne correspondent pas forcément à la perception qu'ont les consommateurs types du coût approprié pour ce type de risque. Faut de disposer d'une expérience étendue avec ces produits, la tâche des organismes de réglementation n'est pas aisée. Par exemple, on ne sait pas encore quelle est la meilleure manière de structurer les primes et d'assurer un financement adéquat pour ces contrats.
16. C'est peut-être l'une des raisons pour laquelle presque tous les pays de l'OCDE ont des programmes publics à l'attention des personnes âgées et pauvres.
17. Dans certains pays de l'OCDE, les régimes d'assurance-maladie volontaire ont été évincés suite à l'établissement ou à l'expansion des programmes de couverture sociale et publique. Par exemple, en Suisse, l'introduction en 1996 d'un régime d'assurance-maladie de base obligatoire délivrant des prestations complètes a entraîné une contraction du marché de l'assurance-maladie privée supplémentaire. En Australie, la population couverte par l'assurance-maladie privée a décliné après l'introduction d'une couverture publique universelle (Medicare) en 1984.
18. Dans le cas de la Corée, la moitié du marché de l'assurance-maladie privée correspond à des produits d'assurance contre des maladies spécifiques, qui permettent à l'assuré de percevoir une prestation en espèces au cas où il serait victime de la maladie (grave) visée. L'autre moitié correspond à des produits d'assurance obligatoire contre les accidents automobiles, qui couvrent les frais médicaux induits à la suite d'un accident de voiture (OCDE, 2003b).
19. Les cadres réglementaires diffèrent dans une large mesure, bien que leur objectif général soit de protéger les consommateurs, en particulier les groupes les plus vulnérables, tout en encourageant la concurrence entre assureurs.
20. En Australie, la population couverte a décliné continuellement durant les années 90. À partir de 1997, le gouvernement a pris une série de mesures incluant des incitations budgétaires et des exigences réglementaires pour inciter les individus à souscrire une assurance-maladie privée. Les changements de la réglementation, en particulier, ont largement contribué à la popularisation de

l'assurance-maladie privée, dont le taux d'adoption est passé de 31 % en 1999 à 45 % en 2001. En Irlande, l'essor récent de l'assurance-maladie privée est largement imputable au dynamisme de l'économie et à la croissance du marché des régimes d'employeur, plutôt qu'aux interventions des pouvoirs publics.

21. Les assureurs ayant le statut de « mutuelle » ont, par le passé, bénéficié de certains avantages fiscaux.
22. Dans ces pays, l'absence de tradition de couverture maladie privée, associée, dans certains cas, à un manque de familiarité culturelle avec l'assurance ainsi qu'à la moindre opulence de leurs populations, pourraient gêner la création et le développement d'un marché d'assurance-maladie privée significatif. La relation entre les éventuels marchés de l'assurance-maladie privée et les régimes d'assurance-maladie publics, qui fait actuellement l'objet d'une législation en Slovaquie, affectera l'impact de ces marchés sur les performances du système de santé (Colombo et Tapay, 2004a). Elle délimitera également le champ des interventions possibles des pouvoirs publics. En fait, l'Union européenne exige de nombreuses réglementations qu'elles soient justifiées au nom de « l'intérêt général » (comme en témoigne la troisième directive de l'Union européenne sur l'assurance non-vie), même si elle octroie davantage de souplesse aux pays où l'assurance-maladie privée pourrait être amenée à jouer un rôle de couverture plus important.
23. Ces catégories incluent les personnes dont le revenu se situe entre 100 et 200 % du seuil de pauvreté fédéral. Près de deux tiers des non-assurés aux États-Unis (64 %) sont des personnes à faible revenu ou issues d'une famille à faible revenu. Plus d'un tiers des pauvres (37 %) et un quart des quasi-pauvres (24 %) ne sont pas assurés. Le terme « faible revenu », tel qu'il est utilisé ici, renvoie aux personnes touchant moins de 200 % du seuil de pauvreté fédéral, soit 28 696 dollars pour une famille de trois en 2002 (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2003).
24. Les régimes d'employeurs peuvent néanmoins présenter des inconvénients, car ils dissimulent aux assurés le coût réel de la couverture et des soins.
25. Par exemple, la mobilité entre assureurs est réduite en Australie, aux Pays-Bas et en Suisse. Pourtant, en Australie et en Suisse, le principe d'affiliation non limitative implique que les assurés peuvent changer d'assureur à certaines périodes (Suisse) ou n'importe quand (Australie). Cette mobilité limitée peut s'expliquer par des coûts de transaction et d'information élevés. Plusieurs pays dont l'Australie, les États-Unis et l'Irlande ont adopté des clauses de « transférabilité » pour permettre aux consommateurs de changer d'assureur sans encourir d'exclusion.
26. Les données de cette section proviennent essentiellement d'une sélection de pays pour lesquels des études analytiques détaillées ont été préparées, tels que l'Australie, l'Irlande et les Pays-Bas. L'analyse s'appuie également sur l'expérience d'autres pays qui disposent de données suffisantes, tels que l'Allemagne, les États-Unis, la France et le Royaume-Uni (entre autres). Néanmoins, les exemples cités restent limités car il existe peu de pays dans la zone OCDE où l'assurance-maladie privée joue un rôle significatif et où l'impact de cette dernière sur le système de santé peut être correctement évalué.
27. Dans ces systèmes, la couverture maladie publique est liée aux structures de prestation publiques (hôpitaux et médecins du secteur public), tandis que le secteur privé parallèle prend en charge les patients qui paient leurs soins soit eux-mêmes soit par le biais d'une assurance-maladie privée.
28. Voir Hurst et Siciliani (2003), Mossialos et Thomson (2002) et les études de cas sur l'Australie et l'Irlande (Colombo et Tapay, 2003 et 2004b).
29. En Australie, le régime d'assurance public Medicare prend en charge le coût des soins médicaux (spécialisés) aux patients hospitalisés dans le secteur privé. En Irlande, 20 % environ des lits de soins aigus dans les hôpitaux publics sont destinés au traitement de patients assurés dans le privé. Ces facteurs influent sur la faculté qu'ont les patients assurés dans le privé d'accéder plus rapidement aux soins non urgents.
30. Les données disponibles indiquent que pour les patients dont la vie n'est pas menacée, des délais d'attente modérés (de trois à six mois selon les pathologies) n'entraînent pas de dégradation de l'état de santé du patient ni ne compromettent le résultat de l'intervention chirurgicale. En revanche, des délais d'attente plus longs peuvent être problématiques (Hurst et Siciliani, 2003).
31. Depuis peu, un autre marché d'assurance privée – l'assurance pour fautes professionnelles médicales – fait peser certaines menaces sur l'offre de prestataires de soins de santé dans plusieurs pays de l'OCDE. Cette assurance pose un certain nombre de problèmes en termes de politique publique et de coûts et, dans certains cas, va jusqu'à compromettre l'offre de médecins, qui sont découragés par son coût élevé.

32. En Espagne, le secteur public a toutefois racheté des capacités au secteur privé dans certaines régions.
33. L'étude sur les ressources humaines en soins de santé traite en particulier des effets qu'exercent les différents modes de paiement sur la productivité (voir chapitre 4 dans ce volume).
34. Par exemple, certains pays autorisent les médecins à facturer des honoraires plus élevés aux patients assurés dans le privé. D'autres différences peuvent apparaître si, par exemple, les médecins sont rémunérés sur la base d'un salaire ou d'une capitation dans le cadre de leur activité publique, et sur la base d'un paiement à l'acte dans leur pratique privée.
35. De fait, les capacités sont l'un des déterminants clés des variations du temps d'attente entre pays (Siciliani et Hurst, 2003).
36. En Australie et en Irlande, la contribution de l'assurance-maladie privée au niveau général d'inégalité d'accès aux soins est favorable aux riches pour l'utilisation des soins hospitaliers, bien que la distribution de ces soins en Australie (en termes de probabilité d'utilisation) avantage les pauvres (distribution « pro-pauvres ») (Van Doorslaer et al., chapitre 3 de ce volume).
37. En Irlande, les hôpitaux privés sont exclus du réseau d'établissements de santé bénéficiant des remboursements publics et dépendent donc dans une large mesure des revenus de l'assurance-maladie privée. Les médecins du secteur public peuvent améliorer leurs revenus en exerçant également dans le privé, où ils ont la possibilité de facturer des honoraires plus élevés. En Allemagne, en Australie, en France et dans plusieurs autres pays de l'OCDE, l'assurance-maladie privée peut rembourser les dépassements d'honoraires (c'est-à-dire la fraction des honoraires excédant le barème de remboursement du régime public) pour les traitements administrés à titre privé aux patients hospitalisés.
38. Dans les deux pays, les patients peuvent bénéficier, dans un hôpital public, de soins financés par des sources privées. Bien qu'ils ne puissent prétendre à un accès préférentiel par rapport aux patients financés par le régime public, en Irlande, les tendances de l'utilisation des structures hospitalières publiques par les assurés des régimes publics et privés donnent à penser que les assurés privés pourraient bénéficier d'un traitement prioritaire pour les soins non urgents. Il ne semble pas que ce soit le cas en Australie.
39. Bien que ce problème ait été évoqué dans plusieurs pays, tels que le Royaume-Uni et l'Irlande, les données montrent qu'il s'est rarement produit dans les faits. Cependant, dans quelques pays, les décideurs ont réglementé la possibilité pour les médecins publics d'exercer dans le privé. Par exemple, en Suède, au Luxembourg, en Grèce et en Italie, il est interdit aux médecins d'exercer dans les deux secteurs pour éviter qu'ils n'abandonnent leurs patients du public au profit de patients privés plus rémunérateurs. Au Royaume-Uni, le nouveau contrat NHS proposé aux consultants en 2003 a pour but d'atténuer ce biais. En Irlande, le contrat collectif des consultants spécifie également un engagement vis-à-vis du secteur public.
40. Par exemple, aux Pays-Bas, les patients se voient appliquer le même tarif qu'ils soient assurés par un régime public ou privé. Tous les patients sont inscrits sur la même liste d'attente, l'accès aux soins étant déterminé en fonction des besoins. En Australie, l'allocation des lits dans les hôpitaux publics ne peut être effectuée a priori en fonction du statut au regard de l'assurance, et les patients sont censés être admis exclusivement en fonction de leurs besoins.
41. D'un autre côté, ce système de remboursement empêche les régimes d'assurance-maladie privée d'offrir les avantages que proposent leurs homologues dans certains autres pays.
42. Les données recueillies par Van Doorslaer et al. (chapitre 3 dans ce volume) indiquent que l'introduction de la CMU a partiellement corrigé l'effet pro-riches de l'assurance-maladie privée sur l'utilisation des consultations de médecins.
43. En Irlande, alors que 20 % des lits de soins aigus des hôpitaux publics sont réservés à des patients privés, ces derniers ont représenté près de 30 % des admissions dans les hôpitaux publics en 2000, laissant craindre une menace pour l'équité (Wiley, 2001). En Australie, des données limitées signalent que les perspectives financières offertes par les patients privés aux hôpitaux et médecins du secteur public peuvent inciter ces derniers à accorder un traitement préférentiel à cette catégorie de patients.
44. Mossialos et Thomson (2002) relèvent un certain nombre de limitations dans la troisième directive assurance non-vie de l'UE, dont celles-ci : « Bien que les initiatives d'harmonisation constituent un préalable indispensable pour la création d'un marché de l'assurance unifié, elles peuvent poser problème aux États membres qui s'efforcent de trouver un compromis entre déréglementation et protection du consommateur. Dans les faits, le contrôle par le pays d'origine prive les États membres du droit d'introduire des réglementations significatives dans le secteur de l'assurance... La troisième

directive sur l'assurance non-vie interdit la réglementation des prix et des produits au motif que la concurrence profitera aux consommateurs au travers d'une baisse des prix et d'une amélioration du choix. Or, à jour, rien n'indique clairement que cette attente ait été réalisée. » (Mossialos et Thomson, 2002, pp. 43-44, italiques ajoutées).

45. La plupart des marchés d'assurance pour soins de longue durée ont un caractère volontaire, sauf en Allemagne, où la souscription d'une telle assurance est obligatoire pour les personnes qui ont une couverture maladie primaire privée (de substitution).
46. En Espagne, la grande majorité (85 %) des fonctionnaires choisissent de se retirer du régime public, mais les données se contredisent parfois sur ce point (Observatoire européen des systèmes de santé, Espagne, p. 38). En Allemagne, seuls ceux qui touchent un revenu mensuel qui dépasse 3 825 € (en 2003) peuvent se retirer de l'assurance sociale. En 2002, les personnes en droit de se retirer de l'assurance sociale qui sont restées volontairement assurées par le fonds maladie représentaient environ 12 % des personnes assurées socialement ou 10 % de la population allemande (Verband der Privaten Krankenversicherung, 2003).
47. En Allemagne, les assureurs sont tenus de proposer aux personnes âgées et autres personnes admissibles une police à prestations standard définies et prime plafonnée (« police standard à tarif plafonné »).
48. Par exemple, en Australie, les prestataires peuvent facturer des honoraires supérieurs aux honoraires conventionnés fixés par le gouvernement et l'assurance-maladie privée peut les prendre en charge s'ils correspondent à une prestation hospitalière. Les personnes affiliées à un régime privé sont moins limitées dans le choix du prestataire car elles peuvent se faire rembourser les honoraires des prestataires qui sont plus chers. Néanmoins, l'assurance-maladie privée ne couvre pas toujours l'intégralité des dépassements d'honoraires, et leurs clients doivent parfois acquitter eux-mêmes une partie des frais. Le gouvernement exige cependant des médecins qu'ils obtiennent le « consentement en connaissance de cause » des patients avant de leur dispenser un traitement qui ne sera pas intégralement remboursé.
49. Dans les HMO traditionnels « purs », les affiliés peuvent se faire soigner uniquement par les prestataires médicaux agréés du HMO. Dans les PPO, les affiliés ont accès aux services d'un réseau de prestataires mais peuvent consulter d'autres médecins en prenant à leur charge un pourcentage des coûts plus élevés. Dans les régimes d'indemnisation maladie, le choix du prestataire est complètement libre et les assurés se font généralement rembourser par l'assureur (même si, dans certains cas, ce sont les prestataires qui se font directement rembourser par l'assureur).
50. Plusieurs gouvernements ont pris des initiatives pour aider les consommateurs à choisir le régime d'assurance-maladie privée le mieux adapté à leur cas. Par exemple, le gouvernement australien édite des brochures sur différents thèmes liés à l'assurance-maladie privée. Des informations comparatives sur les caractéristiques et le coût des régimes d'assurance-maladie sont également diffusés par le gouvernement ou par des associations volontaires sur certains segments du marché primaire des États-Unis et sur le marché de l'assurance obligatoire en Suisse.
51. D'après McClellan *et al.* (2002), suite à la mise en concurrence des assureurs et des prestataires aux États-Unis, les médecins ont essayé d'attirer des patients en leur proposant des traitements plus intensifs, un meilleur confort et d'autres conditions liées à la qualité, et les hôpitaux ont cherché à attirer patients et médecins selon des méthodes similaires.
52. Les technologies de santé sont l'un des éléments moteurs des dépenses de santé. Néanmoins, le taux optimal d'adoption et de diffusion des technologies médicales, c'est-à-dire le point à partir duquel chaque unité additionnelle de technologie génère moins de progrès sanitaires que par le passé pour une population donnée, est inconnu pour la plupart des technologies.
53. En fait, ce type de problème avait été constaté sur le marché de l'assurance supplémentaire Medicare aux États-Unis avant l'introduction de l'obligation de standardisation en 1990.
54. Pour éviter l'obsolescence des produits standardisés, il serait peut-être judicieux d'octroyer aux organismes de réglementation une souplesse accrue pour actualiser ces produits (par exemple, leurs spécifications pourraient être définies non pas par une loi mais par une réglementation, qui peut être modifiée).
55. Aux Pays-Bas, les employeurs ont joué un rôle de premier plan dans les efforts visant à remédier à la pénurie de l'offre. Certains, par exemple, ont créé des cliniques d'employeur pour accélérer le retour à l'emploi des employés après un problème de santé. Les assureurs ont rapidement proposé de couvrir les services médicaux dispensés dans ces cliniques. Cependant, redoutant que ce

système n'entraîne des inégalités d'accès, liées à une prédisposition plus ou moins grande à payer, le gouvernement a interdit ces initiatives (Tapay et Colombo, 2004).

56. Ces mesures incluent, par exemple, la restriction de la possibilité qu'ont les assureurs d'imposer des exclusions au titre de l'état de santé pré-existant, des obligations en matière de primes, des normes de prestations et la restriction des possibilités d'adjudication sélective des contrats aux prestataires pour les assureurs.
57. Voir, par exemple, les efforts déployés par le National Committee on Quality Assurance des États-Unis (une initiative privée volontaire à laquelle participent de nombreux assureurs) pour fournir des informations comparatives sur les performances des régimes d'assurance-maladie selon différents critères (programme Health Plan Employer Data and Information Set « HEDIS »).
58. Au Royaume-Uni, un assureur a établi des accords de partenariat avec quelques prestataires. Les médecins qui s'engagent à ne pas facturer plus que les prestations maximum payées par l'assureur et à satisfaire un ensemble de critères de qualité personnels reçoivent de l'assureur un supplément annuel de 10 % sur l'ensemble des frais admissibles facturés aux patients assurés. En Australie, quelques grandes caisses de maladie organisent des programmes d'information sur le diabète pour encourager les patients à solliciter des soins préventifs et à se faire prescrire des soins sans hospitalisation moins coûteux.
59. Par exemple, certains craignaient que les demandes de pré-autorisation ne prennent trop de temps et n'hypothèquent la fourniture des soins. Il a également été demandé de prévoir des exceptions appropriées pour les traitements délivrés dans les services d'urgence.
60. Si l'un des objectifs de ces normes est de garantir la couverture de certains soins, un autre est de veiller à ce que les assureurs prennent leurs décisions en temps utile et sur la base d'un niveau d'expertise approprié, pour ne pas compromettre la rapidité et la qualité des soins.
61. Par exemple : National Committee on Quality Assurance (NCQA), « NCQA's Health Plan Report Card », Interactive Tool, <http://hprc.ncqa.org>.
62. Une partie de l'utilisation induite par l'assurance-maladie privée est le fait d'individus qui, en l'absence d'assurance privée, n'utiliseraient pas le système public mais se feraient soigner à leurs frais dans le secteur privé. En Irlande et en Australie, la part des financements publics dans les dépenses totales de santé a augmenté entre 1990 et 2000 tandis que la contribution de l'assurance-maladie privée a diminué. Pourtant, la population couverte par l'assurance-maladie privée a progressé dans les deux pays.
63. Les médicaments prescrits aux patients externes ne sont pas couverts par le régime public, sauf pour les personnes admises dans un hôpital ou celles qui bénéficient d'un programme spécial ciblé sur une catégorie de population (les personnes âgées par exemple). La prise en charge par l'assurance-maladie privée des médicaments prescrits hors du milieu hospitalier représente presque la moitié des demandes de remboursement adressées aux assureurs privés.
64. Au Canada, l'assurance-maladie privée représentait 11.4 % des dépenses totales de santé en 2000. *Source : Éco-Santé OCDE 2003.*
65. En Irlande, le marché de l'assurance-maladie est dominé par deux grands assureurs, tandis que le secteur hospitalier privé est très fragmenté et constitué d'hôpitaux relativement petits. De ce fait, les assureurs sont en situation de quasi-monopole et disposent d'un pouvoir de négociation relativement important vis-à-vis des prestataires.
66. Les assureurs-maladie privés peuvent chercher à reproduire les initiatives de maîtrise des coûts performantes du secteur public. Réciproquement, celui-ci peut adopter les mécanismes de contrôle des coûts ayant fait leurs preuves dans le secteur privé.
67. Pour les services qui sont moins liés au système de soins public (c'est-à-dire qui ne nécessitent pas une visite complémentaire chez le médecin, comme c'est le cas lorsqu'un patient veut se faire prescrire un médicament), tels que les soins dentaires, on ne note pas d'effet sur le taux d'utilisation dans le secteur public.
68. Dans le cas du programme américain Medicare, l'évaluation de la désirabilité de cet impact est rendue plus complexe par le fait que le ticket modérateur peut être substantiel (20 % de la facturation autorisée) et freiner l'accès de certaines catégories de population. En outre, on note un phénomène d'antiselection sur le marché de l'assurance-maladie privée, ce qui signifie que les personnes souscrivant ce type de couverture ont peut-être davantage de problèmes de santé. En France, l'assurance-maladie privée rembourse le ticket modérateur, qui est minime par nature pour les soins aux patients hospitalisés, alors que le taux de remboursement des médicaments et des consultations de médecins par le régime public est plus faible (65 % et 72 %) (Buchmueller et

Couffinhal, 2003). Le ticket modérateur a été imposé à l'origine pour réduire l'utilisation inutile des services. L'assurance privée – qui concerne maintenant plus de 85 % de la population – a supprimé cette forme de contrôle.

69. En fait, les données confirment que la couverture complémentaire Medicare améliore l'accès des bénéficiaires aux soins médicalement nécessaires (Neuman et Rice, 2003).
70. En Australie, en Irlande et aux Pays-Bas, il est très rare que les consommateurs changent d'assureur. Cela est également le cas dans les régimes d'assurance-maladie sociaux qui ont essayé d'introduire une certaine concurrence entre les caisses de maladie, par exemple en Allemagne et aux Pays-Bas (Gress *et al.*, 2002). Les réformes mises en œuvre dans ces deux pays présentent des similitudes avec la réforme qui a rendu la couverture maladie de base obligatoire en Suisse (Colombo, 2001). Les coûts de transaction, le manque d'intérêt des consommateurs pour les performances des assureurs et l'absence d'informations comparatives adéquates sur les assureurs semblent avoir limité la mobilité entre assureurs.
71. En Irlande, deux grands assureurs dominent le marché. Dans quelques autres pays de l'OCDE également, les marchés sont très concentrés.
72. C'est le cas, par exemple, des assureurs sociaux qui offrent une couverture maladie privée en Belgique et aux Pays-Bas. Dans de nombreux pays européens, les assureurs opérant sur le marché sont majoritairement des institutions de prévoyance ou des mutuelles, qui traditionnellement appliquaient le principe de solidarité dans leurs activités d'assurance-maladie privée – même si elles ne le font plus toujours.
73. Malgré le peu de données disponibles et la complexité des mesures, il apparaît que les frais administratifs des assureurs privés sont supérieurs à ceux des régimes publics dans les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles (OCDE, 2004a).
74. Inclut les frais de souscription-tarifcation et les autres frais administratifs (Verband der Privaten Krankenversicherung, 2003).
75. Pour un exposé plus détaillé de l'expérience de l'Australie, de l'Irlande et des Pays-Bas, voir Colombo et Tapay (2003 et 2004c), et Tapay et Colombo (2004b). Lorsque les assureurs négocient avec les prestataires, comme c'est le cas en Australie et en Irlande, la négociation porte sur les prix des services mais pas sur les autres conditions de prestation des soins. Sur d'autres grands marchés d'assurance-maladie privée, comme ceux de l'Allemagne, du Canada et de la France, les assureurs ne participent pas à la gestion des soins. Ils se contentent de rembourser les patients et ont peu de contacts avec les prestataires. Cette situation est néanmoins plus fréquente sur les petits marchés d'assurance-maladie privée dans la zone OCDE.
76. Le concept de « soins gérés » recouvre divers instruments visant à influencer la quantité, la qualité et l'adéquation des soins fournis aux assurés. Ils englobent notamment des initiatives de prévention des maladies et de promotion de la santé, la gestion des maladies chroniques, des comptes-rendus d'utilisation, des recommandations cliniques, des restrictions quant aux traitements et des incitations ou des informations encourageant les consommateurs à choisir les prestataires ou les services d'un bon rapport coût-efficacité.
77. En Australie, les autorités sont en train d'actualiser les dispositions en matière de réassurance à l'aide d'un nouveau système qui vise à renforcer les incitations à l'amélioration de l'efficacité pour les caisses de maladie. En vertu de ces nouvelles dispositions, le soutien des réassureurs est calculé sur la base des coûts d'hospitalisation moyens et non plus des coûts effectifs, et les caisses de maladie qui parviennent à ramener les coûts d'une cohorte particulière (par âge ou par sexe) en dessous des coûts moyens sont autorisées à conserver la différence.
78. Voir OCDE (2004a), qui expose quelques principes pour la conception des mécanismes de compensation des risques.
79. Par exemple, en limitant la possibilité pour les assureurs de fixer le montant des primes en fonction du risque, de refuser l'accès à la couverture et de pratiquer l'exclusion, ou en exigeant la fourniture de prestations minimales ou standard.
80. Ce produit n'est pas exclusivement réservé aux personnes à haut risque en Allemagne, même si les assureurs sont tenus de le proposer à certaines catégories de personnes âgées (entre autres).
81. Les « Codes of Practice » de l'Association of British Insurers (ABI) imposent aux membres de l'association des obligations de divulgation. Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation, réponse du Royaume-Uni.

82. L'introduction de cet impôt en Australie reflète l'importance supérieure accordée à d'autres priorités de la politique publique – à savoir, l'intégrité du régime d'imposition du revenu et la volonté d'empêcher que ces avantages ne soient un moyen de « contourner » l'impôt.
83. Merlis (1999) donne quelques raisons pour lesquelles il est difficile de subventionner les primes sur le marché individuel, que cette mesure soit ou non accompagnée d'autres réformes sur le marché de l'assurance. L'une des questions qui se pose est de savoir si les décideurs veulent améliorer le niveau de couverture indépendamment du statut des individus au regard du risque, ou s'ils veulent étendre la couverture tant des personnes à risque élevé que des personnes à risque faible. Les auteurs notent, par exemple : « Des subventions non accompagnées d'une réforme de la tarification permettraient peut-être à davantage de personnes d'obtenir une couverture, mais des subventions accompagnées d'une réforme de la tarification permettraient d'atteindre la plupart des personnes ayant besoin d'une couverture. » (Merlis, 1999, p. 8)
84. Voir Parlement européen (2000), FINAL A5-0266/2000, *Rapport sur l'assurance-maladie complémentaire*. Commission de l'emploi et des affaires sociales. Rapporteur : Michel Rocard.

Bibliographie

- Atherly, A. (2001), « Supplemental Insurance: Medicare's Accidental Stepchild? », *Medical Care Research and Review*, vol. 58, n° 2, pp. 131-161.
- Boccuti, C. et M. Moon (2003), « Comparing Medicare and Private Insurers: Growth Rates in Spending Over Three Decades », *Health Affairs*, vol. 22, n° 2, pp. 230-237.
- Buchmueller, T. et A. Couffinhal (2004), « Private Health Insurance in France », OECD Health Working Paper, n° 12, OCDE, Paris.
- Chollet, D. (2002), « Expanding Individual Health Insurance Coverage: Are High-Risk Pools The Answer? », *Health Affairs Web Exclusive: W349-352*, consulté le 17 février 2004, www.healthaffairs.org/.
- Chollet, D., F. Smieliauskas et M. Konig (2003), « Mapping State Health Insurance Markets, 2001: Structure and Change », *AcademyHealth*, consulté le 17 février 2004, www.statecoverage.net/.
- Christensen, S. et J. Shinogle (1997), « Effects of Supplemental Coverage on Use of Service by Medicare Enrollees », *Health Care Financing Review*, vol. 19, n° 1, pp. 5-17.
- 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 Paper*, n° 53, OCDE, Paris.
- Colombo, F. et N. Tapay (2003), « Private Health Insurance in Australia. A Case Study », OECD Health Working Paper, n° 8, OCDE, Paris.
- Colombo, F. et N. Tapay (2004a), « The Slovak Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance. Policy Challenges », OECD Health Working Paper, n° 11, OCDE, Paris.
- Colombo, F. et N. Tapay (2004b), « Private Health Insurance in Ireland. A Case Study », OECD Health Working Paper, n° 10, OCDE, Paris.
- Costa-Font, J. (2002), « The Design of Long-Term Care Funding in Spain. Policy and Financial Constraints », *Health and Ageing*, n° 7, pp. 6-9.
- Dallek, G., B. Biles et L. Hersch (2003), « Lessons from Medicare+ Choice for Medicare Reform », *The Commonwealth Fund*, New York, NY, consulté le 17 février 2004, www.cmwf.org/.
- Davis, K. et B. Cooper (2003), *American Health Care: Why So Costly*, Invited Testimony, Senate Appropriations Committee, Subcommittee on Labor, Health and Human Services, Education and Related Agencies, Hearing on Health Care Access and Affordability: Cost Containment Strategies, 11 juin 2003.
- DeCoster, C., K.C. Carrière, S. Peterson, R. Walld et L. MacWilliam (1998), *Surgical Waiting Times in Manitoba*, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba, Canada.
- Docteur, E., H. Suppanz et J. Woo (2003), « The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform », *Economics Department Working Paper*, n° 350, OCDE, Paris.
- Ettner, S.L. (1997), « Adverse Selection and the Purchase of Medigap Insurance by the Elderly », *Journal of Health Economics*, vol. 16, n° 5, pp. 543-562.

- Flood, C. et T. Archibald (2001), « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 6, pp. 825-830.
- Gress, S., G.H. Okma et J. Wasem (2002), « Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries. Market Outcomes and Policy Implications », Discussion Paper, n° 1, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement.
- Hurst, J. et L. Siciliani (2003), « Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries », OECD Health Working Paper, n° 6, OCDE, Paris.
- Imai, Y., S. Jacobzone et P. Lenain (2000), « The Changing Health System in France », Economics Department Working Paper, n° 269, OCDE, Paris.
- Jones, AM., X. Koolman et E. Van Doorslaer (2002), « The Impact of Private Health Insurance on Specialist Visits: Analysis of the European Community Household Panel (ECHP) », Working Paper, n° 9, ECuity II Project.
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2001), « Medicaid and Managed Care », *Fact Sheet*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, Washington, DC, consulté le 17 février 2004, www.kff.org/.
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2003), « The Uninsured: A Primer, Key Facts about Americans Without Health Insurance », The Henry J. Kaiser Family Foundation, Washington, DC, consulté le 17 février 2004, www.kff.org/.
- Levit, K., C. Smith, C. Cowan, A. Sensenig, A. Catlin et Health Accounts Team (2004), « Health Spending Rebound Continues in 2002 », *Health Affairs*, vol. 23, n° 1, pp. 147-159.
- Manning, W.G., J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler et A. Leibowitz (1987), « Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment », *The American Economic Review*, vol. 77, n° 3, pp. 251-277.
- Marmor, T. et G.J. McKissick (2000), « Medicare's Future: Fact, Fiction and Folly », *American Journal of Law and Medicine*, vol. 26, n° 2-3.
- McClellan, M., N. Every, A. Garber, P. Heidenreich, M. Hlatky, D. Kessler, J.P. Newhouse et O. Saynina (2002), « Technological Change in Heart Attack Care in the United States: Causes and Consequences », in M. McClellan et D. Kessler (dir. pub.), *Technological Change in Health Care: A Global Analysis of Heart Attack*. University of Michigan Press, pp. 21-54.
- Merlis, M. (1999), « Public Subsidies and Private Markets: Coverage Expansions in the Current Insurance Environment », Institute for Policy Solutions, The Kaiser Project On Incremental Health Reform, The Henry J. Kaiser Family Foundation, Washington, DC, consulté le 17 février 2004, www.kff.org/.
- Miller, R.H. et H.S. Luft (1997), « Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care? », *Health Affairs*, vol. 16, n° 5, pp. 7-25.
- Miller, R.H. et H.S. Luft (2002), « HMO Plan Performance Update: An Analysis of the Literature, 1997-2001 », *Health Affairs*, vol. 21, n° 4, pp. 63-86.
- Ministère de la Santé, Espagne (2003), *National Health Survey 2001*.
- Mossialos, E. et J. Le Grand (dir. pub.) (1999), *Health Care and Cost Containment in the EU*, Ashgate.
- Mossialos, E. et S. Thomson (2002), *Voluntary Health Insurance in the European Union*, rapport préparé pour la Direction générale emploi et affaires sociales de la Commission européenne, London School of Economics and Political Science, Londres.
- National Committee on Quality Assurance (NCQA), « NCQA's Health Plan Report Card », Interactive Tool, consulté le 17 février 2004, <http://hprc.ncqa.org/>.
- Neuman, P. et T. Rice (2003), « Medicare Cost-Sharing: Implications for Beneficiaries », Statement Prepared for Hearing on Medicare Cost-Sharing and Medigap, Committee on Ways and Means, Subcommittee on Health, The United States House of Representatives, 1^{er} mai 2003.
- Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2000), *Health Care Systems in Transition. Spain*, Bureau regional OMS de l'Europe, Copenhague.
- Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2001), *Health Care Systems in Transition. New Zealand*, Bureau regional OMS de l'Europe, Copenhague.
- OCDE (2001), *Statistical Questionnaire on Private Health Insurance*, réponses de plusieurs pays, Paris.
- OCDE (2002), *Regulatory Questionnaire on Private Health Insurance*, réponses de plusieurs pays, Paris.

- OCDE (2003a), *Éco-Santé 2003*, 2^e édition, Paris.
- OCDE (2003b), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : la Corée*, OCDE, Paris.
- OCDE (2004a), *L'assurance-maladie privée dans la pays de l'OCDE*, OCDE, Paris.
- OCDE (2004b), « Proposal for a Taxonomy of Health Insurance », voir l'étude de l'OCDE sur l'assurance-maladie privée sur www.oecd.org/health.
- Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (2002), *Rapport annuel*, Bruxelles.
- Parlement européen (2000), *Report on Supplementary Health Insurance*, FINAL A5-0266/2000, Rapporteur : Michel Rocard, Commission de l'emploi et des affaires sociales, Parlement européen, Bruxelles.
- Private Health Insurance Administration Council (PHIAC) (2002), *Operations of the Registered Health Benefits Organisations Annual Report 2001-02*, PHIAC, Canberra, Australie.
- Rodwin, M.A. (1993), « Medicine, Money and Morals. Physicians' Conflicts of Interest », Oxford University Press, New York, pp. 67-79.
- Scor (2003), « Private LTC Insurance. International Comparisons », *Scor Technical Newsletter*, No. 9, Scor, Paris, consulté le 17 février 2004, www.scor.com/.
- Siciliani, L. et J. Hurst (2003), « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries », *OECD Health Working Paper*, n° 7, OCDE, Paris.
- Stabile, M. (2001), « Private Insurance Subsidies and Public Health Care Markets: Evidence from Canada », *Canadian Journal of Economics*, vol. 34, n° 4, pp. 921-942.
- Tapay, N. et F. Colombo (2004), « Private Health Insurance in the Netherlands. A Case Study », *OECD Health Working Paper*, OCDE, Paris.
- Tollen, L. et R.M. Crane (2002), « A Temporary Fix? Implications of the Move Away from Comprehensive Health Benefits », *EBRI Issue Brief*, n° 244, Washington, DC.
- UK Trade and Investment, « Healthcare & Medical Market in Turkey », site Web du gouvernement britannique, consulté le 17 février 2004, www.uktradeinvest.gov.uk/.
- Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) (2002), *Private Health Insurance Data*.
- Vaithianathan, R. (2000), *An Economic Analysis of the Private Health Insurance Incentive Act (1998)*, The Australian National University (ANU), Canberra.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) (2003), *Private Health Insurance. Fact and Figures 2002/2003*, PKV, Cologne, consulté le 17 février 2004, www.pkv.de/.
- Wagstaff, A., E. Van Doorslaer, H. van der Burg, S. Calonge, T. Christiansen, G. Citoni, U.G. Gerdtham, M. Gerfin, L. Gross, Häkkinen et al. (1999), « Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons », *Journal of Health Economics*, vol. 18, n° 3, pp. 263-290.
- White, J. (1994), « States Move Ahead Through Incremental Reforms », *Health Progress*, Catholic Health Association of the United States, Washington, DC, consulté le 17 février 2004, www.chausa.org.
- Wiley, M. (2001), « Reform and Renewal of the Irish Health Care System: Policy and Practice », in T. Callan, T. et D. McCoy (dir. pub.), *Budget Perspectives Conference Proceedings of 9 October 2001*, The Economic and Social Research Institute, Dublin.
- Woolhandler, S., T. Campbell et D. Himmelstein (2003), « Cost of Health Care Administration in the United States and Canada », *The New England Journal of Medicine*, vol. 349, n° 8, pp. 768-775.
- Yates, J. (1995), *Private Eye, Heart and Hip: Surgical Consultants, the National Health Service and Private Medicine*, Churchill Livingstone, Londres.

Chapitre 7

Projections des dépenses de santé et de soins de longue durée liées au vieillissement de la population

par

Mandeep Bains,

Office de coopération EuropeAid, Commission européenne

et Howard Oxley,

Secrétariat de l'OCDE*

Ce chapitre présente des projections des dépenses de santé et de soins de longue durée sur la période 2000-2050 pour certains pays de l'OCDE, à partir de travaux effectués par l'Union européenne et l'OCDE. Le vieillissement de la population suscite des préoccupations grandissantes quant à l'impact qu'il pourrait avoir sur l'augmentation des dépenses publiques de santé, étant donné que les personnes âgées ont tendance à avoir des besoins en soins de santé plus élevés que la population en âge de travailler. Ce chapitre décrit une méthodologie commune qui a été utilisée pour faire des projections sur la hausse possible des dépenses de santé liée au vieillissement de la population. Les résultats indiquent que l'impact du vieillissement pourrait augmenter les dépenses de santé pour les soins aigus d'un peu moins de 2 points de pourcentage du PIB et les dépenses pour les soins de longue durée d'un peu plus de 1 point de pourcentage. Des simulations employant des hypothèses alternatives et des méthodes de projections différentes indiquent cependant qu'il y a une large marge d'incertitude concernant ces estimations.

* Des remerciements sont adressés à plusieurs collègues pour leurs commentaires et par-dessus tout aux représentants des pays membres qui ont fourni les projections sous-jacentes.

1. Introduction

Ce chapitre présente des projections des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée sur la période 2000-2050 en utilisant des méthodes de projection similaires pour tous les pays¹. Il rassemble des travaux effectués par des pays membres de l'Union européenne avec des informations similaires pour quatre autres pays de l'OCDE (Japon, Norvège, Nouvelle-Zélande et République tchèque). L'intérêt pour des telles projections s'est accru dans les pays de l'OCDE du fait d'une prise de conscience plus marquée de l'impact du baby boom, du déclin subséquent des taux de fertilité et de l'allongement de l'espérance de vie sur la structure d'âge des populations. Tous les pays de l'OCDE verront une augmentation du vieillissement, qui sera particulièrement prononcée dans les pays d'Europe continentale et au Japon. Pour l'ensemble des pays de l'OCDE (moyenne non pondérée), la part de la population âgée de 65 ans et plus par rapport à la population âgée de 15 à 64 ans va passer de 20.6 % en 2000, à 37.9 % en 2030 et à 48.9 % en 2050, bien que la vitesse et le moment précis de cet accroissement varieront considérablement d'un pays à l'autre. Étant donné que les personnes âgées ont tendance à être en moins bonne santé et à utiliser plus les soins de santé, on a généralement tendance à penser qu'il y aura des besoins accrus pour les soins de santé. Dans la mesure où ces services sont largement financés ou fournis par le secteur public, cette tendance va exercer des pressions sur les finances publiques.

Ce chapitre tente donc de fournir des estimations générales sur l'étendue possible de cet accroissement des besoins. Toutefois, l'approche utilisée et la grande incertitude entourant des projections sur une si longue période exigent que l'on traite ces estimations avec beaucoup de prudence. Les sections suivantes décrivent la méthodologie, présentent les projections centrales et évaluent la sensibilité des résultats à diverses hypothèses. La conclusion inclut une discussion sur certains facteurs importants qui n'ont pas été pris en compte dans ces prévisions mais qui pourraient avoir un effet important sur les résultats. Les résultats indiquent que l'augmentation des besoins en soins de santé et la hausse consécutive des dépenses publiques pourraient représenter un peu moins de 2 points de pourcentage du PIB pour les soins aigus et un peu plus de 1 point de pourcentage pour les soins de longue durée sur la période 2000-2050. Cependant, il existe des variations importantes entre les pays.

2. La méthode

Conformément au Système de comptes de la santé de l'OCDE (OCDE, 2000), la définition des soins de santé (aigus) couvre les principaux soins ambulatoires, les soins hospitaliers aigus, les produits pharmaceutiques et les autres fournitures liées à des soins de santé (prothèses, par exemple)². Les soins de longue durée représentent essentiellement l'assistance aux personnes handicapées ou aux personnes incapables de prendre soin d'elles-mêmes – par exemple après une phase de soins aigus. Entrent dans

cette catégorie les soins de longue durée en institution – autres que les soins infirmiers – et les services de maintien à domicile (pour plus de détails, voir l'annexe).

Les prévisions ont été établies sur la base du coût moyen des soins de santé et de longue durée par groupe d'âge. Les estimations les plus récentes des coûts de santé par personne et par groupe d'âge ont été multipliées par le nombre des individus dans chaque groupe d'âge en 2000 (année de référence). Ces résultats par groupe d'âge ont été ensuite agrégés pour obtenir une estimation des dépenses totales. Toutefois, comme les données sur les soins de santé par personne n'étaient pas généralement calculées à partir des chiffres des comptes nationaux (ou n'étaient pas compatibles avec ces derniers), les estimations des dépenses de santé par personne et par groupe d'âge ont fait l'objet d'un ajustement proportionnel, de façon que les dépenses totales pour l'ensemble des groupes d'âge soient égales aux dépenses effectives en 2000. Les estimations pour les années futures ont été calculées à l'aide des coûts par personne et par groupe d'âge de la même année de référence, mais on a laissé varier le nombre d'individus dans chaque groupe d'âge en fonction de l'évolution de la structure démographique au cours de la période considérée. Ces résultats ont été ensuite ajustés au moyen d'un indice du PIB par travailleur (productivité) et le résultat a été exprimé en pourcentage du PIB prévu³ (voir l'annexe pour plus de détails).

3. Les projections⁴

Selon les données sur la structure par âge des coûts des soins de santé aigus et des soins de longue durée (graphiques 7.1 et 7.2), les coûts des soins de santé augmentent fortement avec l'âge mais tendent à baisser quand les individus survivent au-delà de 80-85 ans⁵. Toutefois, ce recul est plus que compensé par la très forte hausse des coûts pour les soins de longue durée aux personnes très âgées.

A supposer que ces profils de coûts se maintiennent dans le temps et que les dépenses ne soient pas affectées par d'autres facteurs, les prévisions dénotent un accroissement des dépenses totales de santé sur la période 2000-2050 de près de 3 points de pourcentage du PIB en moyenne, imputable pour un peu moins de 2 points aux soins aigus et pour un peu plus d'un point aux soins de longue durée (tableau 7.1).

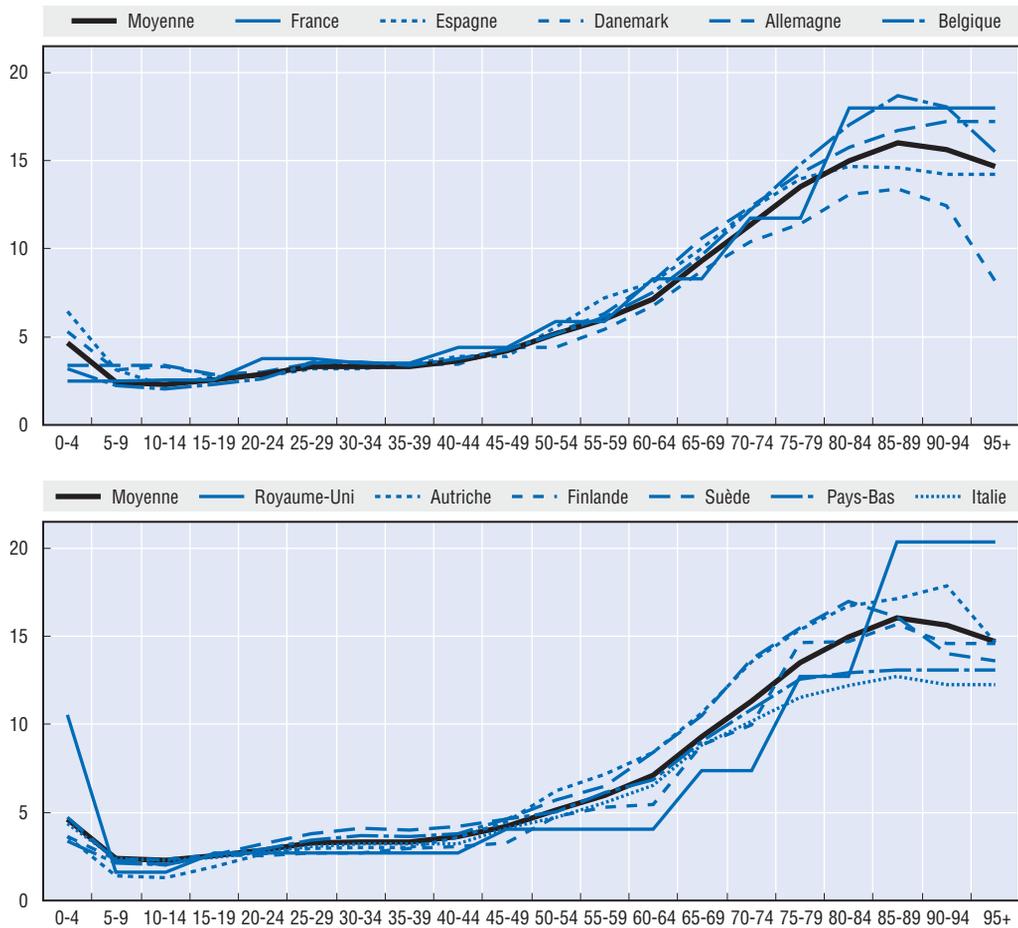
Les prévisions de la hausse des dépenses en soins aigus jusqu'en 2050 varient quelque peu d'un pays à l'autre : elles sont plus basses au Danemark, au Portugal et en Suède, plus élevées en République tchèque et au Japon. La fourchette des estimations est plus large pour les soins de longue durée, notamment à cause du niveau variable des dépenses publiques dans l'année de départ. Dans les pays à niveau de dépenses faible en 2000 (Espagne, France, Italie et Japon), la hausse est relativement modeste, tandis qu'elle tend à être plus marquée dans les pays à dépenses initiales élevées (Pays-Bas, Norvège et Suède). Cela reflète en partie le fait qu'un accroissement proportionnel donné à partir d'une base faible se traduit par une variation du niveau des dépenses plus réduite que lorsque le calcul est fait à partir d'une base plus élevée. Par conséquent, dans les pays à dépenses faibles, ces prévisions sous-estiment peut-être les tendances longues prévisibles s'il existe une tendance à rattraper les niveaux de dépenses actuels des autres pays⁶.

4. Tests de sensibilité

Les résultats des tests de sensibilité (décrits à l'encadré 7.1) sont présentés dans les tableaux 7.2 et 7.3. Il est difficile de comparer ces séries de projections car, à l'exception

Graphique 7.1. Dépenses en soins de santé aigus par personne et par groupe d'âge dans certains pays

Dépenses moyennes par personne en proportion du PIB par habitant (%)



Notes : Les profils liés à l'âge, exprimés en proportion du PIB par habitant, sont ceux utilisés pour établir les prévisions des dépenses de soins de santé. L'année de référence utilisée pour les prévisions varie légèrement d'un État membre à l'autre, si bien que les profils du graphique ci-dessus se réfèrent à des années différentes suivant les États : 1997 pour la France, 1998 pour la Belgique, le Danemark, l'Espagne et le Royaume-Uni, 1999 pour l'Italie et 2000 pour l'Allemagne, la Finlande, les Pays-Bas, l'Autriche et la Suède.

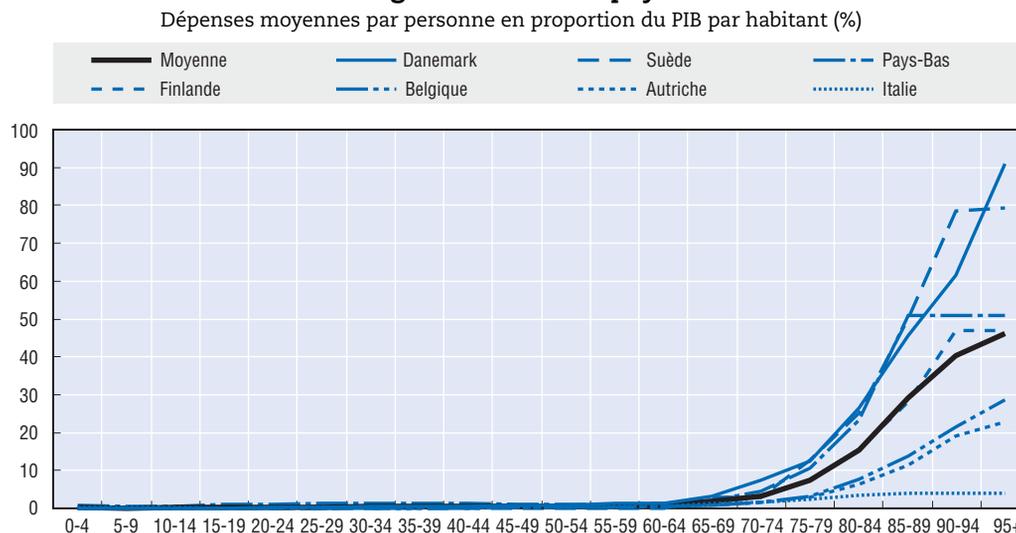
Les profils de dépenses présentés ici concernent uniquement les dépenses publiques en soins de santé. Sont exclues en particulier les dépenses privées et les dépenses publiques en soins de longue durée.

Quand le profil d'âge est plat à la queue de la distribution par âge, c'est généralement parce qu'une ventilation selon les groupes d'âge n'était pas disponible aux âges les plus élevés dans les États membres concernés.

Source : EPC (2001).

peut-être de la mortalité accrue, il n'existe pas d'information a priori sur la probabilité de leur réalisation. La variabilité parfois importante des résultats selon les différents tests souligne la nécessité d'interpréter avec prudence les valeurs de référence. Les variations par rapport au scénario de référence sont généralement proportionnelles à l'ampleur de l'accroissement de référence prévu – autrement dit, les pays qui se caractérisent par les augmentations prévues les plus fortes dans le scénario de référence tendent aussi à enregistrer des écarts absolus plus élevés par rapport au scénario de référence dans les tests de sensibilité.

Graphique 7.2. Dépenses en soins de longue durée par personne et par groupe d'âge dans certains pays



Notes : Les profils liés à l'âge, exprimés en proportion du PIB par habitant, sont ceux utilisés pour établir les prévisions des dépenses de soins de longue durée. L'année de référence utilisée pour les prévisions varie légèrement d'un État membre à l'autre, si bien que les profils du graphique ci-dessus se réfèrent à des années différentes suivant les États : 1998 pour la Belgique et le Danemark ; 1999 pour l'Italie ; et 2000 pour la Finlande, les Pays-Bas, l'Autriche et la Suède.

Les profils de dépenses présentés ici concernent uniquement les dépenses publiques en soins de santé de longue durée. Sont exclues en particulier les dépenses privées et les dépenses publiques en soins de longue durée.

Quand le profil d'âge est plat à la queue de la distribution par âge, c'est généralement parce qu'une ventilation selon les groupes d'âge n'était pas disponible aux âges les plus élevés dans les États membres concernés.

Source : EPC (2001).

4.1. Différences concernant les hypothèses d'indexation et l'évolution démographique

Les principaux résultats sont les suivants :

- Dans le scénario utilisant des taux de mortalité par âge plus bas, les dépenses en fin de période sont majorées d'environ 0.5 point de pourcentage et 0.5-0.7 point de pourcentage respectivement pour les soins de santé et les soins de longue durée.
- Des taux de natalité plus élevés et une immigration plus forte dans le scénario de croissance démographique élevée induisent une production plus élevée et un plus grand nombre d'individus dans la population d'âge actif (groupes d'âge caractérisés par des coûts unitaires de santé et de soins de longue durée plus bas). Ces effets neutralisent partiellement l'impact d'une longévité accrue et d'une mortalité réduite mis en évidence dans le scénario précédent. Au total, l'accroissement des dépenses dans ce scénario ne s'écarte guère de celui du scénario de référence.
- Une croissance des dépenses plus forte ou plus faible – risques de dépassement à la hausse/à la baisse – d'un quart de point de pourcentage par an (par rapport au scénario de référence) pourrait aboutir en fin de période à un accroissement des dépenses majoré ou minoré par rapport aux valeurs de référence de 0.8 point de pourcentage pour les soins de santé et de 0.3 point de pourcentage pour les soins de longue durée.

4.2. Autres hypothèses concernant les coûts des soins de santé pendant la vieillesse

Un certain nombre de chercheurs sont d'avis que la méthode décrite en annexe risque de surestimer l'effet de l'allongement de la durée de vie sur les dépenses de santé (voir

Tableau 7.1. **Prévisions des dépenses en soins de santé et de longue durée, 2000-2050^a**

Points de pourcentage du PIB

	Total soins de santé et soins de longue durée		Soins de santé		Soins de longue durée	
	Dépenses	Variation des dépenses (indexée sur la production par travailleur)	Dépenses	Variation des dépenses (indexée sur la production par travailleur)	Dépenses	Variation des dépenses (indexée sur la production par travailleur)
		2000-2050		2000-2050		2000-2050
Autriche	5.8	3.1	5.1	2.0	0.7	1.1
Belgique	6.1	2.4	5.3	1.5	0.8	0.8
Danemark	8.0	3.5	5.1	1.1	3.0	2.5
Finlande	6.2	3.9	4.6	1.8	1.6	2.1
France	6.9	2.5	6.2	1.9	0.4	0.3
Allemagne			5.7	2.1		
Grèce			4.8	1.6		
Irlande ^b	6.6	2.5	5.9	2.3	0.7	0.2
Italie	5.5	2.1	4.9	1.7	0.6	0.4
Pays-Bas	7.2	3.8	4.7	1.3	2.5	2.5
Portugal			5.4	1.3		
Espagne			5.0	1.5		
Suède	8.8	3.3	6.0	1.2	2.8	2.1
Royaume-Uni	6.3	2.5	4.6	1.4	1.7	1.0
République tchèque	6.6	3.2	5.6	2.5	0.9	0.7
Japon ^c	5.4	5.0	5.3	4.5	0.1	0.5
Nouvelle Zélande	5.7	3.8	4.3	1.8	1.4	2.0
Norvège ^d	8.6	3.5	4.7	1.1	3.9	2.4
Moyenne ponctuelle ^e	6.7	3.2	5.2	1.8	1.5	1.3
Moyenne comparable ^f	7.4	3.4	5.6	1.8	1.5	1.6

a) Les données pour l'année 2000 diffèrent de celles présentées dans le chapitre 1 « Les systèmes de santé : enseignements tirés de la mise en œuvre des réformes » car les experts nationaux ont utilisé des définitions différentes de celles utilisées dans le système des comptes sur la santé et parce que les valeurs sont présentées par rapport au PIB plutôt que le PIB ajusté pour les variations d'activité cycliques. Les prévisions sont établies à l'aide d'une indexation sur la production par travailleur.

b) Les résultats pour l'Irlande sont exprimés en proportion du PNB.

c) On ne sait pas si les résultats pour le Japon sont indexés sur le PIB par habitant ou sur le PIB par travailleur ; de plus, les données fournies sont préliminaires.

d) Les résultats pour la Norvège sont indexés sur la productivité du secteur hors pétrole et exprimés en pourcentage du PIB de la Norvège continentale.

e) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays disponibles à la date retenue.

f) Moyenne non pondérée. Inclut l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, l'Italie, les Pays Bas, la Suède, le Royaume-Uni, la République tchèque et la Nouvelle-Zélande.

Source : EPC (2001) ; réponses de la France (données sur les soins de longue durée) et de l'Italie au questionnaire EPC ; réponses au questionnaire de l'OCDE sur le projet de prévision.

Batljan et Lagergren, 2002 ; Madsen et al., 2000 ; Stearns et Norton, 2002). Ils font valoir que les coûts sont liés au nombre d'années restant à vivre, et qu'ils augmentent fortement durant la période qui précède de peu le décès. Par conséquent, la hausse des coûts des soins de santé avec l'âge (telle qu'elle est appliquée dans la prévision de référence) peut refléter simplement une probabilité plus grande de mourir dans les groupes d'âge plus âgés. Quand les durées de vie s'allongeront, ces coûts liés à la mort seront différés et les dépenses augmenteront plus lentement. Néanmoins, la modification de la structure démographique implique qu'il y aura une portion croissante de la population dans ses dernières années de vie, et donc un certain accroissement des dépenses⁷.

Encadré 7.1. Analyse de sensibilité

Les tests de sensibilité suivants ont été pratiqués à la fois pour les soins aigus et pour les soins de longue durée.

Population

Le scénario d'espérance de vie élevée : dans ce scénario démographique, les taux de mortalité sont supposés décroître de 30 et 20 % respectivement pour les hommes et les femmes dans tous les groupes d'âge. Cela correspond grosso modo à un allongement de l'espérance de vie à la naissance de trois à trois quarts d'année pour les hommes au cours de la période considérée et de deux ans pour les femmes par rapport au scénario de référence*.

Le scénario de croissance démographique élevée utilise des prévisions démographiques nationales élevées qui tablent sur des taux de natalité plus élevés et une immigration plus forte, mais aussi sur une mortalité plus faible.

Croissance des dépenses

Les scénarios à risque de croissance plus forte/plus faible sont des tests mécaniques qui présument que les dépenses de santé moyennes dans l'ensemble des catégories par âge et par sexe augmenteront à raison de : a) 0.25 % par an de plus et b) 0.25 % par an de moins que le taux de croissance du PIB par habitant sur la période de prévision pour le scénario démographique central.

* Ce scénario démographique repose sur des hypothèses dont la probabilité de réalisation a été estimée à deux tiers, compte tenu des erreurs passées dans les prévisions de la population. Pour plus de détails, voir dans Dang et al. (2001), note de bas de page 18.

Trois pays (l'Italie, les Pays-Bas et la Suède) ont fourni des estimations de cet effet, mais ils ont utilisé des méthodes très différentes pour en donner une valeur approximative⁸. Ces simulations se traduisent par une augmentation plus modérée des dépenses : l'accroissement en pourcentage sur la période 2000-2050 dans ces scénarios représente entre la moitié et les trois quarts de la hausse prévue dans le scénario de référence. D'autres études intégrant ces effets confirment globalement ces résultats⁹.

Pour les soins de longue durée, dans les prévisions des coûts correspondants on a incorporé une mesure approximative de la baisse du taux de dépendance en supposant que, à l'horizon 2050, les besoins de soins par personne dans chaque groupe d'âge seront équivalents à ceux d'une personne de cinq ans plus jeune que dans le scénario de référence – autrement dit, les individus seront en aussi bonne santé que des individus plus jeunes de cinq ans en 2000¹⁰. Cette modification a fait l'objet d'une interpolation linéaire sur la période. Cela correspond en gros à un allongement d'environ quatre à cinq années des durées moyennes de vie prévues sans besoin de soins au cours de la période. Les résultats pour cinq pays (Belgique, Finlande, Italie, République tchèque et Royaume-Uni) font apparaître qu'une réduction des coûts par personne de cette ampleur pourrait réduire la hausse des coûts des soins de longue durée de près de moitié par rapport au scénario de référence, les effets estimés pour le Royaume-Uni étant sensiblement plus prononcés.

5. Conclusions et limitations

Le vieillissement des populations entraînera sans doute une hausse des dépenses publiques au titre des soins de santé et des soins de longue durée ; pour les 18 pays

**Tableau 7.2. Dépenses en soins de santé :
analyse de sensibilité pour différentes hypothèses**

Points de pourcentage du PIB

Dépenses	Scénario démographique de référence		Variation des dépenses 2000-2050 : différence par rapport au scénario de référence					
	Niveau 2000	Niveau 2050	Variation 2000-2050	Scénario démographique à espérance de vie élevée	Scénario de croissance démographique élevée	Risque de dépassement à la hausse ^a	Risque de dépassement à la baisse ^a	Scénario lié aux décès ^a
Autriche	5.1	7.1	2.0					
Belgique	5.3	6.8	1.5	0.6	0.0	0.7	-1.0	
Danemark	5.1	6.2	1.1	0.1	0.0			
Finlande	4.6	6.4	1.8	0.6	-0.1	0.1	-1.3	
France	6.2	8.1	1.9	0.2	-0.3			
Allemagne	5.7	7.8	2.1	0.6	-0.4			
Grèce	4.8	6.4	1.6					
Irlande ^b	5.9					3.3	1.4	
Italie	4.9	6.6	1.7	0.5	-0.2	0.6	-0.9	-0.4
Pays-Bas	4.7	6.0	1.3	0.5	0.0	0.4	-1.0	-0.8
Portugal	5.4	6.7	1.3	0.2	-0.1	0.3	-1.2	
Espagne	5.0	6.5	1.5	0.5	-0.1	1.2	-0.6	
Suède	6.0	7.2	1.2	0.4	-0.1	0.7	-1.1	-0.5
Royaume-Uni	4.6	6.0	1.4	0.6	0.1	0.3	-1.1	
République tchèque	5.6	8.1	2.5	0.5	0.0	0.0	-1.8	
Japon ^c	5.3	9.8	4.5			1.3	-1.2	
Nouvelle-Zélande	4.3	6.1	1.8	0.4	-0.1	0.7	-0.9	
Norvège ^d	4.7	5.7	1.1	0.3	0.0			
Moyenne ponctuelle ^e	5.2	6.9	1.8	0.4	-0.1	0.8	-0.9	-0.6
Moyenne comparable ^f	5.0	6.6	1.6	0.5	-0.1	0.5	-1.1	

a) Les résultats sont indexés sur le PIB par habitant mais seraient proches des estimations indexées sur le PIB par travailleur.

b) Les résultats pour l'Irlande sont exprimés en proportion du PNB.

c) On ne sait pas si les résultats pour le Japon sont indexés sur le PIB par habitant ou sur le PIB par travailleur ; de plus, les données fournies sont préliminaires.

d) Les résultats pour la Norvège sont indexés sur la productivité du secteur hors pétrole et exprimés en pourcentage du PIB de la Norvège continentale.

e) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays disponibles à la date retenue.

f) Moyenne non pondérée. Inclut la Belgique, la Finlande, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, l'Espagne, la Suède, le Royaume-Uni, la République tchèque et la Nouvelle-Zélande.

Source : EPC (2001) ; réponses au questionnaire de l'OCDE sur le projet de prévision.

examinés ici, cet accroissement serait de l'ordre de 3 points de PIB d'ici à 2050. Les incertitudes sont particulièrement fortes lorsque la méthode de projection est élargie de manière à inclure les effets possibles d'une mortalité progressivement plus tardive sur les dépenses de santé et que l'on prend en compte l'incidence de l'amélioration de l'état sanitaire des personnes âgées sur les soins de longue durée. Même si la sensibilité du modèle à ces hypothèses n'a été analysée que pour un nombre restreint de pays, il en ressort que des mesures visant à promouvoir une amélioration de la santé chez les personnes âgées sont susceptibles d'avoir des effets substantiels sur les coûts des soins de longue durée.

Toutefois, il convient de ne pas oublier que d'importantes variables affectant la demande et l'offre de soins dans le long terme ont été exclues de ces calculs, ce qui conduit à émettre d'autres réserves concernant le profil des dépenses futures. Premièrement, on a

**Tableau 7.3. Dépenses en soins de longue durée :
analyse de sensibilité pour différentes hypothèses**

Points de pourcentage du PIB

Dépenses	Scénario démographique de référence		Variation des dépenses 2000-2050 : différence par rapport au scénario de référence					
	Niveau 2000	Niveau 2050	Variation 2000-2050	Scénario démographique à espérance de vie élevée	Scénario de croissance démographique élevée	Risque de dépassement à la hausse ^a	Risque de dépassement à la baisse ^a	Scénario lié aux décès ^a
Autriche	0.7	1.8	1.1					
Belgique	0.8	1.6	0.8	0.4	0.1	0.2	-0.2	-0.5
Danemark	3.0	5.5	2.5	0.1	0.1			
Finlande	1.6	3.7	2.1	1.0	0.0	0.0	-0.8	-1.2
France	0.4	0.7	0.3	0.0	-0.1			
Irlande ^b	0.7					0.3	0.1	
Italie	0.6	1.0	0.4	0.2	0.0	0.1	-0.1	-0.2
Pays-Bas	2.5	5.0	2.5	1.1	0.2	0.4	-0.8	
Suède	2.8	4.9	2.1	1.4	0.2	0.5	-0.7	
Royaume-Uni	1.7	2.7	1.0	0.5	0.1	0.2	-0.5	-0.9
République tchèque	0.9	1.6	0.7	0.2	0.0	0.0	-0.4	-0.5
Japon ^c	0.1	0.6	0.5			0.1	-0.1	
Nouvelle-Zélande	1.4	3.4	2.0	0.6	-0.1	0.3	-0.5	
Norvège ^d	3.9	6.3	2.4	1.2	0.4			
Moyenne ponctuelle ^e	1.5	3.0	1.4	0.6	0.1	0.2	-0.4	-0.7
Moyenne comparable ^f	1.5	3.0	1.4	0.7	0.1	0.2	-0.5	

a) Les résultats sont indexés sur le PIB par habitant mais seraient proches des estimations indexées sur le PIB par travailleur.

b) Les résultats pour l'Irlande sont exprimés en proportion du PNB.

c) On ne sait pas si les résultats pour le Japon sont indexés sur le PIB par habitant ou sur le PIB par travailleur ; de plus, les données fournies sont préliminaires.

d) Les résultats pour la Norvège sont indexés sur la productivité du secteur hors pétrole et exprimés en pourcentage du PIB de la Norvège continentale.

e) Moyenne non pondérée. Inclut tous les pays disponibles à la date retenue.

f) Moyenne non pondérée. Inclut la Belgique, la Finlande, l'Italie, les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni, la République tchèque et la Nouvelle-Zélande.

Source : EPC (2001) ; réponses de la France et de l'Italie au questionnaire EPC ; réponses au questionnaire de l'OCDE sur le projet de prévision.

de bonnes raisons de penser que le changement technologique restera un important moteur des dépenses de santé. Les progrès des techniques médicales ont accru le bien-être, mais souvent au prix d'une forte hausse parallèle des coûts. Étant donné les développements récents de l'imagerie médicale, de la biotechnologie et de la pharmacologie, on peut estimer que ces tendances perdureront (Aaron, 2003). Ces effets se trouveront accentués si la hausse des coûts se concentre dans les groupes d'âge les plus âgés, comme ce fut le cas ces dernières décennies dans quelques pays (notamment la France et les États-Unis).

Deuxièmement, les projections démographiques et les tendances prévues des niveaux d'activité impliquent que la capacité des jeunes générations à fournir des soins de longue durée à leurs parents sera beaucoup plus faible qu'à l'heure actuelle :

- La taille des familles a fortement diminué ces dernières années. Bien que les prévisions démographiques tablent sur un certain regain de la fécondité, le nombre d'enfants en mesure de prendre soin de parents âgés sera fortement réduit au cours des prochaines

décennies. De plus, étant donné la plus grande mobilité, il n'y a aucune assurance que les enfants vivront à une distance raisonnable pour fournir de l'aide.

- Les taux d'activité des femmes – qui jouent traditionnellement un rôle prépondérant dans les soins informels aux personnes âgées – devraient croître encore. Chaque cohorte successive de femmes a accru son taux d'activité même après la formation de la famille (et de nouvelles hausses ont été incorporées aux prévisions).
- Les réformes des systèmes de retraite devraient aboutir à une cessation d'activité plus tardive, ce qui réduira encore le temps disponible pour prodiguer des soins informels.

Même si une certaine fraction de la demande supplémentaire de soins hors de la famille pourrait faire l'objet d'un financement privé, puisque les personnes âgées ont aujourd'hui une situation financière bien plus confortable qu'il y a vingt ou trente ans (Burniaux *et al.*, 1998), la plupart des gouvernements se sont au minimum engagés à prendre en charge les personnes ayant des ressources insuffisantes pour payer les soins, et le vieillissement entraînera sans doute au moins une certaine expansion de la demande de services gouvernementaux et/ou de financements publics. Ces problèmes seront sans doute particulièrement importants dans des pays tels que l'Espagne, la Grèce, l'Italie et le Portugal, où les personnes âgées cohabitaient souvent avec leurs enfants, ou dans lesquels un membre de la famille s'occupait spécialement d'elles. Les niveaux de fécondité particulièrement bas dans ces pays ne feront qu'amplifier ces tendances.

En outre, on pourrait observer une poussée des salaires relatifs dans le secteur de la santé et des soins de longue durée. Nombre de pays éprouvent aujourd'hui des difficultés pour recruter des professionnels de la santé, en particulier des infirmières. À terme, deux facteurs pourraient engendrer de nouvelles tensions au niveau de l'offre :

- La croissance de la population active va diminuer avec le départ à la retraite des générations du baby boom, alors même que la demande de soins risque d'augmenter et que le secteur de la santé sera en expansion (Dang *et al.*, 2001) ;
- Une proportion notable des travailleurs de la santé appartiennent eux-mêmes aux générations du baby boom, ce qui accentuera encore l'impact sur l'offre de professionnels de la santé¹¹.

Notes

1. Ce travail a été effectué par le Groupe spécial d'experts sur l'incidence budgétaire du vieillissement à l'OCDE et par le Groupe de travail sur le vieillissement des populations à l'Union européenne. Ces groupes ont examiné l'effet probable des évolutions démographiques sur les dépenses publiques liées à l'âge (pensions de vieillesse, programmes autorisant le retrait anticipé de la population active, soins de santé et de longue durée et allocations pour charge de famille). Ces projections ont été établies à partir de modèles nationaux utilisant les hypothèses de base convenues en ce qui concerne le contexte économique. Voir Dang *et al.* (2001) pour des résultats plus détaillés et Economic Policy Committee (2003) pour des résultats plus récents pour les pays membres de l'Union européenne.
2. Toutefois, tous les pays ne sont pas en mesure de suivre ces définitions.
3. On a imposé aux pays un ensemble d'hypothèses communes pour le calcul du PIB sur la période de prévisions. Ces hypothèses concernaient les taux de participation, le chômage, la productivité, les prix et les taux d'intérêt. L'indexation sur le PIB par travailleur (productivité) est considérée comme le cas le plus probable car les salaires tendent à suivre la productivité. Voir, par exemple, Towse (1997). On retrouvera d'autres estimations basées sur une indexation sur le PIB par habitant dans Economic Policy Committee (2003).

4. Les résultats relatifs aux pays de l'Union européenne ont été fournis par la Commission européenne. Ce sont les mêmes que ceux présentés dans EPC (2001) sauf pour l'Italie, pays pour lequel des prévisions plus récentes ont été fournies.
5. On ne dispose pas de données pour les quatre pays additionnels.
6. De même, l'augmentation pourrait être plus réduite dans les pays nordiques, par exemple, si une fraction du financement des soins de longue durée est transférée au secteur privé.
7. Toutefois, ces projections ne prennent pas en compte l'augmentation de la demande pour les soins de santé sur une période plus longue que celle précédant immédiatement le décès, par exemple par des possibilités plus larges de traiter les maladies chroniques.
8. Les experts des Pays-Bas ont utilisé les informations sur les coûts associés aux mourants (qui s'avèrent assez stables dans les différents groupes d'âge) pour estimer les coûts des soins aux survivants dans chaque groupe d'âge et dans l'année de référence. Ils ont ensuite calculé les dépenses de santé totales à partir de ces données de coûts et du nombre prévu de décès et de survivants par groupe d'âge dans les années futures, compte tenu des probabilités de décès par groupe d'âge dans les périodes ultérieures. Pour la Suède, les profils moyens de dépenses par âge, par sexe et par nombre d'années de vie restantes ont été estimés sur la base de données individuelles observées à partir de 1997. Les profils de dépenses sont ensuite estimés par multiplication à l'aide des prévisions démographiques sur la période 2000-2030, ventilées suivant l'âge, le sexe et le nombre d'années de vie restantes. Pour les soins hospitaliers, les données sont ventilées en fonction du nombre d'années de vie restantes. Pour les soins ambulatoires, les données sont ventilées entre survivants et non-survivants. Les dépenses pour les survivants sont ajustées de façon approximative en fonction du nombre d'années de vie restantes. Pour l'Italie, la ventilation entre les coûts des soins aigus aux survivants et aux non-survivants a été déterminée sur la base d'un paramètre (K), distribué par âge et par sexe, qui indique de combien de fois la consommation de soins d'une personne qui est censée mourir dans un délai d'un an dépasse, en moyenne, celle d'un survivant. Les valeurs des profils K ont été tirées d'une étude de 1999 de l'Agence régionale de santé de Toscane sur les registres des sorties des hôpitaux, qui couvrait environ 6 % de la population résidente nationale.
9. Batljan et Lagergren (2002) constatent que les effets de l'allongement de la durée de vie se traduisent par une réduction des dépenses pour la Suède, telles que prévues dans le scénario de référence, de 37 % jusqu'en 2030. Masden *et al.* (2000) estiment que l'effet correspondant pour le Danemark pourrait être de l'ordre de 25 %. Parkkinen (2001) constate une baisse spectaculaire (-75 %) des prévisions à l'horizon 2050 pour la Finlande si les coûts des soins de santé aux personnes âgées de plus de 60 ans sont ceux d'individus plus jeunes de cinq ans au début de la période. Schultz (2003) estime que cette méthode réduit l'ampleur de l'impact du vieillissement d'environ un tiers pour l'Allemagne. D'après Stearns et Norton (2002), la prise en compte des coûts différés liés au décès pourrait réduire les prévisions de coûts de 10 à 15 % à l'horizon 2020 dans le cas des États-Unis.
10. A titre d'exemple, le profil de coûts des soins de longue durée du groupe d'âge 70-74 ans en 2050 serait le même que celui du groupe d'âge 65-69 ans en 2000.
11. Voir le chapitre 4 dans cette publication concernant les ressources humaines dans le secteur de la santé pour une analyse plus approfondie de ces questions.

Bibliographie

- Aaron, H. (2003), « Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health Care Spending? », *Health Affairs*, janvier.
- Batljan, I. et M. Lagergren (2002), « Future Costs of Health and Social Care for the Elderly – Effect of postponed mortality », manuscrit.
- Burniaux, J.M., T.T. Dang, D. Fore, M. Förster, M. Mira d'Ercole et H. Oxley (1998), « Income Distribution and Poverty in Selected OECD Countries », Economics Department Working Paper, n° 189, OCDE, Paris.
- Dang, T.T., P. Antolin et H. Oxley (2001), « Fiscal Implication of Ageing: Projection of age-related spending », Economics Department Working Paper, n° 305, OCDE, Paris.
- Economic Policy Committee – EPC (2001), *Budgetary Challenges Posed by Ageing Populations: The impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, EPC/ECFIN/655/01-EN final, Union européenne, Bruxelles.

Economic Policy Committee – EPC (2003), *The Impact of Ageing Populations on Public Finance: Overview of analysis carried out at EU level and proposals for a future work programme*, EPC/ECFIN/432/03 final, Union européenne, Bruxelles.

OCDE (2000), *Système de comptes de la santé*, Paris.

OCDE (2001), *Perspectives économiques de l'OCDE n° 69*, Paris.

Madsen, J., N. Serup-Hansen et I. Sønbo Kristiansen (2000), « Future Health Care Costs – Do health care costs during the last year of life matter? », Institute of Public Health, Health Economics and Ageing Research Centre, University of Southern Denmark, manuscript.

Parkkinen, P. (2001), « Care Expenditure Bomb Can Still Be a Myth », *Economic Trends*, vol. 6.

Schultz, E. (2003), « Scenarios for Health Care Systems in an Ageing Society », Paper presented to the CEPS/ENEPRI Conference on *Ageing and Welfare Systems: What Have We Learned? A Comparative EU-US Perspective*, Bruxelles, 24-25 janvier 2003.

Stearns, S. et E. Norton (2002), « Time to Include Time to Death? The future of health care expenditure predictions », *The Triangle Health Economics Working Paper Series*, n° 4.

Towser, R. (dir.pub.) (1997), *Baumol's Cost Disease: The arts and other victims*, Elgar.

ANNEXE 7.A1

Définitions des soins de santé et des soins de longue durée

Il est souvent difficile de tracer des lignes de démarcation entre les dépenses. Toutefois, étant donné que les facteurs affectant ces deux composantes des soins sont très différents, il importe d'établir des prévisions individuelles pour chacune d'elles. Pour définir les dépenses en services de soins aigus et en services de soins de longue durée, les pays étaient invités à se conformer aux définitions du *Système de comptes de la santé de l'OCDE*.

Les soins de santé aigus doivent inclure les services suivants :

Services de soins curatifs (HC1) ; Services de soins de réadaptation (HC2) ; Services de soins de longue durée (HC3) ; Services auxiliaires (HC4) ; Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC5) ; Services de prévention et de santé publique (HC6) ; Administration de la santé et assurance-maladie (HC7), plus investissements en matériel médical.

Les soins de longue durée doivent inclure les services suivants :

Soins aux personnes âgées dépendantes ; Soins à domicile ; Soins en institution autres que l'hospitalisation ; Établissements et services pour les personnes handicapées.

Méthode de projection

La méthode de projection comprend trois étapes.

Étape 1. Estimation des profils des dépenses actuelles liées à l'âge pour les hommes et pour les femmes dans l'année de référence

Les dépenses de santé totales (HH) dans l'année de référence b devraient être ventilées entre les hommes (M) et les femmes (F) pour les différents groupes d'âge, au moyen de l'identité suivante :

$$HH^b = \left[\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^b) \right]^M + \left[\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^b) \right]^F \quad [1]$$

Où HH^b = dépenses de santé totales dans l'année de référence b ;

hh_i^b = dépenses de santé pour un membre moyen du groupe d'âge i en monnaie nationale et dans l'année de référence b ;

P_i^b = population du groupe d'âge i dans l'année de référence b ;

i = groupes d'âge ;

b = année de base ;

F, M = femmes et hommes respectivement ; et

$$K^b = HH^{na} / \left\{ \left[\sum_i (hh_i^b \times P_i^b) \right]^M + \left[\sum_i (hh_i^b \times P_i^b) \right]^F \right\} = \text{facteur de réduction}^*$$

Où HH^{na} = dépenses de santé des comptes nationaux dans l'année de référence.

Étape 2. Prédiction des dépenses futures de santé à partir de l'évolution de la structure démographique

$$HH^j = \left\{ \left[\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^j) \right]^M + \left[\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^j) \right]^F \right\} \times \left(\frac{GDP^j / P^j}{GDP^b / P^b} \right) \quad [2]$$

Où HH^j = prévision des dépenses de santé totales dans l'année j ;

hh_i^b = dépenses de santé pour un membre moyen du groupe d'âge i en monnaie nationale et dans l'année de référence b ;

P_i^j = population du groupe d'âge i dans l'année j

Les prévisions sont indexées soit sur le PIB par habitant soit sur le PIB par travailleur (productivité). Dans ce dernier cas, P^j désigne le nombre de salariés dans l'année j . Seules ont été indiquées les prévisions fondées sur le PIB par travailleur, car ce résultat apparaît comme étant le plus probable.

Dans le scénario d'analyse de sensibilité avec croissance des dépenses plus forte/plus faible que prévu, l'équation [2] devient

$$HH^j = \left\{ \left[\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^j) \right]^M + \left[\sum_i (hh_i^b \times K^b \times P_i^j) \right]^F \right\} \times \left(\frac{GDP^j / P^j}{GDP^b / P^b} \right) \times (1 \pm 0.025)^{(j-b)} \quad [2a]$$

Les résultats par rapport au scénario de référence restent inchangés quelle que soit la méthode d'indexation utilisée (PIB par travailleur ou PIB par habitant).

Étape 3. Expression des résultats en proportion du PIB national prévu pour chaque année de prévision

On peut alors exprimer les résultats en fonction du PIB prévu pour chaque année de prévision en effectuant une division par les niveaux de PIB prévus :

$$HHS^j = \frac{HH^j}{GDP^j}$$

Où GDP^j = PIB prévu dans l'année j

et HHS^j = prévision des dépenses de santé totales en proportion du PIB national dans l'année j .

Les résultats peuvent être interprétés comme dénotant les coûts des soins en proportion du PIB dans la période j si la structure des coûts des soins par groupe d'âge reste inchangée sur la période mais que les coûts dans chaque groupe d'âge augmentent en parallèle avec le PIB par travailleur.

A noter que la Norvège a présenté uniquement des informations sur la base des tendances prévues dans l'économie hors secteur pétrolier, alors que ses dépenses sont exprimées en proportion du PIB total, de sorte que l'impact de l'épuisement prévu des stocks de pétrole est pris en considération.

* Concrètement, une fois les profils des micro-dépenses obtenus pour l'année de référence, ils doivent être mis en regard des profils démographiques pour l'année de référence. Les coûts moyens des soins de santé par groupe d'âge sont susceptibles de provenir de différentes sources et peuvent ne pas correspondre aux dépenses publiques totales en soins de santé. Les coûts par personne dans chaque groupe par âge ou par sexe doivent être multipliés par la population de chaque groupe par âge ou par sexe, après quoi les différents produits sont totalisés. Cette somme doit alors être comparée aux macro-données sur les niveaux des dépenses totales et l'on calcule un scalaire (K^b) de telle sorte que les micro-profiles soient ajustés à la hausse ou à la baisse pour donner la part appropriée du PIB dans l'année de référence.

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2004 09 2 P) ISBN 92-64-01561-2 – n° 53472 2004