



Études de l'OCDE sur les politiques de santé

Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé



Études de l'OCDE sur les politiques de santé

Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements de 30 démocraties œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

Ce document a été produit avec le concours financier de l'Union européenne. Les opinions qui sont exprimées dans ce rapport ne peuvent en aucun cas être considérées comme reflétant la position officielle de l'Union européenne.



ISBN 978-92-64-07424-8 (imprimé)
ISBN 978-92-64-07425-5 (PDF)

Séries : OECD Health Policy Studies
ISSN 2074-3203 (imprimé)
ISSN 2074-3211 (en ligne)

Publié en anglais : *Achieving Better Value for Money in Health Care*

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : www.oecd.org/editions/corrigenda.

© OCDE 2009

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

Avant-propos

Tous les États membres de l'OCDE et de l'Union européenne se heurtent à des difficultés pour financer leurs systèmes de santé. La croissance des dépenses totales de santé est passée de 7 % environ en 1990 à près de 9 % en 2006. La part publique des dépenses de santé a progressé en conséquence, ce qui accentue la pression sur les budgets du secteur public. Au vu des exigences croissantes quant à la qualité des soins face au vieillissement de la population et aux progrès technologiques rapides, les pressions financières qui pèsent sur les systèmes de santé devraient se maintenir dans les années à venir. Dans ce contexte, les États membres des deux organisations mettent l'accent sur la nécessité d'optimiser l'utilisation des ressources des systèmes de santé afin de compenser en partie les tensions budgétaires.

Une conférence d'une journée a donc été organisée par la Commission européenne et l'OCDE le 17 septembre 2008 à Bruxelles. Sous le thème « *Améliorer l'efficacité des systèmes de santé: optimiser l'utilisation des ressources* », cette conférence témoigne de la volonté de la Commission et de l'OCDE d'améliorer les performances et le fonctionnement des systèmes de santé.

La présente étude s'ouvre sur un panorama des contributions à la conférence et des débats qu'elles ont suscités. Le chapitre suivant définit le contexte en examinant certains aspects de l'évolution récente des dépenses de santé et certains des facteurs susceptibles de justifier les écarts importants observés entre les pays à ce niveau.

Les autres parties de l'étude sont consacrées à l'examen de cinq domaines stratégiques susceptibles de retenir l'attention des pouvoirs publics : le rôle de la concurrence sur les marchés de la santé ; le potentiel d'amélioration des politiques de coordination des soins ; les bénéfices éventuels d'une amélioration de la politique de tarification des produits pharmaceutiques ; le besoin d'un meilleur contrôle de la qualité des soins avec l'appui de politiques renforcées sur le plan des technologies de l'information et de la communication (TIC) ; et les coûts et avantages des mécanismes de participation aux dépenses. Ces examens

sont destinés à faire la synthèse des politiques en place (en identifiant leurs points forts et leurs points faibles), des informations disponibles sur leur impact et, dans la mesure du possible, des moyens d'action potentiels dans chacun de ces domaines.

Si ces examens et les débats menés lors de la conférence suggèrent diverses pistes à étudier, les mesures adoptées devront être soigneusement conçues et adaptées aux mécanismes nationaux en vigueur afin d'éviter des effets secondaires indésirables susceptibles de compromettre d'autres objectifs plus vastes relatifs au système de santé. D'une manière plus générale, le recours à plusieurs instruments pourrait permettre de veiller à ce que le plus grand nombre d'objectifs possible soit atteint en matière de services de santé.

Ce rapport est le fruit d'un travail financé conjointement par la Commission européenne (DGEMPL) et l'OCDE.

Les auteurs des chapitres – David Morgan, Howard Oxley, Elizabeth Docteur, Valérie Paris, Nicolaas Klazinga et Elettra Ronchi – font tous partie de la Division de l'OCDE sur la santé, et Peter C. Smith est professeur à l'Imperial College Business School (Londres).

Howard Oxley et Elizabeth Docteur (auparavant membres de la Division de la santé de l'OCDE) ont apporté leur aide et supervisé la préparation initiale de ces chapitres. Anne Schwartz a contribué à la rédaction de l'introduction. Rie Fujisawa, Elena Rusticelli et Judy Zinnemann ont apporté leur concours pour les travaux statistiques et de secrétariat.

Nous tenons enfin à remercier Ana Xavier et les autres membres de la Commission européenne pour l'organisation de cette conférence qui s'est tenue le 17 septembre 2008 à Bruxelles durant laquelle les contributions ont été présentées pour la première fois, ainsi qu'aux nombreux membres de la Division de la santé et de la Commission européenne ainsi qu'aux autres participants à la conférence qui ont apporté leurs commentaires sur les différents chapitres avant, pendant, et après la conférence.

Cette publication a bénéficié du soutien du Programme de la Communauté européenne pour la solidarité sociale et l'emploi (2007-2013).

Table des matières

Introduction	9
Chapitre 1. Tendances à l'accélération des dépenses de santé	21
Introduction	22
Caractéristiques de l'augmentation des dépenses au cours des dernières années....	22
Principaux moteurs de la progression des dépenses de santé.....	25
La part des dépenses de santé dans le PIB	27
Facteurs pouvant influencer sur les variations des dépenses de santé	29
Demandes imposées au système de santé	30
Les facteurs liés à l'offre.....	36
Variations des dépenses de santé : aperçu général	49
Conclusion	51
Notes	53
Bibliographie	55
Chapitre 2. Les mécanismes de marché et l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé	59
Introduction.....	60
Expérience acquise à ce jour.....	62
Amélioration des politiques	75
Conclusion	78
Notes	82
Bibliographie	83
Chapitre 3. Améliorer les performances des systèmes de santé par une meilleure coordination des soins	87
Introduction.....	88
La coordination des questions de santé suscite un intérêt croissant.....	88
Coordination des soins : questions, pratiques et préoccupations	90
Mesures destinées à améliorer la coordination des soins à l'échelle du système....	99
Une meilleure intégration des systèmes de santé peut être bénéfique pour la coordination des soins.....	104
Conclusion	105
Notes	107
Bibliographie	109

Chapitre 4. Optimiser l'efficacité des dépenses en produits pharmaceutiques	111
Introduction	112
Description et impact des politiques, instruments et expériences en cours.....	114
Amélioration des politiques	129
Conclusion	135
Notes	137
Bibliographie	139
Chapitre 5. Utiliser les TIC pour suivre et améliorer la qualité des soins de santé	143
Introduction	144
Qu'est-ce que la qualité des soins ?	146
Améliorer l'évaluation de la qualité des soins de santé et le rôle des TIC.....	152
Conclusion	163
Notes	164
Bibliographie	165
Chapitre 6. L'impact de la facturation des soins aux usagers	169
Introduction	170
Facturation des usagers dans les pays à haut revenu.....	170
Évolution en Europe.....	173
Évaluation des expériences de facturation des usagers	175
Conclusion	177
Notes	180
Bibliographie	181

Tableaux

Tableau 1.1. Synthèse des facteurs potentiels contribuant aux variations des dépenses de santé au niveau mondial	50
Tableau 5.1. Présentation générale des indicateurs utilisés dans le cadre du Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé	152
Tableau 6.1. Utilisation et dépenses annuelles par personne dans l'expérience RAND d'assurance maladie.....	176

Graphiques

Graphique 1.1. Taux de progression annuel moyen des dépenses de santé par habitant, 1995-2006	23
Graphique 1.2. Part des dépenses de santé dans le PIB en 1995 et croissance des dépenses de santé par habitant entre 1995 et 2006.....	24

Graphique 1.3. Taux de progression annuel moyen des dépenses de santé et du PIB, 1995-2006.....	25
Graphique 1.4. Contribution à la hausse annuelle moyenne des dépenses de santé par habitant, 1995-2006	26
Graphique 1.5. Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2006	28
Graphique 1.6. Total des dépenses de santé par habitant (USD à PPA 2000), 2006	28
Graphique 1.7. Dépenses de santé et revenu national par habitant, 2006	29
Graphique 1.8. Part de la population âgée de 65 ans et plus et niveau des dépenses de santé par habitant, 2006	31
Graphique 1.9. Taux d'incidence de tous les types de cancer et niveau des dépenses de santé par habitant, 2002	32
Graphique 1.10. Consultations médicales et dépenses de santé par habitant, 2005 (ou dernière année disponible)	33
Graphique 1.11. Consultations médicales et densité de médecins, 2005	34
Graphique 1.12. Taux de sortie d'hôpital et part de la population âgée de plus de 65 ans, 2005	36
Graphique 1.13. Rémunération des médecins généralistes en USD à PPA, dans certains pays de l'OCDE, 2004 (ou dernière année disponible)	38
Graphique 1.14. Rémunération des spécialistes en USD à PPA, dans certains pays de l'OCDE, 2004 (ou dernière année disponible).....	38
Graphique 1.15. Rémunération des généralistes et des spécialistes en tant que multiple du salaire national moyen par rapport au PIB par habitant, 2004 (ou dernière année disponible)	39
Graphique 1.16. Rémunération du personnel infirmier par rapport au PIB par habitant, 2005	40
Graphique 1.17. Potentiel de réduction des coûts unitaires pour sept interventions hospitalières, 2006 A FAIRE EN FR	41
Graphique 1.18. Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2006.....	42
Graphique 1.19. Personnel infirmier en exercice pour 1 000 lits/jour, 2005	43
Graphique 1.20. Lits de soins aigus et durée moyenne du séjour hospitalier, 2005 ..	44
Graphique 1.21. Interventions de revascularisation coronarienne pour 100 000 habitants, 2004	45
Graphique 1.22. Dépenses en soins curatifs et nombre de machines IRM par habitant, 2006	46
Graphique 1.23. Dépenses en produits pharmaceutiques par habitant (USD à PPA, 2000) et part du PIB, 2006	47
Graphique 1.24. Part des dépenses consacrées à l'administration de la santé et à l'assurance maladie dans les dépenses de santé totales, 2006	49
Graphique 3.1. L'adressage : qui oriente les patients	93
Graphique 3.2. Le rôle des prestataires de soins primaires aux points de transition entre structures de soins	93
Graphique 3.3. Où les problèmes de coordination des soins surviennent-ils ?	94

Graphique 3.4. Mécanismes et incitations à la coordination des soins	95
Graphique 6.1. Dépenses privées en pourcentage des dépenses totales de santé, en 2005	171
Graphique 6.2. Évolution des paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé, 1980-2005	172

Encadrés

Encadré 3.1. Questionnaire de l'OCDE sur la coordination des soins.....	90
Encadré 3.2. Fonctionnement des programmes de gestion des soins : exemple provenant des États-Unis.....	96
Encadré 4.1. Liste de référence des politiques pharmaceutiques.....	136
Encadré 5.1. Sources de données pour mesurer la qualité	148
Encadré 5.2. Le cadre national de contrôle de la qualité et des résultats du Royaume-Uni	157
Encadré 5.3. Systèmes d'informations pharmaceutiques : perspectives	162

Introduction

Les six chapitres de la présente étude ont été préparés pour une conférence d'une journée sous le thème « *Améliorer l'efficacité des systèmes de santé : optimiser l'utilisation des ressources* », qui s'est tenue le 17 septembre 2008 à Bruxelles. Organisée conjointement par la Commission européenne et l'OCDE, cette conférence avait pour objectif d'évaluer les politiques capables de rationaliser l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé et leur aptitude à favoriser la viabilité à long terme des systèmes de santé. Parmi les participants à cette conférence figuraient des agents des deux organisations hôtes et d'autres organisations internationales, des représentants des pays membres de ces organisations occupant des fonctions liées à la formulation de l'action publique et des experts techniques.

Les deux organisations ont mis l'accent sur les pressions subies par les systèmes de santé sous l'effet des attentes croissantes en ce qui concerne la qualité des soins, sur fond de vieillissement de la population et de progrès technologiques rapides. Les États membres de l'OCDE et de l'Union européenne ont souligné la nécessité d'optimiser l'utilisation des ressources des systèmes de santé au cours des discussions du Comité de la santé de l'OCDE et par le biais de la méthode ouverte de coordination de la Commission européenne pour la protection sociale et l'inclusion sociale¹. La réunion tenue en septembre 2008 s'appuyait sur les expériences des deux organisations. S'agissant de l'Union européenne, le « Rapport national sur les stratégies de 2006 » et le « Rapport conjoint de 2007 sur la protection sociale et l'inclusion sociale »² répertoriaient une vaste palette de politiques visant à encourager une utilisation plus rationnelle des ressources, parmi lesquelles : le renforcement des soins primaires et des systèmes d'adressage vers les soins secondaires ; le renforcement des soins ambulatoires ; l'amélioration de la productivité et de la qualité des soins hospitaliers ; l'amélioration de la coordination des soins ; l'amélioration des incitations au sein des systèmes de paiement et la promotion de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et des solutions en ligne. L'OCDE mène des travaux approfondis sur les stratégies d'amélioration des performances des systèmes de santé, axés notamment sur la coordination des soins, la

tarification des produits pharmaceutiques et l'utilisation des systèmes d'information et des TIC dans le secteur de la santé³.

Questions stratégiques

Au vu de la croissance absolue des dépenses de santé et de leur croissance relative par rapport au revenu national, l'enjeu consiste à déterminer s'il convient de freiner cette augmentation et par quels moyens y parvenir. Les systèmes de santé peuvent-ils rationaliser leurs dépenses ? Dans quels domaines des économies peuvent-elles être réalisées sans nuire à la santé des personnes nécessitant des soins, par exemple en limitant l'accès aux soins ? Alors que les progrès de la technologie transforment la nature même de la prestation des services de santé, les responsables de la formulation de l'action publique sont confrontés à des décisions difficiles quant aux coûts supplémentaires induits par les nouveaux médicaments, vaccins et techniques d'imagerie et de chirurgie permettant de sauver des vies ou de les améliorer. Comment mettre en balance les bénéfices potentiels obtenus au niveau de l'état de santé et de la prestation des services de santé avec la charge supplémentaire pesant sur les ressources de la société ?

La question clé est la suivante : comment les systèmes de santé peuvent-ils améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources et, partant, contribuer à garantir leur viabilité sur le plan financier ? En examinant la stratégie la mieux adaptée à chaque pays, les pouvoirs publics ont accès à une présentation claire de la question, à des solutions potentielles, aux arbitrages à effectuer pour atteindre leurs divers objectifs et aux expériences des autres pays. L'un des principaux objectifs de la conférence consistait à aider les décideurs confrontés à ces problématiques en établissant une liste de référence des politiques ou des meilleures pratiques méritant d'être examinées par les autorités nationales.

Les six chapitres de cette étude contiennent des analyses de séries de données internationales, des études de cas relatives à des actions publiques innovantes et un examen à la fois des difficultés et des opportunités d'optimiser l'utilisation des ressources.

Variations des dépenses de santé à l'échelle internationale

Le chapitre 1, préparé par David Morgan et Howard Oxley (OCDE), remplace l'étude dans son contexte. En s'appuyant sur les données les plus récentes de l'OCDE, les auteurs font la synthèse des tendances des dépenses de santé dans les pays membres de l'OCDE depuis 1995 et soulignent que, si la croissance des dépenses de santé était modérée au début des années 90,

elle s'est fortement accélérée au cours de la deuxième moitié des années 90 dans toute la zone OCDE, à un rythme près de deux fois supérieur à la croissance économique. Depuis 2003, on observe un ralentissement de la progression des dépenses de santé, mais il est difficile de déterminer s'il s'agit d'un phénomène temporaire ou de l'amorce d'une nouvelle tendance. En 2006, les dépenses moyennes de santé dans les pays membres de l'OCDE s'élevaient à 9 % du PIB, contre un peu plus de 5 % en 1970 et 7 % environ en 1990.

Les auteurs analysent également les moteurs de la croissance et les écarts sensibles observés entre les pays de l'OCDE au niveau des dépenses, des prix, des volumes et des types de services. Ainsi, dix pays de l'OCDE consacrent plus de 10 % de leur PIB à des biens et services dans le secteur de la santé, parmi lesquels (par ordre décroissant) les États-Unis, la Suisse, la France et l'Allemagne. À titre de comparaison, la République tchèque, la Corée, le Mexique, la Pologne et la Turquie dépensent moins de 7 % dans le domaine de la santé.

Ce chapitre est en grande partie axé sur les facteurs susceptibles d'expliquer les variations constatées à l'échelle internationale, afin d'identifier des pistes quant aux domaines les plus propices à une intervention des pouvoirs publics. Comme les auteurs l'indiquent : « Bien que les recherches ne soient pas concluantes, les décideurs doivent néanmoins faire des choix en vue d'améliorer les performances, en mettant l'accent sur les facteurs relatifs à la demande, à l'offre ou à une combinaison des deux ». Le chapitre rassemble une grande variété de données sur les facteurs relatifs à la demande et à l'offre, couvrant notamment le revenu national, la pyramide des âges, la prévalence des maladies, l'offre de professionnels de santé, leur rémunération, l'intensité technologique des soins et les ressources technologiques. Par exemple, une étude exploratoire réalisée dans dix pays de l'OCDE sur les coûts hospitaliers associés à diverses pathologies révèle des écarts importants entre les pays et laisse à penser que, en moyenne, si les coûts unitaires sont ramenés au niveau des pays les plus performants dans ce domaine, les coûts moyens pourraient être réduits de 5 % à 48 %. De la même manière, une autre étude montre que le nombre de chirurgies cardio-vasculaires réalisées aux États-Unis est deux fois supérieur à la moyenne observée dans la zone OCDE. À titre de comparaison, le nombre d'opérations de ce type en Suisse représente moins de la moitié de la moyenne OCDE.

Mécanismes de marché : promesses et limites

Dans le chapitre 2, Peter C. Smith (Imperial College Business School de Londres) tente de déterminer si les mécanismes de marché peuvent aboutir à

une utilisation plus efficace des ressources dans le secteur de la santé. Il met en avant les nombreuses déviations du marché des services de santé par rapport au modèle néoclassique, comme les informations insuffisantes fournies aux consommateurs pour faire des choix en matière de soins, le rôle des médecins et des autres professionnels du secteur qui exercent une influence sur les choix des consommateurs, les contraintes à l'entrée et à la sortie du marché, le financement de l'enseignement et de la recherche sur les fonds publics et le fait que les patients supportent rarement le coût total des soins qu'ils reçoivent. Peter C. Smith fait aussi observer que « le recours exclusif aux mécanismes non marchands – le secteur public par exemple – soulève également de graves problèmes. L'écheveau des relations de responsabilité entre les patients, les prestataires, les pouvoirs publics, les contribuables et les institutions prestataires telles que les hôpitaux, risque de favoriser considérablement les comportements opportunistes et l'inefficacité ». Pour les décideurs, l'enjeu ne repose donc pas sur le bien-fondé ou non des mécanismes de marché mais consiste à déterminer si la promotion de certains aspects de la concurrence et du marché dans le secteur de la santé peut aboutir à une utilisation plus rationnelle des ressources, ainsi qu'à identifier les composantes de la concurrence les plus aptes à obtenir des résultats.

L'auteur examine les conclusions des recherches menées à partir de l'observation des marchés et de la concurrence. Le chapitre distingue trois types de concurrence qui aboutissent à des résultats sensiblement différents : la concurrence dans le domaine de l'assurance maladie, la concurrence pour l'achat collectif de services de santé et la concurrence pour la prestation de services de santé aux particuliers. Il fait référence à plusieurs conclusions issues d'études publiées, susceptibles d'aider les décideurs : les marchés de prestataires s'alignent sur les priorités des acheteurs, le choix des services soumis à la concurrence a d'importantes implications pour le fonctionnement du système et les prestataires sont sensibles aux incitations relatives au paiement. Il adresse également un avertissement quant à l'impact de la concurrence pour la prestation de services de santé aux particuliers sur la concurrence par les coûts. Il conclut en fournissant des informations sur les mesures stratégiques qui pourraient tirer profit du pouvoir du marché tout en compensant leurs effets les plus néfastes. Par exemple, Peter C. Smith explique que la promotion de la concurrence dans le domaine de l'assurance maladie suppose la création de mécanismes de partage des risques (pour décourager l'écroulement) et la mise en place d'une procédure d'assurance qualité adéquate. Néanmoins, il fait observer qu'inciter les assureurs à entreprendre des activités à long terme pour favoriser la santé de la population pourrait s'avérer difficile, ce qui donne à penser qu'il serait plus prudent de confier une telle responsabilité aux pouvoirs publics. Enfin, il fait preuve d'un plus grand optimisme quant à la

capacité des mécanismes de marché à faire diminuer les coûts si les acheteurs ont la possibilité de passer des contrats sélectifs avec les prestataires.

Coordination des soins

Dans le chapitre 3 intitulé « Améliorer les performances des systèmes de santé par une meilleure coordination des soins », Howard Oxley (OCDE) examine les possibilités d'amélioration du rapport coût-efficacité et de la qualité des soins grâce à une meilleure coordination, deux problématiques clés compte tenu du nombre croissant de patients atteints d'affections chroniques et de personnes âgées pouvant rencontrer des difficultés face à des systèmes de santé cloisonnés ou qui nécessitent une prise en charge par un établissement de soins de longue durée. Les problèmes de coordination peuvent intervenir à l'échelle du système de santé dans son ensemble mais sont plus fréquents aux interfaces entre les soins primaires, spécialisés, aigus, hospitaliers et de longue durée.

Howard Oxley dresse un vaste tour d'horizon des enjeux de la coordination des soins et des stratégies adoptées par les pays de l'OCDE et certains États membres de l'Union européenne. Les préoccupations les plus répandues concernent la coordination des soins, l'importance des politiques adoptées en matière d'adressage des patients et le rôle prépondérant des prestataires de soins primaires dans la gestion des soins, même dans le cadre de systèmes informels. À partir d'une enquête à laquelle ont répondu 26 de ces pays, l'auteur identifie également les principaux obstacles à la coordination des soins, comme le fractionnement du financement, la portée limitée des règles régissant les pratiques des professionnels de la santé et les différents niveaux de soins. Ce chapitre vise également à déterminer si les programmes ciblés, principalement des programmes de gestion des soins et de prise en charge, sont à même d'améliorer la qualité et le rapport coût-efficacité des systèmes de santé. M. Oxley conclut en proposant quatre domaines essentiels à l'amélioration de la coordination des soins et des performances du système dans son ensemble : optimisation de l'infrastructure TIC pour les transferts d'informations ; examen de la pertinence des ressources allouées aux soins ambulatoires et primaires ; remise à plat des systèmes de prestation et des incitations dans une optique de coordination des soins ; et suppression des obstacles entre les niveaux et les composantes des soins. Les débats menés lors de la conférence de septembre 2008 ont mis en évidence la nécessité, pour les décideurs, d'étudier avec attention les facteurs liés à la culture, à l'histoire et aux caractéristiques du système avant de lancer des réformes destinées à améliorer la coordination des soins.

Politique pharmaceutique : trouver le bon équilibre

Si elles ne représentent qu'une fraction relativement limitée du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, les dépenses en produits pharmaceutiques progressent de 5.7 % par an en moyenne, ce qui est supérieur à la fois à la croissance des autres dépenses de santé et du PIB. Dans ces conditions, les pouvoirs publics sont de plus en plus préoccupés par les tarifs et les politiques de remboursement des médicaments. Dans le chapitre 4 intitulé « Optimiser l'efficacité des dépenses en produits pharmaceutiques », Elizabeth Docteur et Valérie Paris (OCDE) étudient les modalités d'organisation de ces politiques en vue d'améliorer leur rapport coût-efficacité. Néanmoins, le secteur pharmaceutique étant de nature internationale, il soulève des questions particulières dans la mesure où les politiques mises en œuvre dans un pays peuvent avoir des répercussions dans d'autres.

La formulation de l'action publique dans le domaine pharmaceutique vise deux objectifs : encourager l'innovation dans la recherche tout en garantissant le meilleur prix possible pour les consommateurs et les payeurs. Comme l'indiquent les auteurs : « L'arbitrage le plus difficile en matière de politique pharmaceutique est peut-être celui entre l'efficacité statique – optimiser les prestations dont peut bénéficier le consommateur en tirant le meilleur parti des dépenses actuelles, dans la limite des possibilités offertes par les technologies actuelles – et l'efficacité dynamique – mettre en place des incitations dans le domaine de la R-D afin de mieux prévenir les maladies et de les guérir à l'avenir ». Une autre préoccupation consiste à déterminer si le système de distribution, qui peut représenter un tiers ou plus du prix de vente au détail, fonctionne de manière efficace.

Elizabeth Docteur et Valérie Paris dressent un panorama des politiques en vigueur relatives à la couverture, à la tarification et aux autres techniques permettant d'influencer la demande et la composition des produits pharmaceutiques. La partie consacrée aux politiques tarifaires est particulièrement étoffée et décrit les divergences entre les pays membres de l'OCDE dans l'utilisation des prix de référence externes et internes, la tarification fondée sur une évaluation pharmaco-économique, les accords prix-volume et les mécanismes de partage des risques. Les auteurs proposent également diverses pistes de réforme des politiques, notamment par le biais d'une modification des modalités de remboursement et de tarification, d'un renforcement du rôle de l'évaluation pharmaco-économique pour déterminer la rentabilité des dépenses, d'une orientation de la demande vers les produits offrant le meilleur rapport coût-efficacité et des incitations à l'amélioration des systèmes de distribution. En conclusion, les auteurs proposent une liste

de référence destinée à aider les décideurs confrontés à ces problématiques. Ils conseillent notamment aux pouvoirs publics :

- de procéder à une analyse coût-efficacité comparative dans le cadre des décisions de tarification et d'achat, tout en garantissant un système de récompense de l'innovation aligné sur la valeur des bénéfices obtenus ;
- d'envisager la possibilité de conclure des accords prix-volume ou d'obtenir des ristournes confidentielles quand il est impossible d'établir des prix unitaires fondés sur la valeur ;
- d'envisager le recours à des accords de partage des risques pour réduire le risque financier que représentent les nouveaux médicaments quand les informations sur leurs coûts et leurs répercussions sur la santé sont insuffisantes ;
- d'encourager la substitution par les génériques et la concurrence par les prix sur le marché des produits non brevetés ;
- de mettre en place des incitations afin d'encourager la prescription, la distribution et l'utilisation convenables des médicaments ;
- de déterminer si des gains d'efficacité sont possibles dans la chaîne de distribution ; et
- de s'assurer que l'efficacité des dépenses globales de santé n'est pas remise en cause par les efforts destinés à améliorer l'efficacité des dépenses pharmaceutiques.

Améliorer les systèmes de gestion des données au service de la qualité des soins

Dans le chapitre 5 intitulé « Utiliser les TIC pour suivre et améliorer la qualité des soins de santé ? », Nicolaas Klazinga et Elettra Ronchi (OCDE) concentrent leur attention sur une stratégie clé d'amélioration du rapport coût-efficacité : l'optimisation de la qualité des services de santé. « En dépit des controverses relatives à l'exactitude des données disponibles, on s'accorde aujourd'hui généralement à penser que les problèmes de qualité risquent d'avoir un impact sanitaire et économique important dans les pays de l'OCDE ». L'amélioration de la qualité des soins grâce à un recours plus intense aux TIC permettrait à la fois d'éviter de gâcher des ressources (en éliminant le recours à des services inutiles) et d'améliorer de manière concrète l'état de santé de la population. Dans ce chapitre, les auteurs étudient la possibilité d'augmenter l'utilisation des TIC à tous les échelons

du système de santé afin de contrôler la prestation de service et les résultats cliniques et de faciliter l'évolution du système en vue d'optimiser la qualité technique des soins et la satisfaction des patients.

Nicolaas Klazinga et Elettra Ronchi soulignent que l'amélioration de la transmission des informations médicales – du patient au prestataire, entre les prestataires et du prestataire au payeur – pourrait améliorer la coordination des soins, limiter la prestation de services inutiles, réduire les coûts administratifs, assurer un retour d'informations aux prestataires et contribuer à l'optimisation de la planification et des systèmes. Ce chapitre présente les sources de données compatibles avec une amélioration de la qualité des soins et expose plusieurs des stratégies adoptées par les pays de l'OCDE, en accordant une attention particulière aux programmes fondés sur la méthode de rémunération selon la performance aux États-Unis et au Royaume-Uni. Le chapitre se concentre également sur un programme innovant mis en œuvre dans la province canadienne de Colombie britannique pour contrôler l'utilisation des médicaments sur ordonnance.

Les auteurs font preuve d'optimisme quant à l'adoption plus généralisée des TIC à l'échelon du système de santé dans son ensemble. Toutefois, les technologies de l'information se caractérisent par une forte intensité capitalistique et les coûts induits par la conception et la maintenance de nouveaux systèmes doivent être évalués en fonction des gains attendus. Les principaux enjeux sont les suivants : faciliter l'interopérabilité et permettre aux différents systèmes d'information d'être interconnectés grâce à des définitions de données communes et des identifiants uniques pour les patients. Les préoccupations relatives à l'interopérabilité concernent aussi la capacité des chercheurs à fournir des comparaisons internationales fiables aux pouvoirs publics. Les auteurs insistent également sur l'importance de s'attaquer directement à la question de la confidentialité, en indiquant : « Les organismes de santé ont certes fortement intérêt à assurer la confidentialité et la sécurité des données, mais doivent aussi mettre cet intérêt en balance avec la nécessité de pouvoir récupérer facilement ces informations en cas de besoin ». Ils remarquent également que « la difficulté majeure consiste donc, pour les responsables publics, à créer une interface fluide entre les mesures visant à protéger la confidentialité, les dispositions légales et les spécifications technologiques ».

Les débats tenus pendant la conférence étaient axés sur les défis majeurs représentés par l'octroi de ressources aux systèmes d'information et la garantie de la saisie d'informations fiables et précises au niveau du patient. Compte tenu des investissements à consentir et de la nécessité d'une analyse comparative des systèmes, les participants ont évoqué la possibilité d'une coopération internationale entre l'OCDE, l'Organisation mondiale de la santé et la Commission européenne.

Comprendre l'impact de la facturation des services de santé aux usagers

Enfin, Peter Smith (Imperial College Business School, Londres) examine dans le chapitre 6 l'impact de la facturation des soins aux usagers sur l'utilisation des services de santé, les dépenses de santé et l'état de santé des patients. L'auteur met en évidence le double objectif de la facturation des soins aux usagers : 1) financer le système de santé et 2) influencer le comportement des patients lorsqu'ils ne doivent pas s'acquitter d'un coût direct (en supplément des cotisations sociales ou fiscales) pour accéder aux soins. Dans la plupart des pays développés, la participation des usagers aux coûts des services de santé vise principalement à compenser le risque moral. Néanmoins, les études démontrent-elles que la facturation des services de santé aux usagers permet effectivement de réduire le recours aux services non indispensables ?

Ce chapitre débute par un examen du degré de facturation des soins aux usagers dans les pays de l'OCDE, en présentant les nouvelles mesures adoptées récemment en Suède, aux Pays-Bas, en Allemagne et en France, ainsi que les techniques de prix de référence utilisées pour les médicaments en République slovaque.

On ne sait pas encore si les initiatives actuelles ont réussi à réduire le recours inutile aux services de santé au rapport coût-efficacité médiocre. Des constats importants réalisés à partir de l'expérience RAND d'assurance maladie avec des niveaux variables de facturation aux usagers aux États-Unis, célèbre pour sa nature expérimentale, montrent qu'une augmentation de la facturation aux usagers peut entraîner une contraction sensible de la demande de soins. Si cette expérience ne semble pas avoir eu d'impact sur l'état de santé de la majorité de la population, elle a en revanche eu des conséquences particulièrement néfastes sur les individus aux faibles revenus et souffrant de pathologies chroniques. Ainsi, lorsqu'une participation a été imposée, l'hypertension a été moins bien contrôlée dans ce groupe au point que la probabilité annuelle de décès a augmenté d'environ 10 %.

Peter Smith se prononce en faveur d'une remise à plat de la facturation des soins aux usagers, afin de veiller à ce que l'utilisation des services de santé soit conforme aux objectifs plus vastes de la société, en arguant : « Il est primordial de décider quelles sont les technologies de soins de santé qui devraient être subventionnées sur les deniers publics. Une politique de facturation des usagers découle alors naturellement du choix des traitements subventionnés. Une fois le panier public de soins choisi, les patients demeureront libres d'acheter les interventions restantes non subventionnées au prix du marché ou de souscrire une assurance privée complémentaire pour couvrir le coût de ces interventions ».

Les pouvoirs publics seront confrontés à des choix difficiles dans leurs efforts visant à maîtriser la croissance des dépenses de santé et à garantir

que ces dépenses s'accompagnent de bénéfices proportionnels à leur montant. Les stratégies adoptées varieront dans chaque pays en fonction des caractéristiques des systèmes de santé nationaux. Les analyses présentées dans cette étude ont pour objectif d'aider les décideurs à comprendre l'éventail de possibilités à leur disposition en matière d'action publique et les arbitrages qu'elles supposent, tout en leur fournissant des informations empiriques sur leur utilisation dans les autres pays.

Notes

1. Voir http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/the_process_en.htm pour plus d'informations sur le processus.
2. Voir http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_en.htm pour les Rapports conjoints sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2007 et http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/strategy_reports_en.htm pour les Rapports nationaux sur les stratégies.
3. Pour obtenir une description plus complète, consultez le site http://www.oecd.org/document/60/0,2340,en_2649_33929_37103164_1_1_1_1_00.html

Chapitre 1.

Tendances à l'accélération des dépenses de santé

Howard Oxley, auparavant membre de la Division de la Santé,
et David Morgan, Division de la Santé, OCDE

Ce chapitre examine la progression des dépenses de santé et les principaux éléments de cette augmentation. Il s'intéresse ensuite aux raisons qui expliquent les écarts importants entre les niveaux de dépenses des pays de l'OCDE et de la Communauté européenne.

Introduction

D'une manière générale, les dépenses de santé ont enregistré une hausse supérieure à celle du PIB et du revenu par habitant dans presque tous les pays de l'OCDE. Aujourd'hui, les dépenses consacrées aux produits et aux services de santé absorbent une grande part des ressources totales d'une économie, part qui ne cesse d'augmenter. En moyenne, les dépenses totales de santé s'élevaient à un peu moins de 9 % du PIB en 2006, contre un peu plus de 5 % en 1970 et 7 % environ en 1990. En dépit du ralentissement récent de la hausse des dépenses, les dernières projections de l'OCDE laissent à penser que les pressions devraient se poursuivre, même si le montant de la hausse estimée dépend des hypothèses retenues¹.

La plupart des pays cherchent des solutions pour améliorer la performance de leurs systèmes de santé, notamment en optimisant la rentabilité et l'efficacité des soins. Ces efforts devraient contribuer ainsi à l'amélioration de la viabilité financière à long terme des systèmes de santé, plus particulièrement dans les pays dont le niveau de dépenses est déjà élevé. Cependant, même les pays dont le niveau de dépenses est plus bas étudient d'autres politiques qui leur permettraient de limiter la hausse de leurs dépenses de santé.

Pour préparer l'examen des solutions visant à améliorer l'efficacité des systèmes de santé, le présent chapitre analyse dans un premier temps la progression des dépenses de santé et les principaux éléments de cette augmentation au cours des dix dernières années. Il porte ensuite sur les écarts entre les niveaux de dépenses des pays et sur les raisons susceptibles d'expliquer ces profondes variations. Ces informations pourraient aider les pays à déterminer dans quels domaines ils doivent cibler leur action à l'avenir. Ce chapitre s'appuie largement sur la *Base de données Eco-Santé OCDE* (OCDE, 2007a ; OCDE, 2008) et sur le *Panorama de la santé* (OCDE, 2007b).

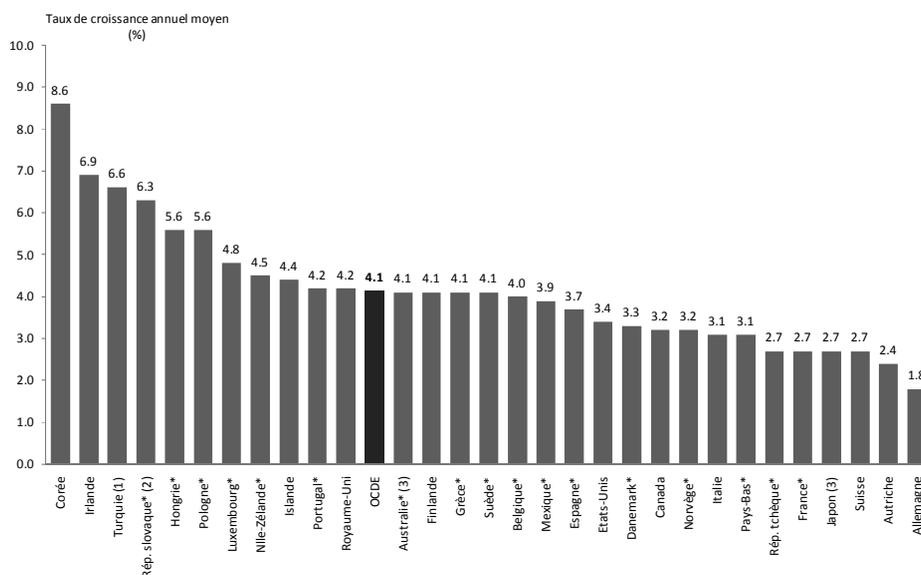
Caractéristiques de l'augmentation des dépenses au cours des dernières années

Augmentation des dépenses de santé depuis 1995

Entre 1995 et 2006, on estime que les dépenses de santé par habitant ont augmenté en moyenne d'un peu plus de 4 % par an (graphique 1.1). Les pays qui ont accusé la plus forte hausse sur cette période sont en général ceux qui affichaient un niveau de dépenses de santé relativement bas par rapport au PIB au milieu des années 90, comme la Corée, l'Irlande et la Turquie, où les

taux de progression ont atteint le double de la moyenne enregistrée dans les pays de l'OCDE sur la période (graphique 1.2). D'autres pays, comme l'Allemagne, la France, le Japon et la Suisse, n'ont pâti que d'une augmentation limitée des dépenses de santé sur la même période, sous l'effet de mesures de maîtrise des coûts et de l'impact, sur la demande de soins, du ralentissement de la croissance du revenu moyen dans ces pays. En 2006, les dépenses de santé réelles par habitant dans ces pays n'avaient augmenté que de 20 à 30 % par rapport à 1995, contre une hausse supérieure à 50 % à l'échelle de l'OCDE.

Graphique 1.1. Taux de progression annuel moyen des dépenses de santé par habitant, 1995-2006



* Rupture des séries chronologiques.

1. 1999-2005.

2. 1997-2005.

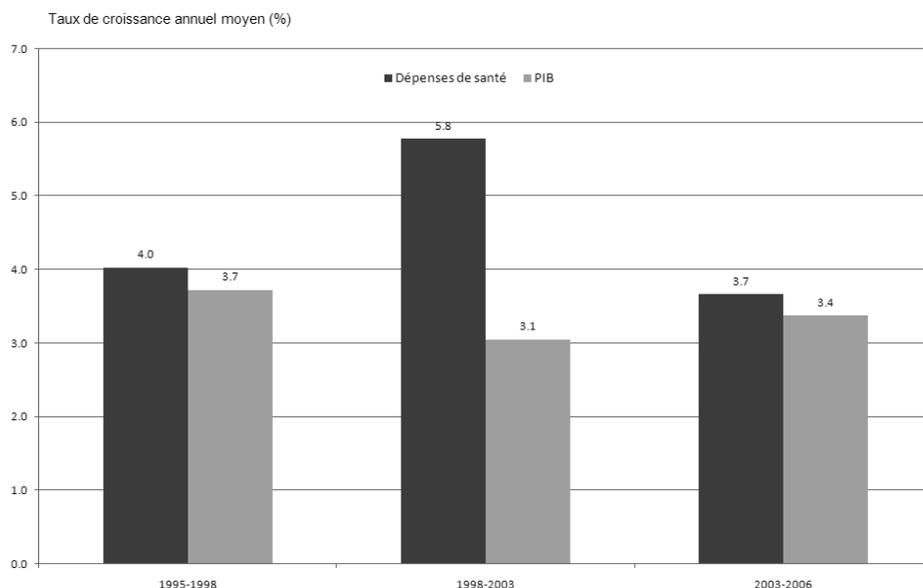
3. 1995-1995.

Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Cette période peut être divisée en trois cycles distincts (graphique 1.3). Le milieu des années 90 a été marqué par une augmentation relativement faible des dépenses de santé, avec un taux de progression légèrement supérieur à celui de la croissance économique. Entre la fin des années 90

Des données plus récentes couvrant la période 2003-06 révèlent un ralentissement de la croissance moyenne des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Au cours de cette période, le taux de progression des dépenses de santé s'est aligné sur celui observé au milieu des années 90, tandis que le taux de croissance de l'économie dans son ensemble est resté relativement stable. Il n'est pas encore certain que ce ralentissement se poursuive à long terme. Par le passé, nombre des politiques visant à maîtriser la hausse des dépenses n'ont été efficaces qu'à court ou moyen terme et ont dû être complétées par des trains de mesures supplémentaires successifs².

Graphique 1.3. Taux de progression annuel moyen des dépenses de santé et du PIB, 1995-2006



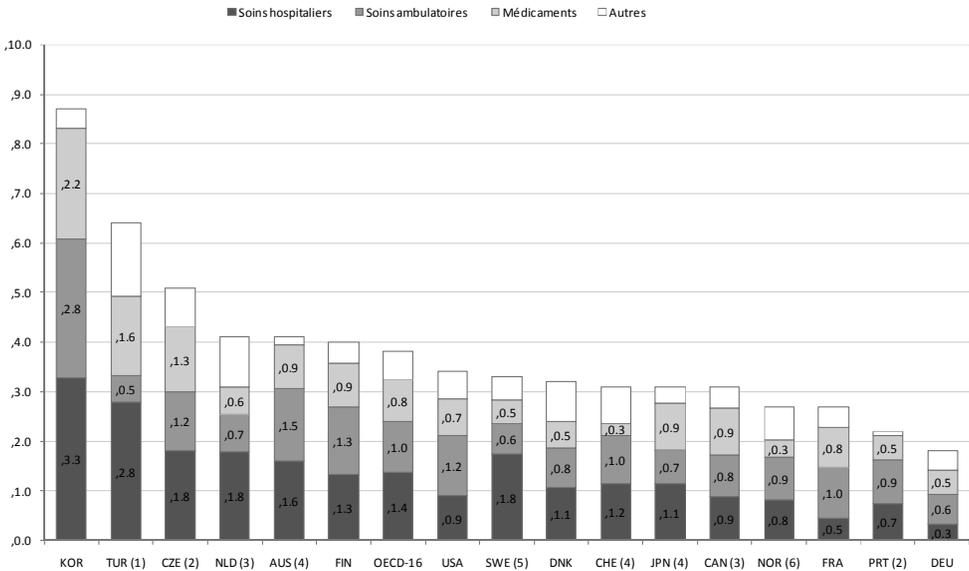
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Principaux moteurs de la progression des dépenses de santé

Les dépenses consacrées aux produits médicaux, et plus particulièrement aux médicaments, ont augmenté rapidement dans la plupart des pays de l'OCDE, et représentent une part croissante du total des dépenses de santé. Depuis 1995, la hausse des dépenses en médicaments s'élève en moyenne à 4.6 %, contre une progression annuelle

de 4.0 % des dépenses totales de santé. Les produits pharmaceutiques représentaient 17 % environ des dépenses de santé, soit 1.5 % du PIB, en 2006. Néanmoins, en dépit d'une croissance plus rapide, les médicaments représentent une moindre part des dépenses de santé par rapport à leurs deux autres composants principaux (les soins hospitaliers et les soins ambulatoires) et leur contribution à l'augmentation globale des dépenses de santé a été plus limitée entre 1995 et 2006 (graphique 1.4). Au total, pour le groupe de pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données concordantes, les médicaments ont représenté près d'un cinquième de la progression globale des dépenses de santé, contre plus de 60 % pour les soins hospitaliers et les soins ambulatoires.

Graphique 1.4. Contribution à la hausse annuelle moyenne des dépenses de santé par habitant, 1995-2006



1. 1999-2005 ; 2. 2000-06 ; 3. 1998-2006 ; 4. 1995-2006 ; 5. 2001-06 ; 6. 1997-2005.

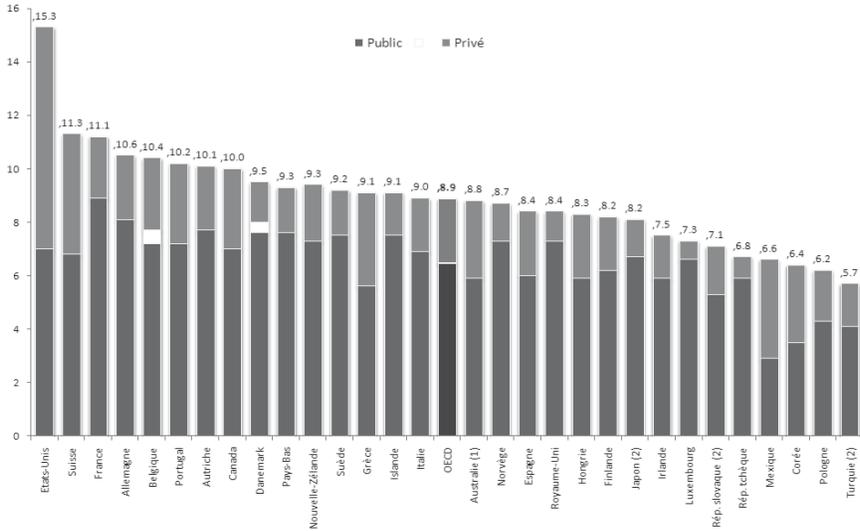
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Là encore, il existe des variations importantes entre les pays. Au Canada par exemple, bien que sur une période plus courte, les médicaments constituent le principal moteur de la hausse des dépenses de santé, avec une contribution de près d'un tiers. Près de 30 % de la croissance des dépenses de santé est imputable aux médicaments en France, en Allemagne et au Japon. Le secteur ambulatoire est le plus important au Portugal, en France et aux États-Unis, contribuant pour 40 % environ à l'augmentation globale des dépenses de santé, peut-être sous l'effet de la montée en puissance des soins ambulatoires par rapport aux soins hospitaliers dans ces pays. Malgré tout, le secteur hospitalier demeure le principal contributeur à la hausse globale des dépenses de santé : les Pays-Bas, la Suède et la Turquie se caractérisent par exemple par une part élevée des soins hospitaliers dans leurs dépenses de santé, par rapport à une faible contribution des soins ambulatoires³.

La part des dépenses de santé dans le PIB

Dans l'ensemble, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé a augmenté au cours des dernières décennies. Dans 24 pays de l'OCDE pour lesquels des données historiques comparables sont disponibles, cette proportion est passée d'une moyenne de 6.6 % en 1980 à 7.2 % en 1990 et 9.3 % en 2006. Cependant, les variations sont très marquées d'un pays à l'autre. Les États-Unis affichent le niveau de dépenses le plus élevé dans les biens et services de santé depuis 1980. Le nombre de pays consacrant plus de 10 % de leur PIB aux biens et services de santé s'élevait à huit en 2006, contre quatre en 2000 et seulement deux pays en 1995 (graphique 1.5). À l'autre extrême, la République tchèque, la Corée, le Mexique, la Pologne et la Turquie dépensent moins de 7 % de leur PIB en produits et services de santé. Ces écarts sont encore plus prononcés sur la base des dépenses par habitant, même si ces résultats ne tiennent pas compte des variations en termes de revenu moyen par habitant (graphique 1.6). Néanmoins, après prise en compte du revenu, des écarts marqués persistent dans le niveau des dépenses par habitant pour des tranches de salaires similaires (graphique 1.7).

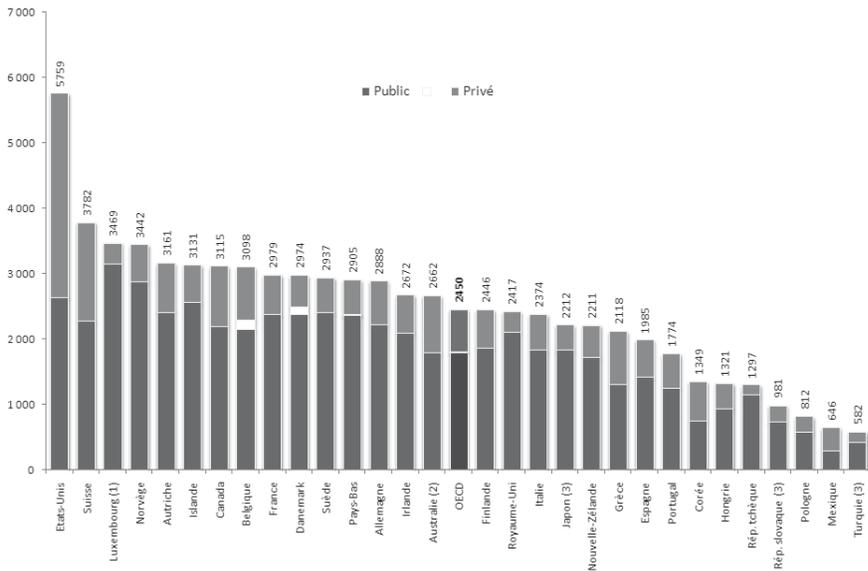
Graphique 1.5. Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2006



1. 2005/06 ; 2. 2005.

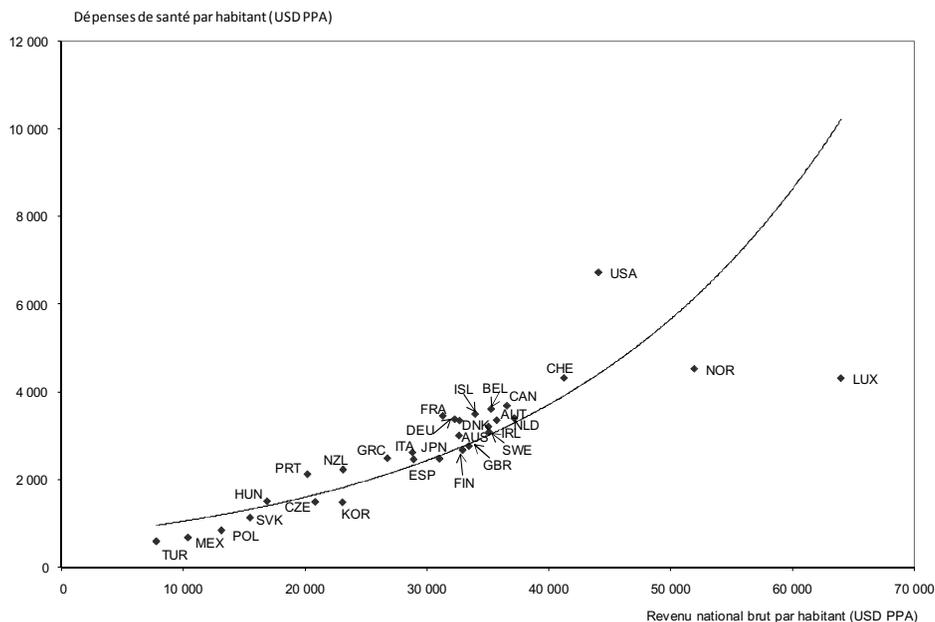
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Graphique 1.6. Total des dépenses de santé par habitant (USD à PPA 2000), 2006



1. Population couverte au lieu de population résidente ; 2. 2005/06 ; 3. 2005.

Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Graphique 1.7. Dépenses de santé et revenu national par habitant, 2006

Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Facteurs pouvant influencer sur les variations des dépenses de santé

De nombreuses études ont tenté d'expliquer les variations des dépenses de santé à l'échelle internationale, en s'appuyant souvent sur le niveau élevé des dépenses aux États-Unis⁴. S'il semble évident que les différences de revenus constituent une variable importante, les facteurs institutionnels, démographiques ou autres n'expliquent pas entièrement la part restante des variations⁵. Bien que les recherches ne soient pas concluantes, les décideurs doivent néanmoins faire des choix en vue d'améliorer les performances, en mettant l'accent sur les facteurs relatifs à la demande, à l'offre ou à une combinaison des deux. Cette section présente un certain nombre de facteurs pouvant expliquer les écarts de dépenses entre les pays en faisant la distinction entre ces deux aspects. Elle repose sur des recherches existantes et sur des données extraites de diverses sources. Il ne s'agit pas d'une démarche inédite puisqu'elle a déjà été utilisée de la même manière par le Congressional Research Service (2007).

Plusieurs mises en garde s'imposent à ce sujet. Premièrement, les données ne correspondent pas nécessairement à la distinction faite entre les facteurs qui représentent l'offre et ceux qui se situent du côté de la demande. Par exemple, un faible taux d'utilisation du système de santé (tel que mesuré par le nombre de contacts des patients avec les prestataires de soins primaires) pourrait être le fruit d'une préférence pour les soins auto-administrés ou de la participation aux dépenses, alors qu'il peut simplement refléter une pénurie de l'offre. Ainsi, le faible niveau des soins au Mexique et en Turquie peut être lié à un nombre insuffisant de médecins, notamment dans les zones rurales. Comme l'indiquent Hurst et Siciliani (2004), il existe un lien étroit entre les listes et les délais d'attente et les dépenses consacrées à l'offre de soins chirurgicaux.

En second lieu, si les données de l'OCDE sur la santé reflètent les efforts importants déployés pour garantir des définitions communes, des problèmes de comparabilité des données persistent. Lorsque d'importantes difficultés de comparaison demeurent, elles sont donc mentionnées dans le texte. Enfin, restent des problèmes d'interprétation. Les données disponibles peuvent expliquer certains des écarts quant à l'efficacité des services, mais des soins efficaces pourraient ne pas être souhaitables s'ils sont inefficaces en termes de résultats sur le plan de la santé ou de qualité technique⁶. De plus, chaque ressource entrant dans la composition des soins ne peut pas nécessairement être répartie en fonction du prix ou du volume. Si les données s'améliorent, il est toujours difficile de trouver des prix de produits médicaux, tels que les produits pharmaceutiques, comparables entre les pays.

Demandes imposées au système de santé

Les exigences des populations par rapport au système de santé semblent varier considérablement. Plusieurs explications sont possibles : des niveaux de revenu différents, la pyramide des âges, la prévalence des maladies et les modes d'utilisation. Les variations de la demande peuvent également refléter un recours plus ou moins important à l'auto-médication⁷ ainsi qu'un système de participation aux coûts ou d'autres mesures limitant l'accès ou la demande de soins.

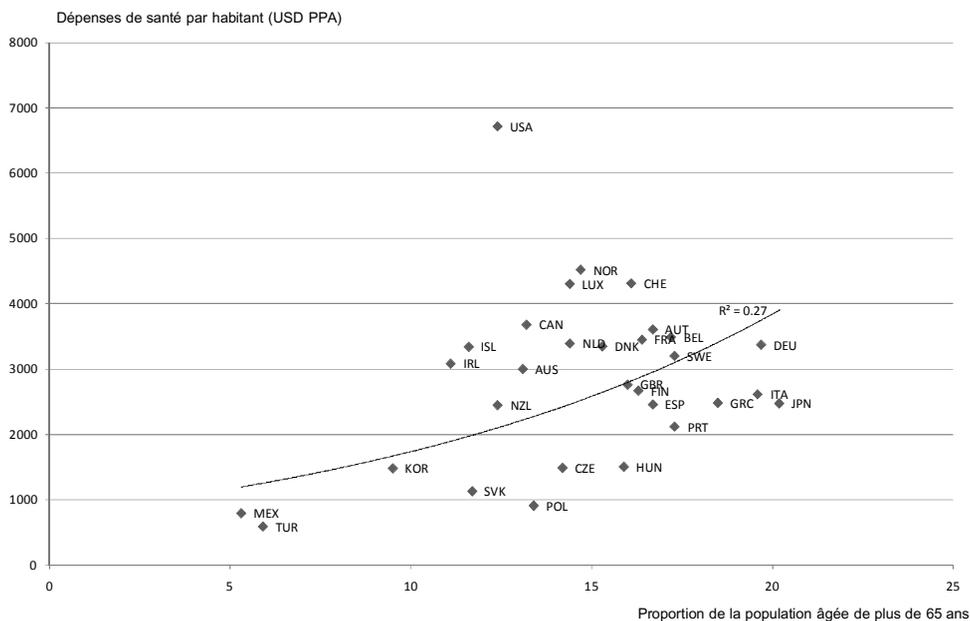
Des niveaux de revenu différents

Comme cela a déjà été évoqué, les groupes de population bénéficiant de revenus élevés tendent à avoir davantage de demandes en matière de santé et à consacrer une plus grande partie de leur revenu global aux produits et services de santé.

La pyramide des âges

La composition et la structure de la population d'un pays peuvent jouer un rôle clé dans ses dépenses actuelles et futures en matière de santé et de soins de longue durée. Les populations âgées tendent à être en moins bonne santé et donc à peser davantage sur le système de santé. Il est donc raisonnable de penser que le vieillissement de la population et les variations de la structure démographique entre les pays pourraient contribuer à expliquer les écarts observés en termes de dépenses de santé. La part de la population âgée de 65 ans ou plus a augmenté et cette tendance devrait se poursuivre dans tous les pays de l'OCDE. Alors qu'au Mexique et en Turquie, un peu plus de 5% seulement de la population est âgée de plus de 65 ans, au Japon, en Allemagne et en Italie, un personne sur cinq appartient à cette tranche d'âge (graphique 1.8). À cet égard, le graphique 1.8 montre une corrélation faible mais positive entre la proportion de la population âgée et le niveau des dépenses de santé par habitant.

Graphique 1.8. Part de la population âgée de 65 ans et plus et niveau des dépenses de santé par habitant, 2006

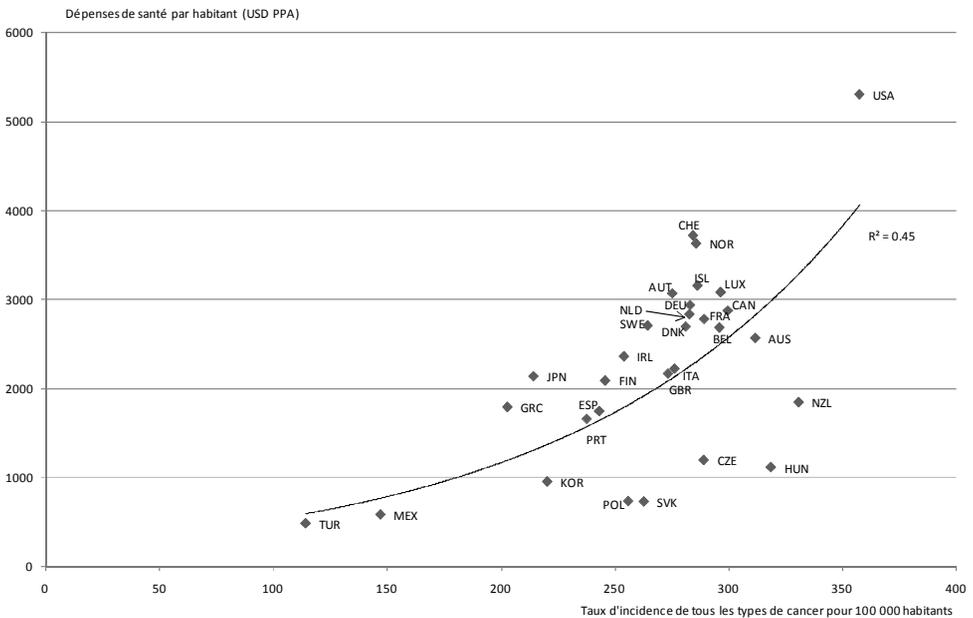


Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Types de maladies

La prévalence des maladies constitue également un indicateur important. Le cancer est, derrière les maladies du système circulatoire, la deuxième cause de mortalité dans les pays de l'OCDE. Le diagnostic et le traitement des différentes formes de cancer représentent donc à ce titre une part importante des dépenses de santé. Le graphique 1.9 illustre les variations du taux d'incidence (ajusté en fonction de l'âge) pour tous les types de cancer dans les pays de l'OCDE et sa relation avec le niveau des dépenses de santé par habitant. La variation des taux d'incidence peut en partie être attribuée à l'efficacité du système de santé dans le dépistage et le diagnostic du cancer.

Graphique 1.9. Taux d'incidence de tous les types de cancer et niveau des dépenses de santé par habitant, 2002



Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

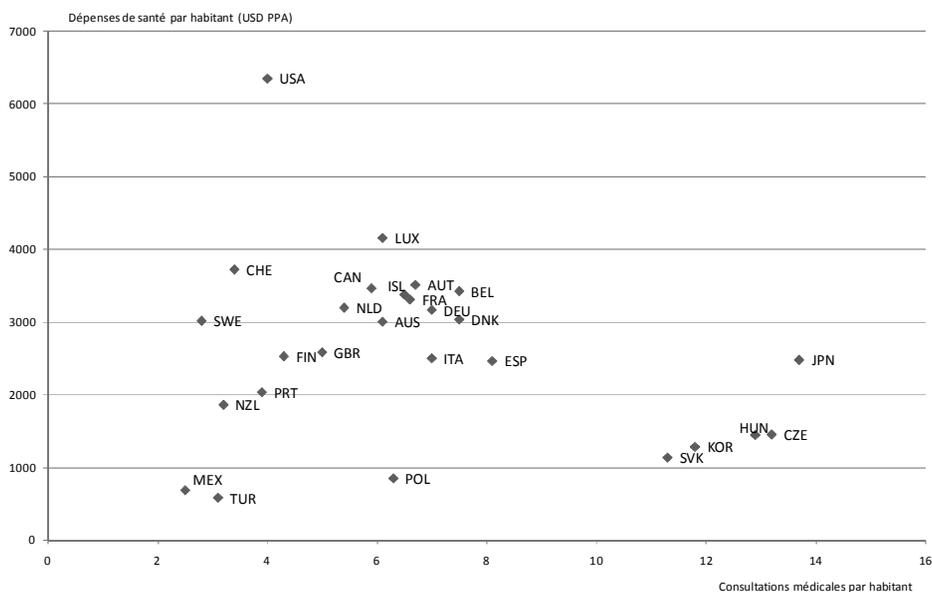
Utilisation

Les consultations médicales par habitant et le nombre de sorties de l'hôpital constituent deux indicateurs au sens large des activités liées aux soins hospitaliers et aux soins ambulatoires, qui représentent près des deux

tiers de l'ensemble des dépenses de santé. Néanmoins, les données doivent être interprétées avec prudence, car, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il est difficile de distinguer le rôle des facteurs liés à l'offre et celui des facteurs liés à la demande.

En dépit des différences nationales dans la définition et dans les sources des données (sources administratives ou enquêtes par exemple), les variations dans le taux de consultation par habitant sont très importantes : ainsi, il est cinq fois inférieur en Suède, au bas de la fourchette, par rapport au Japon et à la République tchèque, en haut de la fourchette (graphique 1.10). Parallèlement, certains des pays affichant un niveau élevé de dépenses de santé, comme le Canada, la France, les États-Unis et la Suisse, se caractérisent par un taux de consultation par habitant inférieur à la moyenne de l'OCDE.

Graphique 1.10. Consultations médicales et dépenses de santé par habitant, 2005 (ou dernière année disponible)



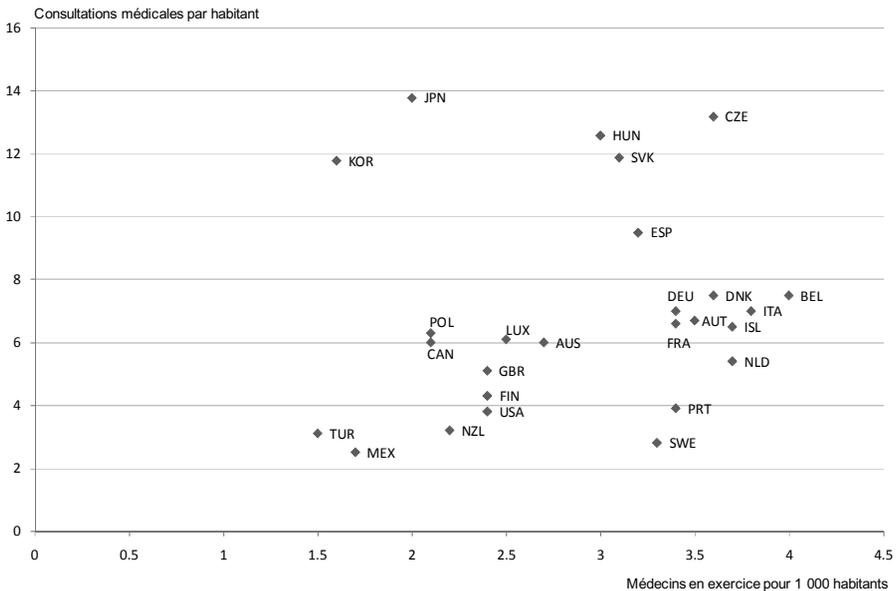
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE 2008*.

Les facteurs organisationnels et culturels peuvent également jouer un rôle : présence d'un système de filtrage pour l'orientation des patients, mécanismes de participation aux coûts, degré et composition de la

spécialisation et rôles endossés par les praticiens (par rapport à d'autres prestataires de services de santé) dans les différents pays sont autant d'éléments à prendre en compte. La recherche semble indiquer que les systèmes ayant adopté le paiement à l'acte pour les médecins se caractérisent par des taux de consultation plus élevés, tandis que ceux où les médecins sont salariés ou rémunérés à la capitation présentent des taux de consultation inférieurs (Fujisawa et Lafortune, 2008). Ce phénomène laisse à penser que les modalités de paiement des prestataires de services de santé peuvent avoir une influence certaine sur le nombre de services assurés.

Il est également possible que les variations des taux de consultation reflètent l'offre de prestataires, autrement dit, les patients consultent leur médecin moins fréquemment dans les pays où ces derniers sont moins nombreux par habitant. Le graphique 1.11 donne toutefois à penser que ces effets ne sont pas importants lorsqu'ils sont envisagés dans le cadre de cette approche globale. D'autres études de l'OCDE (OCDE, 2005 ; OCDE, 2008 ; OCDE, à paraître) suggèrent que l'offre de médecins pourrait être insuffisante au Mexique et en Turquie, plus particulièrement dans les zones rurales.

Graphique 1.11. Consultations médicales et densité de médecins, 2005



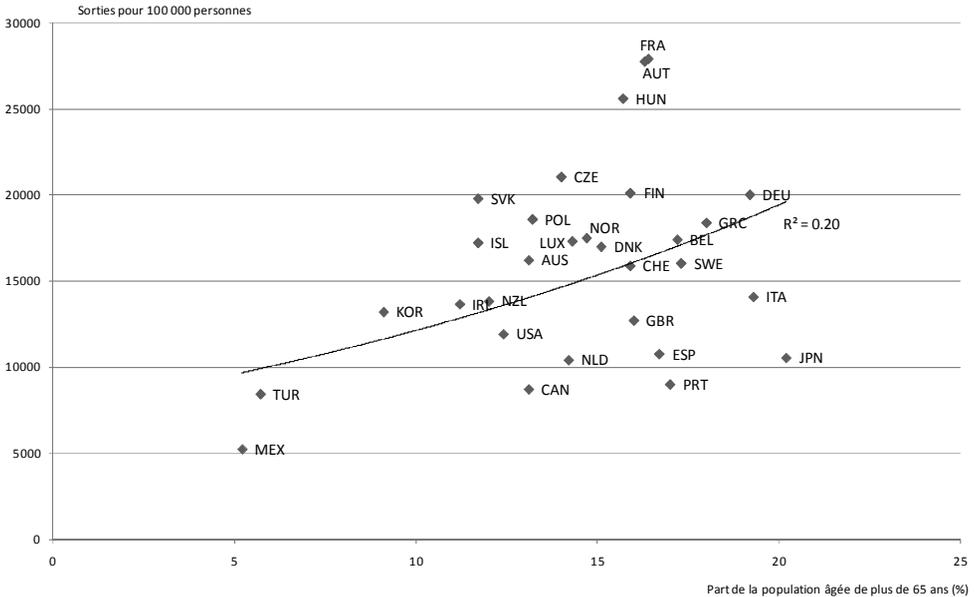
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE 2008*.

Si le lien entre le nombre de médecins et le nombre total des consultations est faible, il existe d'importants écarts entre les pays ayant une densité de médecins similaire⁸. Le Japon et la Corée affichent un profil similaire, avec une densité de médecins relativement faible et des taux de consultation élevés. La Hongrie, les Républiques tchèque et la slovaque présentent également des caractéristiques semblables, avec un taux de densité de médecins relativement élevé auquel correspond un taux de consultation élevé. Bien que cela puisse être lié à des facteurs culturels ou organisationnels, comme le temps passé avec chaque patient ou les tâches administratives remplies par les médecins (vérification des arrêts de travail ou renouvellement des prescriptions, par exemple), elles laissent néanmoins à penser que la disponibilité variable des médecins ne pèse pas nécessairement sur l'accès aux soins, ce qui pourrait indiquer que les modalités d'organisation des soins peuvent contribuer à expliquer les écarts observés entre les pays en termes de coûts et d'efficacité.

Les taux de sortie d'hôpital, qui mesurent l'activité liée aux soins hospitaliers, varient du simple au triple. Même si les différences de définition entre les pays (comme la prise en compte des sorties le jour de l'admission et les transferts entre les services) peuvent fausser les comparaisons à l'échelle internationale, ces écarts semblent refléter en partie les variations de la structure de la population et les besoins de soins croissants des personnes âgées. Dans la mesure où ces dernières représentent une part disproportionnée du total des sorties d'hôpital (HES, 2007), les pays caractérisés par des populations relativement « jeunes » comme l'Australie, le Canada, la Corée, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande, affichent des taux de sortie inférieurs à la moyenne de l'OCDE et inversement, hormis des exceptions notables telles que l'Espagne et le Japon (graphique 1.12)⁹.

Si certains pays ayant un niveau de dépenses de santé élevé comme l'Allemagne et la France présentent des taux de sortie largement supérieurs à la moyenne, d'autres, tels que les États-Unis et la Suisse, affichent des taux inférieurs à la moyenne de l'OCDE, ce qui suggère là encore que les comportements et les facteurs institutionnels pourraient exercer une influence sur ces taux.

Graphique 1.12. Taux de sortie d'hôpital et part de la population âgée de plus de 65 ans, 2005



Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Les facteurs liés à l'offre

Les écarts entre les pays peuvent traduire des variations du volume des ressources, par exemple nombre de professionnels de la santé, disponibilité du capital physique (lits d'hôpital, etc.), produits intermédiaires comme les médicaments, et frais administratifs. Ces écarts peuvent également être liés à l'intensité technologique des soins¹⁰. Ils peuvent également refléter des variations des prix des ressources ou des soins reçus.

Rémunération des professionnels de la santé

les variations des coûts unitaires peuvent expliquer une large part des écarts de dépenses entre les pays. Les traitements et salaires représentent une proportion importante du total des dépenses de santé, comme en témoignent notamment les écarts entre les coûts unitaires des soins hospitaliers, où les hôpitaux sont rémunérés sur la base de groupes homogènes de malades (GHM) ou de mécanismes similaires.

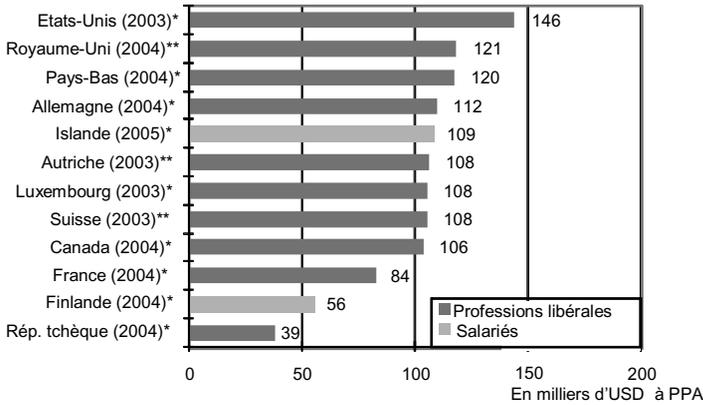
La rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) est déterminée en fonction du tarif des actes médicaux – secteur très réglementé. Le niveau des salaires, les paiements à la capitation et les honoraires à l'acte sont généralement fixés au moyen de négociations entre les acheteurs de services de santé (comme les ministères de la santé ou les organismes d'assurance maladie) et les prestataires (associations professionnelles).

Les informations disponibles sur la rémunération des médecins et du personnel infirmier révèlent de fortes variations entre les pays en ce qui concerne les coûts salariaux unitaires. Il ne s'agit bien entendu que d'une mesure approximative des coûts unitaires, dans la mesure où la rémunération globale des médecins dépend à la fois du volume et des coûts unitaires. Il est nécessaire, pour obtenir des évaluations plus précises, d'ajuster la rémunération par rapport aux heures travaillées¹¹.

Dans une étude récente réalisée à partir d'une analyse à plusieurs variables, l'OCDE examine certains des facteurs étayant les variations sensibles observées au niveau de la rémunération des médecins généralistes et des spécialistes dans certains pays (Fujisawa et Lafortune, 2008). Si une grande partie de ces variations demeure inexpliquée, les résultats semblent indiquer que les écarts de rémunération des généralistes sont liés aux caractéristiques propres à chaque système de santé (comme les modalités de rémunération ou l'existence d'un système de filtrage) ainsi qu'à des facteurs relatifs à l'offre, tels que nombre de généralistes par habitant et leur temps de travail. Pour les spécialistes, la méthode du paiement à l'acte (de préférence au salaire), une faible densité de médecins et un temps de travail plus long sont autant de facteurs synonymes de niveaux de rémunération élevés (graphiques 1.13 et 1.14).

L'écart entre la rémunération des médecins et les salaires moyens se creuse par rapport au PIB par habitant, ce qui suggère que les pays caractérisés par des revenus moyens plus élevés pourraient rencontrer davantage de difficultés à contrôler les coûts salariaux dans le secteur de la santé. Cela semble être particulièrement le cas pour les spécialistes installés en profession libérale, dont les revenus peuvent être plusieurs fois supérieurs au revenu national moyen, par exemple aux Pays-Bas et aux États-Unis (graphique 1.15). Les autres différences semblent être liées aux modalités de la rémunération.

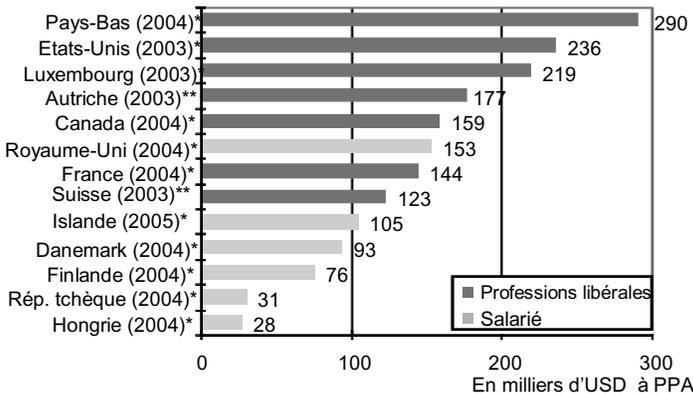
Graphique 1.13. Rémunération des médecins généralistes en USD à PPA, dans certains pays de l'OCDE, 2004 (ou dernière année disponible)



* Fait uniquement référence aux médecins à plein temps et ** correspond à la rémunération moyenne pour tous les médecins, y compris à temps partiel (ce qui aboutit à une sous-estimation). S'agissant de l'Autriche, de la Suisse et des États-Unis, les données couvrent l'ensemble des médecins (salariés et en profession libérale). Dans la mesure où la plupart des généralistes sont installés en profession libérale dans ces pays, elles sont présentées en référence aux médecins libéraux. Pour le Royaume-Uni, les données font référence à la Grande-Bretagne.

Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE* ; et pour les États-Unis, HSC (2006).

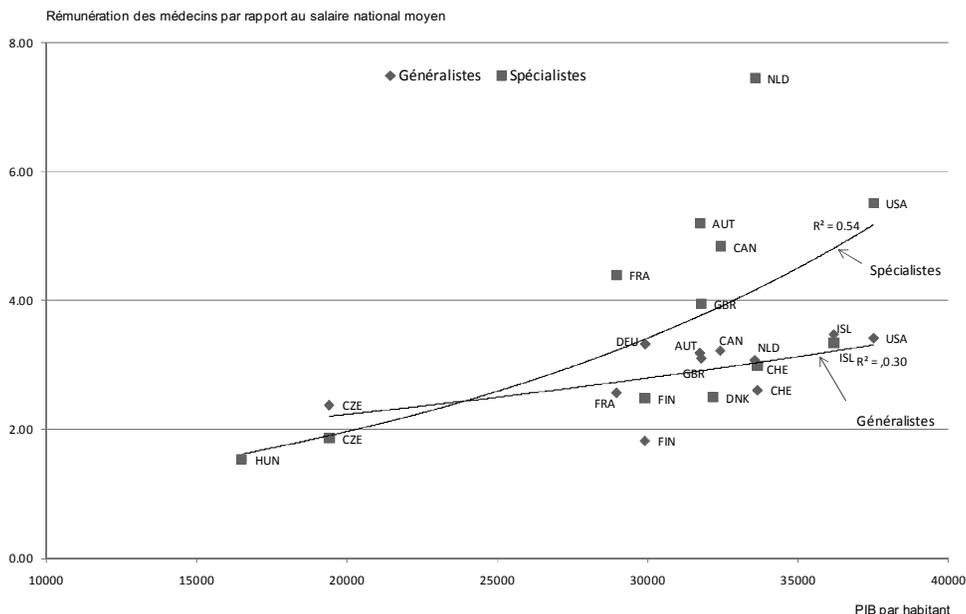
Graphique 1.14. Rémunération des spécialistes en USD à PPA, dans certains pays de l'OCDE, 2004 (ou dernière année disponible)



* Fait uniquement référence aux médecins à plein temps et ** correspond à la rémunération moyenne pour tous les médecins, y compris à temps partiel. S'agissant de l'Autriche et de la Suisse, les données couvrent l'ensemble des médecins (salariés et en profession libérale). Néanmoins, dans la mesure où la plupart des généralistes sont installés en profession libérale dans ces pays, elles sont présentées en référence aux médecins libéraux. Pour le Royaume-Uni, les données font référence à l'Angleterre.

Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE* ; et pour les États-Unis, HSC (2006).

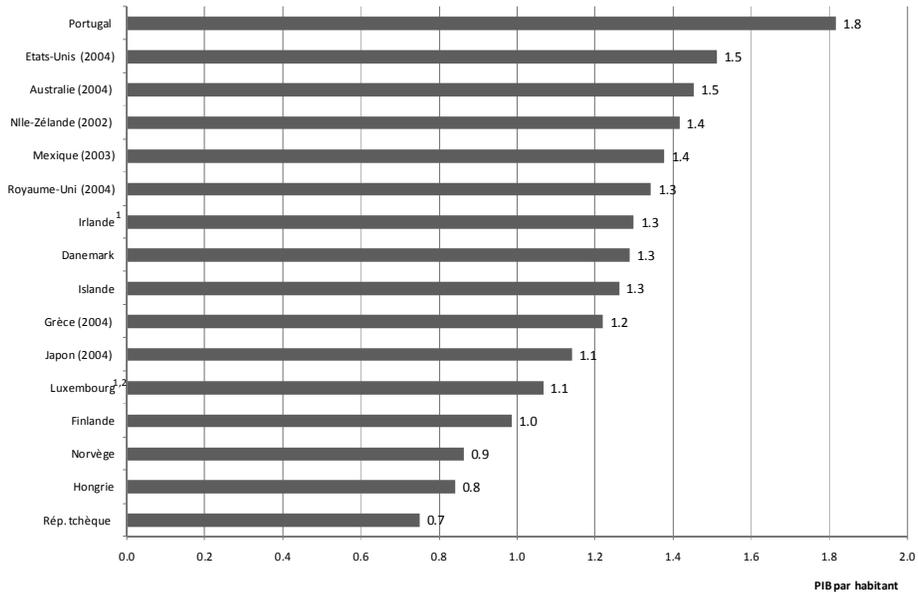
Graphique 1.15. Rémunération des généralistes et des spécialistes en tant que multiple du salaire national moyen par rapport au PIB par habitant, 2004 (ou dernière année disponible)



Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Si les comparaisons des salaires du personnel infirmier à l'échelle mondiale montrent une variation moindre que celle observée dans la rémunération des médecins, elle demeure néanmoins importante. Cette variation est moins marquée lorsque la rémunération du personnel infirmier est normalisée sur la base du PIB. Leur rémunération relative au salaire national moyen, mesurée par le biais du PIB par habitant, est la plus élevée au Portugal, suivi par les États-Unis et l'Australie (graphique 1.16). La rémunération la plus faible du personnel infirmier par rapport au salaire national est observée en République tchèque, en Hongrie et en Norvège.

Graphique 1.16. Rémunération du personnel infirmier, par rapport au PIB par habitant, 2005



1. Étant donné que le PIB par habitant surestime le revenu moyen, la rémunération est présentée sous la forme d'un ratio par rapport au revenu national brut.

2. Les données relatives au Luxembourg incluent les aides-soignants.

Source: OCD (2008), *Eco-Santé OCDE*.

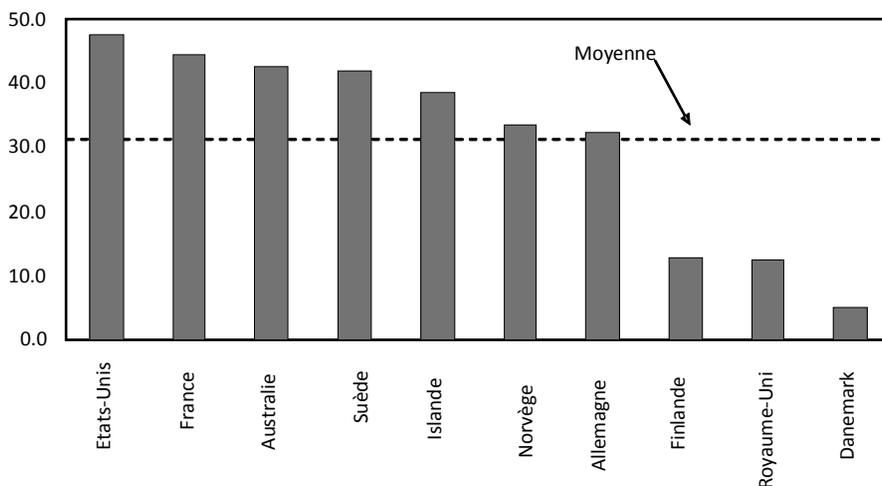
Coûts unitaires dans les établissements hospitaliers

On ne dispose pas encore de données homogènes sur les coûts hospitaliers unitaires qui permettraient des comparaisons exhaustives à l'échelle internationale (Häkkinen et Joumard, 2007). Cependant, une étude exploratoire des coûts hospitaliers unitaires (substitués par les GHM) couvrant sept maladies dans dix pays de l'OCDE, suggère des variations significatives d'un pays à l'autre (Erlandsen, 2007). Ces travaux donnent à penser qu'en moyenne, si les coûts unitaires étaient alignés sur ceux observés dans le pays enregistrant les meilleurs résultats, les coûts moyens pourraient être réduits de 5 à 48 % (graphique 1.17). Par ailleurs, les résultats préliminaires d'une étude comparative des hôpitaux dans quatre pays nordiques mettent en évidence une forte variation de l'efficacité des hôpitaux, même entre les pays dotés de caractéristiques institutionnelles relativement similaires, avec un potentiel de

réduction des coûts compris entre 23 et 44 % en moyenne (Kittelsen *et al.*, 2007). Les données relatives aux écarts observés à l'échelle nationale révèlent également de fortes disparités entre les pays. Dans la mesure où d'importants écarts traduisent un potentiel élevé de gains de productivité, des améliorations sensibles pourraient être obtenues dans certains pays en alignant les performances des hôpitaux les moins efficaces sur les meilleures performances au niveau national.

Graphique 1.17. Potentiel de réduction des coûts unitaires pour sept interventions hospitalières, 2006

Potentiel de réduction des coûts unitaires (en %)



Source : Erlandsen, E. (2007), « Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 555, Editions de l'OCDE, Paris.

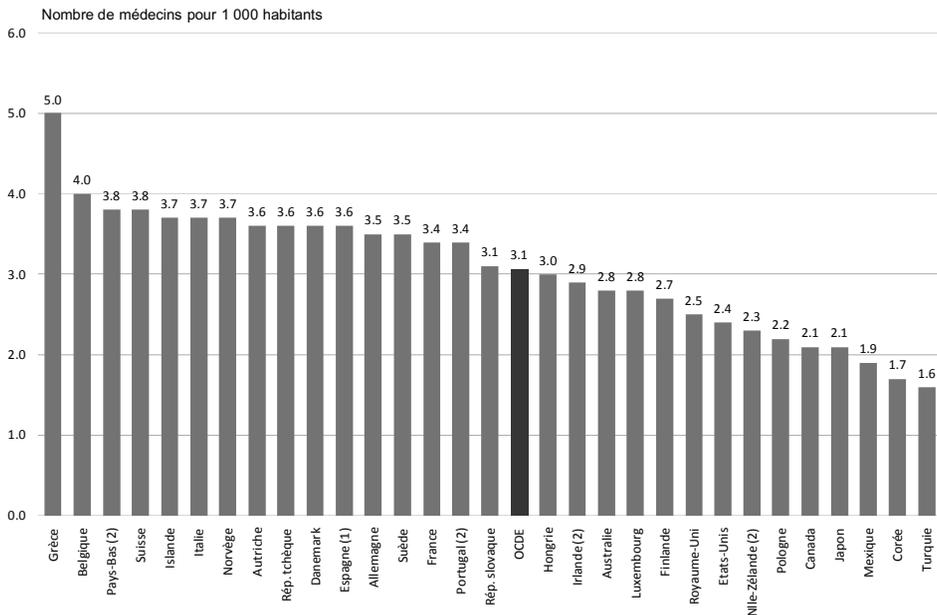
Différences au niveau de l'offre de main-d'œuvre

Le nombre de médecins et de personnels infirmiers a sensiblement augmenté au cours des 30 dernières années dans tous les pays de l'OCDE. Ce phénomène se traduit naturellement par une hausse des dépenses, qui peut être renforcée par l'influence des médecins sur la demande de soins ou l'existence d'une demande accumulée. Quel que soit le lien de cause à effet, les coûts indirects liés au diagnostic et aux décisions de traitement des médecins semblent être solidement orientés à la hausse dans la plupart des

pays de l'OCDE : en moyenne, les dépenses de santé par médecin ont progressé d'un tiers environ en valeur réelle entre 1990 et 2005. La hausse du nombre de médecins, des spécialisations et des dépenses par médecin peut également entraîner parfois l'amélioration de la qualité technique des soins dans certaines conditions (OCDE, 2007).

Une analyse comparative à l'échelle internationale révèle qu'il existe une relation directe entre le revenu mesuré par le PIB et la densité des personnels médicaux, notamment des médecins, ce qui peut en partie expliquer la corrélation positive entre les dépenses de santé et le revenu par habitant illustrée dans le graphique 1.7. Toutefois, il n'existe pas de lien direct entre le niveau du PIB par habitant ou le niveau de rémunération des médecins et la densité de médecins. De nombreux autres facteurs, comme le contrôle du nombre d'inscriptions en école de médecine, la réglementation ou les caractéristiques régionales, exercent une influence dans ce domaine. Ainsi, en dépit d'un niveau élevé de dépenses par habitant et de la forte proportion des dépenses de santé dans le PIB, les États-Unis et le Canada se distinguent par un nombre de médecins inférieur à la moyenne de l'OCDE (graphique 1.18).

Graphique 1.18. Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2006

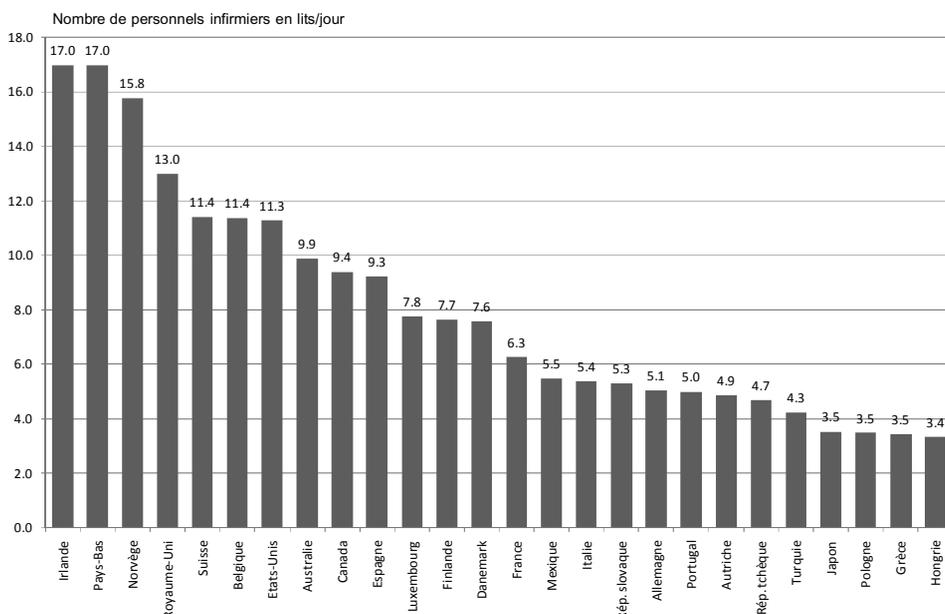


1. Inclut dentistes et stomatologues.
2. Médecins autorisés à pratiquer plutôt qu'en exercice.

Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

En 2005, il existait aussi des écarts considérables entre les pays au niveau du nombre de personnels infirmiers, compris entre moins de 2 pour 1 000 habitants en Corée et en Turquie à plus de 15 en Norvège et en Irlande, bien que cela puisse ne pas refléter précisément les niveaux de compétence¹². Pour tenir compte des différentes durées de séjour à l'hôpital dans les pays de l'OCDE, le graphique 1.19 présente le nombre de personnels infirmiers en lits/jour (Angrisano, 2007). Des pays comme l'Espagne et les États-Unis se caractérisent par une faible densité de personnel infirmier mais par une durée moyenne de séjour faible, alors que l'inverse est vrai pour la République tchèque et le Japon.

Graphique 1.19. Personnel infirmier en exercice pour 1 000 lits/jour, 2005



Note : Le nombre de personnels infirmiers inclut les professionnels travaillant en dehors du secteur hospitalier.

Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE*.

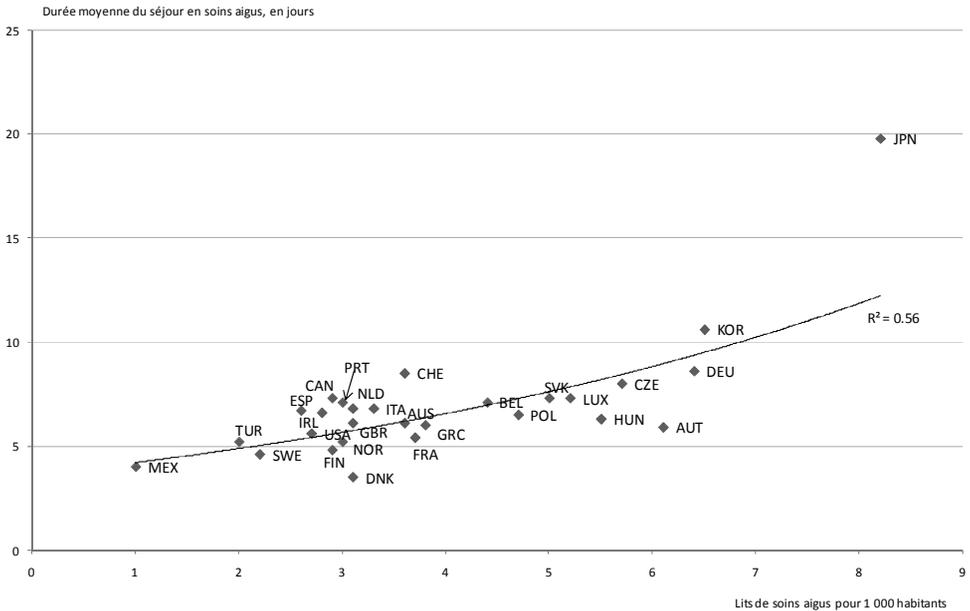
D'une part, des techniques moins invasives et une réduction de la durée moyenne du séjour hospitalier et des lits de soins aigus peuvent entraîner une baisse du nombre de personnels infirmiers, et d'autre part, l'amélioration des compétences et l'augmentation des besoins en matière de soins de longue durée (particulièrement pour les personnes âgées) peuvent aboutir à une hausse de la demande en personnel infirmier.

Nombre de lits de soins aigus et durée moyenne du séjour

Dans la plupart des pays de l'OCDE, le nombre de lits et la durée moyenne du séjour en hôpital ont diminué au cours des dernières années. La durée du séjour est un critère important pour évaluer l'efficacité : plus elle est courte, plus le coût du traitement est faible. Cependant, ces mesures doivent également tenir compte de l'intensité des services fournis (imagerie de pointe ou traitements coûteux contre le cancer par exemple) et des types de pathologies traitées. Enfin, toute mesure de l'efficacité doit prendre en compte le risque qu'une sortie prématurée de l'hôpital n'entraîne une détérioration de l'état de santé ou une réadmission.

Le nombre de lits de soins aigus varie considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre, dans une fourchette comprise entre plus de 6 lits de soins aigus pour 1 000 habitants en Australie, en Allemagne, en Corée et au Japon, et deux ou moins au Mexique, en Suède et en Turquie. La durée moyenne du séjour est directement liée au nombre de lits disponibles (graphique 1.20), même si ce lien s'affaiblit au fur et à mesure (Oxley et Macfarlan, 1995).

Graphique 1.20. Lits de soins aigus et durée moyenne du séjour hospitalier, 2005



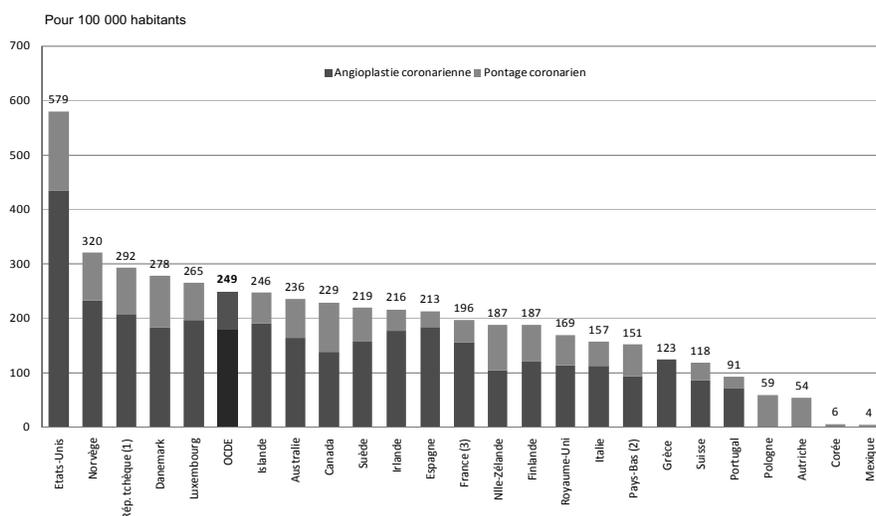
Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE*.

Une augmentation des capacités peut se traduire par un allongement de la durée du séjour, notamment lorsque le paiement est effectué au lit/jour ou lorsque les lits de soins aigus sont utilisés pour des soins de longue durée. L'Allemagne, la Corée et le Japon, qui utilisaient jusqu'à récemment un système de paiement au lit/jour, se distinguent par des séjours de très longue durée. À l'inverse, des séjours de courte durée ont été observés dans certains pays nordiques et au Mexique. Il est également possible que l'utilisation de systèmes où le paiement est déterminé à l'avance sur la base des GHM puisse contribuer à réduire la durée des séjours.

Intensité des soins et recours aux technologies

Il convient également de prendre en compte, dans l'examen des écarts en termes de dépenses hospitalières, l'intensité des soins reçus et le volume de soins médicaux coûteux. Ainsi, le nombre d'interventions cardiovasculaires réalisées aux États-Unis est deux fois supérieur à la moyenne de l'OCDE (graphique 1.21) alors qu'il représente en Suisse moins de la moitié de la moyenne de l'OCDE. L'utilisation de technologies médicales coûteuses n'entraîne pas toujours une augmentation des taux de sortie. Ainsi, la chirurgie ambulatoire de la cataracte a entraîné une diminution des admissions à l'hôpital, et le recours croissant aux médicaments a permis de réduire la fréquence d'hospitalisation de certains patients souffrant de pathologies chroniques.

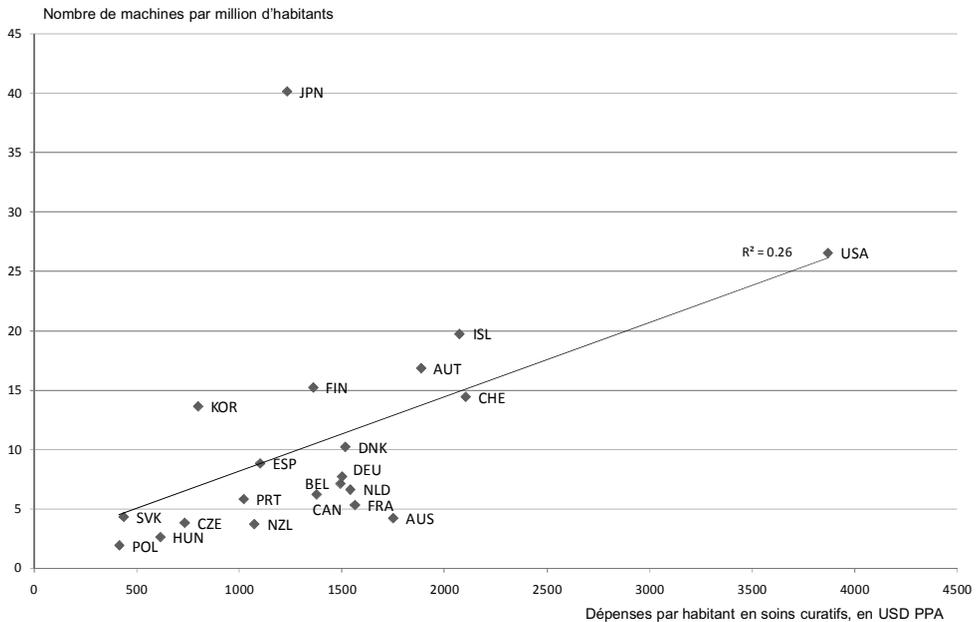
Graphique 1.21. Interventions de revascularisation coronarienne pour 100 000 habitants, 2004



Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE*.

La diffusion des technologies médicales est également considérée comme l'un des moteurs de la hausse des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Le nombre de machines d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour un million d'habitants (graphique 1.22) fournit un aperçu de l'offre technologique dans le domaine de la santé, même s'il ne fournit pas d'informations précises sur l'utilisation réelle de ces équipements. Il convient de noter que les chiffres relatifs aux États-Unis sous-estiment la disponibilité réelle puisqu'ils font référence au nombre d'hôpitaux équipés et non au nombre de machines. Les dépenses de santé par habitant sont directement liées à la diffusion de ces technologies, en tenant compte d'un certain nombre de facteurs explicatifs possibles (Eun-Hwan Oh *et al.*, 2005).

Graphique 1.22. Dépenses en soins curatifs et nombre de machines IRM par habitant, 2006



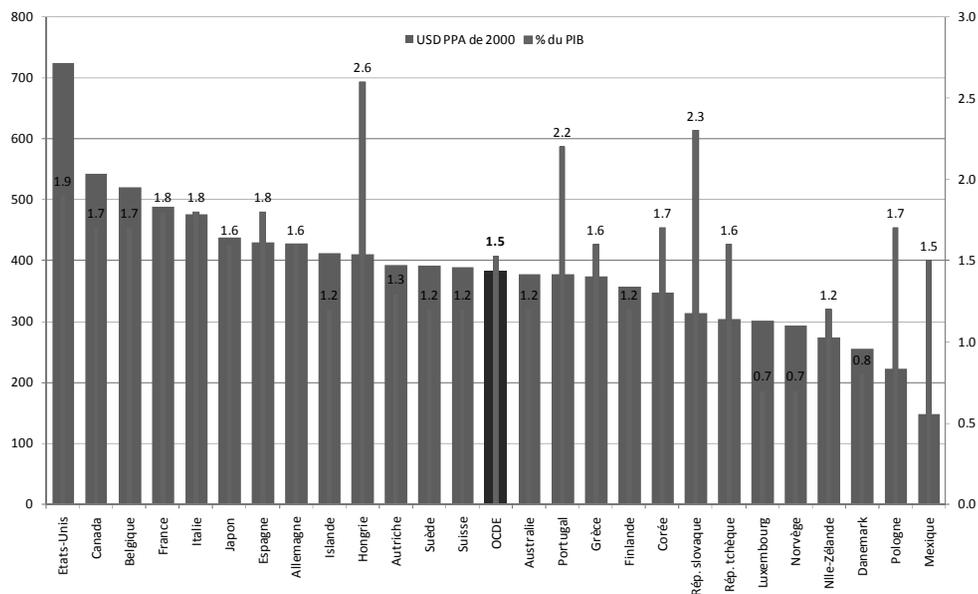
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Dépenses en produits pharmaceutiques

Comme il a déjà été dit plus tôt, les dépenses en produits pharmaceutiques ont sensiblement augmenté. Le vieillissement de la population et la diffusion de nouveaux médicaments ont contribué à la

hausse de la consommation et des coûts au cours des dernières années. Toutefois, l'impact de ce phénomène sur le total des dépenses de santé est complexe, dans la mesure où le recours à de nouveaux médicaments pour lutter contre certaines maladies ou pathologies pourrait réduire la nécessité d'hospitalisations ou d'interventions chirurgicales coûteuses (graphique 1.23).

Graphique 1.23. Dépenses en produits pharmaceutiques par habitant (USD à PPA, 2000) et part du PIB, 2006



1. Prescriptions sur ordonnance uniquement.

2. 2004.

3. 2004/2005.

Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Le graphique 1.23 présente les dépenses moyennes en produits pharmaceutiques par habitant : les États-Unis se classent en tête des dépenses avec près de 800 USD par habitant, soit près du double de la moyenne de l'OCDE, alors que le Mexique, la Pologne, le Danemark et la Nouvelle-Zélande affichent le niveau de dépenses le plus bas. Les dépenses en produits pharmaceutiques représentent 1.5 % du PIB et cette proportion est comprise entre 0.8 % en Irlande, en Norvège et au Danemark, et entre

2.2 et 2.4 % au Portugal, en République slovaque et en Hongrie. Les dépenses en produits pharmaceutiques par habitant sont beaucoup moins variables que les dépenses de santé globales. Les écarts observés au niveau des produits pharmaceutiques témoignent des différences de modes de consommation, des volumes consommés et des différences de prix entre les pays.

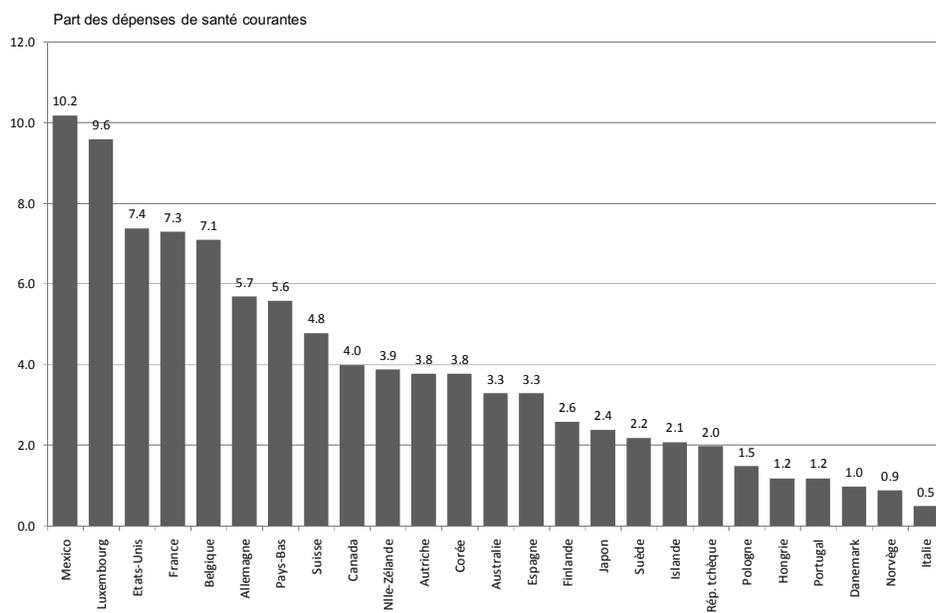
Frais administratifs

L'analyse des frais administratifs peut également fournir d'autres indications sur les origines des écarts observés en matière de dépenses de santé. Le graphique 1.24 illustre la part des dépenses de santé actuellement consacrée à l'administration de la santé et à l'assurance maladie. Des régimes de santé à payeurs multiples très fragmentés et complexes peuvent représenter une charge administrative plus lourde que les régimes à payeur unique.

Il semble que les pays dont les systèmes de santé sont principalement fondés sur des régimes d'assurance maladie, qu'ils soient publics, privés ou une combinaison des deux, se distinguent par une proportion bien plus élevée de dépenses allouées à l'administration par rapport aux pays qui financent leurs services de santé par le biais des impôts. Cependant, ces résultats ne doivent pas être pris pour argent comptant. Il est souvent difficile pour les gouvernements de prévoir avec précision les coûts administratifs de tous les ministères impliqués dans la planification, la coordination, la budgétisation et la prestation des services de santé, ce qui laisse à penser que les coûts sont sous-estimés.

De la même manière, il est parfois difficile pour les assureurs privés de faire la distinction entre les frais administratifs liés à l'assurance maladie et les autres types d'assurance qu'ils proposent. Enfin, les frais administratifs présentés ici couvrent uniquement les activités de planification et de gestion centralisées et non les activités administratives des prestataires de services de santé de premier et de second recours, où les régimes complexes à payeurs multiples peuvent également avoir un impact sur le prix des ressources de leurs systèmes administratifs et sur le coût global de l'assurance maladie¹³.

Graphique 1.24. Part des dépenses consacrées à l'administration de la santé et à l'assurance maladie dans les dépenses de santé totales, 2006



Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Variations des dépenses de santé : aperçu général

Les structures des dépenses varient largement d'un pays à l'autre de l'OCDE, en termes de prix, de volume et de type de service. S'il est difficile de faire des affirmations définitives à propos des causes de ces écarts, on s'est efforcé d'en faire la synthèse dans le tableau 1.1 en présentant les pays en fonction du quartile auquel ils se situent pour tel ou tel indicateur, par exemple la demande de soins, le prix, le volume, les dépenses en médicaments et les frais administratifs. Les facteurs présentés ont été retenus en fonction des données disponibles et sont donc non exhaustifs. Des travaux d'analyse supplémentaires seraient nécessaires pour évaluer la pertinence de chaque indicateur pour expliquer les variations des dépenses. Si ce tableau ne fournit pas une explication définitive des écarts observés entre les pays en matière de dépenses de santé, il constitue néanmoins une liste de référence en matière de succès et de préoccupations potentiels.

Pour élaborer ce tableau, un pays médian est identifié pour chaque indicateur et les pays sont classés en fonction de leur position au-dessus ou

au-dessous de ce pays médian. Les indicateurs sont ensuite répartis en quatre quartiles. Les groupes de pays sont décrits au moyen des signes suivants : ↓ pour les pays appartenant au quartile inférieur ; ⇩ pour le troisième quartile ; ⇨ pour le deuxième quartile ; et ↑ pour le quartile supérieur. Il est à noter que certains indicateurs ne sont pas disponibles pour certains pays. La même procédure a été utilisée pour la colonne de droite, qui présente les dépenses en pourcentage du PIB lors de la dernière année disponible pour chaque pays.

Tableau 1.1. Synthèse des facteurs potentiels contribuant aux variations des dépenses de santé au niveau mondial

	Part de la population au dessus de 65 ans	RNB par habitant	Effet du cancer	Rémunération des médecins généralistes	Rémunération des spécialistes	Rémunération des infirmières	Nombre de médecins	Nombre de personnels infirmiers en lits/jours	Nombre de lits de soins aigus	Nombre de machines IRM	Angioplastie coronarienne	Pontage coronarien	Dépenses pharmaceutiques	Coûts administratifs	Part du PIB consacrée aux dépenses de santé
2006 ou dernière année disponible															
Australie	⇩	⇩	↑	↓	↑	↑	⇩	⇨	⇨	⇩	⇨	⇨	⇨	⇨	⇨
Autriche	⇨	⇨	⇩	⇨	↑		⇨	↓	↑	↑		⇩	⇨	⇨	⇨
Belgique	↑	⇨	↑	⇩	↑	↑	↑	⇨	↑	⇨	↑	↑		↑	↑
Canada	⇩	↑	↑	⇨	⇨		↓	⇨	⇩	⇩	⇩	↑	↑	⇨	⇨
Rép. tchèque	⇩	↓	⇨	↓	↓	↓	⇨	↓	↑	↓	⇨	⇨	⇩	⇩	↓
Danemark	⇩	↑	⇩		⇩	⇨	⇨	⇩	⇨	⇨	⇨	⇨	↓	⇩	⇨
Finlande	⇨	⇨	↓	↓	↓	↓	⇩	⇨	⇨	↑	⇩	⇩	⇩	↓	↓
France	⇨	⇩	⇨	⇩	↑		⇨	⇩	⇨	⇩			↑	↑	↑
Allemagne	↑	⇩	⇨	↑			⇨	⇩	↑	↑	↑	⇨	↑	↑	↑
Grèce	↑	↓	↓		↓	⇩	↑	↓	⇨	⇨	↑	⇨	↑	↑	⇩
Hongrie	⇨	↓	↑	↓	↓	↓	⇩	↓	↑	↓	↑	↑	⇩	↓	↓
Islande	↓	⇩	⇨	⇩	⇩	⇨	↑		↑	⇨	↓	↓	↑	⇩	⇩
Irlande	↓	⇨	↓	↑	⇨	⇩	⇩	↑	⇩		↓	↓	↓		↓
Japon	↑	⇩	↓	⇩		⇩	↓	↓	↑	↑		↓	↑	⇩	↓
Mexique	↓	↓	↓	⇨	⇨	↑	↓	⇩	↓	↓	↓	↓	↓	⇩	↓
Pays-Bas	⇩	↑	⇩	↑	↑		↑	↑	⇨	⇩	↓	⇩	↓	⇨	⇨
Nlle-Zélande	↓	↓	↑		⇨	↑	↓			↓	↓	⇨	↓	⇨	⇨
Norvège	⇩	↑	⇨		⇩	↓	↑	↑	⇩		↑	↑	↑	↓	⇩
Portugal	↑	↓	↓			↑	⇨	⇩	⇩	↓	↓	↑	⇨	⇩	↓
Suède	↑	⇨	⇩	↓	↓		⇨		↓		⇨	⇩	↓	↓	⇩
Suisse	⇨	↑	⇨	⇨	⇩		↑	↑	⇨	⇨	⇩	↓	⇨	↑	↑
Royaume-Uni	⇨	⇨	⇩	↑	⇨	⇨	⇩	↑	↓	⇩	⇩	⇩	⇩		⇩
Etats-Unis	↓	↑	↑	↑	↑	↑	⇩	⇨	↓	↑	↑	↑	↑		↑

RNB : Revenu national brut.

On pourrait faire valoir que plus l'écart est grand entre les pays, plus le potentiel d'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé est important ; autrement dit, les performances pourraient être améliorées en rapprochant les observations individuelles de la moyenne, mais cet argument est trop simpliste. Comme le montre le tableau 1, certains pays se situent au-dessus de la moyenne dans certains domaines et en-deçà dans d'autres, des phénomènes de compensation pouvant intervenir. Par exemple, une analyse plus approfondie du tableau 1 suggère que les pays affichant des rémunérations et des coûts unitaires plus élevés que la moyenne sont généralement ceux qui affichent aussi le moins de ressources et vice versa. Ces caractéristiques peuvent traduire les arbitrages faits par les pouvoirs publics entre l'efficacité et d'autres objectifs. Elles peuvent également refléter les relations institutionnelles et les politiques propres à chaque pays régissant l'offre et la demande de services de santé. Par ailleurs, tous les facteurs potentiels n'ont pas été mis en avant et certains d'entre eux pourraient revêtir une importance plus particulière pour certains pays que pour d'autres. Des travaux supplémentaires sont donc nécessaires pour identifier avec plus de précision les relations sous-jacentes entre chaque indicateur et les caractéristiques des dépenses.

Conclusion

Le présent chapitre s'est appuyé sur des informations existantes concernant les dépenses des systèmes de santé de manière à mettre en évidence les écarts importants observés entre les pays, tant en termes de progression que de niveau des dépenses. Plusieurs questions se posent à l'examen de ces données. Tout d'abord, il est important de déterminer si le ralentissement récent de la hausse des dépenses est le prélude à une tendance nouvelle ou s'il ne s'agit que d'une pause dans la progression continue des dépenses de santé en pourcentage du PIB observée au cours des dernières décennies. L'expérience récente montre que la vigilance reste de mise. Dans ce contexte, il serait probablement utile aux pouvoirs publics d'analyser quels sont les pays qui ont enregistré le plus fort ralentissement de la hausse des dépenses dernièrement, de déterminer s'il s'agit du résultat d'actions publiques précises et d'évaluer la pérennité de cette tendance à long terme.

En second lieu, malgré l'accélération récente des dépenses en médicaments, le secteur hospitalier demeure le principal moteur de la croissance des dépenses globales de santé. Ainsi, la part des dépenses consacrée aux soins hospitaliers et aux soins ambulatoires reste relativement stable dans de nombreux pays malgré la nécessité croissante de transférer les ressources vers les soins hospitaliers et ambulatoires à mesure que se généralisent les maladies chroniques liées au vieillissement de la population.

S'agissant des écarts observés entre les pays en matière de dépenses de santé, plusieurs hypothèses peuvent être émises concernant leur source. Ces travaux n'en sont qu'à la phase exploratoire et nécessitent encore des approfondissements. En dépit des réserves émises plus haut, on ne peut qu'être frappé par les écarts importants observés entre les pays pour de nombreux indicateurs et il importe de pouvoir les expliquer. Ces différences sont très marquées pour les variables liées à la demande et il est particulièrement important pour les pouvoirs publics d'en comprendre les raisons. Du côté de l'offre, un certain nombre d'indicateurs laissent à penser que les caractéristiques des dépenses de santé sont le fruit des mécanismes institutionnels mis en place et des modalités de paiement des prestataires. Comme l'indique une précédente étude de l'OCDE (OCDE, 2004), les décideurs devront accorder une attention particulière aux mesures incitatives intégrées dans leurs systèmes de santé.

Notes

1. En fonction du scénario, la part des dépenses de santé et de soins de longue durée pourrait augmenter de 3.5 à plus de 6 points du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE entre 2005 et 2050 (Oliveira Martens et de la Maisonneuve, 2006).
2. Par exemple, il est probable que les politiques ayant pour objectif de limiter la hausse de la rémunération des prestataires de services de santé ou l'offre de services de santé soient suivies par un effet de rebond parallèlement au réajustement opéré par les marchés (à l'instar du Canada et de l'Angleterre au début des années 2000). De même, lorsque des listes d'attente pour certains services apparaissent, les pressions politiques tendent également à s'accumuler pour les réduire (Docteur et Oxley, 2004 ; Siciliani et Hurst, 2004).
3. Il convient de noter que la part moyenne des dépenses consacrées respectivement aux soins ambulatoires et aux soins hospitaliers est restée relativement stable au cours des dix dernières années, en dépit de la hausse des dépenses en soins ambulatoires dans certains pays évoquée ci-dessus et de la nécessité d'améliorer les soins ambulatoires pour les malades chroniques de plus en plus nombreux (Hofmarcher *et al.*, 2007).
4. Voir Oxley et Macfarlan (1994) ; Gerdham et Jönsson (2000) ; Congressional Research Service (2007) ; et McKinsey Global Institute (2007).
5. Gerdham et Jönsson (2000) montrent que les systèmes de filtrage et les méthodes de paiement, notamment pour les soins de premier secours, expliquent une partie des écarts observés entre les pays.
6. Par exemple, comme le montrent Joumard *et al.* (2008), des écarts importants peuvent exister entre les pays en matière d'indicateurs des résultats sur le plan de la santé après avoir pris en compte les niveaux de ressources.
7. Par exemple, il existe des différences marquées en Suisse dans la demande de soins entre les cantons francophones et les cantons germanophones.

8. À l'image des pays où le taux de densité est compris entre deux et trois, et trois et quatre médecins pour 10 000 habitants.
9. Les données du Japon sont difficiles à comparer en raison du nombre élevé de lits utilisés pour les soins de longue durée. Le nombre réel de sorties de soins aigus peut être inférieur.
10. Par exemple, le niveau élevé des procédures de revascularisation coronarienne aux États-Unis est indiqué ci-après.
11. Des mesures plus précises allant au-delà du temps de travail (volume et type des services fournis) pourraient être utiles pour expliquer les écarts entre les pays si elles étaient disponibles. De plus amples informations sur les honoraires payés aux médecins en fonction des types d'actes sont également nécessaires pour mieux appréhender les écarts de rémunération et faciliter la décomposition des actes en fonction du prix et du volume. L'analyse est gênée par l'impossibilité de comparer les données disponibles sur la rémunération des médecins. Il convient de noter que les taux élevés relevés aux États-Unis pourraient aussi être liés au fait que les écoles de médecine sont privées et ne bénéficient que très peu de l'aide de l'État.
12. Par exemple, l'Irlande peut inclure les aides-soignants (OCDE, 2008).
13. Il convient également de tenir compte des composantes (ou des résultats) des frais administratifs. Par exemple, le niveau plus élevé des frais administratifs dans les systèmes fondés sur l'assurance maladie peut aussi refléter les efforts réalisés pour évaluer la qualité des soins fournis par chaque prestataire.

Bibliographie

- Angrisano, C. *et al.* (2007), *Accounting for the Cost of Health Care in the United States*, McKinsey & Company, San Francisco.
- Center for Studying Health System Change (HSC) (2006), « Losing Ground: Physician Income, 1995-2003 », Tracking Report No. 15, HSC, Washington, DC.
- Peterson, C. et R. Burton (2007), *U.S. Health Care Spending: Comparisons with other OECD Countries*, Congressional Research Service, Order Code n° RL34175, Washington, DC, 17 septembre.
- Colombo, F. et D. Morgan (2006), « Évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE », *Revue française des affaires sociales*, avril-septembre.
- Center for Studying Health System Change (HSC) (2006), « Losing Ground: Physician Income, 1995-2003 », Tracking Report n° 15, HSC, Washington, DC.
- Docteur, E. et H. Oxley (2004), « Les systèmes de santé : enseignements tirés de la mise en œuvre des réformes », OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Erlandsen, E. (2007), « Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 555, Editions de l'OCDE, Paris.
- Eun-Hwan Oh, Y. Imanaka et E. Evans (2005), « Determinants of the Diffusion of Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 21, n° 1, pp. 73-80.
- Fujisawa, R. et G. Lafortune (2008), « The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations Across Countries? », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 34, Editions de l'OCDE, Paris.

- Häkkinen, U. et I. Joumard (2007) « Cross-country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors: Options for Research », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 554, Editions de l'OCDE, Paris.
- Gerdham, U. et B. Jönsson (2000), « International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis », in A. Cuyler et J. Newhouse (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- HES (2007), *Hospital Episode Statistics, Headline Figures, 2006-07*, The Information Centre, Royaume-Uni. Disponible sur www.hesonline.nhs.uk.
- Hurst, J. et L. Siciliani (2004), « Réduire les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes », *Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Joumard, I. et al. (2008), « Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 627, Editions de l'OCDE, Paris.
- Kittelsen, S.A.C., J. Magnussen et K.S. Anthun (2007), « Sykehusproduktivitet etter statlig overtakelse: En nordisk komparativ analyse » (Productivité des hôpitaux suite à leur transfert de l'administration locale à l'administration centrale – analyse comparative dans les pays nordiques), *HERO Skriftserie 2007:1*, Université d'Oslo, Norvège.
- McKinsey Global Institute (2007), *Accounting for the Cost of Health Care in the United States*, Washington, DC.
- OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants*, Editions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2005), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*, Editions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2007a), *Eco-Santé OCDE 2007*, Editions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2007b), *Panorama de la santé 2007 – Les indicateurs de l'OCDE*, Editions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE 2008*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Oliveira Martens, M. J. et C. de La Maisonnette (2006), « Les déterminants des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : une méthode de projection intégrée », *Revue économique de l'OCDE*, n° 43, Editions de l'OCDE, Paris.

Oxley, H. et M. Macfarlan (1995), « Réforme des systèmes de santé : maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité », *Revue économique de l'OCDE*, n° 24, Editions de l'OCDE, Paris.

Chapitre 2.

Les mécanismes de marché et l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé

Peter C. Smith,
Professeur en politique de santé, Imperial College Business School, Londres

Ce chapitre examine le rôle que pourraient jouer la concurrence et les marchés dans le secteur de la santé, décrit les expériences conduites à ce jour, et s'efforce d'anticiper les problèmes importants pour l'action publique.

Introduction

Depuis qu'Adam Smith a élaboré le concept de la « main invisible », nombreux sont ceux qui supposent que la discipline de l'économie est synonyme d'étude de la concurrence et des marchés, et que les économistes défendent la notion de concurrence en tant que mécanisme fondamental à l'amélioration du bien-être social¹. Il est certain que le comportement des acheteurs et des vendeurs est pour eux un objet essentiel d'étude. Néanmoins, seuls quelques zélotes adhèrent aujourd'hui pleinement à l'idée selon laquelle la concurrence offre une solution parfaite aux problèmes les plus épineux de la société. Même le cours le plus élémentaire d'économie classique nous dit que les marchés n'apportent des avantages sans équivoque à la société que dans les circonstances les plus particulières – quand il existe de nombreux acheteurs et vendeurs, quand tous peuvent accéder librement à l'information, quand les coûts de transaction sont inexistants, quand le respect des droits de propriété est assuré, etc. Dès que l'on s'écarte de ce cas de figure, les vertus du marché sont beaucoup moins évidentes, et la société devra éventuellement appliquer des mesures (telle la réglementation des marchés) pour corriger les défaillances des marchés, voire, en dernier ressort, renoncer aux échanges commerciaux au profit d'une autre méthode d'allocation de ses ressources.

Dans aucun secteur de l'économie la déviation par rapport aux hypothèses de l'économie néoclassique sur lesquelles repose la concurrence de marché ne peut être plus prononcée que dans celui des services de santé (Smith, 2000). Pour ne citer que quelques-unes de ces entorses :

- Les consommateurs (les patients) sont assez mal informés des caractéristiques des soins proposés ;
- Il existe d'autres déficits d'information dans l'ensemble du système de santé, notamment en ce qui concerne les résultats cliniques obtenus ;
- Les prestataires (et en particulier les médecins) jouent un rôle essentiel en ce qu'ils exercent une influence sur le choix des patients en matière de soins ;
- Dans de nombreuses spécialités et en maints endroits, le choix des prestataires est concrètement limité ;

- Des contraintes pratiques et réglementaires restreignent considérablement l'entrée et la sortie des marchés des services de santé ;
- Il est rare que les patients supportent directement le coût total des soins qu'ils reçoivent ;
- De nombreuses composantes des services de santé, telles la recherche et le développement, et l'enseignement et la formation, présentent les caractéristiques d'un bien public que les marchés classiques ne peuvent assurer seuls ;
- La société a souvent des objectifs d'équité et de solidarité qui sont en contradiction avec les critères d'efficacité sur lesquels se fonde une approche purement commerciale.

Dans le même temps, le recours exclusif aux mécanismes non marchands – le secteur public par exemple – soulève également de graves problèmes. Les services de santé sont un secteur particulièrement complexe de l'économie, et l'écheveau de relations de responsabilité entre les patients, les prestataires, les pouvoirs publics, les contribuables et les institutions prestataires telles que les hôpitaux, risque de favoriser considérablement les comportements opportunistes et l'inefficacité. Encourager l'utilisation rationnelle des ressources dans les systèmes de santé est donc une entreprise ardue dans laquelle les pouvoirs publics échouent aussi.

En conséquence, et malgré les profonds obstacles à la mise en place d'un marché efficace dans le secteur des services de santé, bon nombre de pays développés s'efforcent d'instaurer des mécanismes de type marchand dans leurs systèmes de santé. On s'attache de plus en plus à déterminer les circonstances dans lesquelles les instruments de marché peuvent offrir les moyens d'améliorer l'innovation, la productivité et les résultats, et les autres instruments éventuellement nécessaires pour apporter des perfectionnements correspondant aux objectifs de la société.

Ce chapitre examine le rôle que pourraient jouer la concurrence et les marchés dans le secteur de la santé, décrit les expériences conduites à ce jour, et s'efforce d'anticiper les problèmes importants pour l'action publique. Il débute par l'examen des données tirées des études des pratiques de marché et de concurrence à ce jour. On analyse ensuite trois types de concurrence qui produisent des palettes très différentes d'incitations pour les prestataires : la concurrence dans le domaine de l'assurance maladie, de l'achat collectif de services de santé, et des patients particuliers. La troisième

section porte sur la façon dont on pourrait améliorer les politiques en vigueur, tandis que la dernière section présente quelques conclusions.

Expérience acquise à ce jour

Le marché a de tous temps été le mécanisme dominant de prestation de services de santé, et le demeure dans une grande partie des pays en développement. C'est seulement au cours du siècle dernier, et surtout des 50 dernières années, que le régime social d'assurance maladie s'est généralisé dans les pays développés, et que d'autres structures réglementaires et de gouvernance sont venues gouverner le marché traditionnel. Ce rapport s'intéresse aux « mécanismes de type marchand », et non aux marchés en soi. De nombreux aspects de la structure des systèmes de santé peuvent fournir les éléments d'une concurrence de type marchand sans nécessairement recourir aux marchés dans le sens classique du terme. De fait, l'analyse portera essentiellement sur la concurrence en tant que moteur le plus fondamental de l'amélioration du système de santé, et pas uniquement sur les marchés. La présente section examine les expériences conduites à ce jour. Elle s'appuie principalement sur les études publiées, et présente donc un choix très sélectif d'exemples. Ceux-ci permettent néanmoins de commenter, dans la mesure du possible, l'efficacité des politiques.

Globalement, on peut distinguer trois formes de concurrence dans le domaine de la santé : concurrence en matière d'assurance, concurrence pour l'achat collectif de services de santé, et concurrence pour les soins individuels. Ces trois formes de concurrence sont souvent interdépendantes. A titre d'exemple, certains régimes sociaux d'assurance maladie voient dans l'intensification de la concurrence sur le marché de l'assurance un moyen de renforcer l'efficacité des prestataires.

Concurrence dans le domaine de l'assurance maladie

La concurrence dans le domaine de l'assurance est depuis longtemps une caractéristique du système de santé américain, et gagne en importance dans certains régimes sociaux d'assurance maladie (Colombo et Tapay, 2004). Fondamentalement, la concurrence en matière d'assurance s'exerce pour offrir à chaque citoyen des services de santé spécifiques pendant une période donnée (un an par exemple). Les services concernés peuvent être spécifiés de manière générale (tous les soins nécessaires à l'intérieur d'un panier de services) ou très précise (services de soins primaires), et s'appliquer soit à l'ensemble des citoyens, soit aux patients atteints d'une affection établie (insuffisance rénale chronique, par exemple). Pour que la

concurrence opère correctement, il faut donner aux assurés la possibilité d'évaluer régulièrement leur prestataire d'assurance (généralement, une fois par an) et de décider de reconduire ou non leur souscription.

Le mécanisme de paiement adopté est l'élément central du marché de l'assurance. Quel que soit le type de marché, il convient d'évaluer précisément les frais de santé prévus pour chaque assuré éventuel. Sur un marché volontaire non réglementé de l'assurance, où c'est le citoyen qui paie, les assureurs évaluent les risques de dépenses associés à la situation de ce dernier et lui proposent une prime et des prestations en conséquence. L'essentiel des expériences dans ce domaine nous vient des États-Unis, où de nombreuses personnes âgées de moins de 65 ans (ou leurs employeurs) recherchent auprès de différents concurrents des prestations correspondant à leurs priorités (Projet OCDE sur la santé, 2004). Dans la pratique, le choix de nombreux Américains est considérablement limité, soit parce qu'ils sont tenus de souscrire à un régime particulier dans le cadre de leur emploi, soit parce qu'ils n'ont pas les moyens financiers de s'assurer, ou parce que les assureurs ont la possibilité de refuser ceux qu'ils jugent présenter trop de risques (Smith *et al.*, 2005).

Plus intéressantes, du point de vue de l'action publique, sont les politiques expérimentales qui introduisent la concurrence dans les régimes sociaux d'assurance maladie menées dans des pays tels que l'Allemagne, la Belgique, Israël, les Pays-Bas et la Suisse (van de Ven *et al.*, 2003, 2007). Si les composantes particulières de ces régimes varient, l'assurance est obligatoire et les assureurs en concurrence doivent accepter tous les demandeurs sur la base d'une prime universelle pour un ensemble réglementaire de soins que tous les assureurs sont tenus d'offrir. Ils doivent également autoriser une reconduction périodique de la souscription qui permet aux citoyens de changer d'assureur. Divers critères peuvent déterminer le choix des citoyens : l'ensemble de services couverts, la qualité perçue des soins, le montant des primes supplémentaires (pour couvrir d'autres risques non compris dans l'enveloppe réglementaire) et toute prestation secondaire offerte par l'assureur. Ce dispositif a pour objectif d'inciter les assureurs à rehausser leur efficacité administrative, à fournir des services de meilleure qualité à leurs clients et, ultérieurement, à faire appel à des prestataires plus efficaces et de plus grande qualité et à rechercher des innovations technologiques d'un bon rapport coût-efficacité. Néanmoins, l'influence de cette pression concurrentielle sur les marchés des prestataires varie considérablement d'un pays à l'autre, en raison de la diversité des cadres réglementaires².

Le financement des régimes sociaux d'assurance maladie est généralement fondé sur des primes universelles obligatoires, s'appuyant par exemple sur les revenus du travail, et ce, indépendamment du recours

attendu aux services de santé par l'assuré. Cela permet de créer un réservoir de fonds, à partir duquel les assureurs reçoivent ensuite pour chaque assuré une somme par capitation, établie à partir de caractéristiques telles que l'âge, le sexe, l'état d'invalidité et les antécédents médicaux de la personne. Ces systèmes appellent ainsi une estimation précise des coûts annuels prévus en matière de soins pour les personnes. Cette estimation sert de base à un remboursement équitable des assureurs en fonction du profil de risque des populations qu'ils assurent. En principe, ce dispositif devrait garantir que tous les assureurs seront en mesure d'offrir l'enveloppe réglementaire de prestations de base, assurant ainsi l'équité entre les assurés et instaurant des conditions de concurrence équitables sur le marché de l'assurance. Dans la pratique, les régimes sociaux d'assurance fondés sur la concurrence ont éprouvé des difficultés à mettre au point des mécanismes d'ajustement en fonction des risques précis pour leurs mécanismes de paiement. Cela a conduit à la mise en place de divers dispositifs de protection financière qui diminuent le risque des assureurs à subir les pleines conséquences d'un ajustement approximatif, mais affaiblissent également les incitations commerciales.

Dans leurs phases initiales, de nombreux programmes ajustaient les paiements en fonction de l'âge et du sexe de l'assuré tout au plus, méthode manifestement inadéquate pour prévoir les dépenses de santé. Des programmes plus récents ont cherché à instaurer un mécanisme d'ajustement plus subtil, tenant compte par exemple de caractéristiques associées à l'état d'invalidité, au recours antérieur aux services de santé et au statut professionnel. Il va de soi que l'introduction de telles variables peut produire une estimation plus précise des dépenses escomptées. Cela dit, les assureurs sont presque toujours en mesure d'évaluer plus exactement les besoins de dépenses des assurés par d'autres moyens qu'une formule d'ajustement en fonction des risques. Par exemple, il est rarement possible d'incorporer le statut de fumeur ou de non fumeur de l'assuré dans une formule d'ajustement formelle car il n'est pas toujours enregistré (Newhouse, 1994). Outre qu'il compromet le fonctionnement efficace et équitable du marché, ce manque de précision incite les assureurs à « écrémer », autrement dit à rechercher les assurés dont ils estiment les dépenses à venir inférieures à celles qu'indique la formule de calcul de la prime, et de décourager la souscription de ceux dont les dépenses risquent d'être élevées. Selon des données européennes, ce type de « sélection des risques » progresse dans tous les régimes d'assurance maladie fondés sur la concurrence, malgré l'obligation officielle d'accepter tous les demandeurs et d'apporter régulièrement des améliorations aux procédures d'ajustement en fonction des risques (van de Ven *et al.*, 2007).

Un autre problème que présentent tous les marchés d'assurance fondés sur la concurrence est celui de l'antisélection - la tendance des assurés à rechercher une couverture plus généreuse (Cutler et Zeckhauser, 2000). Ce phénomène se produit même dans le cadre d'une concurrence obligatoire, parce que les assureurs qui offrent des services de qualité particulièrement élevée pour certaines affections (le diabète par exemple) risquent d'attirer un nombre disproportionné de patients à haut risque (dans ce cas, les diabétiques). A moins que les mécanismes par capitation ne prennent correctement en compte cette tendance, les assureurs sont pernicieusement incités à offrir des soins de faible qualité (ou qui le sont en apparence) aux patients à haut risque. D'aucuns craignent que l'antisélection n'ait provoqué dans le régime de santé américain une « course vers le moins-disant » pour les services destinés aux affections chroniques telles que les maladies mentales, de manière à éviter la souscription de patients à haut risque (Wang *et al.*, 2002).

Les difficultés particulières associées à la concurrence dans le domaine de l'assurance pour les personnes atteintes de maladies chroniques ont donné lieu à une expérience intéressante en Allemagne, où les caisses d'assurance sont autorisées à mettre en place des « programmes de gestion des maladies » pour les patients inscrits dans des groupes de maladies spécifiques (les premiers concernaient le diabète, le cancer du sein, l'asthme et les maladies coronariennes) (Busse, 2004). Il s'agit de définir des normes minimales de soins pour chacun de ces groupes, que les assureurs doivent assurer en contrepartie d'une hausse du forfait à la capitation. Cette expérience soulève de nombreux problèmes qui doivent être examinés et évalués avec rigueur, par exemple le contenu des programmes, la définition des patients admis à en bénéficier, et le montant du paiement forfaitaire.

Pour dégager les plus grands avantages de la concurrence dans le domaine de l'assurance, il est essentiel que les assureurs puissent choisir les prestataires avec lesquels ils passeront contrat, ce qui pourra leur permettre d'obtenir des gains d'efficacité et une amélioration de la qualité de ce marché. L'expérience de la « gestion des soins » conduite aux États-Unis indique que les contrats sélectifs peuvent générer des gains d'efficacité (Glied, 2000). Or, seuls quelques régimes d'assurance sociale (comme le régime néerlandais) les autorisent. Quand le choix du prestataire est laissé au patient (comme en Suisse), l'assureur risque de n'être guère plus qu'un payeur passif, ce qui limite la marge de manœuvre pour stimuler l'efficacité des prestataires. C'est alors principalement par la sélection des risques que les assureurs peuvent générer des gains, ce qui a été particulièrement le cas en Allemagne et en Suisse (van de Ven *et al.*, 2007).

Enfin, il convient de noter qu'une forme légèrement différente de concurrence dans le secteur de l'assurance a trait à la prestation de soins

intégrés à une population définie. On citera pour exemple les organismes de soins coordonnés tels que Kaiser Permanente qui se sont développés aux États-Unis. Ils affichent bon nombre des caractéristiques d'une fonction d'assurance verticalement intégrée, dans lequel l'assurance et la prestation de services sont réunis. Dans la pratique, ils sont assimilables à des systèmes de santé nationaux miniatures, quoique intégrés à un environnement concurrentiel. Ainsi, les incitations et problèmes stratégiques qu'ils suscitent en matière de concurrence sont similaires à ceux qui surgissent dans le cadre de la concurrence en assurance examinés ci-dessus. Ils s'en distinguent principalement par le fait que la fonction de prestataire est pour l'essentiel intégrée à la même organisation. Ce système peut présenter des avantages, sous la forme d'une meilleure coordination des soins et d'une plus grande attention aux soins préventifs et à d'autres problèmes de santé publique. Il peut en revanche perdre les avantages de la contestabilité des prestations.

Concurrence pour l'achat collectif de services de santé

Il y a concurrence dans le domaine des services de santé collectifs lorsqu'un acheteur collectif cherche à établir des contrats-cadres pour des services de santé précis, tels que les soins hospitaliers, pour un groupe particulier de la population. Si la présente section traite principalement des soins hospitaliers, bon nombre des questions soulevées se posent également pour d'autres services. L'acheteur collectif de ces services peut revêtir différentes formes, notamment celle d'assureurs en concurrence (comme dans le cas des régimes sociaux d'assurance maladie examinés plus haut), de pouvoirs locaux (comme dans une grande partie des pays scandinaves), d'organismes nationaux ou régionaux de services de santé (comme en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni), ou de gros employeurs (comme aux États-Unis). De fait, de nombreux régimes de santé financés par l'impôt qui étaient auparavant verticalement intégrés ont connu une évolution essentielle en ce qu'ils ont délibérément séparé les acheteurs stratégiques (telles les autorités sanitaires locales) des prestataires de soins, dans le but de créer des marchés et d'instaurer la concurrence entre les prestataires.

De nombreux acheteurs stratégiques disposent d'une certaine latitude dans le choix des prestataires avec lesquels ils passeront contrat pour la prestation collective de services de santé, ce qui introduit une part de concurrence entre les prestataires. Comme dans le cas de la concurrence entre assureurs, il importe de noter que ce type de concurrence n'intervient que si l'acheteur collectif a droit de regard sur le choix du lieu où les patients reçoivent leur traitement. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si le choix est exercé par le patient ou par un conseiller clinique, la concurrence entre prestataires bénéficie au patient, comme l'explique la section suivante.

Pour comprendre le marché des services faisant l'objet d'achats collectifs, il faut donc bien appréhender les objectifs et les contraintes des acheteurs. Dans le domaine des services de santé, la fonction d'achat a toujours été déficiente (Figueras *et al.*, 2005). Les acheteurs remboursaient passivement les prestataires, ou basaient les contrats sur les précédents historiques, sans guère tenter d'instaurer la contestabilité sur le marché de la prestation. Il est cependant de plus en plus admis que cette approche stratégique des achats doit gagner en dynamisme, et qu'il peut être utile de stimuler une forme de concurrence sur le marché de la prestation pour obtenir des services de meilleure qualité et d'un meilleur rapport coût-efficacité.

De nombreuses questions se posent lorsque l'on examine le fonctionnement du marché des prestataires, dont les plus importantes sont les suivantes :

- La nature du marché
- La procédure de passation de marché
- La définition des services sur lesquels doit porter le contrat
- La durée du contrat
- Les conditions concernant la nature et le coût des services
- La population à couvrir
- Le nombre de prestataires avec qui conclure un marché
- Le mode de remboursement
- Le mode de fixation des prix
- Les procédures de suivi des contrats.

Bien que souvent caractérisée par le régime de propriété des concurrents (public, privé, à but non lucratif), la nature du marché devrait être plus fondamentalement définie par les incitations qui agissent sur les participants. Un système de concurrence pure implique l'entrée et la sortie libre du marché, et la possibilité de conserver la totalité des excédents financiers. A l'inverse, les divers quasi-marchés testés par les régimes nationaux de santé laissent aux prestataires du secteur public la liberté de rivaliser pour les contrats, mais les risques pour leur existence sont moins directs. Ces différences sembleront mineures, mais elles peuvent exercer une influence profonde sur le comportement des acteurs du marché. Elles peuvent expliquer les raisons pour lesquelles un examen exhaustif du bilan de six

années de quasi-marchés en Grande-Bretagne a constaté « à quel point l'évolution générale mesurable associée aux structures et mécanismes centraux du marché interne semble faible » (Le Grand, 1998). En bref, le quasi-marché n'a jamais généré les pressions concurrentielles implicites présentes sur un véritable marché.

La procédure de passation de marché est un autre élément critique de tout processus de type marchand. Le marché peut être conclu au travers d'une procédure d'adjudication en vertu de laquelle différents organismes soumissionnent pour offrir les services demandés. Plusieurs difficultés se posent alors. Premièrement, il est rare que l'acheteur soit en mesure d'introduire une véritable menace concurrentielle dans le secteur hospitalier, où il existe de vastes économies d'échelle et de gamme et donc peu de prestataires locaux³. Deuxièmement, les acheteurs ne recourent que rarement de manière formelle à ce type d'appel d'offres. Ils optent plus fréquemment pour des tractations avec les prestataires locaux existants dans l'objectif de réduire les coûts ou d'améliorer les services dans le cadre d'un processus de négociation. Troisièmement, les indicateurs comparables permettant d'établir les coûts ou les résultats des services ne sont pas très développés. Les données comparatives sont de plus en plus souvent utilisées pour stimuler ce qui a été dénommé la « concurrence par comparaison » (Shleifer, 1985). Malgré les difficultés méthodologiques, dans de nombreux systèmes de santé, ces données comparatives offrent le moyen le plus réaliste d'instaurer un certain degré de concurrence (même indirecte) sur le marché des prestataires de soins. La Finlande a déployé des efforts particuliers pour encourager la mise en comparaison des hôpitaux (Noro *et al.*, 2001).

L'une des décisions les plus importantes pour l'acheteur consiste à définir la gamme de services qui seront délivrés sous contrat. D'un côté, l'acheteur pourrait développer plusieurs marchés portant sur des services distincts de manière à obtenir des conditions plus avantageuses et à dégager des économies d'échelle en passant contrat avec des prestataires spécialisés dans chaque secteur. Cette approche entraîne toutefois des coûts de transaction élevés liés à l'élaboration et à la gestion de processus contractuels multiples. Qui plus est, elle risque de déstabiliser et de fragmenter les services de santé locaux, et d'aller à l'encontre de la prestation intégrée de soins.

Les contrats portant sur un éventail plus large de services présentent plusieurs avantages, surtout dans le secteur hospitalier, où les économies de gamme sont considérables. La prestation de services d'urgence, par exemple, fait forcément appel à de nombreux services auxiliaires qui sont également nécessaires pour les soins ambulatoires et les actes chirurgicaux non vitaux. Par ailleurs, l'établissement d'un contrat recouvrant un vaste ensemble de

services avec un prestataire permet de concentrer sa capacité de passation de marchés limitée sur un petit nombre de prestataires. Cette démarche peut également se révéler avantageuse pour les patients, qui n'auront plus à s'orienter dans un dédale complexe de prestataires. Elle aboutit toutefois nécessairement à la mise sous contrat d'un nombre restreint de prestataires, ce qui risque d'accroître l'évolution vers un pouvoir monopolistique local et de faire obstacle à l'apparition d'un marché contestable. Ce risque est particulièrement concret dans les zones rurales, où il n'existe souvent que peu d'hôpitaux.

De nombreux arguments viennent donc appuyer une approche contractuelle « mixte », faisant peut-être appel à un prestataire principal pour la majeure partie des services, mais encourageant la contestabilité pour d'autres services hospitaliers, ou pour une part des services sous contrat. C'est ce qui a été réalisé (bien que fortuitement) dans le cadre du dispositif de médecins gestionnaires mis en place au Royaume-Uni pour les médecins généralistes, où l'acheteur principal (les autorités sanitaires locales) avait très peu de choix quant aux prestataires avec qui passer le contrat principal, mais où les médecins sous contrat étaient libres de déléguer une partie des activités que leur avaient confiées les autorités sanitaires à d'autres prestataires si eux-mêmes ou leurs patients le souhaitaient (Audit Commission, 1996). Cette approche déterminée par la demande s'est soldée par une diminution sensible des délais pour les patients et pour les médecins gestionnaires (Dusheiko *et al.*, 2004, 2006).

Une autre méthode, fondée sur des mesures déterminées par l'offre, a été adoptée dernièrement en Angleterre. Il s'agissait d'encourager un secteur indépendant étroit à concurrencer le National Health Service « à la marge » pour certaines procédures chirurgicales courantes, sous la forme de centres de soins du secteur indépendant. Un examen parlementaire a conclu que « le risque de concurrence des centres de soins du secteur indépendant a peut-être eu des retombées notables sur le NHS, mais les données disponibles sont en grande partie empiriques » (Comité de la santé de la Chambre des Communes, 2006). L'examen signalait en outre que les centres créaient divers problèmes, notamment l'absence d'harmonisation avec les autres services de santé. Une enquête ultérieure de l'Inspection britannique de la qualité n'a pas pu démontrer que ces centres prodiguaient des soins de piètre qualité (Healthcare Commission, 2007). Le risque que les centres sélectionnent les patients en meilleure santé et laissent au NHS le soin de « ramasser les morceaux » quand des complications surgissent continue toutefois de susciter des craintes (Wallace, 2006).

L'intérêt des acheteurs collectifs porte généralement à la fois sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité, qu'ils sont en mesure de favoriser au travers du suivi contractuel. Ils peuvent exiger par avance l'adhésion à des

directives sur les pratiques applicables dans le cadre du contrat. Quand les directives sont largement acceptées et que leur lien avec la qualité des résultats est connu, cette démarche peut s'avérer fructueuse. En insistant sur le respect des directives, on risque cependant de museler la recherche de mécanismes de prestation innovants. Qui plus est, quand un prestataire est sous contrat avec plusieurs acheteurs, l'obligation pour lui d'adhérer à de multiples directives risque d'augmenter ses coûts de gestion et de créer la confusion. Les acheteurs font donc de plus en plus souvent appel à des indicateurs de résultats universellement acceptés pour demander des comptes aux prestataires.

Alors que les indicateurs de résultats classiques, tels que les taux de mortalité postopératoires, les taux de réadmission et les délais, peuvent fournir des informations appréciables quant à la qualité et à la réactivité cliniques, ils ne sont utiles que pour un faible pourcentage des services de santé. Les acheteurs ont donc tout intérêt à rechercher des indicateurs de résultats qui s'appliquent à un éventail plus large de services. On citera par exemple les instruments de mesure des résultats déclarés par les patients tels que l'EQ-5D que le NHS britannique expérimente actuellement (Office of Health Economics, 2008).

Les indicateurs d'efficacité sont utilisés depuis plus longtemps par les acheteurs, et forment l'ossature de nombreuses procédures de passation de marchés. On se souviendra utilement que les dispositifs de groupes homogènes de diagnostic, que de nombreux systèmes de santé utilisent aujourd'hui comme mécanismes de paiement, étaient à l'origine un système permettant de tenir compte de la gravité des cas traités dans les hôpitaux de manière à pouvoir procéder à des comparaisons pertinentes des coûts (Fetter *et al.*, 1980 ; Fetter, 1991). Il existe de nombreux autres indicateurs d'efficacité, tels que les coûts unitaires (souvent fondés sur les groupes homogènes de diagnostic), la durée du séjour, et le taux de chirurgie ambulatoire. Ils revêtent une importance particulière quand les possibilités d'une concurrence réelle entre prestataires sont limitées, et que l'acheteur doit s'en remettre à une concurrence par comparaison indirecte pour guider la procédure de négociation avec les prestataires locaux.

De nombreuses données indiquent que la concurrence pour les marchés des acheteurs collectifs de services de santé a entraîné une baisse des coûts. Dans les années 90, alors que les prestataires américains se livraient concurrence pour les contrats des organismes de gestion des soins, les coûts unitaires ont sensiblement diminué (Kessler et McClellan, 2000 ; Gowrisankaran et Town, 2003). Des résultats analogues ont été enregistrés après l'expérience des quasi-marchés dans le domaine des soins hospitaliers conduite par le NHS britannique (Propper *et al.*, 2008).

En principe, la concurrence pourrait également conduire à l'amélioration d'autres aspects évalués de la performance qui intéressent les acheteurs, peut-être aux dépens d'éléments non évalués de la qualité clinique. Les données à cet égard sont plus ambiguës. Conformément aux prévisions, Propper *et al.*, (2008) observent que la concurrence en Grande-Bretagne a été associée à une diminution des délais d'attente (un indicateur de résultat évalué, de grande importance pour les acheteurs britanniques) et à une augmentation des taux de mortalité due à l'infarctus aigu du myocarde (un indicateur de performance en grande part inaccessible aux acheteurs). Martin et Siciliani (2007) confirment le lien entre concurrence et amélioration des délais d'attente, tandis que Propper *et al.* (2004) observent aussi une corrélation négative entre les indicateurs de concurrence et la survie à l'IAM. A l'inverse, Kessler et McClellan ont constaté que la concurrence est associée à une amélioration du taux de mortalité due à l'IAM chez les patients de Medicare. Cela tient peut-être à ce que, contrairement à leurs homologues britanniques au moment où ces études ont été réalisées, les prestataires aux États-Unis devaient également attirer des patients particuliers, parfois en offrant une infrastructure de grande qualité (voir plus loin).

Enfin, il convient de noter l'importance capitale de certaines incitations structurelles, telles que le mécanisme de paiement, pour les prestataires. Il existe deux formes principales de paiement d'utilisation courante chez les acheteurs : les budgets globaux (fixes) et les mécanismes de paiement par pathologie (tel le dispositif de groupe homogène de diagnostic). Elles constituent des incitations appréciables pour les prestataires. Dans la pratique, nombreux sont ceux qui sont financés par une combinaison de budget fixe (pour la fourniture de services d'urgence par exemple) et de paiement par pathologie (pour les actes de chirurgie courants). Même dans le cas où un hôpital est apparemment entièrement financé par un budget fixe, les activités qu'il exerce aujourd'hui peuvent influencer sur son budget futur, de sorte qu'il existe tout de même un lien, quoiqu'indirect, entre les activités actuelles et les remboursements ultérieurs.

De manière générale, les budgets globaux ont pour effet immédiat d'inciter les prestataires à diminuer leur activité et d'orienter les patients vers d'autres prestataires ou vers les soins à domicile. Néanmoins, ils encouragent aussi la réduction des coûts et assurent à l'acheteur la maîtrise des dépenses globales. A l'inverse, les paiements par pathologie stimulent l'augmentation de l'activité (tout au moins pour les patients non atteints d'affections complexes dans tout groupe homogène de diagnostic) et la baisse des coûts unitaires. On notera qu'aucun de ces mécanismes n'encourage en soi l'amélioration de la qualité (de fait, les budgets globaux peuvent avoir pour effet pervers d'encourager une baisse de la qualité afin de décourager le

recours aux services). Cela a conduit quelques acheteurs à expérimenter les « mécanismes de rémunération à la performance » en vertu desquels certains remboursements sont subordonnés aux indicateurs communiqués des résultats cliniques. Malgré le grand intérêt potentiel qu'ils présentent, ces mécanismes innovants n'ont à ce jour fait l'objet que d'expériences limitées, dont les résultats ne sont pas décisifs (Christianson, 2007).

Une autre incitation à prendre en compte est l'existence d'un mécanisme de sortie du marché, qui revêt la forme d'une menace crédible à l'existence même des participants au marché. Par exemple, un payeur peut-il véritablement menacer l'existence de l'unique hôpital d'un district Dans de nombreux systèmes de santé, la fermeture des hôpitaux locaux est une question politique éminemment sensible, qui peut être traitée en douceur par le recours à certains dispositifs, tels que les fusions avec d'autres hôpitaux locaux, plutôt que directement. L'élaboration d'instruments concurrentiels devra peut-être tenir compte de cette marge limitée de sortie du marché, par exemple en faisant porter la menace sur les postes de responsabilité plutôt que sur l'ensemble de l'institution.

Nous avons examiné ici le cas de la concurrence pour les marchés des acheteurs collectifs de services de santé, que Devers *et al.* (2003) désignent sous le nom de concurrence pour les services « de gros », par opposition aux services « de détail » recherchés par les patients particuliers ou leurs conseillers cliniques. Une situation intermédiaire surgit lorsque les acheteurs accordent à certains prestataires un statut préférentiel, les patients sont alors encouragés à faire appel à ces prestataires, éventuellement par le biais d'une augmentation de la charge financière qui leur incombe en cas de recours à d'autres prestataires. La concurrence pour la contractualisation présente certains aspects de la concurrence pour les services de gros, même si les incitations sont quelque peu atténuées par le caractère plus conditionnel de la concurrence en vue d'obtenir le statut de prestataire contractualisé. La Suisse a testé ce système, 10 % environ de la population ayant souscrit à des programmes d'assurance qui limitent le choix des prestataires en contrepartie d'une réduction des primes (OCDE et OMS, 2006).

Concurrence pour la prestation de services de santé aux particuliers

L'existence d'acheteurs collectifs de services de santé repose dans une certaine mesure sur la volonté d'encadrer, ou du moins d'influencer, le choix des patients particuliers quant aux services qu'ils recherchent, et aux prestataires qui leur dispensent les soins. Ces contraintes ont pour objectif de minimiser l'utilisation inutile des services de santé, de garantir la qualité de ces services, et de promouvoir le recours à des thérapies et à des prestataires d'un bon rapport coût-efficacité. De nombreux systèmes de santé ont

cependant toujours accordé aux patients un libre accès à un panier de services agréés assurés par un prestataire accrédité. Le rôle de l'acheteur consiste alors principalement à déterminer la nature du panier de services, et à établir le mécanisme de paiement. Le choix du prestataire (et, partant, la place faite au marché de la prestation) est déterminé par les patients et par leurs conseillers cliniques.

Le libre choix des patients a de tous temps été une caractéristique des régimes sociaux d'assurance maladie bismarckiens et du système américain Medicare. Ces régimes comportent généralement une multitude de prestataires professionnels et d'organismes de prestation, et la concurrence entre prestataires en est un élément intrinsèque à certains égards. Celle-ci repose essentiellement sur la qualité perçue (plutôt que le prix) puisqu'un tarif fixe national, fondé sur les groupes homogènes de diagnostic, est généralement appliqué aux traitements médicaux. Les dispositifs d'assurance obligatoire établis par ces régimes mettent les patients à l'abri de la plupart des dépenses immédiates associées aux soins, ce qui les incite à utiliser les services de santé au-delà du niveau d'efficience. Cette tendance est accentuée par le fait que les médecins sont tentés de recommander de trop nombreux traitements dès lors que leur revenu est déterminé par leur volume d'activité, ce qui crée une demande induite par le fournisseur (Zweifel et Manning, 2000). En conséquence, par rapport aux régimes nationaux d'assurance maladie assis sur une approche plus collective, ces systèmes ont généralement produit de bons résultats sanitaires, mais s'accompagnent de dépenses relativement élevées (Normand et Busse, 2002).

Les régimes qui laissent aux patients le choix de leurs prestataires ont donné naissance à une hypothèse sérieuse. Développée aux États-Unis dans les années 80, celle-ci se fonde sur l'idée que la concurrence pour les patients donne lieu à ce que Robinson et Luft (1987, 1988) ont appelé une « course à l'armement médical ». Elle soutient que, en l'absence d'indicateurs de résultats agréés ou d'autres indicateurs plus directs de la qualité des prestataires, ces derniers rivaliseront en jouant sur la qualité élevée des soins qu'ils dispensent, sous forme de technologies de pointe et de structures d'accueil de luxe. Sous sa forme la plus récente, cette hypothèse laisse entendre que les prestataires risquent d'adopter des stratégies telles que la mise en place de services sur des créneaux spécialisés afin d'attirer les spécialistes sur des segments lucratifs (Devers *et al.*, 2003). Si la nature et l'ampleur de la course à l'armement médical suscitent quelques débats, l'idée selon laquelle la concurrence sur les « services de détail » offerts aux patients risque de se traduire par une offre excédentaire systématique de qualité et de capacité est solidement ancrée. Elle a même entraîné un certain assouplissement des pratiques anti-trust américaines, au motif qu'une concurrence excessive risque d'exacerber l'évolution vers un

excédent d'offre (Federal Trade Commission et Ministère américain de la justice, 2004).

Il est possible de remédier à certains des problèmes associés à la concurrence pour les patients par l'amélioration des indicateurs et la notification publique des résultats cliniques. Si rien ne permet d'affirmer que les patients aient jusqu'à présent prêté grande attention à ce type d'informations, elles influencent les organismes prestataires (les hôpitaux en particulier), étant donné leurs retombées sur leur réputation en matière d'organisation (Marshall *et al.*, 2003). On espère donc que la notification généralisée des résultats incitera les prestataires à se concentrer sur les aspects qualitatifs qui entraînent une véritable amélioration des résultats cliniques.

Soucieux d'atténuer le risque moral, certains régimes sociaux d'assurance ont essayé de sensibiliser les patients aux coûts associés à leurs choix. Ont été instaurés, par exemple, la participation des usagers aux frais pour les soins spécialisés en France (Bellanger et Mossé, 2005), la réduction des primes d'assurance pour les patients ne faisant pas appel aux soins hospitaliers aux Pays-Bas, et un nouveau forfait pour la première consultation, dans quelque spécialité que ce soit, en Allemagne (Gericke *et al.*, 2003). Ces expériences sont conduites à une échelle restreinte, mais témoignent du souci de donner aux patients une idée des conséquences de leurs choix en termes de coûts.

A l'inverse, les systèmes Beveridge – traditionnellement fondés sur un choix plus restreint pour les patients – se sont récemment efforcés de faire plus activement appel aux marchés pour élargir ce choix et stimuler la concurrence. Ces régimes ont de tous temps assuré une bonne maîtrise des coûts, mais se sont montrés moins sensibles aux préférences des patients. Les programmes récents visant à donner à ces derniers un plus grand choix avaient pour finalité d'encourager l'entrée de nouveaux prestataires sur le marché, notamment dans le but de réduire les délais d'hospitalisation souvent associés aux systèmes de type NHS (Le Grand, 2007). Généralement, ces programmes expérimentaux proposent aux patients un délai garanti, comme au Danemark, en Suède, ou dans le cadre du London Patient Choice Project. Si le prestataire habituel ne parvient pas à respecter le délai garanti, les patients peuvent faire appel à un autre prestataire accrédité (Dawson *et al.*, 2007).

Plus récemment, la Grande-Bretagne a mis en place un dispositif différent en vertu duquel les patients ont le choix entre plusieurs prestataires (désignés par les autorités sanitaires locales) lorsqu'ils sont orientés pour la première fois sur des services spécialisés. Ce programme ne semble pas tant

avoir pour objectif de stimuler le marché que d'autonomiser les patients et d'accroître leur satisfaction envers les services de santé.

Amélioration des politiques

La concurrence existe sous différentes formes dans tous les systèmes de santé. Elle peut dériver directement de la création de marchés officiels, mais se manifeste aussi de manière moins formelle ou directe. On citera par exemple la concurrence par comparaison créée par la notification publique des résultats, qui agit sur la réputation des prestataires. Elle peut motiver des améliorations, tant par souci économique qu'en raison du désir naturel des professionnels de se voir juger compétents. Par ailleurs, des systèmes de santé ont déjà mis en place de multiples instruments concurrentiels, tels la notion de liberté de choix du patient dans les régimes sociaux d'assurance maladie.

Il est difficile d'étudier les retombées d'un instrument concurrentiel. Les chercheurs s'appuient généralement sur une expérience naturelle, ou prennent pour variable explicative un indicateur assez approximatif de l'ampleur des forces en concurrence. Ces deux méthodes présentent des problèmes. Les résultats observés dans les expériences naturelles peuvent toujours tenir à d'autres raisons que la concurrence. Ainsi, une évaluation du London Patient Choice Project, qui a pour objectif de diminuer les délais d'attente, a observé des améliorations plus rapides à Londres qu'ailleurs, où ce projet n'a pas été mis en œuvre. Or, il se peut que de nombreuses raisons autres que l'expérience conduite expliquent les divergences décelées par les chercheurs. Les indicateurs des forces en concurrence sont par ailleurs souvent fortement corrélés à d'autres conditions sociales ou économiques – la concurrence est ainsi généralement plus faible dans les zones rurales, de sorte qu'il est difficile de dégager son effet spécifique sur le comportement du système.

Quelques messages ressortent toutefois clairement des données fragmentaires présentées plus haut. D'abord, les problèmes de fond associés à la concurrence sur le marché de l'assurance obligatoire sont assez bien compris, et il existe une excellente base de recherche en provenance des pays qui l'expérimentent. Favoriser la concurrence sur ce marché est forcément malaisé étant donné la difficulté à déterminer un forfait équitable qui corresponde aux dépenses prévues en soins de santé d'un assuré. Il est probable que, pour éviter l'écroulement, un certain degré de partage des risques s'imposera entre l'assureur et le groupe de paiement national. En outre, toute concurrence dans le domaine de l'assurance requiert une procédure d'assurance qualité adéquate, éventuellement sous la forme de rapports de performance ajustés selon les risques pour les assureurs. Compte tenu du

renouvellement périodique de la souscription des assurés, un problème non résolu est celui de savoir comment inciter les assureurs à adopter une perspective à plus long terme, dans le cadre de la promotion de la santé et d'autres opérations de santé publique. Il pourrait être utile d'établir des incitations explicites à conduire des activités connues pour produire de bons résultats sanitaires, ou de confier cette responsabilité à d'autres organismes, les pouvoirs locaux par exemple.

La concurrence dans le domaine des services faisant l'objet d'achats collectifs pose un problème moins précisément défini. Diverses expériences ont été tentées, aux États-Unis (contrats entre les organismes de gestion des soins et les prestataires), par les services de santé publics (quasi-marchés sur lesquels les acheteurs du secteur public passent contrat avec des prestataires du secteur public, ou, de plus en plus, des marchés réels comportant de nombreux prestataires), et par les régimes sociaux d'assurance maladie (avec l'apparition des organismes de prestataires contractualisés). Les données sur ce point sont assez sommaires, et beaucoup proviennent des États-Unis. Aussi est-il difficile d'en dégager des conclusions générales.

Les achats collectifs de services sont toutefois le domaine qui offre les meilleures perspectives de gains d'efficacité. Les acheteurs collectifs ont en principe la motivation et les moyens d'obtenir des gains d'efficacité et d'efficacité du marché des prestataires dès lors qu'ils sont en mesure de passer des contrats sélectifs. L'analyse qui précède souligne les nombreuses décisions stratégiques nécessaires pour faire de la concurrence dans le domaine de l'achat collectif de services une réalité. Il s'agit notamment de la définition claire des services qui feront l'objet du marché, de la nature de la procédure concurrentielle, et du mécanisme de remboursement. La grande diversité de ces variables fait qu'il est difficile de comparer et de transférer les résultats des études.

Certains éléments ressortent toutefois systématiquement des expériences conduites à ce jour. Primo, le marché de la prestation prend en considération les préoccupations exprimées par les acheteurs, qu'il s'agisse de la maîtrise des coûts ou d'un autre domaine, comme les délais d'attente, parfois aux dépens d'autres facettes de la performance du système de santé, tout particulièrement les aspects non évalués de la qualité clinique. Pour atténuer ce risque, il est donc impératif de procéder à des évaluations de grande qualité des résultats cliniques, quel que soit le régime de concurrence concerné. Les mesures des résultats déclarés par les patients expérimentées depuis peu devraient jouer un rôle déterminant dans les politiques ultérieurement mises en place dans ce domaine. Si de nombreux éléments indiquent que la notification publique incitera les prestataires à améliorer les services, d'autres laissent entendre qu'elle pourrait les amener à éviter les patients à haut risque (Dranove *et al.*, 2003 ; Hibbard *et al.*, 2005).

Secundo, le choix des services sur lesquels s'exercera la concurrence peut avoir de profondes conséquences sur la performance du système de santé. Une définition étroite risque de fragmenter les services de santé, de faire obstacle à la mise en place de services de soins intégrés, et de diminuer la capacité du système à dégager des économies de gamme. Une définition large risque en revanche de compliquer la mise en place d'un marché rationnel étant donné les coûts d'entrée élevés. Il existe une marge d'expérimentation dans ce domaine ; il conviendrait éventuellement d'appliquer une stratégie composite qui instaurerait la concurrence pour certains services spécialisés clairement définis tout en maintenant un noyau de services moins concurrentiels. On devrait aussi examiner les possibilités de concurrence pour les services fondamentaux dans le cadre d'accords de concession.

Tertio, les prestataires réagissent aux mécanismes de paiement. Les acheteurs doivent donc choisir avec soin le moyen qu'ils utiliseront pour les rembourser sur un marché collectif. Une combinaison de budget fixe et de budget variable devrait convenir dans la plupart des cas. Néanmoins, le problème consistant à en définir la proportion exacte et les composantes de l'activité qui doivent constituer l'élément variable n'est pas résolu. Dans le même ordre d'idée, les mécanismes de partage des risques devraient jouer un rôle utile pour amener les prestataires à fournir des services optimaux, par exemple en atténuant l'incitation à l'écémage.

Du point de vue de la maîtrise des coûts, la concurrence des prestataires dans le domaine des soins particuliers aux patients soulève des problèmes. Les régimes de paiement par pathologie (groupes homogènes de patients – GHM) favorisent effectivement la diminution des coûts unitaires. Néanmoins, patients et prestataires ne sont guère encouragés à économiser sur le volume des traitements. Un mécanisme de partage des coûts entre le patient et l'organisme payeur pourrait atténuer cet effet, mais il porterait atteinte aux principes de la protection financière. De plus, l'expérience RAND a montré que les principaux perdants dans ces systèmes sont généralement les patients les plus vulnérables (pauvres et malades) (Newhouse, 1993).

Les décideurs qui cherchent à donner une plus grande liberté de choix aux patients doivent clairement établir si le mécanisme de sélection a pour but fondamental de bénéficier aux patients ou s'il est un moyen d'améliorer les résultats des prestataires. Dans ce dernier cas, l'expérience montre que, à moins que les aspects de la performance dont l'amélioration est souhaitée ne soient correctement évalués et notifiés, les prestataires cherchent parfois à attirer les patients en améliorant leur satisfaction, sans nécessairement encourager l'amélioration des résultats cliniques. Dans la plupart des cas, une approche collective à l'achat de services sera plus probante.

Enfin, il convient d'insister sur l'interdépendance des politiques de la concurrence dans le domaine de la santé. Les liens entre la concurrence dans le domaine de l'assurance et la concurrence entre prestataires ont déjà été soulignés. Un autre lien, qui déborde largement le champ du présent rapport, est celui du degré de concurrence sur le marché des intrants, plus spécialement des médicaments, des capitaux et de la main d'œuvre. Si ces marchés sont rigoureusement encadrés, par exemple par des directives de traitement, les configurations de capital existantes, et les structures de paiement nationales, la marge d'innovation est alors beaucoup plus restreinte que dans des régimes moins étroitement réglementés. C'est probablement pour cette raison que les réformes de la concurrence dans le système de santé sont si nombreuses à n'avoir que des effets très limités. Il va de soi que les instruments réglementaires en place ont de bonnes raisons d'exister, mais les responsables publics ne peuvent escompter le même effet des réformes que celui qui serait observé sur des marchés d'intrants moins réglementés.

Conclusion

La concurrence présente un intérêt manifeste pour les responsables des politiques de santé. Les marchés encouragent les prestataires à maximiser les bénéfices à long terme, et la théorie économique classique indique que, sous réserve d'un cadre réglementaire satisfaisant, ils favorisent l'efficacité administrative, stimulent l'entrée de nouveaux prestataires lorsque l'offre est insuffisante, induisent une contraction efficace de la capacité quand l'offre est excédentaire, encouragent l'amélioration de la qualité et l'innovation, et réduisent les coûts de production. Qui plus est, les décisions concernant la fermeture et la reconfiguration des entreprises prestataires sont déléguées au « marché », déchargeant ainsi les décideurs de la responsabilité directe de réformes souvent très controversées.

La question qui se pose lorsqu'on examine le rôle de la concurrence dans le domaine de la santé n'est pas de savoir si les marchés fonctionnent à la perfection, mais si une organisation de type marchand produit de meilleurs résultats que d'autres, et la forme qu'elle devrait revêtir pour fonctionner au mieux. La théorie économique néo-classique traditionnelle prédit que ce phénomène se produit lorsque les marchés orientent les coûts à la baisse et portent les résultats aux niveaux d'efficacité. Cela étant, il existe d'autres vues plus radicales du marché. L'école dite « autrichienne », par exemple, considère que l'avantage essentiel d'une organisation de marché réside dans les incitations qu'elle offre à la recherche de rente et aux comportements opportunistes. De ce point de vue, la vertu essentielle d'une organisation de type marchand est l'innovation qu'elle suscite.

En revanche, selon une autre optique, sociologique, toute action économique s'inscrit dans un contexte social et dans des réseaux de relations sociales. Les intervenants individuels ne sont que rarement, voire jamais, autonomes, et tout système de santé est modelé par les institutions, les relations de pouvoir, les réseaux et les pratiques communes. Il en découle que la réussite (ou l'échec) de toute organisation fondée sur le marché devrait être fortement subordonnée au contexte institutionnel et culturel dans lequel elle est mise en œuvre (Smith *et al.*, 2005). De ce point de vue, les dispositifs de type marchand sont donc des réalités construites sur la base desquelles la société (ou ceux qui procèdent à des transactions) décide 1) de ce qui peut faire l'objet d'une concurrence ou pas ; 2) de qui peut acheter et vendre, et 3) de la façon dont les transactions se dérouleront. Il est donc nécessaire d'examiner les règles et les restrictions régissant les échanges commerciaux pour comprendre les rôles et les fonctions des acheteurs que la société souhaite mettre en place. Il convient notamment de se pencher sur les relations entre de puissants acheteurs et les vendeurs (ou leurs agents) pour évaluer en quoi leurs relations influencent leur comportement économique.

Quelle que soit la perspective adoptée, il est clair que la concurrence devient un instrument central de la politique sanitaire. Toutefois, pour la plupart des services de santé, il existe actuellement peu de données d'observation solides sur lesquelles asseoir une politique de cette nature. Des données récentes concernant la fonction des marchés et de la concurrence dans le domaine de la santé livrent cependant certains enseignements d'ordre général.

Le premier est que la concurrence dans le domaine des services de santé, de quelque nature qu'elle soit, nécessite des mesures minutieusement définies. Même si les objectifs immédiats sont réalisés, il est probable que des effets secondaires inopinés en compromettront d'autres. En bref, toute expérience de marché doit être conçue dans un objectif de suivi et d'évaluation afin de pouvoir enrichir la base de recherche, et peaufiner et ajuster les politiques futures en conséquence.

Deuxièmement, tout responsable public s'appuie généralement au départ sur la gamme existante de dispositifs institutionnels, qui comprend souvent déjà quelques éléments de concurrence. Ainsi, les patients ont déjà généralement le choix du lieu de prestation des soins, et de nombreux prestataires ont donc au moins quelques motivations à tenir compte des pressions concurrentielles. Un prestataire qui ne parviendrait pas à attirer une clientèle suffisante s'attirerait des questions embarrassantes quant à la performance de sa gestion. Néanmoins, les modalités précises des incitations en place varient parfois considérablement, et même des différences subtiles entre les contextes institutionnels peuvent donner lieu à des résultats

distincts. La question qu'un responsable public doit se poser n'est donc pas « qu'est-ce qui fonctionne », mais « qu'est-ce qui fonctionne dans quel contexte ? ».

Troisièmement, la concurrence ne peut à elle seule réaliser les objectifs publics. D'autres instruments d'action doivent être ajustés comme il convient pour lui donner une chance de réussir, par exemple le mécanisme de financement, le régime d'évaluation des résultats, et les mécanismes d'entrée et de sortie. Tous les marchés des services de santé sont, à juste titre, rigoureusement réglementés. Cette réglementation doit cependant être rigoureusement harmonisée avec les objectifs afin que la concurrence puisse délivrer les résultats souhaités.

Quatrièmement, la concurrence doit être mise en œuvre avec précision. Les marchés peuvent amener une forte instabilité, des résultats fluctuants, et des inégalités. De nombreux systèmes de santé, surtout ceux qui épousent le principe de solidarité, accordent une grande importance à la promotion de l'équité et de services de santé complets. Il faudra donc exercer une surveillance et une vigilance permanentes pour veiller à ce que ces objectifs ne soient pas compromis. La mise en œuvre effective de mécanismes de type marchand est donc susceptible de réclamer des compétences de gestion considérables et d'imposer des coûts de transaction substantiels, surtout dans les institutions d'achat et de réglementation.

Cinquièmement, les dangers associés à la concurrence risquent de se révéler relativement immatériels pour certains soins aigus délivrés à des groupes de patients homogènes, pour lesquels il existe de bons indicateurs de résultats et des technologies bien maîtrisées. Une concurrence correctement gérée produit incontestablement de nombreux avantages parallèlement aux difficultés évoquées plus haut ; il y aurait donc intérêt à intensifier prudemment, à titre expérimental, les pressions concurrentielles pour ce type d'interventions, surtout si elles font l'objet d'achats collectifs. Néanmoins, même des expériences de faible ampleur risquent de mobiliser l'attention du gestionnaire sur le secteur concurrentiel aux dépens d'autres services, tout particulièrement le secteur des soins non aigus. Il est difficile d'imaginer les circonstances dans lesquelles un marché véritablement concurrentiel peut être établi pour de nombreuses affections chroniques courantes (et coûteuses) touchant des groupes hétérogènes de patients, pour lesquelles les indicateurs de résultats sont rares (ou inexistant), les itinéraires cliniques complexes, et où l'interdépendance avec d'autres organismes, comme les organismes sociaux, est forte.

Enfin, la base factuelle permettant d'élaborer une politique dans ce domaine demeure insuffisante, et il est urgent de conduire de nouvelles études, de meilleure qualité, pour mieux comprendre la nature de la

concurrence, les circonstances dans lesquelles elle fonctionne, les méthodes permettant d'optimiser son efficacité, et les enseignements à en dégager pour l'action publique.

En résumé, une véritable concurrence de marché introduit un éventail d'incitations rudimentaires, qui risquent sérieusement d'avoir des effets négatifs sur de nombreux aspects des services de santé. La concurrence peut néanmoins revêtir de nombreuses formes, et l'intensification des forces concurrentielles deviendra un instrument majeur de la plupart des systèmes de santé. Les responsables publics doivent cependant élaborer avec rigueur les mécanismes de type marchand, harmoniser les autres instruments d'action, et assurer un suivi vigilant de manière à optimiser les bénéfices obtenus.

Notes

1. Merci à Howard Oxley, Ian Brownwood, Francesca Colombo, Elizabeth Docteur et Peter Scherer pour leur contribution à la rédaction de cet examen.
2. A titre d'exemple, les marchés concurrentiels de l'assurance aux Pays-Bas permettent aux assureurs de négocier de manière sélective avec les prestataires pour les soins ambulatoires et pour 10 % environ des soins en établissement. En Suisse, prestataires et assureurs négocient en tant que groupes dans un contexte de monopole bilatéral ; les contrats sélectifs et l'établissement des prix n'y sont pas autorisés.
3. Une autre méthode pourrait éventuellement consister à mettre en adjudication la concession des services hospitaliers locaux.

Bibliographie

- Audit Commission (1996), *What the Doctor Ordered: A Study of GP Fundholders in England and Wales*, HMSO, Londres.
- Bellanger, M. et P. Mossé (2005), « The Search for the Holy Grail: Combining Decentralised Planning and Contracting Mechanisms in the French Health Care System », *Health Economics*, vol. 14, n° S1, pp. S119-S132.
- Busse, R. (2004), « Disease Management Programs in Germany's Statutory Health Insurance System », *Health Affairs*, vol. 23, n° 3, pp. 56-67.
- Christianson, J. (2007), *Financial Incentives, Healthcare Providers and Quality Improvements. A Review of the Evidence*, Health Foundation, Londres.
- Colombo, F. et N. Tapay (2004), « Private Health Insurance in OCDE Countries: the Benefits and Costs for Individuals and Health Systems », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 15, Editions de l'OCDE, Paris.
- Cutler, D. et R. Zeckhauser (2000), « The Anatomy of Health Insurance », in J.P. Newhouse et A.J. Culyer (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- Dawson, D. *et al.* (2007), « The Effects on Waiting Times of Expanding Provider Choice: Evidence from a Policy Experiment », *Health Economics*, vol. 16, n° 2, pp. 113-128.
- Devers, K., L. Brewster et L. Casalino (2003), « Changes in Hospital Competitive Strategy: A New Medical Arms Race? », *Health Services Research*, vol. 38, n° 1, pp. 447-469.
- Dranove, D. *et al.* (2003), « Is More Information Better? The Effects of 'Report Cards' on Health Care Providers », *Journal of Political Economy*, vol. 111, n° 3, pp. 555-588.

- Dusheiko, M., H. Gravelle et R. Jacobs (2004), « The Effect of Practice Budgets on Patient Waiting Times: Allowing for Selection Bias », *Health Economics*, vol. 13, n° 10, pp. 941-958.
- Dusheiko, M. *et al.* (2006), « The Effect of Budgets on Doctor Behaviour: Evidence from a Natural Experiment », *Journal of Health Economics*, vol. 25, pp. 449-478.
- Federal Trade Commission et U.S. Department of Justice (2004), *Improving Healthcare: A Dose of Competition*, Washington DC.
- Fetter, R. (1991), « Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance », *Interfaces*, vol. 21, n° 1, pp. 6-26.
- Fetter, R. *et al.* (1980), « Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups », *Medical Care*, vol. 18, n° 2, pp. 1-53.
- Figueras, J., R. Robinson et E. Jakubowski (2005), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Open University Press, Maidenhead.
- Gericke, C., M. Wismar et R. Busse (2003), « Cost-Sharing in the German Health Care System », Document de réflexion, Département Gestion de la santé, Technische Universität Berlin, Berlin.
- Glied, S. (2000), « Managed Care », in J.P. Newhouse et A.J. Culyer (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- Gowrisankaran, G. et R.J. Town (2003), « Competition, Payers, and Hospital Quality », *Health Services Research*, vol. 38, n° 6 pp. 1403-1422.
- Healthcare Commission (2007), *Independent Sector Treatment Centres A Review of the Quality of Care*, Healthcare Commission, Londres.
- Hibbard, J. H., J. Stockard et M. Tusler (2005), « Hospital Performance Reports: Impact on Quality, Market Share, And Reputation », *Health Affairs*, vol. 24, n° 4, pp. 1150-1160.
- House of Commons Health Committee (2006), *Independent Sector Treatment Centres. Fourth Report of Session 2005–06*, Chambre des Communes, Londres.
- Kessler, D. et M. McClellan (2000), « Is Hospital Competition Socially Wasteful? », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 115, n° 2, pp. 577-615.
- Le Grand, J. (2007), *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services Through Choice and Competition*, Princeton University Press, Princeton, NJ.

- Le Grand, J., N. Mays et J. Mulligan (1998), *Learning from the NHS Internal Market*, King's Fund Institute, Londres.
- Marshall, M. *et al.* (2003), « Public Reporting on Quality: Lessons from the United States and the United Kingdom », *Health Affairs*, vol. 22, n° 3, pp. 134-148.
- Martin, S. et L. Siciliani (2007), « An Empirical Analysis of the Impact of Choice on Waiting Times », *Health Economics*, vol. 16, n° 8, pp. 763-779.
- Newhouse, J. (1993), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Newhouse, J. (1994), « Patients at Risk: Health Reform and Risk Adjustment », *Health Affairs*, vol. 13, n° 1, pp. 135-146.
- Normand, C. et R. Busse (2002), « Social Health Insurance Financing », in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras et J. Kutzin (dir. publ.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham.
- Noro, A. *et al.* (2001), *Implementation of RAI-instruments and Benchmarking the Care of the Elderly*, Stakes Aiheita 17/2001, STAKES, Helsinki.
- OCDE et Organisation mondiale de la santé (2006), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Office of Health Economics (2008), *Report of the Office of Health Economics Commission on NHS Outcomes, Performance and Productivity*, OHE, Londres.
- OCDE (2004), *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Propper, C., S. Burgess et D. Gossage (2008), « Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9 », *Economic Journal*, vol. 118, pp. 138-170.
- Propper, C., S. Burgess et C. Green (2004), « Does Competition Between Hospitals Improve the Quality of Care? Hospital Death Rates and the NHS Internal Market », *Journal of Public Economics*, vol. 88, n° 7-8, pp. 1247-1272.
- Robinson, J.C. et H.S. Luft (1987), « Competition and the Cost of Hospital Care, 1972-1982 », *Journal of the American Medical Association*, vol. 257, n° 23, pp. 3241-3245.

- Robinson, J.C. et H.S. Luft (1988), « Competition and the Cost of Hospital Care, 1982-1986 », *Journal of the American Medical Association*, vol. 260, n° 18, pp. 2676-2681.
- Shleifer, A. (1985), « A Theory of Yardstick Competition », *Rand Journal of Economics*, vol. 16, n° 3, pp. 319-327.
- Smith, P. (2000), *Reforming Markets in Health Care: An Economic Perspective*, Open University Press, Buckingham.
- Smith, P. *et al.* (2005), « Role of Markets and Competition », in J. Figueras, R. Robinson et E. Jakubowski (dir. publ.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Open University Press, Maidenhead.
- van de Ven, W. *et al.* (2003), « Risk Adjustment and Risk Selection in the Sickness Fund Insurance Market in Five European Countries », *Health Policy*, vol. 65, n° 1, pp. 75-98.
- van de Ven, W. *et al.* (2007), « Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: Six Years Later », *Health Policy*, vol. 83, n° 2-3, pp. 162-179.
- Wallace, W. (2006), « Independent Sector Treatment Centres: How the NHS is Left to Pick Up the Pieces », *British Medical Journal*, vol. 332, p. 614.
- Wang, P., O. Demler et R. Kessler (2002), « Adequacy of Treatment for Serious Mental Illness in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 1, pp. 92-98.
- Zweifel, P. et W. Manning (2000), « Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care », in J.P. Newhouse et A.J. Culyer (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.

Chapitre 3.

Améliorer les performances des systèmes de santé par une meilleure coordination des soins

Howard Oxley,
auparavant membre de la Division de la santé, OCDE

Le présent chapitre offre un tableau d'ensemble des questions et des stratégies de coordination des soins dans les pays de l'OCDE et dans les pays de l'Union européenne non membres. Il cherche également à déterminer comment les systèmes de santé font face à la prévalence croissante des affections chroniques et à évaluer dans quelle mesure et selon quelles modalités les performances des systèmes de santé pourraient être améliorées.

Introduction

Une meilleure coordination des soins dans le cadre des systèmes de santé et de soins de longue durée permettait-elle d'améliorer la qualité et le rapport coût-efficacité des systèmes ? Le présent chapitre offre un tableau d'ensemble des questions et des stratégies de coordination des soins dans les pays de l'OCDE et dans les pays de l'Union européenne non membres de l'OCDE. On cherchera également à déterminer comment les systèmes de santé font face à la prévalence croissante des affections chroniques et à évaluer dans quelle mesure et selon quelles modalités les pays de l'OCDE et de l'Union européenne pourraient améliorer les performances de leurs systèmes de santé dans ce contexte.

Globalement, la coordination des soins consiste à s'assurer que chaque patient bénéficie des soins appropriés lors d'épisodes aigus mais aussi des soins visant à stabiliser son état de santé sur de plus longues périodes au sein de structures moins coûteuses. Ces questions intéressent tout particulièrement les patients atteints d'une affection chronique et les personnes âgées, qui peuvent avoir du mal à s'y retrouver à l'intérieur de systèmes de santé cloisonnés ou qui nécessitent une prise en charge par un établissement de soins de longue durée. Les politiques de coordination des soins peuvent prendre différentes formes mais elles visent avant tout à améliorer la continuité des soins pour chaque patient et à réduire les hospitalisations coûteuses. Ces politiques devraient donc à la fois améliorer la qualité et réduire le coût des soins. La plupart des pays ont mis en place une forme ou une autre de coordination, mais des améliorations sont possibles et cette étude présente certains des principaux obstacles à de meilleures politiques dans ce domaine, en s'appuyant largement sur les réponses de 26 pays au questionnaire de l'OCDE (voir encadré 3.1). Mais le peu de données disponibles concernant leur impact entrave l'évaluation du rapport coût-efficacité de ces mesures. Dans ce contexte, l'accent sera mis sur les programmes dits « ciblés », principalement des programmes de gestion des soins et de prise en charge, dans la mesure où ces stratégies sont mises en place dans un nombre croissant de pays comme l'une des solutions possibles pour coordonner les soins.

La coordination des questions de santé suscite un intérêt croissant

L'intérêt accru pour la coordination des questions de santé est une manifestation de la transition épidémiologique des maladies transmissibles aux affections chroniques. Selon des données fragmentaires provenant d'un certain nombre de pays, les sujets souffrant d'une affection chronique sont

généralement de gros clients des services de soins et ont de nombreux contacts avec le système de santé. Qui veut modérer les dépenses devrait veiller à ce que des groupes, qui représentent un coût élevé, accèdent aux soins dans des conditions optimales de coût-efficacité. Or, dans la quasi-totalité des pays ayant répondu au questionnaire adressé par l'OCDE aux autorités nationales de santé, les responsables publics s'inquiètent de l'insuffisance de coordination des soins, et près de 80 % des répondants considèrent les sujets souffrant d'une affection chronique et les personnes âgées comme les groupes de population probablement les plus affectés par ce déficit de coordination.

Comme la plupart des malades chroniques sont des personnes âgées, l'importance des affections chroniques devrait vraisemblablement s'accroître avec le vieillissement démographique au cours des trois prochaines décennies¹. Ce résultat dépendra, entre autres, 1) du comportement futur des individus face aux risques pour leur santé, 2) des progrès de la médecine et de leur coût, et 3) des effets de l'allongement de la durée de vie². Même si l'espérance de vie en bonne santé devrait augmenter dans les années à venir (repoussant à une date plus lointaine le coût élevé des soins dans les derniers mois de la vie), il sera probablement nécessaire d'augmenter les dépenses de santé pour retarder l'apparition de la maladie, pallier ses éventuelles manifestations chroniques et permettre à la population de bénéficier des progrès de la technologie.

Plusieurs aspects des systèmes de santé en place sont à l'origine de problèmes de coordination des soins. Dans la plupart des pays, la prestation des soins se déroule dans plusieurs structures distinctes, parfois appelées « silos ». Ces structures, qui peuvent être indépendantes sur le plan institutionnel, opèrent souvent dans le cadre de régimes budgétaires distincts, en particulier quand elles relèvent d'échelons différents de l'administration publique. Par ailleurs, les connaissances médicales n'ont cessé de se spécialiser, ce qui reflète en partie le progrès technologique. Sous l'effet conjugué de ces deux facteurs, les personnes souffrant d'une affection chronique peuvent avoir plus de difficultés à se frayer un chemin à travers le système.

Encadré 3.1. Questionnaire de l'OCDE sur la coordination des soins

Comme il n'existe pratiquement pas de données transnationales homogènes sur la coordination des soins, le Secrétariat a établi un questionnaire pour obtenir des vues et recueillir des informations sur les préoccupations, pratiques et problèmes actuels dans ce domaine, dans les pays de l'OCDE et de l'UE. Dans ce questionnaire (auquel ont répondu 26 pays), les questions étaient classées sous quatre rubriques : importance des questions de coordination et groupes de population touchés, pratiques en matière de coordination, obstacles à la coordination des soins et importance des programmes ciblés pour le pays du répondant. Pour répondre aux questions ou réagir à des affirmations particulières du questionnaire, la personne interrogée devait se servir d'une échelle de Likert* pour exprimer l'intensité de la préoccupation ou la fréquence d'occurrence de certains problèmes, politiques ou événements. Dans le cas présent, une échelle textuelle à trois niveaux a été utilisée (« rarement », « assez fréquemment », « souvent », par exemple).

Compte tenu de la multiplicité des services gouvernementaux, agences et organismes professionnels impliqués dans le suivi et la promotion de la coordination des soins, les pays ont été invités à s'assurer le concours de différentes parties prenantes à différents échelons gouvernementaux et professionnels pour répondre au questionnaire. Pour les pays à régime fédéral, le Secrétariat a recommandé que l'administration fédérale ou centrale réponde au questionnaire en faisant appel à des compétences infranationales, le cas échéant (pour plus d'informations, voir annexe 2 dans Hofmarcher *et al.*, 2007).

* Une échelle de Likert est une échelle de notation permettant de mesurer des attitudes ou des réactions en quantifiant des informations subjectives. Les personnes interrogées doivent indiquer où ils situent leur attitude ou leur réaction sur une échelle graduée. Les échelles de Likert sont d'usage courant en recherche sociale, y compris la recherche sur les prestations de santé. L'échelle comporte habituellement de trois à sept niveaux (degrés de fréquence ou intensité de l'accord). La précision est d'autant plus grande que le nombre d'éléments est élevé.

Le présent document passe en revue les informations obtenues au moyen du questionnaire et dans les publications traitant de la coordination des soins ainsi que des problématiques connexes. Il décrit ensuite les programmes de coordination des soins axés sur la gestion des soins et la prise en charge. Enfin, on cherchera à savoir dans la dernière section comment la coordination pourrait être améliorée par des réformes plus ambitieuses des systèmes de santé.

Coordination des soins : questions, pratiques et préoccupations

L'analyse des résultats de l'enquête de l'OCDE et, plus généralement, des publications sur le sujet conduit à penser que la question de la coordination des soins est une préoccupation largement répandue parmi les responsables publics, les prestataires de soins et dans l'opinion publique en

général. La préoccupation est, semble-t-il, plus forte dans les pays où le niveau des dépenses de santé rapporté au PIB est élevé. Dans leur immense majorité, les pays ont répondu qu'en matière de coordination des soins, le débat porte plutôt sur les questions de qualité des soins (retombées sur les résultats de santé et réactivité face aux besoins des patients) et de rapport coût-efficacité, et, à un degré moindre, sur la question de savoir comment assurer l'accès aux soins. Le souci de la qualité des soins se retrouve dans l'important corpus de recherches mettant en évidence la prestation de soins ne répondant pas aux normes de pratique optimale. Par exemple, Asch *et al.* (2006) estiment, par exemple, qu'aux États-Unis, la moitié des patients ne reçoivent pas les soins adaptés à leur état, constat qui fait écho au rapport intitulé « Crossing the Quality Chasm » (Kohn *et al.*, 2000). De très nombreuses études indiquent également qu'il existe des différences importantes dans les modes d'organisation de l'activité et, selon de nouvelles données, on recense de nombreuses erreurs médicales dans d'autres pays également (Schoen *et al.*, 2005 ; Docteur et Oxley, 2003).

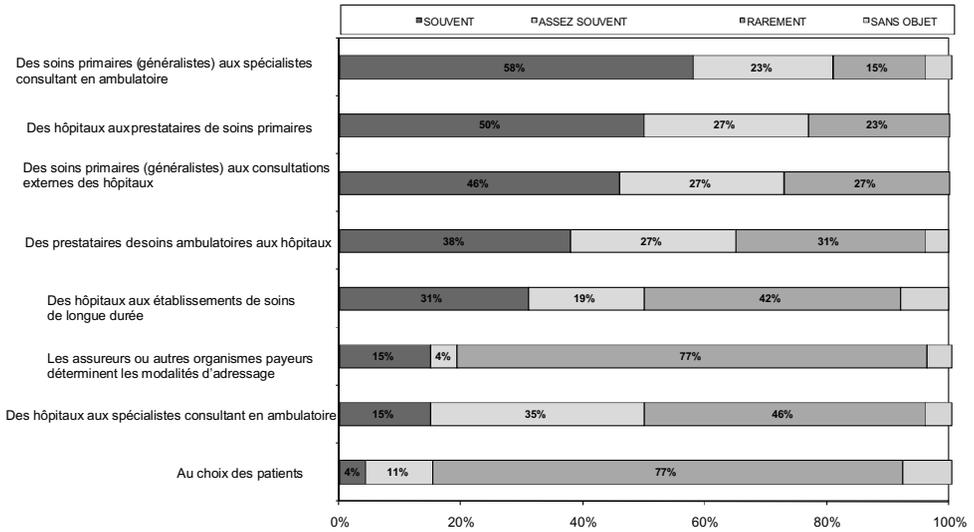
Il ressort des résultats de l'enquête que, dans la zone OCDE et dans l'Union européenne, les méthodes de coordination des soins présentent un certain nombre de caractéristiques communes :

- Qu'ils aient ou non mis un dispositif de médecin référent en place, presque tous les pays ont instauré une forme ou une autre de procédure à respecter concernant l'adressage des patients, soit par le biais d'une réglementation, soit par l'obligation faite au patient d'adopter un certain comportement. D'après les réponses au questionnaire, le premier contact avec le système de santé se situe presque toujours au niveau des soins primaires, et un patient consulte rarement un spécialiste sans lui être adressé (graphique 3.1).
- Pour plus de la moitié des pays, les prestataires de soins primaires fournissent « souvent » des orientations aux patients dans leur parcours de soins (graphique 3.2) et, partant, jouent le rôle de coordinateur des soins, du moins jusqu'à un certain point. Il semble toutefois que, dans de nombreux pays, le rôle des médecins dispensant des soins primaires dans l'orientation des patients diminue à mesure que ces derniers se rapprochent de l'hospitalisation ou des soins en établissement³.
- D'après les réponses au questionnaire, il semble que le réadressage des patients des hôpitaux aux fournisseurs de soins primaires soit une pratique largement répandue, ce qui témoigne sans doute de l'importance accordée à ces derniers pour assurer le suivi des patients et la coordination des soins (graphique 3.1)⁴. En revanche,

les hôpitaux réadressent moins fréquemment leurs patients vers les spécialistes consultant en ambulatoire. Ce mode d'adressage et le comportement des fournisseurs de soins qui en résulte semblent constituer une source de préoccupation majeure pour les autorités nationales en ce qui concerne la coordination des soins.

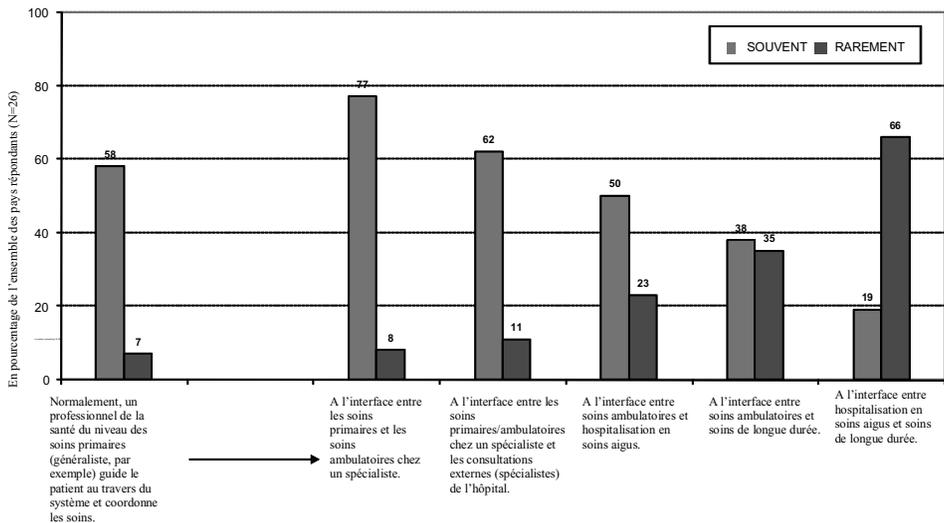
- Des problèmes particuliers de coordination se présentent aux interfaces entre les niveaux de soins, surtout aux points de transition vers les soins de longue durée (graphique 3.3). Près des deux tiers des pays reconnaissent l'existence de difficultés au sortir des soins ambulatoires, et les quatre cinquièmes des difficultés au sortir des soins aigus. Bien que ce soient d'autres professionnels de la santé qui gèrent la transition vers les soins de longue durée, les prestations fournies ne sont pas appropriées, ou ne sont pas fournies d'une manière permettant de relever le défi de la coordination des soins. Ces problèmes semblent persister en dépit des efforts considérables déployés dans beaucoup de pays pour améliorer la continuité entre soins en établissement et soins de proximité (Leichsenring *et al.*, 2004)⁵.
- Par comparaison, les problèmes qui se posent au sein des structures de soins paraissent moins importants (graphique 3.3). A l'intérieur des hôpitaux, par exemple, la coordination des soins s'effectue la plupart du temps au niveau des spécialistes. Trente pour cent des pays n'en indiquent pas moins qu'ils observent des problèmes de coordination des soins dans les hôpitaux. On en conclut que l'organisation de la prestation de soins dans ces structures pourrait probablement être améliorée.
- Le financement des soins à partir de sources multiples rattachées à des « silos » distincts peut rendre la coordination des soins plus difficile et encourager les transferts de coûts d'un niveau de prestataire à un autre.
- La coordination des soins peut être entravée dans les cas où la portée des règles régissant les pratiques des différents professionnels de la santé est strictement délimitée et où il n'existe pas d'estime mutuelle entre eux.

Graphique 3.1. L'adressage : qui oriente les patients

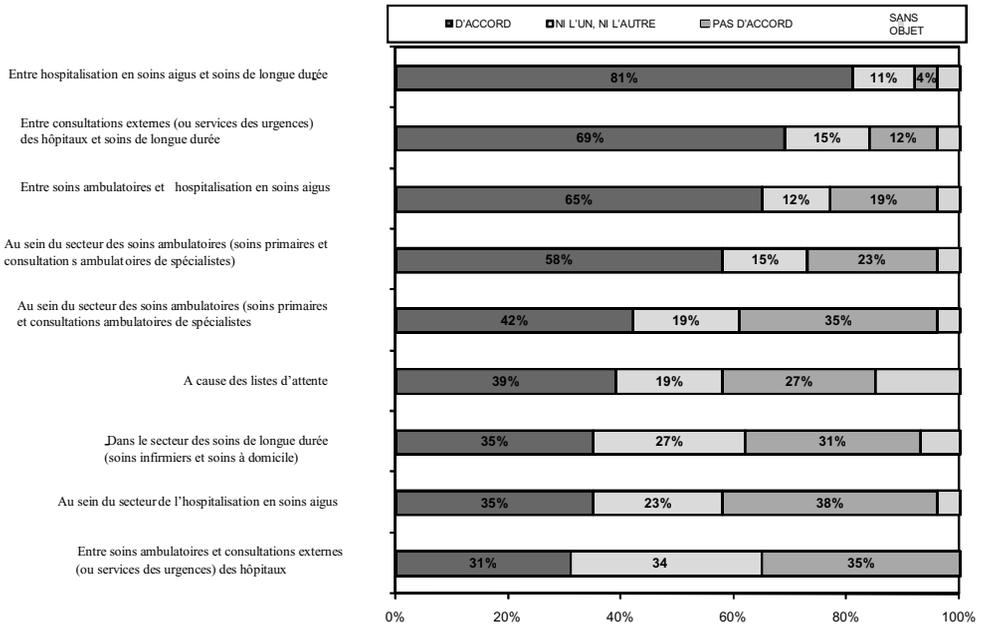


Source : Questionnaire de l'OCDE sur la coordination soins 2006.

Graphique 3.2. Le rôle des prestataires de soins primaires aux points de transition entre structures de soins

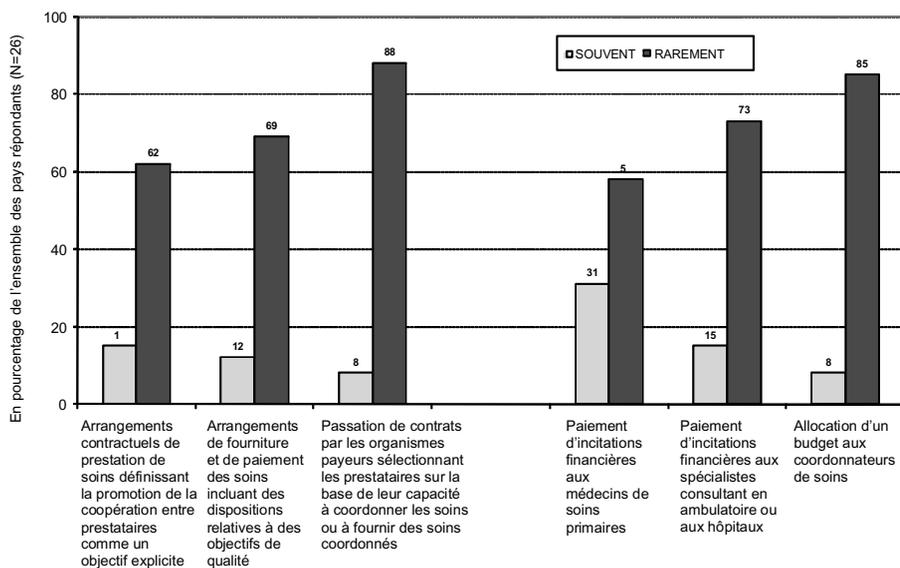


Graphique 3.3. Où les problèmes de coordination des soins surviennent-ils ?



En résumé, les réponses au questionnaire fournissent une image assez homogène, à l'échelle transnationale, d'une certaine forme de coordination des soins dans laquelle les professionnels de la santé contribuent à guider les patients dans leur parcours interinstitutionnel ou au sein d'un secteur en particulier. Toutefois, les réponses des pays conduisent également à penser que le « coordonnateur » des soins peut être différent (et l'est même souvent) à chaque transition. Par conséquent, rien ne garantit que les patients seront suivis par un seul et même professionnel de la santé tout au long d'un parcours de soins donné.

Même si les pays reconnaissent l'importance de la coordination des soins, rares sont ceux qui l'encouragent sur une base contractuelle (graphique 3.4). Seuls 31 % des pays rémunèrent « souvent » de façon explicite la coordination des soins au niveau des soins primaires. En matière de qualité des soins, les objectifs ou les impératifs de coordination sont encore plus rares. Par conséquent, il n'existe guère d'incitations financières à améliorer la coordination des soins alors que celle-ci prend du temps et doit être rémunérée sauf à être évincée par des activités qui, elles, le sont.

Graphique 3.4. Mécanismes et incitations à la coordination des soins

Bien souvent, les structures en place n'encouragent pas le développement des compétences axées sur la gestion des affections chroniques, la communication avec les patients, le soutien des patients et le travail en réseau avec d'autres prestataires, en particulier dans le secteur social ou celui des soins de longue durée. Certaines études font penser que le temps alloué à l'accueil de chaque patient est très variable d'un pays à l'autre, et qu'il existe des différences sensibles entre les principaux systèmes de rémunération en place⁶. Une faible proportion de pays seulement ont doté leurs coordonnateurs de soins primaires d'un budget leur permettant « d'acheter » des soins pour leurs patients.

Les programmes de soins ciblés et leur impact

Ces dernières années, les pouvoirs publics ont fait porter beaucoup d'efforts sur des programmes ciblés (comme les programmes de gestion des soins et de prise en charge), qui sont axés sur des affections ou des groupes de population spécifiques. Ces programmes sont destinés à améliorer la qualité des soins grâce à un meilleur suivi des patients souffrant d'une affection chronique en vue de réduire les séjours non programmés à l'hôpital et le recours aux services d'urgence. L'enquête contenait des questions sur la portée de ces programmes, complétées par un examen des publications sur

les pratiques et les résultats obtenus aux États-Unis (premier pays où ce type de programme a été mis en place à grande échelle), en Allemagne et au Royaume-Uni, où les réformes en ce sens sont plus récentes.

Encadré 3.2. Fonctionnement des programmes de gestion des soins : exemple provenant des États-Unis

Aujourd'hui, aux États-Unis, les programmes de gestion des soins et de prise en charge sont en grande partie fournis par des entreprises spécialisées sous contrat avec des compagnies d'assurance. Dans un premier temps, celles-ci s'efforcent de recenser les patients à risque, en exploitant les données cliniques et autres figurant dans les fichiers (de l'assureur) du client. Une fois ces patients inscrits, ils sont suivis par de coordonnateurs de soins, des gestionnaires de soins et/ou des gestionnaires de la transition, le niveau de suivi étant déterminé par les risques de complications*. Les contacts, qui s'effectuent le plus souvent par téléphone, permettent d'évaluer les besoins des patients et de veiller à ce qu'ils bénéficient des pratiques médicales optimales. Souvent, les programmes qui, en général, n'ont guère de lien direct avec sur le médecin traitant du patient. Les exécutants des programmes de gestion des soins doivent souvent se contenter de recommander au patient de contacter leur médecin ou un service des urgences. Mais il peut aussi y avoir des contacts directs par le biais de visites à domicile (assez rares), de différentes formes de contrôle médical par voie électronique, d'une coordination des soins hospitaliers en cas d'admission dans un établissement, et des programmes de gestion de la transition visant à réduire les risques lorsque les patients sont transférés d'un service de soins aigus à une structure de soins de longue durée.

* Selon le plus gros prestataire de services de ce type (American Healthways), de 3 à 5 % des patients souffrant d'une affection chronique ont besoin d'une prise en charge. Habituellement, on compte un gestionnaire de soins (en général une infirmière) pour 100 patients au maximum. Les programmes de gestion des soins couvrent entre 20 et 40 % des patients, et le ratio de suivi est d'une infirmière pour 700 patients. Les autres patients bénéficient principalement d'une éducation thérapeutique pour augmenter leur capacité d'auto-prise en charge (IGAS, 2006).

Source : Howe (2005), tel que repris dans IGAS (2006).

Les réponses au questionnaire et l'examen des trois études de cas ont permis de dégager une palette de stratégies d'action publique et d'approches déterminées par le marché. C'est ainsi, par exemple, que les États-Unis et, dans une moindre mesure, l'Allemagne, ont axé leurs efforts sur des programmes opérant en grande partie parallèlement aux dispositifs de prestation de soins en place. Par contre, au Royaume-Uni, les programmes de gestion des soins et de prise en charge sont plus étroitement liés et intégrés à la structure des médecins généralistes en place, à l'instar de certains grands réseaux de soins coordonnés aux États-Unis. D'autres pays ont commencé à mettre en œuvre des programmes de ce type, tandis que

d'autres encore en expérimentent, mais ils n'en sont encore qu'aux tout débuts et il s'agit souvent de programmes pilotes : un quart des pays répondants seulement ont mentionné des programmes de cette nature, lesquels concernent le plus souvent le diabète⁷.

Évaluer ces programmes pour savoir s'ils ont l'impact escompté sur la performance n'est pas chose aisée. Tout d'abord, ces programmes sont très différents sur le plan de la structure et de l'objectif. Les évaluations diffèrent sur le plan de la durée des tests et de la méthode utilisée. L'essentiel de l'information provient des États-Unis, où le cadre institutionnel de financement et de prestation des soins diffère de celui de la plupart des autres pays. Il est sans doute prématuré de tirer des conclusions définitives sur leur impact mais ces programmes n'en semblent pas moins influencer sur la qualité des soins, encore que les effets puissent varier selon l'affection considérée.

Les éléments d'information disponibles permettant de savoir si ces programmes se soldent toujours par des réductions de coûts tangibles et significatives sont en revanche beaucoup moins nombreux. Bien que certaines études aient trouvé des résultats positifs, plus marqués pour certaines pathologies que pour d'autres, les résultats ne sont pas toujours positifs. Un examen récent des ouvrages publiés sur la question donne à penser qu'il est possible d'espérer des rentabilités positives à court terme, principalement pour les cardiopathies, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives et les insuffisances rénales (IGAS, 2006). Ces résultats doivent néanmoins être considérés avec circonspection car les coûts n'ont peut-être pas tous été pris en compte dans l'évaluation du rapport coût-efficacité. L'impact sur la rentabilité demeure moins évident dans le cas du diabète. Les avantages en termes de réduction des taux de sucre dans le sang sont significatifs mais l'impact sur la rentabilité dépend probablement de l'évolution et du coût à plus long terme de ces programmes. Les programmes concernant l'asthme, la dépression et les lombalgies ne semblent pas rentables (même si on observe des effets positifs sur les indicateurs de processus). Toutefois, ces résultats correspondent principalement à des personnes de moins de 65 ans vivant aux États-Unis et rien ne permet d'affirmer qu'ils peuvent être généralisés et étendus aux personnes âgées en tant que groupe ou à d'autres pays.

Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi les programmes n'entraînent pas toujours d'économies : le coût élevé de la mise en place et du fonctionnement des programmes, le fait que ces programmes puissent mettre au jour des besoins non satisfaits, et l'inadéquation entre le niveau du besoin, d'une part, et celui des soins et du suivi, d'autre part. Harmoniser les prestations et les besoins peut présenter des difficultés d'ordre technique, en particulier quand on ne dispose que d'informations limitées, de nature clinique ou autre (comme le degré de soutien par la famille), pour ce faire.

Pour obtenir des performances plus homogènes et de meilleure qualité des systèmes de santé, il est probablement nécessaire d'élaborer ce type de programme dans le cadre d'actions plus larges visant à améliorer la coordination des soins et à faire que la prestation de soins soit davantage centrée sur le patient.

Les estimations de la rentabilité des investissements doivent néanmoins aller au-delà d'une définition étroite de la réduction des coûts. Les améliorations de la qualité des soins sont certes appréciables en soi mais, en corrigeant les coûts pour tenir compte, par exemple, du nombre de journées de travail perdus pour cause de maladie, on constate aussi que ces programmes peuvent avoir un impact global net plus élevé. Effectivement, dans le cas de la Suède, Liljas et Laduenso (1997) observent des taux de rendement bien plus élevés quand ils prennent en compte le nombre de journées d'activité réduite pour cause de maladie. En outre, les programmes destinés à allonger la durée de vie devraient inclure une valorisation de ces gains (sous forme d'années de vie corrigées de la qualité, par exemple). Les responsables de l'action publique devront peut-être prendre en compte les retombées favorables pour la société de l'amélioration de la santé et de la prise en charge plus complète des personnes souffrant d'une affection chronique dans l'évaluation précédant la décision de lancer ou non ce type de programme. Il faudrait disposer de plus d'informations sur l'impact de ces programmes, et utiliser des définitions, des méthodes d'analyse et des calendriers communs.

L'IGAS (2006) mentionne également trois conditions générales qui, à son avis, sont de nature à augmenter les chances d'obtenir des résultats probants : 1) intégration plus poussée des prestataires (soit dans des modèles de réseaux de groupes de praticiens, soit dans des organisations de soins intégrées pour le maintien de la santé (staff model HMO) comme Kaiser Permanente, soit dans des institutions comme la Veterans Hospital Administration des États-Unis⁸) ; 2) intégration d'autres professionnels de santé comme les infirmières ou les travailleurs sociaux et les pharmaciens dans le processus de soins et le suivi du patient, et 3) programmes incitant les patients à modifier leur comportement par l'éducation thérapeutique et l'auto-prise en charge. De fait, les programmes qui conjuguent éducation des patients et renforcement du rôle des professionnels de la santé autres que les médecins semblent se renforcer mutuellement et avoir un impact global plus puissant⁹.

En résumé, les programmes de gestion des soins sont virtuellement capables d'améliorer les résultats sanitaires et d'augmenter la performance des systèmes de santé du point de vue de la qualité, même si leur impact sur les coûts n'est pas encore établi avec certitude. Mais ces modèles ne représentent qu'une stratégie d'amélioration de la coordination des soins parmi d'autres. Par les politiques qu'ils ont adoptées récemment, un certain

nombre de pays s'efforcent aussi de fournir des soins appropriés et surs en renforçant le rôle de la prise en charge en ambulatoire. Ainsi, les pays devraient peut-être se donner des moyens de veiller à ce que la circulation de l'information, la capacité de soins, les incitations et les cabinets de soins ambulatoires soient suffisantes pour appuyer cette évolution.

Mesures destinées à améliorer la coordination des soins à l'échelle du système

Les réponses au questionnaire conduisent à penser que ces quatre grands domaines d'action sont tous essentiels si l'on veut parvenir à améliorer la coordination des soins et la performance globale des systèmes de santé. Ces domaines sont les suivants :

- Amélioration de l'infrastructure TIC pour le transfert de l'information,
- Évaluation de l'adéquation des ressources affectées aux soins ambulatoires et primaires,
- Reconfiguration des systèmes de prestataires et mise en place d'incitations pour améliorer la coordination des soins,
- Suppression des obstacles existant entre les niveaux et les composantes des soins.

Comme les situations de départ des différents pays sont très disparates, le dosage précis des mesures dépend forcément du cadre institutionnel du pays considéré.

Il est nécessaire d'améliorer le recueil et la transmission de l'information

De tous les aspects de la coordination des soins, le besoin d'amélioration de la circulation de l'information est celui qui revient le plus souvent dans le débat dans la zone OCDE. L'amélioration du recueil et de la diffusion de l'information sur les patients et les performances des prestataires est essentielle pour améliorer les résultats des systèmes. Il est plus facile de préparer les consultations et de fournir les soins appropriés si les données concernant le patient sont récentes et précises, et si elles sont fournies en temps opportun. La gouvernance et l'amélioration des systèmes de santé sont aussi tributaires de la disponibilité d'indicateurs de la performance des prestataires constamment actualisés.

En tant qu'instrument de réalisation de ces objectifs, les technologies de l'information et de la communication (TIC) semblent prometteuses mais, à ce jour, la pénétration des technologies de l'information demeure faible dans de nombreux pays et ce, malgré les efforts déployés par les pouvoirs publics et une amélioration significative de ces technologies. L'enquête montre que le partage, entre les prestataires, de l'information sur les antécédents médicaux et les besoins des patients ne soit « fréquent » que dans la moitié seulement des pays ayant répondu. A la question de savoir dans quelle mesure les prestataires sont équipés de moyens informatiques, la réponse est : « souvent » pour à peine 15 % des pays ; quant à savoir si les dossiers des patients existent sous forme électronique, la réponse est « souvent » pour environ un tiers des pays seulement. Les pays estiment par ailleurs que la transmission d'informations sur la qualité des soins est peu fréquente (12 % des pays reconnaissent qu'elle existe), ce qui reflète très vraisemblablement le fait que beaucoup de pays ne pratiquent pas encore le recueil d'information sur la qualité au niveau des praticiens.

Même si les décideurs s'y intéressent davantage et si les groupes de patients et de consommateurs y opposent moins de résistance (mais n'en demeurent pas moins préoccupés par la question de la « confidentialité »), les systèmes TIC peuvent être coûteux, exigeant un lourd investissement initial et générant des coûts de fonctionnement et de maintenance non négligeables. Comme, souvent, les avantages ne deviennent tangibles qu'à moyen ou long terme, il est sans doute difficile de déterminer les avantages marginaux d'un accroissement de la disponibilité et de la transmission de l'information.

Doter les structures de soins (hors soins hospitaliers aigus) d'une capacité adéquate

La plupart des pays ont vu l'offre de soins se réorienter de l'hôpital vers les soins ambulatoires. Ainsi qu'on l'a déjà vu, cette évolution semble avoir des chances de s'accroître au cours des prochaines décennies, avec le vieillissement des populations. Mais pour y parvenir sans perdre en qualité ni en efficacité, il faut que les prestataires de soins ambulatoires disposent de ressources adéquates en TIC, et que des systèmes soient prévus pour la transmission de l'information entre prestataires. Dans ce contexte, les administrations pourront sans doute se demander si la part relative des ressources globales affectée au secteur ambulatoire est à la mesure de la nouvelle structure de la demande. Dans les quelques pays pour lesquels nous disposons de données, la part des dépenses totales de santé absorbée par les prestataires de soins en ambulatoire n'a pas, en moyenne, augmenté de manière importante au cours de la dernière décennie. Dès lors, il peut être

nécessaire de réévaluer le juste dosage des ressources financières affectées aux différents secteurs de soins.

Bien entendu, ces réévaluations doivent se conjuguer avec une analyse de l'adéquation des modèles actuels de fourniture de soins en ambulatoire et du mode de rémunération des prestataires. Il semble, d'après les réponses au questionnaire, que la coordination des soins ne soit pas limitée par l'offre de professionnels de la santé, même lorsque l'offre de médecins est restreinte. Toutefois, une majorité de pays ont remarqué que les restrictions imposées à l'éventail des actes que sont autorisés à pratiquer des prestataires de soins qui ne sont pas médecins peuvent limiter leur capacité à assurer une coordination des soins.

Le rapport coût-efficacité pourrait être amélioré si on proposait une nouvelle classification des travailleurs de la santé qui se consacrent à la coordination des soins. Selon une étude européenne, la prise en charge des patients au moment de la transition vers des soins de longue durée serait facilitée si les modèles de soins réaffirmaient clairement que la coordination/intégration est une tâche à part entière, qui fait appel aux compétences et aux méthodes pertinentes. Autrement dit, la coordination est un métier (Leichsenring *et al.*, 2004). Dans ce contexte, on a observé que la promotion d'une « culture partagée » au sein des équipes atténuait en partie la résistance des prestataires médicaux envers l'activité pluridisciplinaire (Coxon *et al.*, 2004). Il est donc nécessaire d'adapter les profils des professionnels de la santé (en particulier ceux impliqués dans la coordination des soins) aux multiples aspects du défi que constituent le traitement et l'accompagnement des patients atteints d'une affection chronique.

Il faut améliorer les modèles de prestations ambulatoires pour mieux coordonner les soins

Enfin, et c'est peut-être le point le plus important, les décideurs devraient sans doute adapter les modèles de prestations ambulatoires en fonction des nouvelles exigences imposées par les affections chroniques. On croit souvent que ce sont les prestataires des soins primaires qui sont les mieux placés pour endosser le rôle de coordonnateur alors qu'en fait, des équipes pluridisciplinaires associant des professionnels de la santé et d'autres spécialités sont peut-être mieux armées pour établir un parcours de soins plus cohérent, surtout pour les patients souffrant de pathologies multiples. Les systèmes dans lesquels prédominent des prestataires opérant seuls dans leur cabinet et rémunérés à l'acte sont peut-être moins à même de répondre aux besoins des malades chroniques.

Concrètement, on voit d'après les schémas d'adressage que, dans la plupart des pays, on s'efforce de canaliser d'une manière ou d'une autre l'entrée des patients dans le système de santé via un prestataire de soins primaires. Dans leurs réponses au questionnaire, la plupart des pays indiquent que, pour accéder à un spécialiste – en hôpital ou en soins ambulatoires – il faut notamment que le patient obtienne une ordonnance du prestataire de soins primaires. On part donc plus ou moins du principe que ce prestataire est probablement le mieux placé pour effectuer cette coordination, même si les réponses au questionnaire laissent également entendre que son rôle s'amointrit à mesure que les patients se rapprochent (selon les exigences de leur pathologie) de niveaux de soins plus intensifs. Ce phénomène lui-même indique probablement qu'il faut encourager des équipes pluridisciplinaires à s'impliquer et, à cet égard, il convient de se demander si les généralistes ont la capacité ou la volonté de se charger de cette tâche.

Plusieurs questions se posent quant à la désignation des coordonnateurs de soins et aux incitations à renforcer la coordination. Dans les pays désireux de prendre comme base de départ les structures de soins existantes, il faudrait désigner un coordonnateur des soins présentant le profil professionnel approprié. Or, d'après les résultats du questionnaire, il est rare que les choses se passent ainsi. Dans la plupart des pays, c'est généralement le prestataire de soins primaires qui est censé assurer la coordination. Mais il n'est pas indispensable que ce prestataire soit le coordonnateur. C'est ainsi qu'en vertu de la réforme récemment mise en œuvre en France, il est maintenant possible de désigner un spécialiste comme médecin traitant, celui-ci pouvant alors jouer le rôle de coordonnateur des soins¹⁰. À cet égard, toutefois, d'aucuns s'inquiètent de savoir si les médecins qui dispensent les soins primaires possèdent les compétences nécessaires pour endosser le rôle de coordonnateur, surtout dans les pays où l'on n'a pas coutume de considérer la médecine générale comme une spécialité à part entière.

De surcroît, on constate, d'après les réponses des pays, qu'il existe un large éventail de modèles de soins primaires parmi lesquels choisir, mais dont certains peuvent fournir des services mieux coordonnés et intégrés que d'autres. D'une manière générale, les cadres institutionnels prévoyant que les prestataires de soins primaires travaillent seuls dans leur cabinet et soient rémunérés à l'acte sont sans doute les moins susceptibles de répondre aux nouveaux besoins en matière de soins des patients souffrant d'une affection chronique. Cette situation reflète en partie le fait que, dans beaucoup de systèmes de santé, les médecins ne sont pas rémunérés pour les prestations de conseil, d'éducation thérapeutique et d'orientation qu'ils fournissent. Les choses sont bien différentes en Angleterre, par exemple, où l'on s'oriente progressivement vers les cabinets de groupe au sein desquels les médecins

travaillent en équipe. Cette formule a l'avantage d'ouvrir des possibilités d'élargissement de l'éventail des prestations offertes, d'être mieux adaptée à la satisfaction des besoins des patients et de permettre la coordination des soins. De la même façon, aux États-Unis, les concepts de « *chronic care model* » et de « *advanced medical home* » correspondent à des stratégies spécifiquement ciblées sur la réorganisation des cabinets médicaux et la réorientation des efforts vers une démarche systématique d'amélioration de la qualité des soins pour les malades chroniques (Bodenheimer *et al.*, 2002 ; Wagner *et al.*, 2001 ; American College of Physicians, 2006).

La performance de ces modèles est fortement tributaire des relations contractuelles entre les prestataires et les organismes payeurs. Il importe d'élargir les contrats afin d'y inclure spécifiquement les services améliorant la coordination des soins et il conviendrait d'adapter les modalités de rémunération pour harmoniser les mesures d'incitation. Il faut notamment que les prestataires acquièrent les compétences immatérielles liées aux activités de conseil personnalisé et d'orientation, et soient rémunérés en conséquence. L'analyse des réponses au questionnaire conduit à penser que les problèmes de coordination des soins identifiés se posent peut-être avec moins d'acuité dans les pays pratiquant des systèmes de rémunération mixtes, laissant entendre que les pays qui utilisent d'autres méthodes devraient peut-être modifier les clauses contractuelles des dispositifs de rémunération en place afin d'inciter les professionnels à fournir des prestations coordonnées et de renforcer leurs capacités en ce sens.

La passation de contrats sélectifs par le prestataire de soins primaires avec d'autres prestataires est un autre moyen d'améliorer la coordination des soins en adoptant des modalités de rémunération différentes. Au Royaume-Uni, l'élargissement du rôle du médecin prestataire de soins primaires à la fonction d'acheteur de multiples services rend ce médecin plus apte à assurer l'accès aux soins et à superviser le processus de soins¹¹. Ce dispositif garantit aussi que le praticien recueillera une large part des avantages financiers que procure une bonne surveillance des patients (à titre d'exemple, il est directement récompensé en cas de baisse du nombre de séjours à l'hôpital non programmés). Mais si l'on veut que cette solution marche, il faut que le nombre de prestataires disponibles soit suffisamment important pour que l'entrée sur le marché des soins soit absolument libre et la sortie exempte de coûts (« contestabilité »). Les systèmes de santé de ce type devront aussi éviter la sous-utilisation des ressources et la non prise en compte des besoins des patients ou des préférences des médecins (Dusheiko *et al.*, 2007).

Une meilleure intégration des systèmes de santé peut être bénéfique pour la coordination des soins

L'enquête montre que c'est à l'interface entre secteurs de soins et entre prestataires que les problèmes de coordination des soins sont les plus difficiles à résoudre, ce qui conduit à penser que la coordination devrait pouvoir être renforcée par une amélioration de la démarche visant à abolir les obstacles administratifs et autres qui empêchent les transitions harmonieuses d'un secteur ou d'un prestataire à un autre. Cet aspect peut être particulièrement important dans le cas des transitions vers les soins de longue durée. La prise en charge des soins de longue durée relève souvent des compétences des collectivités locales alors que la surveillance du système de santé incombe à l'État, la région ou un échelon national de l'administration. Avec une telle structure, on risque de privilégier l'augmentation au maximum du budget de tel secteur ou de telle institution en particulier (tentatives de transfert des coûts sur d'autres budgets, par exemple), et non l'évaluation des modalités selon lesquelles les systèmes de santé globaux pourraient fournir des soins de manière à la fois plus efficace et plus efficiente. Dans les situations de ce genre, il est aussi plus difficile de parvenir à obtenir des soins centrés sur les patients et une meilleure intégration sur le plan clinique. Les décideurs pourraient avoir comme objectif principal d'améliorer l'intégration dans le domaine des soins de longue durée, où l'aspect social et l'aspect médical sont souvent intimement liés. La mutualisation des ressources des deux secteurs (social et médical) à l'intention de coordonnateurs des soins désignés, qui viennent en aide aux patients et aux familles à ce stade de transition, est un moyen d'abolir les obstacles administratifs qui peut peut-être servir de modèle. L'intégration est virtuellement à même de remodeler des systèmes complexes et cloisonnés de soins de santé et d'assistance sociale et de les rendre plus « conviviaux » pour les patients. Dans la pratique, les approches adoptées par les pays pour parvenir à une intégration plus poussée (faisant intervenir bien d'autres professionnels de la santé que les médecins) sont aussi nombreuses que différentes (Leichsenring *et al.*, 2004).

Aux États-Unis, certains des grands réseaux de soins intégrés semblent être parvenus à mieux coordonner la fourniture des soins aux patients souffrant d'une affection chronique, leur tâche étant probablement facilitée par le fait que la prestation de soins intégrée s'effectue au sein d'une seule et même structure. On voit également apparaître toutes sortes d'arrangements de collaboration entre les prestataires (dans ce cas, toutefois, l'intégration est moindre), mais ils n'ont qu'en partie vocation à améliorer l'intégration clinique (les ICO, organismes d'intégration et de coordination, par exemple) (Mechanic, 2004). En Allemagne, la mise en place de contrats de soins intégrés incite les acheteurs à jouer un rôle plus actif quand ils s'adressent

aux différentes structures de soins. Les cliniques où sont dispensés des soins primaires (en Espagne ou dans certains pays nordiques, par exemple) sont aussi mieux adaptées pour fournir des services de soins coordonnés tandis que la réapparition des polycliniques en Allemagne et le modèle des réseaux et filières en France sont des exemples d'autres solutions possibles.

Il est particulièrement important de créer les conditions propices à une meilleure intégration clinique mais cette question exige une réflexion rigoureuse. Les programmes de réforme doivent faire en sorte que l'intégration des soins ne soit pas bloquée par la résistance des professionnels, qui peut être liée, par exemple, à l'absence d'estime et de reconnaissance mutuelles entre les prestataires aux niveaux des soins primaires et des soins de longue durée. Il convient aussi d'être attentif aux effets d'éventuelles interactions entre les modalités de rémunération des différents secteurs, par exemple, dans les cas où le paiement forfaitaire à la pathologie entraîne un accroissement (inutile) de l'activité hospitalière alors même qu'il serait possible d'assurer cette prestation de manière plus rentable dans le secteur des soins ambulatoires. Ce type de problème pourrait trouver une solution si l'on accordait aux prestataires de soins ambulatoires davantage de pouvoir en matière de contrôle du système, par exemple en leur attribuant, comme on l'a suggéré plus haut, une fonction plus étendue d'achat de soins à l'extérieur de leur cabinet. On pourrait aussi envisager la mutualisation des ressources entre le secteur de la santé et le secteur social pour des tâches spécifiques, par exemple pour des intervenants tels que les coordonnateurs de soins, les gestionnaires de soins ou les gestionnaires de la transition, qui sont en mesure d'aider à coordonner les soins et de jouer le rôle de passerelle entre les secteurs (Coleman, 2003).

Conclusion

En résumé, il est possible d'améliorer la performance en matière de coordination en modifiant les systèmes de santé en place au moyen d'une palette de mesures allant d'une meilleure organisation des soins ambulatoires à l'intégration centrée sur le patient des soins médicaux et de longue durée. Les aspects sur lesquels les pouvoirs publics devraient réfléchir ne sont pas nouveaux mais ils gagnent probablement aujourd'hui en pertinence du fait de l'importance croissante des affections chroniques. Il existe un certain nombre de domaines dans lesquels une réforme devrait permettre d'augmenter la réactivité des systèmes de santé face aux nouveaux besoins, mais qui nécessiteront un examen plus attentif dans l'avenir. Les pays ont déjà commencé à réagir en prenant des mesures dont la forme témoigne souvent des difficultés particulières et de la structure institutionnelle propre à chacun.

Les programmes de gestion des soins et de prise en charge constituent une des stratégies permettant d'améliorer la coordination des soins. Ces mesures semblent ouvrir des perspectives d'amélioration de la qualité des soins même si on ne sait pas encore très bien si elles sont capables d'aboutir à une diminution des dépenses. Cette absence de certitude tient peut-être à ce que, dans bien des cas, on ne dispose pas d'un recul suffisant. Il importe de mieux évaluer ces mesures pour déterminer celles qui paraissent donner les meilleurs résultats et préciser dans quelles conditions ces résultats peuvent être obtenus.

Une démarche plus globale d'amélioration de la coordination des soins passe par une palette de mesures qui ne se limite pas à la gestion des soins. Parmi les multiples exemples possibles, on peut en citer deux : la prise en charge de la transition vers les soins de longue durée et une meilleure intégration des soins. Dans le cadre de ces approches, il faut s'attaquer à un problème qui revient constamment, celui du cloisonnement des prestations de soins. Il faut aussi que les organismes payeurs et les prestataires des différents secteurs s'attachent à rendre les soins plus centrés sur le patient, tout en visant la pluridisciplinarité dans les soins. Pour ce faire, il peut être nécessaire d'imaginer (et d'évaluer) des modèles de prestation de soins et des systèmes de rémunération de meilleure qualité. Améliorer et élargir la portée de l'évaluation de l'impact des mesures prises exige aussi un meilleur contrôle par les organismes payeurs, appuyés par des systèmes d'information et de comptes rendus réguliers.

Notes

1. Pour autant, les effets du vieillissement sur la prévalence des affections chroniques et sur les dépenses de santé et de soins de longue durée dépendent de multiples facteurs, par exemple l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Oliveira Martens et de la Maisonneuve, 2006 ; Joyce *et al.*, 2005 ; et Goldman *et al.*, 2005).
2. L'importance des affections chroniques dans les coûts globaux peut augmenter en raison de l'évolution épidémiologique. Même si la consommation de tabac et d'alcool a décliné dans un certain nombre de pays, le tabagisme continue d'augmenter parmi les femmes et les jeunes. En parallèle, dans la plupart des pays de l'OCDE, l'augmentation du nombre personnes en surpoids ou obèses est sensible, et entraîne un accroissement significatif des risques de problèmes circulatoires, d'insuffisance rénale, de maladies cardiovasculaires et, surtout, de diabète (Andreyeva *et al.*, 2007). On observe une augmentation des pathologies liées à l'obésité chez les jeunes, tandis que le nombre moyen de journées de maladie et les affections chroniques augmentent rapidement parmi les groupes de population encore plus jeunes (Fédération internationale du diabète, 2006 ; American Academy of Pediatrics, 2005), ce qui se soldera probablement par des taux d'affections chroniques plus élevés à l'âge adulte (Perrin *et al.*, 2007).
3. Si, pour trois pays sur quatre, c'est un généraliste qui prend en charge la transition entre prestation de soins primaires et consultation ambulatoire de spécialistes, la probabilité d'orientation à partir du niveau des soins primaires diminue lors des transitions ultérieures à tel point que, pour un pays sur cinq seulement, l'orientation des patients est « souvent » assurée par un prestataire de soins primaires.
4. Toutefois, 30 % des pays indiquent que les hôpitaux réadressent rarement leurs patients aux prestataires de soins primaires, ce qui conduit à penser que, dans beaucoup de pays, il existe probablement d'importants problèmes de transmission d'information, par exemple.
5. De surcroît, les pays les plus sensibilisés aux problèmes rencontrés à ces interfaces semblent être ceux qui se préoccupent fortement des questions d'efficacité d'une manière générale (voir graphique 3.2).

6. A titre d'exemple, Boerma (2003) constate que les visites à domicile sont plus probables si les prestataires sont payés à l'acte, et que les généralistes consacrent moins de temps aux patients dans les pays où existe un modèle de rémunération mixte incluant la capitation (par rapport aux pays où les praticiens sont salariés ou rémunérés à l'acte).
7. L'Allemagne, l'Angleterre et les États-Unis n'ont pas été en mesure de répondre au questionnaire.
8. Le meilleur niveau des performances est en partie imputé à la solidité des systèmes de soutien TIC dans ces deux dernières institutions. Dans ce contexte, on considère également que la rémunération fondée sur les résultats exerce des effets positifs.
9. L'IGAS note également qu'aux États-Unis, un certain nombre d'autres facteurs peuvent réduire l'impact de ces programmes, notamment : absence de couverture par une assurance-maladie, barrières culturelles pour les minorités ethniques, éloignement du lieu de soins, co-morbidités et troubles mentaux.
10. Même si très peu de patients ont fait ce choix, qui peut néanmoins se justifier pour des patients atteints d'une seule maladie chronique devant faire l'objet d'un suivi étroit par un spécialiste.
11. Le *Primary Care Trust* est chargé d'administrer le budget de la santé dans la zone géographique pour laquelle il est compétent, mais les praticiens dispensant les soins primaires peuvent assumer la fonction d'acheteur en s'appuyant sur des budgets indicatifs.

Bibliographie

- American Academy of Pediatrics (2005), « Care Coordination in the Medical Home: Integrating Health and Related Systems of Care for Children with Special Health-Care Needs », *Pediatrics*, vol. 116, n° 5, pp. 1238-1244.
- American College of Physicians (2006), *The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician Guided Model for Health Care*, Policy Monograph. Disponible sur www.acponline.org/hpp/adv_med.pdf
- Andreyeva T. *et al.* (2007), « Obesity and Health in Europeans Aged 50 Years and Older », *Public Health*, vol. 121, n° 7, pp. 497-509.
- Asch, S.M. *et al.* (2006), « Who is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care? », *New England Journal of Medicine*, vol. 354, n° 11, pp. 1147-1156.
- Bodenheimer, T. *et al.* (2002), « Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness », *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n° 15, pp. 1775-1779.
- Boerma, Wienke G.W. (2003), *Profiles of General Practice in Europe: An International Study of Variation in the Tasks of General Practitioners*, NIVEL, Utrecht.
- Coleman, E.A. (2003), « Falling Through the Cracks: Challenges and Opportunities for Improving Transitional Care for Persons with Continuous Complex Care Needs », *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 51, n° 4, pp. 549-555.
- Coxon, K. *et al.* (2004), « Inter-professional Working and Integrated Care Organizations », in J. Billings et K. Leichsenring (dir. publ.) *Long-Term Care in Integrating Health and Social Care Services for Older Persons, Evidence from Nine European Countries*, European Centre, Ashgate, Vienne.
- Docteur, E. et H. Oxley (2003), « Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 9, Editions de l'OCDE, Paris.

- Dusheiko, M. *et al.* (2007), « The Impact of Budgets for Gatekeeping Physicians on Patient Satisfaction: Evidence from Fundholding », *Journal of Health Economics*, vol. 26, n° 4, pp. 742-762.
- Goldman, D. *et al.* (2005), « The Value of Elderly Disease Prevention », *Forum for Health Economics and Policy*, vol. 9, n° 2.
- Howe, R. (2005), *The Disease Manager's Handbook*, Jones and Bartlett Publishers, Boston, MA.
- IGAS (2006), « Améliorer la prise en charge des malades chronique: les enseignements des expériences étrangères de *disease management* », Rapport présenté par Pierre Louis Bras, Gilles Duhamel et Etienne Grass, Paris.
- Fédération internationale du diabète (2006), *Diabetes Atlas, Third Edition*, Fédération internationale du diabète, Bruxelles.
- Joyce, G.F. *et al.*, (2005), « The Lifetime Burden of Chronic Disease among the Elderly », *Health Affairs*, vol. 24, Suppl. 2, pp. W5R 18-29.
- Kohn, L.T. *et al.* (2000), *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington, DC.
- Leichsenring, K. *et al.* (2004), « Moments of Truth. An Overview of Pathways to Integration and Better Quality », in J. Billings et K. Leichsenring (dir. publ.), *Long-Term Care in Integrating Health and Social Care Services for Older Persons, Evidence from Nine European Countries*, European Centre, Ashgate, Vienne.
- Liljas, B. et A. Lahdensuo (1997), « Is Asthma Self-Management Cost Effective? », *Patient Education and Counseling*, vol. 32, pp. S97-104.
- Mechanic, D. (2004), « The Rise and Fall of Managed Care », *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 45 (suppl.), pp. 76-86.
- Oliveira Martens, J. et C. de La Maisonneuve (2006), « Les déterminants des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : une méthode de projection intégrée », *Revue économique de l'OCDE*, n° 43, Editions de l'OCDE, Paris.
- Perrin, J.M. *et al.* (2007), « The Increase of Childhood Chronic Conditions in the United States », *Journal of the American Medical Association*, vol. 297, n° 24, pp. 2755-2759.
- Schoen, C. *et al.* (2005), « Taking the Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients with Health Problems in Six Countries », *Health Affairs*, Suppl Web Exclusives: W5-509-25.
- Wagner, E.H. *et al.* (2001), « Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action », *Health Affairs*, vol. 20, n° 6, pp. 64-78.

Chapitre 4.

Optimiser l'efficacité des dépenses en produits pharmaceutiques¹

Elizabeth Docteur (auparavant Chef de la Division de la santé)
et Valérie Paris, Division de la santé, OCDE

Ce chapitre passe en revue les différentes options pour s'assurer de l'efficacité des dépenses pharmaceutiques, en gardant à l'esprit à la fois le court et le long terme. Il donne une vue d'ensemble des politiques actuelles et indique d'autres politiques qui se font jour.

Introduction

Collectivement, les pays de l'OCDE ont dépensé plus de 550 milliards d'USD en produits pharmaceutiques en 2005, ce qui représente environ 1.5 % du PIB. Bien que les dépenses pharmaceutiques constituent une part relativement faible des dépenses des pays de l'OCDE en matière de santé – moins d'un cinquième du total des dépenses de santé, en moyenne, cette part a augmenté ces vingt dernières années, les dépenses en produits pharmaceutiques enregistrant une progression au rythme moyen de 5.7 % par an, ce qui est supérieur à la croissance moyenne des dépenses pour d'autres prestations de santé, et la proportion de ces dépenses par rapport au PIB a aussi augmenté.

Si les pouvoirs publics s'intéressent aux dépenses pharmaceutiques et à leur expansion au regard de l'économie dans son ensemble, c'est que l'État participe fortement à leur financement. Le secteur public est la première source de financement des produits pharmaceutiques : il est à l'origine de 60 % en moyenne de l'ensemble des dépenses pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE, même si les paiements directs effectués par les ménages portent en général davantage sur des produits pharmaceutiques que sur d'autres prestations de santé. Parmi les 17 pays pour lesquels des données sont disponibles, la part moyenne des dépenses directes dans le total des dépenses pharmaceutiques en 2005 était de 32 %, contre 18 % pour l'ensemble des dépenses de santé.

On constate une relative cohérence de la variation des dépenses par habitant en produits pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE : pour la moitié d'entre eux, la marge de fluctuation des dépenses par rapport à la moyenne était inférieure à 20 % en 2005². Ce sont les États-Unis qui ont dépensé le plus – près du double de la moyenne de l'OCDE – et le Mexique le moins – moins de la moitié de la moyenne.

Les divergences entre les dépenses par habitant sont dues aux différences, d'une part, entre les prix de détail payés pour les produits pharmaceutiques et, d'autre part, entre les volumes et la combinaison de produits consommés. Cinq pays (Allemagne, Canada, États-Unis, Islande, Suisse) avaient des prix de détail moyens supérieurs de 30 à 85 % à la moyenne de l'OCDE. Dans neuf autres (Australie, Corée, Espagne, Grèce, Hongrie, Pologne, République tchèque, République slovaque et Turquie), les prix se situaient entre 68 et 81 % de la moyenne de l'OCDE. Les écarts entre les prix de détail s'expliquent non seulement par les différences de prix perçus par les fabricants pour leurs produits, mais aussi par les fortes disparités entre les coûts de distribution (qui représentent de l'ordre de 20 à

37 % des prix de détail) et les taxes sur la valeur ajoutée (qui vont de 0 à 21 % des prix de détail).

À l'exception des États-Unis, les pays qui ont consommé le plus de produits pharmaceutiques en 2005 (Australie, Espagne et France) ont des prix de détail inférieurs à la moyenne³. C'est au Mexique, en Pologne, en Nouvelle-Zélande et en République slovaque que les niveaux de consommation sont les plus faibles. Dans tous les pays, le revenu par habitant présente une corrélation positive avec le volume de consommation de produits pharmaceutiques et les dépenses pharmaceutiques par habitant. Cela étant, le revenu par habitant n'explique qu'un quart des écarts observés concernant le volume de consommation par habitant dans les différents pays de l'OCDE, et même moins pour ce qui est de la variation des dépenses ou des prix, ce qui indique que d'autres facteurs interviennent.

Des différences notables caractérisent les marchés pharmaceutiques : la disponibilité et l'utilisation d'alternatives génériques aux produits d'origine qui ne sont plus protégés par des brevets, et l'ampleur des économies réalisées au moyen d'une concurrence par les prix sur le marché des produits non brevetés. Les produits génériques représentent à peine 14 % du marché mondial en termes de valeur, bien que plus de 40 % des produits vendus sur plusieurs grands marchés, dont l'Allemagne, les États-Unis et le Royaume-Uni, soient des génériques. En revanche, les génériques correspondent à une part de marché de moins de 10 % en termes de volume et de valeur en Belgique, en Espagne, en Italie et au Portugal.

La définition d'une politique pharmaceutique peut servir de multiples objectifs, qui doivent être mis en regard les uns des autres pour parvenir à un ensemble de mesures reflétant au mieux les priorités nationales. L'objectif qui consiste à assurer un accès abordable à des médicaments efficaces se heurte à de fortes pressions en faveur de la maîtrise des dépenses publiques. Dans plusieurs pays de l'OCDE qui ont, ou souhaitent développer, une présence et une activité importantes de leur industrie pharmaceutique nationale, des tensions existent également entre les objectifs de performance des systèmes de santé et ceux relevant de la politique industrielle.

Cela étant, l'arbitrage le plus difficile en matière de politique pharmaceutique est peut-être celui entre l'*efficacité statique* – optimiser les prestations dont peut bénéficier le consommateur en tirant le meilleur parti des dépenses actuelles, dans la limite des possibilités offertes par les technologies actuelles – et l'*efficacité dynamique* – mettre en place des incitations dans le domaine de la R-D de produits afin de mieux prévenir les maladies et de les guérir à l'avenir. En cherchant à obtenir le meilleur prix possible ou les plus faibles dépenses possibles pour des produits

pharmaceutiques sur le marché aujourd'hui, on risque de bénéficier de moins de possibilités et de moins de solutions innovantes ultérieurement.

Ce chapitre a pour but d'aider les décisionnaires à envisager différentes options pour s'assurer de l'efficacité des dépenses pharmaceutiques, en gardant à l'esprit à la fois le court et le long terme et en reconnaissant que le bien-fondé de certaines politiques dépend fortement du contexte national et de l'importance des objectifs lorsque des arbitrages doivent être faits. La première partie donne une vue d'ensemble des politiques actuelles et de leur impact sur l'efficacité des dépenses pharmaceutiques, tout en soulignant les principaux arbitrages par rapport à d'autres objectifs. La deuxième partie propose des améliorations et indique d'autres politiques qui se font jour. Une liste de référence des politiques possibles résume les principaux thèmes de réflexion à l'intention des décideurs qui cherchent à améliorer l'efficacité.

Description et impact des politiques, instruments et expériences en cours

Bien que chaque pays de l'OCDE applique une combinaison unique de politiques pharmaceutiques, le contexte dans lequel ces politiques interviennent présente plusieurs caractéristiques communes qui ont d'importantes conséquences sur la dynamique du marché. Premièrement, tous les pays de l'OCDE ont mis en place des régimes de droits de la propriété intellectuelle (DPI) destinés à encourager l'innovation en accordant aux innovateurs des droits excluant la production ou la vente non autorisée d'une invention pendant une période définie. Deuxièmement, tous ont créé des organismes de réglementation qui autorisent les entreprises à commercialiser leurs produits sous réserve qu'elles respectent les normes de qualité, de sécurité et d'efficacité. Malgré certaines divergences entre les pays en matière de DPI et d'autorisation de mise sur le marché, toutes ces politiques ont pour effet de faire grimper les prix en limitant les possibilités de concurrence.

Par ailleurs, les pays de l'OCDE adoptent des approches très diverses pour la prise en charge de la population concernant les dépenses pharmaceutiques, les politiques de tarification et de remboursement et les mesures utilisées pour influencer sur le volume et la combinaison des médicaments utilisés.

Prise en charge des produits pharmaceutiques

Pour favoriser un accès abordable aux produits pharmaceutiques, tous les pays subventionnent l'achat de produits pharmaceutiques pour certaines catégories ou pour l'ensemble de leur population. Les gouvernements de l'OCDE traitent généralement les produits pharmaceutiques (comme les

services de santé de manière générale) comme un « bien tutélaire », dont la consommation ne doit pas être déterminée uniquement par des préférences individuelles et par la possibilité de payer⁴. À cet égard, les pays de l'OCDE présentent de grandes différences, qui vont du financement de cliniques publiques fournissant des produits pharmaceutiques à des personnes non assurées au Mexique, jusqu'à des subventions fiscales pour les prestations d'assurance maladie sponsorisées par l'employeur aux États-Unis.

Les systèmes de prise en charge subventionnant les sommes que dépensent les individus en produits pharmaceutiques et les protégeant contre le risque d'encourir des frais directs élevés provoquent aussi des distorsions sur le marché des produits pharmaceutiques, ce qui a des conséquences sur les prix et les volumes de consommation. Ces systèmes définissent dans quelle mesure le marché pharmaceutique est subventionné, un accroissement des subventions entraînant une diminution relative de l'élasticité de la demande en fonction des prix à la consommation. Malgré de grandes différences entre les exigences en matière de partage des coûts, les particuliers dans les pays de l'OCDE doivent généralement assumer bien moins de la moitié du coût de leur consommation de produits pharmaceutiques. La consommation est donc supérieure à ce qu'elle serait si les particuliers payaient l'intégralité du coût.

Formes de prise en charge des produits pharmaceutiques : d'une couverture uniforme au sein d'un seul système à des plans multiples proposés par des prestataires concurrents

La plupart des pays de l'OCDE organisent de façon comparable la prise en charge des produits pharmaceutiques : des réglementations nationales définissent les prestations couvertes - ou non - ainsi que la répartition des coûts, mais la couverture peut être fournie par un seul système ou plusieurs assurances, en concurrence ou non. En revanche, dans quelques pays de l'OCDE (par exemple, les États-Unis et le Canada), la prise en charge des produits pharmaceutiques est surtout fournie par des assureurs concurrents, qui sont libres de déterminer les cotisations, les prestations couvertes et la répartition des coûts.

Cette distinction est importante dans la mesure où la décision définit en grande partie le pouvoir sur le marché des payeurs ou des acheteurs, qui est déterminé par le nombre de clients potentiels représentés (considéré comme une part du total du marché pour un produit) ainsi que par leur volonté et leur capacité de payer⁵. Au sein d'un même pays, un système qui se caractérise par un seul acheteur ou une seule autorité agissant collectivement au nom des payeurs aura une plus grande marge de manœuvre pour obtenir des concessions en matière de prix de la part de vendeurs de produits

pharmaceutiques qu'un système dans lequel le marché national comporte de multiples organismes exerçant leurs activités (et achetant) indépendamment. Cela étant, des assureurs ou des fonds concurrents peuvent être en mesure de se montrer plus actifs ou discriminants lors de leurs achats pour répondre au mieux aux exigences des assurés, dans la mesure où ces derniers sont libres de choisir un concurrent – y compris un prestataire plus ou moins actif dans les achats – s'ils sont mécontents.

Des listes de médicaments déterminent l'exhaustivité de la prise en charge des produits pharmaceutiques

Les systèmes de couverture présentent de grandes différences en termes de prestations proposées. Dans les systèmes prévoyant des « listes de médicaments ouvertes », tous les médicaments prescrits ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché sont couverts et les systèmes s'alignent généralement sur les prix. Certaines catégories de médicaments peuvent être exclues, ou des produits particuliers peuvent être spécifiés dans ce qu'on appelle une « liste négative » (par exemple en Allemagne et au Royaume-Uni). La plupart des systèmes de couverture adoptent des listes positives ou des listes fermées qui font l'inventaire des médicaments couverts par le système et des restrictions associées (seconde thérapie, prescription d'un spécialiste, autorisation préalable, limite du remboursement pour certaines indications, etc.), et précisent le niveau de remboursement et la répartition des coûts. Les critères utilisés pour déterminer si des médicaments doivent faire partie des listes positives varient et peuvent comprendre une évaluation officielle du rapport coût-efficacité d'un produit, par rapport aux alternatives thérapeutiques.

Les restrictions à la prise en charge constituent semble-t-il des instruments approximatifs par rapport à des lignes directrices sur les pratiques et à d'autres instruments à la disposition des décideurs, mais même ainsi, elles peuvent être utilisées pour favoriser l'efficacité des dépenses en médicaments, en guidant la consommation et les remboursements vers les médicaments présentant le meilleur rapport coût-efficacité. De plus, les systèmes de couverture qui peuvent choisir certains médicaments et en exclure d'autres dans un domaine thérapeutique, ou accorder un « statut préférentiel » à certains médicaments, tirent parti d'un plus grand pouvoir d'achat dans le cadre des négociations sur les prix avec les groupes pharmaceutiques.

Des mécanismes de répartition des coûts sont utilisés pour contenir et orienter la demande de produits pharmaceutiques

Dans les pays de l'OCDE, la plupart des systèmes de prise en charge des médicaments exigent des usagers une contribution au coût des médicaments qu'ils consomment à travers les honoraires à la prescription, les taux de co-assurance et, plus rarement, les franchises. Du point de vue du payeur, les mécanismes de répartition des coûts transfèrent les coûts vers les usagers et peuvent orienter la demande de produits pharmaceutiques. Les assureurs privés aux États-Unis ont recours à des co-paiements par paliers pour guider la demande des patients vers les traitements ayant le meilleur rapport coût-efficacité (l'alternative thérapeutique la moins coûteuse). Les régimes publics font moins souvent appel à cette solution, sauf dans le cas de substitution par des génériques.

Le revers de la répartition des coûts est qu'elle risque d'entraver l'accès et d'inciter le patient à ne pas respecter le traitement prescrit. Il a été démontré que le partage des coûts est efficace pour réduire la demande, même si l'impact concerne de façon disproportionnée les personnes à faible revenu et les malades chroniques. Lexchin et Grootendorst (2004) ont passé en revue des études évaluant les répercussions d'un plus grand partage des coûts sur les populations vulnérables (pauvres, bénéficiaires de l'aide sociale, personnes souffrant de maladies chroniques et personnes en mauvaise santé) dans des pays de l'OCDE⁶. Presque toutes les études démontrent qu'une augmentation du partage des coûts a pour effet de réduire l'utilisation de médicaments par les personnes à faible revenu et les malades chroniques. D'autres études ont révélé que même des catégories moins vulnérables peuvent être pénalisées par les exigences de partage des coûts, en entraînant une contraction de la demande de médicaments essentiels de leur part après une hausse des co-paiements (voir par exemple Paris et Docteur, 2006, pour un examen des études canadiennes et Leibowitz *et al.*, 1985).

Les politiques de partage des coûts peuvent être structurées de manière à limiter les problèmes d'accessibilité des médicaments. Bon nombre de pays de l'OCDE prévoient des dispositions spéciales pour la couverture des nécessiteux, y compris des exonérations et des plafonds sur les versements directs. La Suède applique par exemple un mécanisme progressif de répartition des coûts au titre duquel le co-paiement diminue à mesure que les paiements directs augmentent pendant l'année. Les dépenses annuelles totales des patients sont plafonnées à 1 800 SEK (Moïse et Docteur, 2007b).

Les systèmes de prix de référence, qui consistent à fixer des montants de remboursement communs pour un groupe de médicaments, permettent aux payeurs d'obtenir un bon rapport coût-efficacité pour leurs dépenses pharmaceutiques

Dans les conditions normales du marché, les consommateurs avertis comparent les produits pour déterminer si les avantages supplémentaires valent les coûts supplémentaires. Cette évaluation s'avère difficile dans le cas des produits pharmaceutiques, non seulement parce que les informations sur les avantages relatifs ne sont pas toujours disponibles au moment de la décision, mais aussi parce que les patients dépendent fortement de leur médecin comme intermédiaire pour choisir les médicaments appropriés. La pratique consistant à définir un montant de remboursement commun pour des produits comparables, les patients devant payer directement la différence s'ils utilisent des alternatives plus onéreuses, est une pratique dite des « prix de référence », expression qui peut prêter à confusion. Elle est intéressante au sens où, théoriquement, seuls les produits appréciés par les patients et leurs médecins peuvent se voir appliquer une majoration de prix. Dans la pratique, cependant, les fabricants préfèrent souvent attribuer le prix de référence plutôt que de risquer de perdre une part de marché sur des marchés fonctionnant de façon imparfaite. De fait, la pratique des prix de référence incite les fabricants à différencier suffisamment leurs produits avant leur lancement sur le marché pour éviter qu'ils soient intégrés dans un groupe établi, afin de pouvoir en majorer le prix. Si le produit n'est pas extrêmement innovant, les entreprises peuvent chercher à fournir des preuves de son efficacité pour une nouvelle indication ou une population ciblée.

De nombreux pays de l'OCDE définissent des montants fixes de remboursement pour des groupes de produits. La plupart du temps, ces groupes ne comportent que des produits non brevetés bio-équivalents, mais un petit nombre de pays (par exemple, l'Allemagne et les Pays-Bas) constituent des groupes de produits plus grands qui sont équivalents sur le plan thérapeutique, y compris des médicaments brevetés.

L'impact net des politiques de prix de référence en termes de maîtrise des coûts est difficile à évaluer. Premièrement, une telle évaluation exige de disposer de preuves de l'évolution des coûts des groupes de produits. Deuxièmement, il faut également connaître l'évolution des coûts des produits qui n'entrent pas dans les groupes afin de saisir tous les effets potentiels sur l'évolution des dépenses pharmaceutiques. Enfin, l'évaluation requiert une solide méthodologie empirique qui permet de démêler l'impact de la politique de prix de référence de l'impact d'autres politiques concurrentes et de caractéristiques contextuelles du marché, telles que l'entrée et la pénétration des génériques sur le marché (Puig-Junoy, 2005).

Les résultats obtenus dans le cadre d'un examen approfondi mené par la collaboration Cochrane se sont révélés contrastés pour plusieurs catégories thérapeutiques (Aaserud *et al.*, 2006)⁷.

Politiques de tarification

Le fait que les fabricants puissent exploiter une position de monopole lorsqu'ils sont dans un contexte d'inélasticité relative de la demande de médicaments a conduit de nombreux pays à réglementer les prix pour au moins une part du marché des produits pharmaceutiques. Deux pays aux régimes de couverture pluralistes – le Canada et le Mexique – ont mis en place une réglementation des prix des produits pharmaceutiques non brevetés, afin de s'assurer que les prix payés par une quelconque catégorie de la population, assurée ou non, ne soient pas excessifs. Dans la plupart des autres pays de l'OCDE, les régimes de couverture exigent que les fabricants acceptent de plafonner leurs prix en échange d'une subvention à travers les systèmes de remboursement, ce qui revient de fait à une réglementation de la part du marché couverte par le remboursement⁸. Même aux États-Unis, les fabricants doivent se soumettre à une réglementation des prix s'ils souhaitent être remboursés dans le cadre de Medicaid et de la Veterans Health Administration, les régimes publics couvrant respectivement 19 % et 2.6 % de la population américaine.

Les organismes de réglementation utilisent un ensemble commun d'outils pour définir ou limiter les prix facturés par les groupes pharmaceutiques. Les approches les plus courantes sont examinées ci-après.

Prix de référence externes

Le système de prix de référence externes des produits pharmaceutiques dans d'autres territoires est la technique la plus couramment utilisée pour limiter les prix ou les remboursements dans les pays de l'OCDE. Les autorités publiques l'utilisent pour évaluer le bien-fondé du prix proposé (ou effectif) par rapport à ce qui est payé ailleurs. Le système de prix de référence externes nécessite de comprendre explicitement ou implicitement les divergences que présentent les prix des produits pharmaceutiques d'un pays à l'autre. Les politiques de prix de référence adoptées par les pays de l'OCDE reflètent les différents points de vue sur ces questions. Les pays européens, par exemple, se réfèrent généralement les uns aux autres, autrement dit, ils tendent à choisir des pays qui peuvent être comparés sur le plan économique ou qui sont proches géographiquement. Ce sont l'Allemagne et le Royaume-Uni – qui autorisent tous deux une tarification libre pour les médicaments nouveaux

lors de leur lancement sur le marché et sont souvent des pays pionniers ou précoces pour la mise sur le marché – ainsi que la France qui sont les trois pays servant le plus souvent de référence.

Les systèmes de prix de référence varient également d'un pays à l'autre. La plupart des pays définissent le niveau du prix (souvent un plafond) en fonction du prix moyen des pays servant de référence, ou d'un sous-ensemble de ces pays. Au Japon, le système de prix de référence externes sert à corriger – positivement ou négativement – le prix d'un nouveau médicament s'il diffère nettement de la moyenne des prix de ce médicament en Allemagne, aux États-Unis, en France et au Royaume-Uni (Inazumi, 2008).

La logique présidant au choix des pays servant de référence n'est pas toujours explicite ; ses effets peuvent donc être imprévisibles. Malgré des contextes très différents, la réglementation des prix au Canada comme en Suisse a réduit l'écart de prix par rapport aux pays européens les plus riches, mais creusé l'écart de prix par rapport aux États-Unis (Paris et Docteur, 2006 et 2007). Au Mexique, en revanche, il peut ne pas y avoir d'impact sur les prix obtenus par les fabricants, car le système est réglementé de manière approximative et facilement détournable (Moïse et Docteur, 2007a).

L'utilisation étendue d'un système de prix de référence présente certains inconvénients. En premier lieu, elle incite les fabricants à lancer les médicaments d'abord dans les pays où les prix des produits pharmaceutiques ne sont pas réglementés lors de leur mise sur le marché et où l'élasticité de la demande en fonction des prix est relativement faible, afin que les prix figurant dans les listes de ces pays servent de référence pour d'autres. Deuxièmement, le recours à des accords confidentiels entre fabricants et acheteurs dans certains pays – où les prix figurant dans les listes n'ont aucun rapport avec les prix effectivement payés par les acheteurs – soulève des interrogations quant au prix approprié à des fins de référence. Si les organismes de réglementation ou les pays appliquant des prix de référence s'appuient sur des prix figurant dans des listes pour prendre leurs décisions, ils risquent de payer des prix plus élevés que ce qu'ils avaient prévu. Moins l'issue du processus de négociation est transparente, moins l'impact est prévisible sur les pays ayant recours à des prix de référence.

Les pratiques de prix de référence externes peuvent entraîner une majoration des prix des produits en raison de leur statut de nouveaux arrivés sur le marché, sauf si le système de référence est associé à des considérations liées à la valeur et au rapport coût-efficacité du produit. De plus, elles incitent les sociétés à investir dans le développement de modifications très marginales de produits existants (par exemple, les formules, le dosage) sans que cela présente un quelconque avantage pour les

patients sur le plan thérapeutique, pour éviter de servir de référence, ainsi que pour éviter le commerce parallèle au sein de l'Union européenne.

Prix de référence internes

Le système de prix de référence internes, autrement dit la tarification des médicaments en se référant à des produits aux effets thérapeutiques comparables, est utilisé par certains payeurs et organismes de réglementation pour définir le prix lors de l'introduction sur le marché. Les avantages thérapeutiques d'un nouveau médicament sont évalués par rapport à ceux de concurrents existants, et les organismes de réglementation conviennent généralement d'accorder une majoration de prix aux médicaments dont les avantages thérapeutiques sont avérés. En principe, l'application de prix de référence internes reproduit ce qui se serait passé sur un marché fonctionnant bien, dans lequel des consommateurs bien informés n'accepteraient des prix plus élevés pour des nouveaux produits que si ces derniers étaient d'une plus grande utilité par rapport à d'autres. Toutefois, les organismes de réglementation ont différents avis sur ce qu'il faut considérer comme un « avantage thérapeutique » et sont plus ou moins enclins à accorder des majorations aux produits présentant de légères améliorations.

Au moins quatre pays de l'OCDE (Canada, France, Japon et Suisse) se laissent guider par les prix de produits similaires déjà sur le marché pour fixer le prix de nouveaux produits qui peuvent être comparés à d'autres. Dans chacun de ces pays, pour les produits jugés supérieurs sur le plan thérapeutique, une majoration peut être appliquée par rapport aux alternatives thérapeutiques. Au Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés classe les nouveaux produits brevetés lancés sur le marché selon trois catégories, en fonction du degré d'innovation du nouveau produit. Seuls les produits les plus innovants pourront se vendre plus cher. Le Japon, la France et la Suisse prennent aussi en compte le degré d'innovation des nouveaux arrivés sur le marché pour négocier les prix de nouveaux médicaments susceptibles d'être ajoutés à la liste positive.

Le lien avec les prix des génériques constitue une forme spécifique de système de prix de référence internes utilisée par plusieurs pays de l'OCDE. En l'occurrence, le prix du générique est fixé lors de sa mise sur le marché avec une réduction par rapport au prix du produit original. Par exemple, le prix des médicaments génériques doit être au moins inférieur de 50 % au prix de l'original non breveté en France, et au moins inférieur de 30 % en Suisse.

Pour obtenir l'impact le plus fort possible en termes de dépenses en pharmaceutiques, le prix des produits référencés doit refléter leur valeur, ce qui n'est pas forcément toujours le cas dans des pays qui utilisent un

système de prix de référence externes pour fixer les prix de produits représentant les premiers entrants d'une catégorie thérapeutique. En dehors de cet aspect, le système de prix de référence internes exige tout de même de décider des variations qui justifient des majorations et du niveau de ces majorations.

L'impact du système de prix de référence internes sur les bénéfiques et les incitations à la R-D dépend de la volonté des payeurs de reconnaître une innovation additionnelle et d'en payer le prix. De telles politiques peuvent influencer les stades avancés du processus de R-D, durant lesquels les entreprises essaient de découvrir de nouvelles applications pour leurs produits afin de les différencier des concurrents potentiels et d'obtenir la possibilité de majorer leurs prix. Cela ne donne pas nécessairement naissance à de nouveaux produits, mais à plus d'applications, de formules ou autres extensions de la gamme.

Une tarification fondée sur une évaluation pharmaco-économique

L'analyse coût-efficacité et d'autres méthodes d'évaluation pharmaco-économique sont utilisées pour mettre en perspective le coût additionnel d'un médicament et ses avantages additionnels en termes de résultats pertinents pour la santé⁹. Des études formelles sur le rapport coût-efficacité peuvent servir de deux manières à déterminer si un produit sera remboursé ou subventionné et à quel prix :

- Quand d'autres solutions thérapeutiques sont disponibles, une plus grande efficacité par rapport au coût sert habituellement à décider si le nouveau produit « vaut » le coût supplémentaire.
- Quand aucune alternative thérapeutique n'est disponible, la définition implicite ou explicite d'un seuil d'efficacité par rapport au coût est nécessaire (Eichler *et al.*, 2004).

Le rapport coût-efficacité n'est généralement pas évalué pour fixer le prix des produits pharmaceutiques mais pour décider si un produit doit être remboursé ou non au prix proposé par le fabricant. Plusieurs pays de l'OCDE se livrent à présent à des évaluations pharmaco-économiques ou examinent de près les évaluations fournies par les groupes pharmaceutiques, pour prendre leurs décisions en matière de prise en charge et de tarification. Il est cependant très difficile de juger de l'usage efficace de l'évaluation pharmaco-économique par les différents pays (Dickson *et al.*, 2003 ; Drummond *et al.*, 2003).

Les évaluations pharmaco-économiques peuvent être effectuées systématiquement ou au cas par cas. Une analyse coût-efficacité est par

exemple systématiquement menée pour chaque nouveau médicament en Australie et en Suède, et pour chaque nouveau composé au Canada. En revanche, le *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) en Angleterre et au Pays de Galles procède à une évaluation pharmaco-économique sur demande, pour recommander la subvention ou non par le *National Health Service* (NHS) de certains médicaments, l'objectif principal étant d'éviter d'exclure ces produits des listes de médicaments des *primary care trusts* (sociétés de soins primaires).

Les pays ont adopté différentes perspectives pour évaluer les coûts et les résultats. Par exemple, en Suède, les coûts et les avantages sont examinés sous l'angle social, plutôt que du point de vue du payeur, ce qui est une approche assez singulière parmi les pays de l'OCDE. La perspective sociale peut être cependant en contradiction avec les responsabilités et les objectifs des décisionnaires chargés de s'assurer de l'utilisation efficace des ressources allouées au système de santé (Brouwer *et al.*, 2006). Les interventions dont on peut estimer qu'elles ont un bon rapport coût-efficacité au niveau de la société peuvent se révéler onéreuses et présenter un mauvais rapport coût-efficacité pour le payeur. En règle générale, les pays de l'OCDE ont adopté la perspective des payeurs.

Autre différence dans l'évaluation des résultats cliniques : le degré d'importance accordé aux critères de substitution (par exemple une réduction de la tumeur), qui sont jugés comme des résultats valables ou qui doivent être appuyés par des preuves, demandées par le payeur, de l'amélioration de l'état de santé ou d'invalidité. De même, les responsables publics doivent décider de l'approche à adopter face aux incertitudes concernant l'efficacité. La fiabilité incertaine des informations soumises par les groupes pharmaceutiques, notamment les affirmations cliniques et économiques, pose des problèmes aux décisionnaires. Une étude des décisions de l'*Australian Pharmacy Benefits Advisory Commission* (Commission consultative australienne sur les prestations pharmaceutiques) a révélé que la probabilité qu'une technologie soit acceptée était supérieure – avec un rapport coût-efficacité constant – quand la confiance accordée aux affirmations cliniques était plus élevée (Harris *et al.*, 2006).

L'évaluation peut être utilisée pour comparer plusieurs traitements dans un même domaine thérapeutique ou pour comparer le rapport coût-efficacité des interventions dans l'ensemble du système de santé. La seconde approche suppose de définir des seuils de coût-efficacité, exprimés en termes de coût selon « l'espérance de vie corrigée en fonction du bien-être » par exemple, seuils au-delà desquels les interventions concernant la santé – ou les produits pharmaceutiques – ne seront pas subventionnées. Les décideurs se montrent réticents à définir des seuils de manière explicite, et semblent parfois employer un ou plusieurs seuils implicites, et les ignorer dans des

circonstances particulières, comme c'est parfois le cas pour les médicaments orphelins ou ceux traitant des maladies mettant en danger la vie du malade et pour lesquelles aucun autre traitement n'est encore disponible (Eichler *et al.*, 2004).

En outre, comment fixer des seuils coût-efficacité qui reflètent la volonté des citoyens de payer pour les médicaments ? L'Organisation mondiale de la santé (2002) a suggéré qu'un seuil coût-efficacité égal à trois fois le PIB par habitant par année de vie corrigée du facteur invalidité pouvait constituer une limite pour le financement d'interventions dans le domaine de la santé, ce qui donne à penser que le revenu est le principal facteur déterminant la volonté des citoyens de payer. Certains pays ou systèmes (c'est le cas de certains régimes publics au Canada, par exemple) n'adoptent pas de seuils officiels, mais prennent en compte explicitement les contraintes budgétaires lors de leur évaluation pour décider si le nouveau traitement est abordable ou non, compte tenu d'autres priorités.

Enfin, des évaluations pharmaco-économiques peuvent aboutir à des résultats différents, selon l'angle adopté. Les évaluations du NICE examinent généralement une catégorie de produits ou différentes interventions, tandis que d'autres instances d'évaluation se penchent sur des produits distincts (Suède) ou même sur chaque indication d'un produit (Canada et Australie). La plupart du temps, lorsque les faits montrent que des produits sont moins efficaces par rapport à leur coût pour certaines indications, les organismes de réglementation et les payeurs réagissent en restreignant l'énumération des usages de ces produits présentant un bon rapport coût-efficacité, plutôt qu'en établissant des prix distincts¹⁰.

Les pays de l'OCDE doivent faire face à un certain nombre de problèmes lors d'une évaluation pharmaco-économique. En premier lieu, un tel exercice requiert une approche pluridisciplinaire englobant l'économie, la pharmacologie, l'épidémiologie, la biostatistique et la médecine. Cela peut soulever des difficultés pour les pays petits ou à faible revenu qui n'ont pas forcément à leur disposition suffisamment de scientifiques compétents pour leur permettre de réaliser des évaluations pharmaco-économiques systématiques ; par exemple, au Mexique et en République slovaque, les évaluations pharmaco-économiques sont un des critères examinés aux fins d'un remboursement par les autorités respectives, mais les ressources sont manifestement insuffisantes pour les mener à bien (Moïse et Docteur, 2007 ; Kaló *et al.*, 2008).

Étant donné les contraintes budgétaires fixes, l'adoption de technologies nouvelles et coûteuses (que le prix en soit élevé ou que les populations ciblées soient importantes) risque de détourner des fonds alloués à la santé publique d'autres interventions dans le domaine de la santé qui pourraient

présenter un meilleur rapport coût-efficacité. Pour éviter de telles distorsions au niveau des allocations de fonds, les pouvoirs publics en Angleterre et au Pays de Galles ont décidé en 2002 que toute recommandation positive du NICE devait donner lieu à l'attribution de fonds supplémentaires afin de permettre aux prestataires locaux d'acheter la nouvelle technologie. Toute nouvelle technologie approuvée est donc censée aboutir à un financement supplémentaire, mais les autorités du NHS peuvent inclure des décisions attendues ultérieurement dans leur exercice budgétaire annuel.

Les études pharmaco-économiques ne sont généralement pas considérées comme étant transposables d'un pays à l'autre en raison des différences de coûts et de contextes épidémiologiques entre les pays. Le recours à une évaluation pharmaco-économique ne devrait donc pas avoir d'incidence directe sur le prix ou la disponibilité des médicaments en dehors du pays. En revanche, l'usage étendu d'une évaluation pharmaco-économique pour déterminer les prix engendrerait une divergence des prix, reflétant les différences entre les pays. Cela étant, la possibilité d'une certaine influence sur la convergence des prix ne peut être exclue si les pays utilisent les résultats des évaluations pharmaco-économiques réalisées ailleurs. En dehors de ces considérations, certaines informations issues d'études pharmaco-économiques sont probablement généralisables et transposables¹¹.

Sous réserve des contraintes du progrès scientifique, on peut s'attendre à ce que les innovations pharmaceutiques portent en priorité sur les affections pour lesquelles les nouvelles thérapies sont les plus rentables. Dans la mesure où les innovations récentes concernent des médicaments relativement axés sur le style de vie ou des affections mineures plutôt que des médicaments destinés aux maladies mettant en danger la vie du patient ou invalidantes, il est probable que les premiers sont plus rentables, compte tenu du niveau de l'investissement en R-D nécessaire par rapport au taux de rendement des investissements. On peut en déduire que les méthodes actuelles de tarification et d'achat ne parviennent pas à prendre en compte convenablement la valeur thérapeutique, ou que les sociétés sont plus enclines à payer des traitements pour des affections mineures. En différenciant les prix ou les paiements en fonction de la valeur des produits, une évaluation pharmaco-économique devrait favoriser des investissements dans des innovations de plus grande valeur.

Accords prix-volume

Tandis que les payeurs cherchent à limiter les frais d'arbitrage requis par les mesures de maîtrise des coûts, ils expérimentent de plus en plus souvent d'autres approches concernant les achats et les paiements. Les accords prix-

volume – qui cherchent plus directement à atteindre le niveau souhaité de dépenses en produits pharmaceutiques – constituent une de ces approches.

Étant donné le faible coût marginal de production, les groupes pharmaceutiques peuvent être prêts à négocier en fonction de la valeur totale des ventes, plutôt qu'en fonction d'un prix à l'unité. Cela permettrait aux pays à plus faible revenu d'accéder à certains médicaments sans risquer de remettre en cause la valeur des ventes des fabricants ailleurs, le problème étant cependant de s'assurer que les produits ne sont pas détournés vers d'autres marchés.

Les payeurs et les acheteurs, publics ou privés, peuvent conclure des accords prix-volume au niveau du produit pour obtenir des réductions de prix quand le volume augmente. Les remises et les rabais par rapport aux prix des listes que les fabricants consentent à des acheteurs ou des organismes de réglementation, dans le cadre d'accords prix-volume concernant un produit, ne sont généralement pas connues, car ces accords sont la plupart du temps confidentiels. Les autorités françaises, par exemple, concluent parfois de tels accords volume-prix pour des produits dont le potentiel de ventes est élevé, la réduction de prix prenant la forme de rabais, versés à la fin de l'année par le fabricant sans conséquence sur les prix des listes. Ces rabais ont représenté 0.94 % du chiffre d'affaires des entreprises françaises ces dernières années, mais ils se concentrent fortement sur quelques produits et entreprises (Cour des Comptes, 2004 ; Comité économique des produits de santé, 2007).

Des éléments provenant des États-Unis donnent à penser que ces remises peuvent être considérables, du moins pour certains produits. La US Federal Trade Commission (FTC, 2005) a obtenu des informations confidentielles sur des contrats conclus entre un échantillon de sociétés de gestion de prestations pharmaceutiques (SGPP) – parmi lesquelles figuraient certaines des plus grandes – et 11 grands groupes pharmaceutiques, en utilisant ces données pour parvenir à une estimation des remises accordées par les SGPP aux promoteurs de régimes d'assurance maladie sur le niveau moyen des prix de gros en 2003. Pour les médicaments de marque, les remises étaient de l'ordre de 16 à 27.9 % des ventes dans le cadre de contrats correspondant à des listes de médicaments moins restrictives ou ouvertes, les remises étant plus importantes dans le cadre de contrats correspondant à des listes de médicaments plus restrictives (FTC, 2005). L'étude de la FTC révèle qu'au total, les fabricants ont consenti des rabais de 6.34 USD par prescription de marque, en moyenne, pour que leurs médicaments fassent partie des listes des SGPP, 71 % se concentrant sur les 25 premiers médicaments de marque.

Compte tenu de la mondialisation croissante de l'industrie pharmaceutique, les entreprises dans ce secteur estiment que la confidentialité des accords prix-volume est capitale pour leur permettre de segmenter les marchés afin de différencier les prix. Et pourtant, sur la base d'initiatives récentes facilitant l'échange d'informations en Europe et en faveur des pays en développement, la situation semble évoluer vers une plus grande transparence des prix officiels sur les listes. Cela engendre le risque réel d'une moindre disponibilité dans les pays dont les marchés ne sont pas en mesure de payer des prix élevés. Les groupes pharmaceutiques peuvent décider de renoncer au lancement dans ces pays s'ils ne peuvent négocier des prix élevés sur les listes, accompagnés de remises confidentielles. Dans le secteur public, les décideurs peuvent être contraints d'arbitrer entre la transparence et la capacité de prendre des décisions fondées sur la valeur des produits pharmaceutiques.

Accord de partage des risques

Les assureurs dans le domaine de la santé et les régimes publics cherchent à obtenir le maximum d'avantages pour la santé, en échange de leurs achats de médicaments. Pourtant, des informations fiables sur les résultats obtenus pour l'usage général d'un produit sont rarement disponibles au moment de la prise de décision. Par conséquent, une «garantie de résultat», ou un mécanisme de partage des risques, peut représenter une approche intéressante, en particulier lorsque les résultats sont en cause ou que le produit a potentiellement un impact important sur les coûts. En vertu d'un accord de partage des risques, un groupe pharmaceutique et les responsables publics chargés de la prise en charge s'entendent sur les résultats attendus d'un médicament pour une indication donnée. Si le médicament ne répond pas à ces attentes, les entreprises pharmaceutiques remboursent (en partie) les coûts aux services de santé (Chapman *et al.*, 2004). Une réduction du risque associé à la prise de décision permet aux patients et aux médecins d'essayer plus facilement des médicaments onéreux et aux fabricants de vendre plus facilement leurs produits.

Un des exemples les plus connus d'accord de partage des risques concerne le système adopté pour les médicaments contre la sclérose en plaques au Royaume-Uni. Depuis mai 2002, le NHS a financé quatre produits contre cette maladie (Avonex, Betaferon, Copaxone et Rebif) dans le cadre d'un accord conclu après la décision du NICE de ne pas recommander ces traitements sur la base du coût-efficacité. Le prix des médicaments varie en fonction des signes de leur efficacité constatés chez les patients participant au programme. Si les résultats réels ne répondent pas aux attentes, en tenant compte d'une certaine marge de tolérance, la société devra baisser le prix du produit – qui est d'environ 20 000 USD par

an et par patient. Des systèmes de partage des risques sont rarement appliqués et les résultats d'ensemble ne sont pas mis à la disposition du public. Quoiqu'il en soit, des examens périodiques des évaluations sont très souhaitables car l'efficacité en cas d'utilisation réelle s'est parfois révélée différente de celle annoncée.

Autres approches influant sur la demande et la combinaison de produits pharmaceutiques

Les pouvoirs publics et les assureurs peuvent chercher à influencer sur le volume et la combinaison de produits pharmaceutiques consommés pour diverses raisons, qui vont du contrôle des coûts à l'amélioration de la qualité, même si les décideurs de la plupart des pays de l'OCDE accordent plus d'importance au prix qu'à toute autre considération. Les systèmes de prise en charge font appel à des méthodes sensiblement différentes pour gérer le volume et la combinaison des produits pharmaceutiques consommés, beaucoup de ces systèmes imposant peu de restrictions sur le choix des médecins et des patients tandis que d'autres multiplient les efforts pour influencer les décisions des médecins, des pharmaciens ou des patients.

Politiques axées sur les médecins

Les pays de l'OCDE utilisent des approches assez différentes pour influencer sur les schémas de prescription des médecins. Dans certains pays, l'autoréglementation de la profession médicale est la norme et les initiatives en vue d'améliorer les schémas de prescription sont menées par des médecins et des pharmaciens, se concentrent sur la qualité et l'efficacité clinique, et reposent sur une formation continue, des cercles de qualité, des examens par les pairs et des retours d'information (par exemple en Suisse).

Dans d'autres pays, les autorités publiques ou les assureurs dans le domaine de la santé ont imposé ou négocié des mesures destinées à améliorer la qualité ou l'efficacité des méthodes de prescription. Parmi ces mesures figurent la production et la diffusion de lignes directrices cliniques, le respect de ces lignes directrices étant facultatif ou obligatoire, ainsi que le contrôle des prescriptions et les retours d'information. Le succès de ces initiatives est souvent lié à un certain type d'incitation financière. Par exemple, en Suède, le succès des Comités de médicaments et de thérapies – qui essaient de changer les schémas de prescriptions des médecins au niveau local – s'est limité aux cas où le respect des recommandations était en rapport avec des incitations financières (Moïse et Docteur, 2007).

Certains pays ont eu recours aux budgets de prescription pour s'efforcer de maîtriser la hausse des dépenses en médicaments. L'Allemagne a

introduit des budgets de prescription collectifs en 1993 pour tous les médecins généralistes d'un district. Une amende collective était appliquée si le budget était dépassé. Même si le nombre de prescriptions a diminué, on a craint qu'un tel système n'ait remis en cause la qualité des soins. Le système a finalement été modifié, des objectifs individuels en matière de prescription ayant été adoptés en 2001, définis eux-mêmes en fonction des budgets régionaux (Paris et Docteur, 2008). Des éléments provenant du Royaume-Uni (Walley et Mossialos, 2004) et de la République slovaque (Kaló *et al.*, 2008) montrent que les répercussions de ce nouveau système, dont les objectifs sont souples plutôt que rigides, sont controversées.

Politiques axées sur les pharmaciens

Le paiement de services de pharmacie est un aspect important des politiques pharmaceutiques. La plupart des pays de l'OCDE continuent d'établir un lien entre la rémunération de ces services et les prix du fabricant au moyen de majorations – souvent dégressives. Seuls quelques pays dissocient les paiements des pharmaciens des prix des médicaments en utilisant un barème de rémunération définissant un paiement pour différentes tâches du pharmacien (distribution, information du patient, etc.).

De nombreux pays ont tenté de développer l'usage des génériques à travers des politiques qui autorisent les pharmaciens à substituer le générique au médicament prescrit. La plupart des pays qui autorisent une substitution générique permettent aux médecins d'éviter la substitution en précisant sur l'ordonnance que celle-ci doit être « suivie à la lettre ». Beaucoup accordent aussi au patient le droit de refuser la substitution, le patient devant payer parfois une partie ou la totalité de la différence de prix. C'est le cas en Suède, où il faut obligatoirement substituer au médicament un produit de plus faible coût (générique ou importation parallèle) et où de fréquentes réductions des prix sont possibles. La politique semble avoir été efficace pour générer une concurrence en matière de prix sur le marché des produits non brevetés et pour augmenter la part de marché des génériques, et elle a réduit le niveau moyen des co-paiements pour les médicaments prescrits (Moïse et Docteur, 2007).

Amélioration des politiques

Réforme ou amélioration des politiques de remboursement et de tarification pour garantir l'efficience

Les systèmes de prix de référence internes et externes – approches les plus couramment utilisées dans les pays de l'OCDE pour déterminer les prix des produits pharmaceutiques – posent problème à plusieurs égards. Les prix

dérivés de systèmes de prix de référence externes ont peu de chance de refléter avec précision la valeur du produit pour le consommateur (en termes d'améliorations pour la santé, de confort du consommateur et autres avantages) dans le pays s'appuyant sur des prix de référence, étant donné que, dans la pratique, ce sont les pays où les lancements ont lieu en premier ou bien dont les ventes sont élevées qui constituent la référence plutôt que les pays qui présentent les mêmes caractéristiques, que ce soit sur le plan du revenu, du niveau des prix, des frais de santé et de la situation sanitaire. La pratique qui consiste à convenir de rabais confidentiels créant un écart entre le prix public des listes et le prix effectivement payé accentue ce problème.

Le système de prix de référence thérapeutiques (ou prix de référence internes) est une meilleure solution à cet égard, dans la mesure où on cherche explicitement à savoir si les avantages supplémentaires d'un nouveau produit valent le surcroît de dépenses. Les politiques qui limitent le remboursement de produits similaires à un niveau commun incitent les groupes pharmaceutiques à investir dans la différenciation des produits pour éviter qu'ils soient inclus dans un groupe existant, mais risquent de ne pas récompenser les innovations supplémentaires quand les consommateurs ne disposent pas de l'information nécessaire pour évaluer la valeur. S'agissant de l'innovation, le scénario le plus problématique est un système de prix de référence thérapeutiques qui ne permet pas aux fabricants de fixer un prix supérieur à celui de leurs concurrents sur le plan thérapeutique, même quand le produit propose une certaine amélioration. Éviter de telles distorsions potentielles donne aux décideurs un argument pour limiter leurs interventions sur le marché à la définition des niveaux de remboursement ou des prix d'achat publics, tout en donnant aux groupes pharmaceutiques la liberté de déterminer leurs prix de vente. Dans le cadre de cette approche, d'autres politiques peuvent être nécessaires pour assurer un accès équitable et abordable à des médicaments au coût élevé.

Les moyens les plus prometteurs d'améliorer les politiques de remboursement et de tarification des produits pharmaceutiques passent par l'usage plus intensif de l'évaluation pharmaco-économique, ainsi que des accords reliant les prix aux volumes de vente ou à l'efficacité clinique.

Renforcement du rôle de l'évaluation pharmaco-économique

Les efforts destinés à lier le niveau des dépenses pour un produit pharmaceutique donné et la valeur des avantages apportés par le nouveau produit – à l'aide d'outils comme l'évaluation pharmaco-économique – sont prometteurs sur plusieurs plans. Premièrement, ces outils peuvent aider à négocier des paiements fondés sur la capacité du produit à donner les résultats souhaités. Les décideurs doivent cependant s'assurer que

l'amélioration de l'efficacité des dépenses pharmaceutiques ne se fait pas au détriment de l'efficacité des dépenses dans le secteur de la santé dans son ensemble. Idéalement, une évaluation pharmaco-économique devrait servir, dans un vaste système d'évaluation des technologies de la santé, à accorder explicitement une place aux considérations relatives à la valeur dans les décisions concernant les dépenses de santé, non sur un seul type de soin mais sur la totalité d'entre eux.

Deuxièmement, les évaluations pharmaco-économiques devraient également contribuer à favoriser un bon niveau et un bon type d'investissement en R-D, en signifiant plus clairement au secteur les innovations qui se voient attribuer le plus de valeur. Elles peuvent aussi servir d'outils pour mettre en place des incitations respectueuses des lois du marché en faveur de l'investissement dans des traitements d'affections rares.

Étant donné que la valeur économique des avantages thérapeutiques (nette des coûts ou des économies associés à l'utilisation d'un produit) varie d'un pays à l'autre selon le revenu, les frais de santé, l'épidémiologie et d'autres facteurs, les nouveaux produits pharmaceutiques auront un intérêt différent selon les pays. Par conséquent, l'adoption d'une évaluation pharmaco-économique à une vaste échelle devrait aboutir à des dépenses nationales pour les produits innovants différentes selon les revenus. Parallèlement, une initiative en faveur d'un paiement reposant sur la valeur peut entraîner une augmentation des dépenses pour certains types de produits pharmaceutiques dans certains pays.

Une évaluation pharmaco-économique, comme une évaluation plus générale des technologies de la santé, est un exercice techniquement difficile qui accorde une grande importance à la valeur. Néanmoins, la valeur perçue de la place explicite accordée aux coûts et aux avantages dans la prise de décision en matière de prix et de remboursement a amené environ un tiers des pays de l'OCDE à progresser dans ce domaine et plusieurs d'entre eux ont conçu des programmes qui peuvent servir de modèles pour de nouvelles avancées.

Enfin, l'évaluation pharmaco-économique s'intéresse à l'une des carences les plus fréquentes des politiques de tarification et de remboursement pharmaceutiques : l'incapacité à évaluer explicitement les avantages ou les avantages attendus d'un médicament et à utiliser cette évaluation pour déterminer la volonté de payer (ou de subventionner) un nouveau produit, en tenant compte d'une utilisation optimale du produit au sein de la population. Les évaluations de ce type établissent un lien entre le niveau des dépenses pour un produit pharmaceutique donné et la valeur des avantages offerts par le nouveau produit, leurs résultats peuvent donc être utiles aux fabricants pour déterminer la volonté de payer les

innovations futures et devraient donc inciter à investir dans des innovations présentant la plus grande valeur pour les patients et la société. Dans la mesure où les fabricants dans l'industrie pharmaceutique tirent meilleur parti des innovations qui ont la plus grande valeur pour les patients et la société, ils seront incités à investir davantage dans la R-D pour produire de telles thérapies.

Cela étant, les politiques de tarification et de remboursement fondées sur ces évaluations peuvent être améliorées. Premièrement, la définition de seuils pour le rapport coût-efficacité pourrait aider à orienter l'innovation vers des objectifs à forte valeur, mais jusqu'à présent, les acheteurs se sont montrés réticents à adopter publiquement ces seuils. Bien que ces seuils soulèvent manifestement de nombreuses questions d'éthique, ils peuvent être utiles aux entreprises pour estimer la rentabilité de leurs investissements, en fonction de différents niveaux d'efficacité, de prix et de volume (Vernon *et al.*, 2005). Toutefois, ces seuils peuvent encourager les entreprises à proposer des prix plus élevés qu'elles ne le feraient en l'absence de réglementation, tant que le seuil n'est pas dépassé. Cet aspect peut poser un problème du point de vue de l'efficacité statique, mais pas nécessairement du point de vue de l'efficacité dynamique, car une telle majoration du prix peut être souhaitable pour récompenser une innovation valable.

Deuxièmement, l'utilisation d'un seul seuil pour le rapport coût-efficacité est problématique car elle ne permet pas de distinguer entre les différents types d'affections pour lesquelles des thérapies peuvent présenter une valeur plus élevée. L'approche adoptée par la Suède, où de multiples seuils implicites sont utilisés, est intéressante car elle permet aux produits qui traitent des affections pour lesquelles le besoin de nouvelles thérapies est très grand de bénéficier de seuils plus élevés (Moïse et Docteur, 2007b). Ces produits peuvent donc être considérés efficaces à un prix supérieur.

Troisièmement, bien que les acheteurs ne publient généralement pas leurs seuils de coût-efficacité, des seuils explicites peuvent constituer un moyen prometteur d'inciter l'investissement dans la R-D consacrée aux maladies orphelines. Selon Hollis (2005), les pays peuvent avoir tout intérêt à afficher publiquement leur volonté de payer pour des médicaments orphelins afin d'encourager leur développement (en couvrant le risque d'investissement).

Enfin, il existe des considérations d'ordre pratique concernant la mise en œuvre systématique d'une évaluation pharmaco-économique dans le processus de tarification et de remboursement. En premier lieu, comme on l'a vu plus haut, elle peut se révéler difficile à mettre en œuvre pour les petits pays à faible revenu. Ces pays pourraient tirer parti des évaluations

pharmaco-économiques réalisées dans d'autres pays, en révisant les données initiales pour refléter les circonstances nationales. Le développement plus poussé de projets comme EURONHEED (un réseau européen de bases de données concernant l'évaluation socio-économique dans le domaine de la santé) pourrait être utile. Deuxièmement, des pays qui mettent en œuvre des évaluations pharmaco-économiques systématiques doivent peser le pour et le contre entre des évaluations fondées sur des informations objectives et le coût d'évaluations réalisées en interne. Il est moins onéreux de demander aux fabricants de soumettre les résultats de leurs évaluations pharmaco-économiques (comme cela se fait en Suède, par exemple) – et il peut s'agir là de la solution la plus réaliste dans certains pays – mais cela peut donner des évaluations qui surestiment le rapport coût-efficacité d'un produit. Dans une certaine mesure, ce risque peut être atténué par un examen extrêmement attentif des évaluations soumises.

Recours accru à des accords volume-prix et évaluation du potentiel des accords de partage des risques

Les accords prix-volume et les accords de partage des risques représentent d'autres évolutions positives de la politique de tarification. Ces pratiques sont intéressantes au sens où elles accordent plus d'importance aux avantages obtenus pour un niveau de dépenses donné qu'au prix à l'unité. Elles sont donc cohérentes avec le point de vue des décisionnaires, qui se préoccupent du montant total des dépenses et de leur efficacité et qui cherchent à réduire le risque associé à la prise de décision quand des incertitudes planent soit sur la taille du marché prospectif, soit sur les résultats qui peuvent être attendus. Elles sont aussi cohérentes avec les intérêts des entreprises pharmaceutiques, car elles se soucient de la rentabilité des investissements obtenue à travers le chiffre d'affaires, qui est fonction à la fois du prix et du volume. Par conséquent, un environnement où tous ceux susceptibles de tirer parti de l'utilisation d'un médicament auraient les moyens financiers d'y accéder pourrait avoir des conséquences à l'avantage des deux parties.

Il importe cependant de souligner que tous les pays de l'OCDE ne sont pas en position de tirer pleinement avantage des accords prix-volume pour l'instant. La politique de remboursement dans un certain nombre de pays prévoit que *tous* les produits d'une catégorie thérapeutique qui sont approuvés pour le marché doivent être remboursés. Une telle disposition se justifie dans la mesure où elle permet aux entreprises pharmaceutiques d'accéder équitablement au marché mais, dans certains cas, elle limite la possibilité de recourir à des restrictions de prise en charge qui favorisent un médicament plutôt qu'un autre.

Orientation de la demande de produits pharmaceutiques vers des produits offrant la plus grande valeur

Une gestion des listes de médicaments peut contribuer à orienter la prescription et la demande de produits pharmaceutiques vers les médicaments les plus efficaces

Les produits pharmaceutiques obtiennent une autorisation de mise sur le marché lorsqu'il est prouvé qu'ils sont plus efficaces qu'un placebo et que le ratio avantage/risque est positif. Des essais cliniques comparatifs ne sont pas exigés. En revanche, les régimes de couverture sont de plus en plus nombreux à prévoir une certaine forme d'évaluation des améliorations thérapeutiques par rapport aux concurrents ; cette évaluation est un des éléments leur permettant de décider si le médicament doit être remboursé et à quel prix. À cet égard, les listes positives et des listes fermées offrent de meilleures opportunités que les listes négatives.

Les restrictions de prise en charge (limites sur certaines indications, deuxième thérapie, nécessité d'une autorisation préalable, etc.) se sont révélées efficaces pour orienter la demande de produits pharmaceutiques dans certains contextes (par exemple, dans les régimes publics au Canada). Cela étant, elles restreignent le choix des patients et des médecins d'une façon qui pourrait être impopulaire. L'existence d'un système bien établi pour envisager les circonstances exceptionnelles serait peut-être utile, même si cela peut aussi représenter un coût.

Enfin, la gestion des listes de médicaments peut comporter des incitations financières pour augmenter l'usage des génériques, notamment en établissant des co-paiements par paliers ou en définissant des montants fixes de remboursement pour des alternatives thérapeutiques. Cette dernière solution semble être la plus efficace, car elle plafonne les dépenses du payeur sans limiter le choix des patients, du moins les patients qui sont prêts à payer des suppléments et en mesure de le faire.

Diverses politiques peuvent être utilisées pour réaliser des économies lorsque les produits cessent d'être protégés par un brevet

La consommation de génériques peut aussi être encouragée au moyen d'incitations financières aux pharmaciens. Les décideurs devraient s'assurer que les pharmaciens ne gagnent pas moins lorsqu'ils vendent des génériques, comme c'est généralement le cas lorsque les marges sont définies en pourcentage du prix départ d'usine. Les régimes de couverture peuvent encourager la distribution de génériques, soit par le paiement spécifique de services de substitution, soit par une marge spécifique. De

plus, des solutions pour améliorer la concurrence des génériques doivent être testées. Des signes donnent à penser que, dans les pays qui ne réglementent pas les prix génériques, les prix pourraient être inférieurs à ceux des pays qui réglementent. Rendre obligatoire la substitution est une autre solution pour promouvoir l'usage des génériques. Cependant, cela présente l'inconvénient de limiter le choix des patients.

Pour une chaîne de distribution plus efficace

Certaines des grandes différences entre les coûts de distribution dans les pays de l'OCDE peuvent s'expliquer par la rigueur de la loi. Certains pays exigent par exemple des grossistes qu'ils fournissent tout l'éventail des produits disponibles, et attendent des pharmaciens qu'ils distribuent tous les produits pendant des horaires d'ouverture prolongés, tandis que d'autres pays ne voient pas la nécessité de prendre de telles mesures pour s'assurer de l'accessibilité. Cela étant, ces exigences peuvent ne pas expliquer entièrement les différences de coûts de distribution. Par exemple, une réglementation sévère des services des pharmaciens peut être préjudiciable à la concurrence entre pharmaciens.

Conclusion

Il est possible d'atteindre les multiples objectifs de la politique pharmaceutique sans sacrifier la maîtrise des coûts. Les efforts pour améliorer l'efficacité des dépenses publiques dans le domaine pharmaceutique peuvent libérer des ressources qui pourraient être mieux utilisées pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'usage convenable de médicaments efficaces. Comme on l'a vu plus haut, de nombreux pays de l'OCDE pourraient aboutir à une plus grande efficacité en maximisant le recours à des alternatives génériques par rapport aux produits originaux non brevetés, en favorisant l'érosion des prix par la concurrence des génériques, en veillant à l'efficacité des systèmes de distribution des produits sur ordonnance et des médicaments en vente libre et en adoptant des stratégies plus élaborées de prix de remboursement. Dans l'encadré 4.1 figure une liste de référence des politiques à envisager, même si elles ne conviennent pas nécessairement à tous les pays.

Pour l'heure, l'absence de bases et de cadres solides pour la politique de tarification des produits pharmaceutiques dans de nombreux pays de l'OCDE se traduit par un mélange éclectique de politiques appliquées selon des modalités souvent incohérentes au niveau interne. Par exemple, la mise en place pour les pharmacies de mécanismes de remboursement qui établissent un lien entre la rémunération des services et les prix des produits n'est pas cohérente avec les mesures destinées à encourager la substitution

de médicaments par des produits à un moindre prix quand ceux-ci sont disponibles. De même, la pratique consistant à encourager les importations parallèles de produits brevetés pour obtenir le prix le plus bas possible réduit l'incitation à l'innovation inscrite dans le différentiel de prix, ce qui est difficile à concilier avec des pratiques visant à établir des prix fondés sur la valeur au niveau national.

Les décisionnaires ne doivent pas se laisser aveugler par l'arbre qui cache la forêt et s'efforcer d'améliorer l'efficacité des dépenses en produits pharmaceutiques. Encourager l'usage du médicament au meilleur rapport coût-efficacité n'améliore pas l'efficacité des dépenses globales de santé si cela supprime des thérapies alternatives non pharmaceutiques présentant un meilleur rapport coût-efficacité. L'objectif doit être d'obtenir des gains d'efficacité pour les dépenses de santé dans leur ensemble ; les gains d'efficacité des dépenses pharmaceutiques doivent être un moyen d'atteindre cet objectif.

Encadré 4.1. Liste de référence des politiques pharmaceutiques

Les pouvoirs publics qui cherchent à améliorer l'efficacité de leurs dépenses pharmaceutiques sont invités à consulter la « liste de référence » suivante :

- Utiliser au mieux les ressources de façon à obtenir les meilleurs résultats tout en encourageant l'innovation future par une analyse coût-efficacité comparative dans les décisions de tarification et d'achat, tout en garantissant un système de récompense cohérent de l'innovation aligné sur la valeur des avantages obtenus.
- Envisager la possibilité de conclure des accords prix-volume ou d'obtenir des ristournes confidentielles quand il est impossible d'instaurer des prix unitaires fondés sur la valeur (en raison du risque de commerce parallèle, par exemple).
- Envisager le recours à des accords de partage des risques afin de réduire le risque financier que représentent les nouveaux médicaments quand les informations sur les coûts et les répercussions sont insuffisantes.
- Encourager la substitution par des génériques et la concurrence par les prix sur le marché des produits non brevetés.
- Mettre en place des incitations pour les médecins, les pharmaciens et les patients afin d'encourager la prescription, la distribution et l'utilisation convenables de médicaments, reconnaître que les dépenses comportent une composante « volume/combinaison » et une composante « prix ».
- Déterminer si des gains d'efficacité sont possibles dans la chaîne de distribution.
- S'assurer que l'efficacité des dépenses globales de santé n'est pas remise en cause par les efforts destinés à améliorer l'efficacité des dépenses pharmaceutiques.

Notes

1. Ce document s'inspire largement de l'analyse présentée dans *Le prix des médicaments sur un marché global* (OCDE, 2008), ouvrage rédigé par les auteurs du présent article et par leur ancien collègue, Pierre Moïse.
2. Cette estimation a été réalisée en convertissant les dépenses dans une monnaie commune et en corrigeant les différences de pouvoir d'achat à l'échelle des économies.
3. En corrigeant les dépenses pharmaceutiques en tenant compte des différences transnationales entre les prix de détail des produits pharmaceutiques, on peut évaluer les niveaux de consommation de ces produits.
4. La nécessité de consommer des médicaments, justifiée par l'évaluation de l'état de santé de la personne, est un critère habituel pour évaluer la consommation individuelle de médicaments.
5. Plusieurs acheteurs américains de produits pharmaceutiques ont plus de pouvoir sur le marché que de nombreux systèmes de couverture universelle dans les pays de l'OCDE, au regard de la population couverte et des revenus. Par exemple, la population couverte par la Veterans' Health administration dépasse la population d'un tiers des pays de l'OCDE, et la société de gestion des prestations pharmaceutiques Medco gère les prestations en matière de médicaments pour 60 millions de personnes.
6. Dans ce rapport figurent toutes les études publiées en anglais et en français. Sur les 24 études trouvées, toutes ont été réalisées aux États-Unis ou au Canada, à l'exception de deux études effectuées en Belgique et en Nouvelle-Zélande.
7. Sur les 246 études examinées, seules deux donnent des estimations fiables de l'impact des politiques de remboursement à niveau fixe pour les dépenses en médicaments dans le cadre de régimes d'assurance maladie. Elles analysent l'introduction de ces régimes dans le système de prestations de santé pour les personnes âgées en Colombie britannique.
8. Dans la plupart des pays, les fabricants sont libres de commercialiser leurs produits à n'importe quel prix si le produit n'est pas éligible (ou proposé) pour un remboursement.

9. L'analyse du rapport coût-efficacité est la forme la plus communément employée de l'évaluation pharmaco-économique. D'autres techniques, telles que l'analyse du rapport coût-avantages ou du rapport coût-utilité, pourraient être utilisées dans certains cas (Dickson *et al.*, 2003).
10. Une tarification variable peut être envisagée si le fabricant produit différents emballages pour différentes indications. Cela étant, divers intervenants dans la chaîne de distribution seraient incités à substituer à ce produit un produit équivalent à un prix inférieur.
11. Boulenger *et al.* (2005) définissent la « capacité de généralisation » comme « le degré de validité des résultats d'une observation dans d'autres circonstances » et la « transposabilité » comme « les données, méthodes et résultats d'une étude spécifique sont transposables si *a)* les utilisateurs potentiels peuvent évaluer leur applicabilité à leurs propres circonstances et *b)* ils sont applicables à ces circonstances ».

Bibliographie

- Aaserud, M. *et al.* (2006), « Pharmaceutical Policies: Effects of Reference Pricing, Other Pricing and Purchasing Policies (review) », *The Cochrane Database of Systematic Review*, vol. 2, art. n° CD005979.DOI:10.1002/14651858.CD005979.
- Boulenger, S. *et al.* (2005), « Can Economic Evaluations Be Made More Transferable? », *European Journal of Health Economics*, vol. 6, n° 4, pp. 334-346.
- Brouwer, W.B. *et al.* (2006), « A Dollar is a Dollar is a Dollar – Or Is It? », *Value in Health*, vol. 9, n° 5, pp. 341-347.
- Chapman, S., P. Durieux et T. Walley (2004), « Good Prescribing Behaviour », in E. Mossialos, M. Mrazek et T. Walley (dir. publ.), *Regulating Pharmaceuticals in Europe: Striving for Efficiency, Equity and Quality*, Open University Press, Maidenhead.
- Comité économique des produits de santé (2007), *Rapport annuel d'activité 2006*, Comité économique des produits de santé, Paris.
- Cour des comptes (2004), *La sécurité sociale*, Cour des comptes, Paris.
- Danzon, P.M. et A. Epstein (2005), « Launch and Pricing Strategies of Pharmaceuticals in Interdependent Markets », Document de travail non publié, Université de Pennsylvania, 53 pages.
- Dickson, M., J. Hurst et S. Jacobzone (2003), « Survey of Pharmacoeconomic Assessment Activity in Eleven Countries », Documents de travail sur la santé de l'OCDE, n° 4, Editions de l'OCDE, Paris.
- Drummond, M.F. *et al.* (2003), « Use of Pharmacoeconomics Information – Report of the ISPOR Task Force on Use of Pharmacoeconomic/Health Economic Evaluation in Health Decision Making », *Value in Health*, vol. 6, n° 4, pp. 407-416.
- Eichler, H.G. *et al.* (2004), « Use of Cost-Effectiveness Analysis in Health-Care Resource Allocation Decision-Making: How are Cost-Effectiveness

- Thresholds Expected to Emerge », *Value in Health*, vol. 7, n° 5, pp. 518-528.
- Harris, A.H. *et al.* (2006), *The Determinants of PBAC Recommendations to Fund Drugs in Australia: An Empirical Analysis of the Period 1994-2004*, Exposé présenté lors de la conférence *Medicines Australia and Department of Health and Ageing Policy*, juillet, Sydney.
- Hoadley, J. (2005), « Cost Containment Strategies for Prescription Drugs: Assessing the Evidence in the Literature », Rapport préparé pour la Henry J. Kaiser Family Foundation, Washington, DC.
- Hollis, A. (2005), *An Efficient Reward System for Pharmaceutical Innovation*, étude, Département d'économie, Université de Calgary, Calgary. Disponible sur <http://econ.ucalgary.ca/fac-files/ah/drugprizes.pdf>
- Inazumi, Y. (2008), « Drug Evaluation and Pricing », Présentation de Y. Inazumi, Responsable du prix des médicaments, Division des Affaires économiques, Bureau de la politique de santé, ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales, Japon, Paris, mars.
- Kaló, Z., E. Docteur et P. Moïse (2008), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Slovakia », Documents de travail sur la santé de l'OCDE, n° 31, Editions de l'OCDE, Paris.
- Knaul, F. *et al.* (2006), « Evidence is Good for Your Health System: Policy Reform to Remedy Catastrophic and Impoverishing Health Spending in Mexico », *The Lancet*, vol. 368, n° 9549, pp. 1828-1841.
- Leibowitz, A., W.G. Manning et J.P. Newhouse (1985), « The Demand for Prescription Drugs as A Function of Cost Sharing », *Social Science and Medicine*, vol. 21, pp. 1063-1070.
- Lexchin, J. et P. Grootendorst (2004), « Effects of Prescription Drug User Fees on Drug and Health Services Use and on Health Status in Vulnerable Populations: A Systematic Review of the Evidence », *International Journal of Health Services*, vol. 34, n° 1, pp. 101-122.
- McMahon, M., S. Morgan et C. Mitton (2006), « The Common Drug Review: A NICE Start for Canada? », *Health Policy*, vol. 77, n° 3, pp. 339-351.
- Moïse, P. et E. Docteur (2007a), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico », Documents de travail sur la santé de l'OCDE, n°25, Editions de l'OCDE, Paris.

- Moïse, P. et E. Docteur (2007b), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Sweden », Documents de travail sur la santé de l'OCDE, n°29, Editions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2008), *Les prix des médicaments sur un marché global : Politiques et enjeux*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Organisation mondiale de la santé (2002), *Rapport sur la santé dans le monde 2002*, OMS, Genève.
- Paris, V. et E. Docteur (2006), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada », Documents de travail sur la santé de l'OCDE, n°24, Editions de l'OCDE, Paris.
- Paris, V. et E. Docteur (2007), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland », Documents de travail sur la santé de l'OCDE, n°28, Editions de l'OCDE, Paris.
- Paris, V. et E. Docteur (2008), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Germany », Documents de travail sur la santé de l'OCDE, à paraître, Editions de l'OCDE, Paris.
- Puig-Junoy, J. (2005), « What is Required to Evaluate the Impact of Pharmaceutical Reference Pricing? », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 4, n° 2, pp. 87-98.
- Sheldon, T.A. *et al.* (2004), « What's the Evidence that NICE Has Been Implemented? Results from a National Evaluation Using Time Series Analysis, Audit of Patient's Notes, and Interviews », *British Medical Journal*, vol. 329, pp. 999-1007.
- Tamblyn R. *et al.* (2001), « Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing among Poor and Elderly Persons », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, n° 4, pp. 421-429.
- US Federal Trade Commission (2005), *Pharmacy Benefit Managers: Ownership of Mail-Order Pharmacies*, Federal Trade Commission Report, Washington, DC.
- Vernon, J., W.K. HUGHEN et S.J. JOHNSON (2005), « Mathematical Modeling and Pharmaceutical Pricing: Analyses Used to Inform In-Licensing and Developmental Go/No-Go Decisions », *Health Care Management Science*, vol. 8, pp. 167-179.
- Walley, T. et E. MOSSIALOS (2004), « Financial Incentives and Prescribing », in E. Mossialos, M. Mrazek et T. Walley (dir. publ.), *Regulating Pharmaceuticals in Europe: Striving for Efficiency, Equity and Quality*, Open University Press, Maidenhead.

Chapitre 5.

Utiliser les TIC pour suivre et améliorer la qualité des soins de santé

Nicolaas S. Klazinga et Elettra Ronchi,
Division de la santé, OCDE

Ce chapitre expose brièvement les concepts fondamentaux concernant la qualité des services de santé et les différentes sortes d'informations qui peuvent s'avérer utile à cet égard. Il examine ensuite comment intensifier les efforts en cours par l'utilisation des technologies disponibles et étudie certains obstacles importants à une adoption plus large des TIC.

Introduction

L'amélioration de la collecte, de l'analyse, du partage et de l'utilisation des informations concernant la santé en vue de rehausser la qualité de prestation des soins médicaux occupe désormais une place prioritaire dans l'action publique de nombreux pays de l'OCDE. Ces dernières années, des données empiriques de plus en plus nombreuses ont montré qu'un écart substantiel existait entre la façon dont les soins de santé devraient être dispensés pour obtenir les meilleurs résultats possibles et la façon dont ils le sont dans la réalité (Schuster *et al.*, 1998 ; Institute of Medicine 2001 ; Fisher et Wennberg, 2003 ; McGlynn *et al.*, 2003). Cet écart est si grand qu'un groupe d'experts réuni par l'*Institute of Medicine* (IOM) l'a qualifié, dans un rapport publié en 2001, de « gouffre de la qualité » (IOM, 2001).

Il y a certes controverse au sujet de l'exactitude des données disponibles, mais on s'accorde aujourd'hui généralement à penser que les problèmes de qualité risquent d'avoir un impact sanitaire et économique important dans les pays de l'OCDE. Les principaux facteurs en sont les erreurs opératoires, dues le plus souvent à des défaillances des « systèmes » ou à de mauvaises décisions. Dans tous les pays de l'OCDE, les erreurs de médication sont à elles seules à l'origine d'un grand nombre de consultations en médecine générale et d'hospitalisations. Selon une étude publiée récemment (Pirmohamed *et al.*, 2004), le coût annuel des hospitalisations liées à des réactions indésirables aux médicaments est estimé, au Royaume-Uni, à 466 millions de livres. Ces réactions sont classées entre le quatrième et le sixième rang des principales causes de mortalité aux États-Unis (Lazarou *et al.*, 1998).

Les erreurs médicales et d'autres défauts de la qualité des soins ont des implications évidentes sur les performances des systèmes de santé. Les erreurs, par action comme par omission, nuisent au patient et entraînent un gaspillage des ressources financières. Les responsables publics qui souhaitent favoriser les bons résultats et optimiser les dépenses de santé doivent donc également chercher à concevoir et à préserver des systèmes qui généreront le moins d'erreurs possible, grâce au respect des normes établies en vue de promouvoir des soins de qualité. Des incitations peuvent être mises en place pour offrir des soins de qualité et prévenir les événements regrettables.

Le rapport de 2001 de l'IOM dénonce l'absence de coordination et de communication entre prestataires et entre prestataires et patients comme la cause essentielle des déficits de qualité observés. Il reproche aux systèmes de santé de ne pas parvenir à utiliser l'informatique, et aux prestataires de ne

pas s'appuyer sur des critères factuels et de ne pas enregistrer et notifier systématiquement leurs résultats.

Collectivement, les données recueillies au fil des années et publiées dans deux rapports de l'IOM (IOM, 2000 ; IOM, 2001), puis analysées par l'OCDE (OCDE, 2004), ont soulevé la question de savoir si le modèle en vigueur pour surveiller et améliorer les services de santé (fondé sur une méthode fragmentaire et sporadique de collecte et d'utilisation des informations de santé) est encore viable. Ces travaux cherchent également à déterminer si la priorité exclusive accordée à la responsabilité individuelle et à l'autoréglementation de la profession, née avec des pionniers tels que Florence Nightingale et Ernest Codman au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, suffit.

La pratique de la médecine a fondamentalement évolué au fil du temps. La prestation des soins a été progressivement transférée des médecins particuliers à des institutions complexes et polyvalentes, qui emploient divers professionnels, médicaux et non médicaux. Une part substantielle de la procédure de prestation de soins ne relève plus du seul contrôle des médecins, et a fortiori d'un médecin unique. Compte tenu de ces évolutions, les systèmes de santé sont désormais confrontés, presque partout, à des problèmes nouveaux et inattendus en matière de suivi des procédures médicales et des résultats. On observe un intérêt grandissant pour les méthodes appliquées à l'assurance de la qualité en médecine, notamment en matière d'évaluation de la qualité et des résultats des services de santé, ainsi que de leur précision et de leur fiabilité. Cet intérêt a suscité une prise de conscience quant à la nécessité d'adopter une approche plus globale d'intégration des systèmes à la collecte d'informations sur la santé.

L'adoption des technologies de l'information et des communications (TIC) est essentielle pour améliorer la qualité des soins. La collecte et le traitement automatisés des données peuvent fournir des données plus abondantes sous une forme accessible qui facilite l'analyse comparative et permet de définir plus aisément les moyens d'améliorer la qualité. Plusieurs réussites spectaculaires semblent indiquer qu'associés à des réformes structurelles et à une refonte des systèmes, les programmes de gestion des performances fondés sur des indicateurs, les investissements dans les TIC et l'application de directives cliniques peuvent contribuer à la qualité des soins.

Pour les responsables publics, il s'agit à court terme de définir quelles politiques et réformes institutionnelles et techniques doivent être mises en œuvre pour superviser et améliorer la qualité des soins. À cet égard, le présent chapitre examine plusieurs stratégies appliquées à ce jour dans les pays de l'OCDE. La première section expose d'abord brièvement les concepts fondamentaux concernant la qualité des services de santé, les

différentes sortes d'informations qui peuvent s'avérer utile à cet égard, leurs points forts et leurs points faibles, en s'appuyant sur le Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé. La seconde section examine comment intensifier les efforts en cours par l'utilisation des technologies disponibles. Enfin, les auteurs passent en revue les initiatives récentes dans ce domaine, étudient certains obstacles importants à une adoption plus large des TIC et analysent les enseignements tirés de l'expérience.

Qu'est-ce que la qualité des soins ?

Il existe de nombreuses définitions de la qualité des soins de santé, mais celle de l'IOM est couramment utilisée : « La qualité est la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux particuliers et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats en matière de santé désirés et sont conformes aux jugements professionnels actuels ». Cette définition part de l'hypothèse que la qualité est une notion relative, et qu'il convient, pour la mesurer, de définir si les procédures et les résultats médicaux sont conformes à ce qui pourrait être attendu ou à ce qui est conseillé compte tenu des connaissances et des pratiques scientifiques médicales existants. Ces connaissances étant elles-mêmes en grande partie fondées sur les études conduites sur des groupes de patients, il s'agit en essence de l'application à des individus d'informations collectives obtenues de manière systématique. Il en va de l'évaluation de la qualité des soins dans la pratique médicale comme des travaux dans d'autres domaines scientifiques : elle exige la collecte et l'analyse systématiques des données.

Selon la langue spécialisée du secteur, l'expression *évaluation de la qualité* désigne la procédure neutre consistant à mesurer la qualité ; l'*assurance de la qualité* englobe l'évaluation de la qualité et les dispositions adoptées en vue de respecter une norme préétablie, et l'*amélioration de la qualité* a trait aux mesures qui s'appuient sur les conclusions de l'évaluation pour améliorer les résultats. Les politiques associées à ces trois expressions peuvent servir à remplir différentes fonctions dans le contexte des systèmes de santé : renforcement de la responsabilité (des prestataires envers les patients, les acheteurs et les autorités sanitaires), amélioration des achats (de services de prestataires), élargissement de l'éventail de choix des patients pour des prestataires spécialisés, auto-perfectionnement des prestataires et amélioration de la prise de décision factuelle. Toutes les mesures de la qualité n'étant pas adaptées à toutes les fonctions, il conviendra peut-être de les ajuster à chacune d'elles séparément.

Selon Donabedian (1988), la qualité a trait à la structure, à la procédure et aux résultats de la prestation lorsqu'elle s'applique aux services de soins

et aux systèmes de santé au sens large. Le terme *qualité* peut également couvrir des aspects tels que l'accessibilité, l'utilité, l'acceptabilité, la rapidité et la continuité des soins. Dans un rapport de 2001 qui a fait date, l'IOM a également cité l'efficacité et l'efficacités parmi les six objectifs qualitatifs essentiels d'un système de santé (IOM, 2001). L'amélioration de la qualité peut ainsi largement contribuer à accroître l'efficacité globale des systèmes de santé. Cet article analyse les évaluations de la qualité sous deux angles principaux : l'efficacité et la satisfaction des patients, les mesures de l'efficacité étant destinées à prendre en compte à la fois les résultats en santé souhaités et les résultats négatifs, lesquels sont parfois associés au terme de « sécurité ». Ces informations doivent comprendre l'ensemble des procédures médicales et des résultats de santé et intégrer la notion de temps, à savoir la rapidité avec laquelle les soins sont apportés et les mesures longitudinales (les évolutions dans le temps). Les mesures doivent aussi permettre d'évaluer les soins dans différents contextes, et donc être dynamiques et sans contrainte. Ces mesures doivent répondre à des questions fondamentales : les patients ont-ils bénéficié de toute la gamme des services ou uniquement des services dont ils sont susceptibles de bénéficier ? Les services ont-ils été fournis avec rapidité et efficacité ? Les patients ont-ils obtenu les résultats souhaités à court et à long terme ?

De quelle manière la qualité est-elle mesurée ?

Il existe cinq sources primordiales de données pour évaluer la qualité, dont la collecte est caractérisée par un degré croissant de complexité : les registres nationaux, les informations administratives, les enquêtes démographiques, les enquêtes auprès des patients et les dossiers cliniques (encadré 5.1). Chacune d'elles est utile à la description de certains aspects de la qualité, et certaines ont été utilisées par l'OCDE dans le cadre de son Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé¹. A ce stade, ce programme a défini 19 indicateurs internationaux qui sont régulièrement notifiés. Le tableau 5.1 les regroupe en fonction du type de services et par procédure et résultat. Onze d'entre eux sont tirés des registres nationaux (taux de survie pour le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, taux de mortalité dû à l'asthme, taux d'incidence et de vaccination de la rougeole, de la coqueluche et de l'hépatite B) ; quatre proviennent de données administratives (taux de mortalité de l'infarctus aigu du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux, taux d'admission à l'hôpital de personnes souffrant d'asthme, délais d'attente pour une intervention chirurgicale après une fracture de la hanche), trois dérivent en partie des enquêtes démographiques (taux de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, et taux de tabagisme), et un en partie d'enquêtes concernant les patients (examen rétinien annuel pour les diabétiques)².

Encadré 5.1. Sources de données pour mesurer la qualité

Registres publics

Registres publics de naissance et de décès : les États enregistrent la naissance, le décès et l'état civil de leurs citoyens. et exigent des médecins qu'ils établissent le décès et le signalent aux autorités municipales. Les obsèques sont souvent subordonnées au certificat de décès délivré par le médecin. Il est devenu possible d'effectuer des études épidémiologiques à partir des données enregistrées sur la mortalité quand les registres de décès ont commencé à indiquer systématiquement les causes des décès. Avec la normalisation internationale des causes de décès, les statistiques de mortalité peuvent servir à suivre les causes de décès dans un pays et à en comparer l'évolution avec celles d'autres nations.

Registres de santé publique : la plupart des pays possèdent également des systèmes bien établis de notification des maladies infectieuses. Il est possible d'utiliser ces données pour surveiller la prévalence et l'incidence de certaines maladies que les médecins doivent obligatoirement signaler. Conjuguées aux informations contenues dans les registres de naissance, ces données peuvent également guider les politiques de vaccination. Les registres des naissances et de santé servent à établir les calendriers de vaccination dans les pays qui ont mis en place des programmes nationaux de vaccination.

Il existe des *registres consacrés à des maladies particulières*, mais ils sont moins répandus. Plusieurs pays disposent de registres de cancer qui ont fourni des données pour calculer l'évolution des taux de survie. Les registres de maladies chroniques, comme les registres du diabète, sont plus rares, et souvent locaux ou régionaux. Il existe parfois des registres spécialisés pour certaines procédures, telles les arthroplasties totales de la hanche ou les pontages coronariens et les complications qui peuvent en découler.

Bases de données administratives

Elles contiennent généralement des données démographiques et des informations sur les séjours à l'hôpital, l'état du patient à la sortie (en vie ou pas), les diagnostics principaux et secondaires et les procédures. Ces données proviennent généralement de systèmes informatiques utilisés aux fins de facturation, de remboursement ou d'administration des soins de santé (tel le Uniform Hospital Discharge Set, UHDDS, aux États-Unis). Certaines bases de données contiennent également des informations provenant du secteur ambulatoire et concernant les consultations, les analyses et les médicaments.

Enquêtes démographiques

Les enquêtes démographiques se multiplient et sont de plus en plus utilisées pour évaluer la qualité des soins en posant à la population des questions concernant l'accès aux soins, l'utilisation des services de santé, la consommation de médicaments et les aspects relationnels de la prestation de soins, les résultats fonctionnels et les symptômes. L'OMS

fait appel à ces enquêtes pour évaluer la réactivité des systèmes sanitaires, et le Fonds du Commonwealth, installé à New York, s'en sert pour évaluer des composantes particulières de la qualité des soins dans le temps et dans différents pays, en focalisant parfois son étude sur des groupes précis, comme les personnes âgées.

Enquêtes auprès des patients

Les enquêtes auprès des patients portent sur un échantillon de personnes ayant récemment reçu une catégorie de soins donnée ; elles concernent divers aspects des soins, et font appel à des instruments d'évaluation et de notification normalisés. Ces informations peuvent généralement être consultées sur des sites internet publics. Bien qu'elles soient à la disposition du grand public, les preuves d'un recours actif à ces données par les consommateurs sont rares. Les enquêtes auprès des patients peuvent toutefois constituer un indicateur utile du fonctionnement du système de santé et fournir des informations importantes, sur le fonctionnement du marché des soins par exemple.

Dossiers médicaux

Le dossier médical est l'enregistrement systématique, au fil du temps, des antécédents et des soins médicaux d'un patient. Il comporte des renseignements personnels (nom, date de naissance, etc.) qui sont enregistrés à l'échelon local par un prestataire de soins. Les dossiers médicaux étaient auparavant rédigés sur papier et sur fiches, et étaient conservés dans des dossiers. Aujourd'hui, avec les techniques de l'information, ils peuvent être archivés sous forme électronique et diffusés, en principe, sur toute la chaîne de soins. Le dossier médical électronique est un dossier longitudinal que tiennent tous les spécialistes consultés par le patient ; il comprend les dossiers de soins infirmiers et les dossiers tenus par les professionnels paramédicaux, notamment les informations relatives aux analyses effectuées, aux procédures suivies et aux médicaments prescrits. Dans l'idéal, il constitue un dossier complet qui peut être étudié à toute étape de la prestation des soins, dont la confidentialité est protégée par les mesures nécessaires, sous le contrôle du patient.

Les données et informations contenues dans les dossiers médicaux sont collectées à deux niveaux : à celui du patient, et à celui de la population. A l'échelon du patient, il importe que les informations soient complètes, recueillies en temps opportun, enregistrées de manière sûre et aisément récupérables. A celui de la population, le dossier « idéal » devrait être établi de telle manière que les informations concernant les patients puissent faire l'objet d'un suivi dans le temps et dans différentes bases de données aux fins d'assurance de la qualité - d'où l'intérêt d'un identifiant unique de patient. Cela nécessite également un système normalisé de codage et d'enregistrement des procédures, des analyses, des médicaments utilisés et surtout des résultats (état de santé, fonctionnalité et résultats négatifs). Si quelques progrès ont été accomplis ces dernières années, la mise en place des dossiers de santé électroniques est très lente.

Tableau 5.1. Présentation générale des indicateurs utilisés dans le cadre du Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé

<i>Résultat</i>	<i>Procédure</i>
Traitement des affections aiguës	
Taux de mortalité de l'infarctus aigu du myocarde à l'hôpital	Délais pour une intervention après fracture de la hanche pour les personnes âgées de plus de 65 ans
Taux de mortalité de l'accident hémorragique cérébral et de l'accident ischémique cérébral à l'hôpital	
Traitement du cancer	
Taux de survie du cancer colorectal	Dépistage mammographique
Taux de survie du cancer du sein	Dépistage du cancer du col de l'utérus
Taux de survie du cancer du col de l'utérus	
Traitement des maladies chroniques	
Taux d'admission hospitalière pour asthme (personnes âgées de plus de 18 ans)	Examen rétinien annuel des diabétiques
Taux de mortalité dû à l'asthme (personnes âgées de 5 à 39 ans)	
Prévention des maladies transmissibles	
Incidence de la rougeole	Vaccination contre la rougeole
Incidence de la coqueluche	Vaccination contre la coqueluche, la diphtérie et le tétanos
Incidence de l'hépatite B	Vaccination contre l'hépatite B
	Vaccination contre la grippe (personnes âgées de plus de 65 ans)
Divers	
Taux de tabagisme	

À quels problèmes se heurtent les comparaisons internationales ?

Si elles sont généralement utiles pour suivre l'évolution de la situation dans les pays au fil du temps, les données provenant de ces sources sont moins fiables pour établir des comparaisons entre pays. Cela tient à plusieurs raisons. Premièrement, compte tenu des différentes définitions employées, les comparaisons internationales peuvent se révéler problématiques, sinon impossibles. A titre d'exemple, les données administratives et les données de registres ne reposent pas toujours sur le même système de classification. Si les données concernant les diagnostics ou la morbidité se fondent dans de nombreux pays sur la Classification

internationale des maladies (CIM-9 et CIM-10), plusieurs pays utilisent encore la Classification internationale des interventions en santé et la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de manière systématique sur l'ensemble du système de santé. Les problèmes de codage sont particulièrement sérieux dans le cas des registres associés à des maladies telles que le cancer et le diabète. Bien que les définitions employées dans ces registres soient régies par une norme internationale, celle-ci est appliquée de façon irrégulière, et les détails ou informations utiles sont souvent absents (le stade d'avancement de la maladie dans le diagnostic des cancers par exemple), ce qui limite leur utilité pour construire des indicateurs ajustés comparables de la qualité. De même, tous les pays ne codent pas systématiquement et de manière comparable les co-morbidités dans les registres nationaux de décès. Dans ce contexte, les bases de données administratives ont pour principaux défauts l'inexactitude actuelle du codage, l'absence de codage spécifique (co-morbidités ou complications par exemple), et le manque d'informations quant à la gravité de l'état pathologique.

Deuxièmement, dans le cas des enquêtes démographiques, les déclarations des patients en ce qui concerne les observations cliniques ou les procédures techniques présentent des inexactitudes (Fowler, 2002). Ces enquêtes risquent donc d'être moins précises que les données des registres nationaux portant sur des maladies spécifiques. Ainsi, dans certains pays, les taux de dépistage du cancer sont estimés d'après ce type d'enquête, alors qu'ils pourraient être plus précis s'ils utilisaient des données tirées de programmes de dépistage nationaux. Troisièmement, les enquêtes conduites auprès des patients, à l'instar des enquêtes démographiques, présentent des problèmes de biais de sélection et de biais de rappel, et la méthode suivie peut varier selon les pays. Aux États-Unis, on a fait appel à la méthode *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS) pour mesurer la satisfaction des patients ; au Royaume-Uni et dans quelques pays européens, c'est celle du Picker Institute qui a été appliquée. Par ailleurs, l'exactitude des déclarations des patients sur les observations cliniques et les procédures techniques soulève des doutes (Fowler, 2002).

Enfin, si les dossiers médicaux électroniques offrent les meilleures chances d'améliorer l'évaluation de la qualité clinique à l'avenir, ils sont encore souvent incomplets. Les données ne sont généralement disponibles que sous forme agrégée et sont tirées des dossiers médicaux de groupes de patients. Elles portent sur des éléments spécifiques : maladies, diagnostics (l'ensemble des diabétiques par exemple) ou recommandations pour analyses ou procédures ou prescriptions de médicaments (dosages de HbA1C chez les diabétiques, pourcentage de diabétiques utilisant de l'insuline) et, surtout, réactions négatives et autres résultats des soins

(pourcentage de diabétiques souffrant de complications visuelles, rénales et du pied). Cette approche se fonde sur l'hypothèse selon laquelle les diagnostics, les résultats des analyses, les procédures et les résultats font l'objet d'un enregistrement normalisé, ce qui n'est pas toujours le cas.

Améliorer l'évaluation de la qualité des soins de santé et le rôle des TIC

L'analyse comparative peut constituer un moyen efficace d'encourager le changement et l'amélioration continue. En particulier, les comparaisons internationales peuvent aider les responsables de la politique de la santé à déterminer les causes de la qualité insuffisante des soins médicaux et à mettre en lumière des mesures susceptibles d'y remédier. Cependant, l'évaluation de la qualité se heurte encore à d'énormes difficultés. Bien qu'il existe davantage d'indicateurs, les problèmes de comparabilité et de qualité des données persistent. Pour progresser dans ce domaine, il faudra réformer l'organisation et la structure des systèmes d'information sur la santé et la façon dont les données sont recueillies.

Il est notamment essentiel de déterminer comment tirer le meilleur parti des données administratives. Comme précédemment indiqué, de nombreuses questions se posent quant à l'exactitude et à l'exhaustivité des bases de données administratives, étant donné les différences de codage, l'absence de spécificité et le manque d'informations sur la gravité de l'état pathologique sous-jacent. Qui plus est, les dossiers administratifs contiennent peu d'informations cliniques susceptibles d'éclairer l'évaluation de la qualité. Ils ne peuvent faire la lumière sur la qualité relationnelle des soins, évaluer la qualité technique des procédures de soins, déterminer la plupart des erreurs d'omission et de commission, ou évaluer la pertinence des soins.

Divers efforts ont été déployés ces dernières années pour intégrer dans les bases de données administratives davantage d'informations cliniques utiles. Ainsi, la mesure de la qualité serait améliorée si les données sur les taux de létalité pouvaient être ajustées en fonction des cas (d'après des données de référence cliniques), et si les taux de létalité hospitalière pouvaient être comparés aux taux dégagés des statistiques nationales de mortalité.

Pour réaliser ces améliorations, il faudra relier entre elles diverses bases de données. Compte tenu de l'évolution rapide des technologies de l'information, cette démarche est techniquement réalisable. Comme on le voit dans les paragraphes suivants, de nombreux efforts déterminants pour l'avenir sont actuellement déployés, dont en particulier l'instauration du dossier médical électronique et de l'identifiant unique du patient. Pour des raisons de confidentialité, l'adoption de cet identifiant continue de susciter

de vifs débats dans de nombreux pays, bien que, de l'avis général, ces liens soient essentiels pour construire des indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins. Les pays qui ont adopté l'identifiant unique du patient, comme les pays scandinaves, disposent de capacités de mesure de la qualité nettement plus développées. La définition, le contenu et la couverture des données administratives devraient donc connaître une évolution considérable au cours des prochaines années. L'amélioration de l'enregistrement des données et la multiplication des moyens de relier les dossiers médicaux aux registres et bases de données administratives devraient sensiblement augmenter les possibilités de mesurer la qualité des soins.

Dans ce contexte, le Comité de la santé de l'OCDE a entériné l'avis formulé par le Groupe d'experts chargé du projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, qui préconise d'encourager l'adoption de l'identifiant unique du patient et le codage des co-morbidités et diagnostics à l'hôpital ou dans les maisons médicalisées. Par la suite, un accord sur les normes relatives aux diagnostics, aux procédures et à d'autres informations cliniques non numériques sera cependant nécessaire pour préserver la comparabilité internationale.

Obstacles généraux à l'introduction des TIC

Les TIC devraient être un instrument essentiel de l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité, étant donné leur capacité de simplifier la collecte des données ainsi que la gestion et la manipulation de gros fichiers. Or, leur diffusion dans le système de santé est à ce stade limitée par rapport à d'autres secteurs d'activité dans les pays membres de l'OCDE. Par ailleurs, l'adoption des TIC n'est pas homogène sur le marché des soins.

A l'heure actuelle, c'est dans les domaines financiers et administratifs que l'on trouve les applications de TIC les plus développées. Les programmes informatiques permettant d'améliorer le fonctionnement des hôpitaux, tels que les systèmes comptables, le traitement des demandes ou l'archivage des données, existent depuis le début des années 60. La transmission numérique des résultats de laboratoire et de radiologie est également bien établie dans de nombreux pays. En comparaison, l'adoption d'applications destinées à améliorer la qualité et la rapidité des soins a progressé lentement. Ce sont les questions de coût et de fonctionnement, telles la gestion de la masse salariale, et la quête de gains de productivité, plutôt que les besoins cliniques, qui ont motivé la plupart des investissements dans les TIC dans le secteur de la santé. L'hôpital de proximité type, et même quelques grands centres médicaux, ne disposent pas des dernières technologies de l'information destinés à améliorer l'efficacité des soins et le flux des patients, à éclairer les décisions cliniques, à réduire le

nombre d'erreurs médicales et à renforcer la communication entre prestataires, et entre prestataires et patients (IOM, 2006).

De nombreuses études ont récemment été publiées qui examinent les obstacles possibles à l'adoption des TIC dans les systèmes de santé (voir par exemple Taylor *et al.*, 2005 ; et Scott *et al.*, 2005). L'incertitude quant aux coûts réels, aux avantages et aux résultats associés à ces technologies figure parmi les principaux obstacles. Ces systèmes sont coûteux et les investissements considérables, tant dans la phase initiale que par la suite. Si le risque financier varie en fonction du niveau et de l'ampleur de l'investissement réalisé, il n'est pas toujours possible d'avancer des arguments convaincants quant au retour sur investissement. L'absence de lien entre ceux qui investissent dans les TIC et ceux qui en profitent pose un problème particulier. Au stade actuel, les analyses appellent l'attention sur les défaillances du marché et sur la nécessité d'instaurer un mécanisme d'incitations ou de réformer les mesures réglementaires.

Outre le risque financier, il existe d'importants risques sociaux et comportementaux. La diversité des intervenants dans le secteur de la santé et la fragmentation des systèmes de santé pèsent lourd dans le niveau d'adoption décevant des TIC. Les soins sont souvent délivrés par divers médecins et autres prestataires indépendants qui travaillent dans des cadres très variés. Pour optimiser les possibilités qu'offrent les systèmes informatiques modernes, il faudrait une refonte des systèmes de santé et une évolution des modèles d'organisation vers des approches globales des soins de santé et un libre partage des informations, des connaissances et de l'expérience. Ces évolutions se heurtent toutefois à des obstacles institutionnels, financiers et culturels considérables. A l'échelon local, il n'existe pas de bonus financier récompensant l'amélioration des échanges d'informations cliniques entre des organismes de soins qui collaborent régulièrement dans la prestation de soins à une clientèle commune de patients.

Il faut également établir des mécanismes appropriés pour l'adoption de normes et l'interopérabilité afin de pouvoir échanger des informations cliniques concernant des patients communs aux fins de traitement (Ash et Bates, 2005). Si les organismes de soins ont accès à un nombre toujours croissant de produits informatiques, leur interconnexion continue de poser un grave problème. Étant donné la diversité des méthodes exclusives, variables selon les fournisseurs et souvent nouvelles, la tâche consistant à normaliser la saisie des informations demeure colossale, malgré les efforts récemment déployés dans les secteurs public et privé (Waegemann *et al.*, 2002).

L'utilisation des TIC à des fins d'amélioration de la qualité : perspectives

Les systèmes d'évaluation et de notification de la qualité peuvent produire des données à des fins de comptabilité ou de recherche médicale, mais ils peuvent aussi être employés de multiples manières à l'appui d'une amélioration directe des résultats. Ainsi, la diffusion publique des résultats se généralise dans plusieurs pays de l'OCDE. Une autre approche testée dans les secteurs public et privé consiste à associer la rémunération des prestataires à un jeu standard d'indicateurs qualitatifs de la performance. L'établissement d'un lien entre la rémunération et les aspects qui appellent une amélioration et constituent des mesures crédibles de la qualité s'est avéré particulièrement efficace dans le secteur des soins primaires car il n'est pas facile de convaincre les médecins généralistes de procéder à des changements tant que des données ne leur sont pas soumises qui leur permettent de constater de visu l'écart entre les pratiques optimales et les soins médicaux effectivement délivrés dans leur cabinet.

Les programmes qui ont adopté la « méthode de rémunération selon la performance » comportent généralement des objectifs de qualité consistant à appliquer des mesures préventives et fondées sur des procédures pour diverses affections chroniques. Ces objectifs ont été fixés en considération des excellents résultats sanitaires obtenus par certains types de traitement préventif et de la forte concentration des dépenses chez les personnes atteintes d'affections chroniques (Khunti *et al.*, 2007). Bien qu'aucune étude officielle n'ait encore clairement répondu à cette question, les premiers résultats des programmes de cette nature conduits aux États-Unis et au Royaume-Uni indiquent que les politiques de paiement associées à des indicateurs de qualité peuvent fortement influencer la façon dont les prestataires institutionnels (hôpitaux, systèmes de santé) et privés (médecins et autres professionnels de la santé) délivrent les soins.

Le système de rémunération selon la performance n'est pas un concept nouveau dans le domaine de la santé. Il y a bien plus de vingt ans que les organismes de gestion des soins et d'autres organismes payeurs offrent aux prestataires des incitations financières pour qu'ils remplissent des objectifs de productivité et de rentabilité (Conrad et Christianson, 2004). Cependant, la vague récente des programmes de rémunération selon la performance donne la priorité, et parfois l'exclusivité, à la qualité des soins. Cette démarche découle de l'idée selon laquelle l'amélioration de la qualité clinique entraînera une amélioration de la santé des patients, et que celle-ci se traduira à la longue par des économies.

Les systèmes de rémunération selon la performance ont pour caractéristique de pouvoir évaluer de manière fiable la performance d'un

prestataire et la qualité des soins. En conséquence, la validité des données utilisées à cette fin est un souci majeur pour les prestataires qui y participent (Bokhour *et al.*, 2006). Par ailleurs, les obligations en matière de notification mobilisent parfois beaucoup de main d'œuvre et de temps, et requièrent des compétences pour analyser les données, établir des hypothèses quant aux causes et définir des stratégies d'amélioration. La plupart des cabinets médicaux ne disposent pas de ces systèmes et de ces compétences. La seule instauration d'incitations financières ne pourra donc combler le gouffre de la qualité ; les programmes doivent simultanément mettre en place l'infrastructure auxiliaire et les capacités nouvelles qui permettront de procéder en permanence à des améliorations. De ce fait, la plupart des systèmes de rémunération selon la performance en vigueur établissent un lien direct entre les incitations et l'adoption et l'utilisation des TIC, telles que les prescriptions électroniques sur les lieux de soins ou les dossiers médicaux électroniques (DME). Une infrastructure de TIC de haute qualité peut renforcer les capacités de collecte d'informations des médecins et encourager la saisie électronique de données de laboratoire, pharmaceutiques, et d'autres sources nécessaires pour faire évoluer l'ensemble des évaluations cliniques établies à partir de mesures essentiellement fondées sur les procédures vers des évaluation de résultats.

Dans de cadre des travaux qu'elle a récemment consacrés aux incitations à l'adoption des TIC dans le secteur de la santé, l'OCDE a entamé un examen des dispositifs les plus réputés de rémunération selon la performance, notamment celui de l'*Integrated Healthcare Association* (IHA), en Californie, et du cadre national de contrôle de la qualité et des résultats (QOF) au Royaume-Uni (encadré 5.2). Des programmes similaires ont té mis en place et sont testés, dans les secteurs public et privé, dans de nombreux pays de l'OCDE. L'Australie a ainsi établi le *Practice Incentive Program* (PIP) pour rémunérer les médecins à l'acte. Ce programme insiste sur les aspects qui améliorent la qualité des soins dans le secteur de la médecine générale. Le PIP a récemment été élargi de manière à intégrer des incitations à l'utilisation volontaire de logiciels de prescription électronique et/ou d'un ordinateur sur site pour envoyer et recevoir des informations cliniques. Au Canada, le *Physician Office System Programme* a été mis en place dans la Province d'Alberta en 2004. Il fournit aux médecins généralistes une assistance financière, une aide à la gestion des modifications et des programmes de formation pour favoriser l'adoption des TIC aux fins d'amélioration de la qualité des soins primaires. Un programme analogue a été récemment lancé en Colombie britannique.

Le programme britannique QOF a soulevé un intérêt considérable au plan international car il constitue à la fois un programme de rémunération à

la performance et de rémunération à l'acte. Il offre l'un des exemples les plus explicites de la manière dont il est possible de mettre en place des incitations pour évaluer comme pour améliorer la qualité. Indiscutablement, la grande qualité de l'infrastructure des TIC et l'informatisation Le QOF est mesuré par le QMAS (*Quality Management and Analysis System*), un système informatique national mis au point par le programme *Connecting for Health* (CfH) du *National Health Service* (NHS). Le QMAS garantit l'uniformité des calculs de la qualité des prestations et de la prévalence des maladies, et il est relié aux systèmes de paiement. Les données utilisées pour calculer les indicateurs de la qualité clinique sont extraites des systèmes cliniques de chaque médecin généraliste et envoyées automatiquement au QMAS une fois par mois. Les informations sont agrégées au niveau des cabinets médicaux.

Encadré 5.2. Le cadre national de contrôle de la qualité et des résultats du Royaume-Uni

Le Quality and Outcomes Framework (QOF) a été instauré au Royaume-Uni le 1er avril 2004 dans le cadre du nouveau contrat de services médicaux généraux (General Medical Services, ou GMS). Il s'agit d'un programme annuel facultatif de récompenses et d'incitations proposé à tous les cabinets de médecine généraliste du pays.

Le QOF comporte quatre domaines, chacun d'eux étant constitué d'un ensemble de mesures (les « indicateurs ») en fonction desquelles les cabinets peuvent cumuler des points selon le niveau de leur prestation :

- *Domaine clinique* : 80 indicateurs couvrant 19 champs cliniques (maladies coronariennes, insuffisance cardiaque, hypertension par exemple) ;
- *Domaine administratif* : 43 indicateurs couvrant cinq domaines administratifs : dossiers et informations, informations aux patients, enseignement et formation, gestion de cabinet et gestion pharmaceutique ;
- *Satisfaction des patients* : quatre indicateurs portant sur la longueur des consultations et sur les enquêtes conduites auprès des patients ;
- *Services complémentaires* : huit indicateurs couvrant quatre types de services : dépistage du cancer du col utérin, surveillance de la santé des enfants, services prénatals et services de contraception.

En 2004-05, les résultats des médecins ont été évalués par rapport à 146 indicateurs, dont plus de 50 % portaient sur la qualité clinique. À chaque point obtenu était associé un bonus financier, ce qui permettait aux médecins généralistes de percevoir une rémunération supplémentaire représentant jusqu'à 30 % de leur salaire, soit une hausse de 20 % du budget du NHS alloué aux généralistes.

Après une année d'application, le QOF semble avoir fait évoluer la qualité des soins délivrés aux patients dans deux des trois domaines qui avaient été contrôlés avant et après l'instauration des incitations (asthme et diabète). Les résultats enregistrés en 2004 montrent que la performance des généralistes a sensiblement dépassé les prévisions, et qu'ils ont en moyenne respecté à 91 % les orientations cliniques. Ce résultat est peut-être aussi en partie imputable aux nombreuses interventions qui ont précédé le QOF, telles l'élaboration de directives nationales pour les principales maladies, la procédure appelée « gouvernance clinique », et une procédure d'inspection nationale*.

Le QOF a également considérablement influé sur l'enregistrement des indicateurs de qualité et des ordonnances associés aux maladies coronariennes (augmentation moyenne absolue de 17.1 %). A l'inverse, les résultats des contrôles du cholestérol et de la tension artérielle n'ont marqué qu'une amélioration modérée chez les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral. Il semblerait en outre que les disparités liées au sexe et aux revenus aient persisté dans certains domaines, l'enregistrement des indicateurs de qualité affichant par exemple une augmentation plus sensible chez les patients aisés (McGovern *et al.*, 2008 ; Simpson *et al.*, 2006).

Il est probablement encore trop tôt pour porter un jugement sur les résultats définitifs du QOF. Une période d'étude plus longue pourrait être nécessaire pour détecter des améliorations substantielles dans toutes les couches de la population, en particulier les plus démunies, qui sont peut-être moins disposées à consulter.

Des études plus récentes continuent toutefois d'établir les améliorations apportées à la qualité des soins primaires au Royaume-Uni (Khunti *et al.*, 2007) même si, comme précédemment indiqué, aucune ne peut mesurer comme il convient l'importance relative des incitations du QOF par rapport à d'autres mesures d'amélioration de la qualité.

A plus long terme, le nouveau contrat semble propre à modifier le comportement des médecins généralistes, comme l'ont montré d'autres programmes similaires mis en œuvre aux États-Unis (Beaulieu *et al.*, 2005). Néanmoins, étant donné le coût budgétaire important du nouveau cadre contractuel, les pays qui envisagent d'instaurer des systèmes analogues devraient soigneusement évaluer les besoins en matière d'informations.

* Il y a eu certaines controverses quant à l'utilité et au coût du programme, certains estimant que de nombreux médecins s'efforçaient sans doute d'améliorer la qualité des soins dans tous les cas. Compte tenu des rares indicateurs permettant d'évaluer systématiquement la performance des généralistes avant l'instauration du nouveau contrat, il était impossible d'en juger par avance.

Le QMAS ne comporte pas de données individuelles sur les patients. Il peut par exemple saisir l'ensemble des informations relatives aux patients souffrant de maladies coronariennes ou celles concernant les diabétiques au niveau du cabinet, mais ne permet pas de dégager, d'analyser ou de croiser les données des patients atteints de ces deux maladies. Le cabinet entre directement les indicateurs relatifs à l'organisation, à l'accès, à la satisfaction des patients et aux services complémentaires dans le QMAS par l'intermédiaire d'un navigateur internet relié au NHSnet.

Le QMAS n'est pas une source exhaustive d'informations sur la qualité des soins dans les cabinets généralistes. Dans le domaine clinique, le QOF ne couvre que les affections qui touchent un nombre minoritaire de patients, et seulement certains aspects des soins délivrés à ces derniers. Il fournit cependant des informations cliniques précieuses sur ces affections, à une échelle précédemment inenvisageable, et produira à la longue des données de référence à partir desquelles on pourra évaluer les améliorations futures en matière de prestation des soins. Il peut aussi compléter d'autres programmes de collecte de données en cours dans les cabinets généralistes.

Interconnecter les données de différents contextes : principaux défis

La collecte électronique des données peut faciliter la prestation de soins et l'évaluation de la performance du prestataire, mais aussi rehausser l'efficacité des études portant sur la surveillance, la population et les résultats. L'existence de données électroniques réduit le temps à la collecte de données secondaires à partir des dossiers des patients, et permet donc d'analyser des échantillons plus importants. En outre, les TIC devraient également, en principe, permettre de recueillir des données plus complètes et précises grâce à l'interconnexion longitudinale des données de santé individuelles provenant de différentes sources et de contextes divers. Ce croisement de données permettrait par exemple d'identifier des facteurs, tels les taux de réadmission à l'hôpital, susceptibles de mettre en relief des problèmes particuliers de santé ou de qualité.

Le passage du dossier papier à la notification électronique se heurte à plusieurs difficultés. Les détails nécessaires à la réalisation d'études démographiques sont souvent absents des dossiers papier. Les médecins sont par ailleurs peu incités à ajouter des informations complémentaires à ces dossiers. Qui plus est, quand de telles informations sont saisies, c'est souvent de manière non systématique.

La notification électronique est encore entravée par le manque d'interopérabilité, c'est-à-dire l'aptitude des systèmes à échanger des informations de manière précise et efficace. On observe des lacunes dans plusieurs domaines, notamment le vocabulaire médical, les identifiants communs, le codage et l'échange de données. Ainsi, même lorsqu'elles sont automatisées, les données sont généralement compartimentées selon la structure des anciens systèmes, des cloisonnements administratifs ou d'autres séparations. Les difficultés essentielles à l'intégration des données tiennent à la disparité des besoins en informations sur les usagers et à celle des sources (support papier et électronique) où les données sont actuellement conservées.

La sécurité et la confidentialité des données personnelles constituent le principal obstacle à la diffusion des applications de TIC. Les décisions concernant la façon dont les organismes de santé gèreront leurs systèmes d'informations numériques peuvent profondément influencer sur le processus d'adoption des TIC dans le domaine de la santé.

Il existe plusieurs solutions techniques pour protéger les patients. Aux Pays-Bas, par exemple, les patients peuvent opposer un refus total à l'échange électronique des informations relatives à leur santé (auquel cas celles-ci ne sont enregistrées nulle part et ne peuvent être consultées en cas d'urgence). Ils peuvent également demander au prestataire de dissimuler ou de masquer certaines données, en suspendant leur autorisation ou en demandant à ce que certaines informations soient masquées ou dissimulées à l'échelon local. Ils peuvent masquer ou limiter l'accès à leur dossier par élément de données, par usager ou catégorie d'usager, et par contexte. Dans la province canadienne de Colombie britannique, comme analysé plus en détail dans l'encadré 5.3, les particuliers peuvent masquer la totalité de leurs antécédents médicamenteux en demandant au pharmacien d'associer un mot-clé à leur dossier. La difficulté majeure consiste donc pour les responsables publics à créer une interface fluide entre les mesures visant à protéger la confidentialité, les dispositions légales et les spécifications technologiques.

La finalité et l'ampleur de la protection de la vie privée doivent être claires ; des politiques floues peuvent avoir des conséquences néfastes. Les organismes de santé ont certes fortement intérêt à assurer la confidentialité et la sécurité des données, mais doivent aussi mettre cet intérêt en balance avec la nécessité de pouvoir récupérer facilement ces informations en cas de besoin.

Le coût d'application de certains systèmes de protection de la confidentialité a fait l'objet de critiques (McCarthy *et al.*, 1999), de même que leurs retombées potentielles sur les programmes de gestion thérapeutique financés par les employeurs (Washington Business Group on Health, 1999), la famille des patients (Pimley, 1999) et la recherche médicale (Vukadinovich, 1999). Les lois relatives à la confidentialité des informations concernant les patients risquent de limiter l'accès aux données sur la qualité nécessaires à la conduite d'évaluations formelles d'applications de TIC éventuellement avantageuses (Love et Sullivan, 2004), ce qui pourrait à son tour influencer sur l'efficacité technique et clinique du système en question.

Systèmes d'information pharmaceutique : PharmaNet en Colombie britannique (Canada)

Les problèmes d'interconnexion dont il a précédemment été question peuvent être en partie résolus par la mise en place, dès les phases initiales, d'une architecture intégrée d'information sur la santé.

La *Linked Health Database*, hébergée par le *Centre for Health Services and Policy Research* en Colombie britannique, en offre un bon exemple. Cette base de données compte parmi les sources de données les plus riches au monde pour les services de santé appliqués et les études sur la santé de la population. Elle couvre la totalité de la population de la Colombie britannique, soit plus de 4 millions de personnes. Les données comportent les demandes de remboursement, les dossiers des services de santé, les données sur la santé de la population et les statistiques de recensement, ce qui permet de relier de manière anonyme les dossiers administratifs à l'échelon des particuliers. Les chercheurs peuvent ainsi suivre l'évolution d'un groupe d'individus dans le temps et dans les différents programmes de santé. L'archivage des données pharmaceutiques a cependant été limité jusqu'à présent.

Le lien de cette base de données avec PharmaNet (encadré 5.3) permettra prochainement de conduire des études dans des domaines essentiels de la politique pharmaceutique, et d'améliorer la collecte, sur l'ensemble du système, de schémas d'utilisation des médicaments dans les populations de la province.

Il sera peut-être aussi utilisé pour comprendre les dynamiques qui influencent les dépenses pharmaceutiques, et de gérer ainsi le financement pharmaceutique de manière plus efficiente et équitable. Grâce à lui, on pourra en outre examiner – sur une base factuelle, au niveau de la province – de quelle manière la population réagit à des périodes d'évolution rapide du système de santé, ou de la façon dont elle est touchée par les modifications apportées à la politique de tarification des produits pharmaceutiques.

Encadré 5.3. Systèmes d'informations pharmaceutiques : perspectives

Face à la progression insoutenable des dépenses pharmaceutiques dans les années 80 et au début des années 90, BC PharmaCare – le régime d'assurance médicaments de la Colombie britannique – a lancé une initiative concertée pour améliorer la gestion des dépenses pharmaceutiques (Morgan *et al.*, 2004). C'est ainsi qu'en 1994, le ministère de la Santé de la Colombie britannique a établi l'Initiative thérapeutique (IT) – un organisme consultatif universitaire constitué de chercheurs et de professionnels de la santé – pour l'assister dans les décisions associées au remboursement des médicaments. Un système d'informations appelé PharmaNet a été mis en place en septembre 1995, qui couvre aujourd'hui toute la province ; il relie plus de 900 pharmacies à un réseau central de systèmes informatiques sur lesquels plus de 3 700 pharmaciens de la province* s'appuient pour délivrer les médicaments, et pour assurer le suivi des médicaments et le traitement des demandes de remboursement. A l'heure actuelle, tous les médicaments prescrits sur ordonnance délivrés par les pharmacies de la province doivent être enregistrés sur le réseau PharmaNet.

PharmaNet renferme les informations suivantes :

- Profil pharmaceutique du patient, à savoir tous les médicaments qui lui ont été délivrés, les allergies médicamenteuses signalées et son état clinique ;
- Les informations personnelles du patient : numéro de sa carte-santé, nom, adresse, sexe et date de naissance ;
- Des informations concernant le médicament destinées aux pharmaciens, aux patients, et une évaluation des interactions médicamenteuses ; et
- Les demandes d'information relatives au remboursement, y compris admissibilité, couverture et franchises.

Les quatre objectifs principaux de PharmaNet sont les suivants : 1) prévenir la prescription de combinaisons nocives de médicaments ; 2) améliorer le rapport coût-efficacité ; 3) empêcher les consommateurs de médicaments sur ordonnance de consulter plusieurs médecins ; 4) assurer un accès rapide, interactif aux informations concernant le patient et à son numéro de carte-santé.

Une place considérable a été faite à la confidentialité des données. Les usagers de PharmaNet signent des accords de confidentialité avant d'obtenir l'accès au réseau et fournissent des identifiants uniques lorsqu'ils se connectent au système. Les patients peuvent associer un mot-clé à leur profil de manière à masquer les informations, et peuvent également limiter l'accès aux personnes mêmes qui connaissent ce mot-clé.

* PharmaNet traite plus de 38 millions de demandes de remboursement chaque année, pour un montant total prévu de plus de 1.13 milliard de CAD en 2007-08.

Conclusion

Les exemples présentés ici illustrent la possibilité qu'offrent les TIC de contribuer à l'évaluation et à l'amélioration active de la qualité, ce qui peut renforcer l'efficacité des dépenses de santé. L'informatisation, les identifiants uniques de patients et l'interconnexion des bases de données peuvent permettre de suivre les itinéraires complexes des patients dans les systèmes de santé et recenser les domaines où les performances du système peuvent être améliorées, tant en termes de coûts que de résultats cliniques.

Les dossiers électroniques offrent de nombreuses possibilités, notamment celle d'évaluer les interventions médicales et leur qualité au niveau des cabinets. Néanmoins, comme l'a également confirmé une étude récente du Fonds du Commonwealth (Fowles *et al.*, 2008), il convient de choisir les indicateurs avec le plus grand soin, et d'identifier les domaines dans lesquels les données risquent d'être insuffisantes. La qualité actuelle des informations contenues dans ces dossiers impose des limites à ce qui est réalisable. Les mesures qui traduisent les indicateurs établis de la qualité sont peut-être les plus faciles à transférer dans les dossiers de santé électroniques. Elles s'accompagnent généralement de spécifications clairement définies. En outre, comme le montre l'exemple du QOF, les programmes visant à améliorer la collecte de données au niveau des cabinets ne porteront probablement leurs fruits que si les incitations et les avantages pour les généralistes et leurs patients en sont clairement établis.

L'interconnexion des bases de données à partir des identifiants uniques de patients est susceptible de faire énormément progresser la recherche sur les soins de santé et les soins cliniques. Mais l'augmentation du nombre d'informations va de pair avec celle des problèmes de confidentialité des données. Les techniques telles que le cryptage offrent aujourd'hui la possibilité de protéger l'identité des patients et des médecins, mais les politiques de confidentialité doivent cependant être clairement établies et garantir au public que les informations personnelles ne tomberont pas en de mauvaises mains.

Notes

1. Des travaux sont en cours pour établir un nouvel ensemble de données comparables au plan international, notamment des indicateurs sur la sécurité des patients, les soins de santé mentale et les soins primaires fondés dans une large mesure sur les bases de données administratives.
2. Les taux de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus sont souvent évalués dans le cadre d'enquêtes, surtout dans les pays où il n'existe pas de programme national de dépistage. Les taux de tabagisme sont également établis au travers d'enquêtes démographiques, souvent conjuguées à d'autres méthodes pour valider les données déclaratives.

Bibliographie

- Ash, J.S. et D.W. Bates (2005), « Factors and Forces Impacting EHR System Adoption: Report of a 2004 ACMI Discussion », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 12, n° 1, pp. 8–12.
- Beaulieu, N.D. et D.R. Horrigan (2005), « Putting Smart Money to Work for Quality Improvement », *Health Services Research*, vol. 40, n° 5, Pt. 1, pp. 1318–1334.
- Bokhour, B.G. *et al.* (2006), « Incentive Implementation in Physician Practices: A Qualitative Study of Practice Executive Perspectives on Pay for Performance », *Medical Care Research and Review*, vol. 63, n° 1, supplément, pp. 73S-95S.
- Conrad, D.A. et J. B. Christianson (2004), « Penetrating the ‘Black Box’: Financial Incentives for Enhancing the Quality of Physician Services », *Medical Care Research and Review*, vol. 61, n° 3, pp. 37S-68S.
- Fowler, F.J. (2002), *Survey Research Methods* (3rd ed.). Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Fowles, J.B., J.P. Weiner et K.S. Chan (2008), *Performance Measures Using Electronic Health Records: Five Case Studies*, The Commonwealth Fund, New York.
- Donabedian, A. (1988), « The Quality of Care. How Can It Be Assessed? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 260, n° 12, pp. 1743-1748.
- Fisher, Elliott S. et John E. Wennberg (2003), « Health Care Quality, Geographic Variations, and the Challenge of Supply-Sensitive Care », *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 46, n° 1, pp. 69-79.
- Institute of Medicine (2000), *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press, Washington, DC.
- Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press, Washington, DC.

- Institute of Medicine (2006), *Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point*. National Academy Press, Washington, DC.
- Khunti, K. *et al.* (2007), « Quality of Diabetes Care in the UK: Comparison of Published Quality-of-Care Reports with Results of the Quality and Outcomes Framework for Diabetes », *Diabetic Medicine*, vol. 24, n° 12, pp. 1436-1441.
- Lazarou, J., B.H. Pomeranz et P.N. Corey (1998), « Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients: A Meta-Analysis of Prospective Studies », *Journal of the American Medical Association* vol. 279, n° 15, pp. 1200-1205.
- Love, T. et F. Sullivan (2004), « Confidentiality, Clinical Governance and Research in the Community », *Informatics in Primary Care*, vol. 12, n° 1, pp. 1-2.
- McCarthy, D.B. *et al.* (1999), « Medical Records and Privacy: Empirical Effects of Legislation », *Health Services Research*, vol. 34, n° 1, Pt. 2, pp. 417-25.
- McGlynn, E.A. *et al.* (2003), « The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 16, pp. 2635-2645.
- McGovern, M.P. *et al.* (2008), « The Effect of the UK Incentive Based Contract on the Management of Patients with Coronary Heart Disease in Primary Care », *Family Practice*, vol. 25, n° 1, pp 33-39.
- Morgan, S., K., Basset et B. Mintzes (2004), « Outcomes-Based Drug Coverage in British Columbia », *Health Affairs*, vol. 23, n° 3, pp. 269-276.
- OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé performants*. OECD, Paris.
- Pimley, D. (1999), « Maine Experience Shows Potential Snag as Public Grapples with Patient Privacy », *BNA Health Law Reporter*, vol. 8, n° 5.
- Pirmohamed, M. *et al.* (2004), « Adverse Drug Reactions as Cause of Admissions to Hospitals: Prospective Analysis of 18,820 Patients », *British Medical Journal*, vol. 329, pp. 15-19.
- Scott, J.T. *et al.* (2005), « Kaiser Permanente's Experience of Implementing an Electronic Medical Record: A Qualitative Study », *British Medical Journal*, vol. 331, pp. 1313-1316.
- Schuster, M. E., Elizabeth A. McGlynn et Robert H. Brook (1998), « How Good Is the Quality of Health Care in the United States? », *The Milbank Quarterly*, vol. 76, n° 4, pp. 517-563.

- Simpson, C.R. *et al.* (2006), « Effect of the UK Incentive-Based Contract on the Management of Patients with Stroke in Primary Care », *Stroke*, vol. 37, n° 9, pp. 2354-2360.
- Taylor, R. *et al.* (2005), « Promoting Health Information Technology: Is There a Case for More Aggressive Government Action? », *Health Affairs*, vol. 24, n° 5, pp. 1234-1245.
- Vukadinovich, D.M. et S.S. Coughlin (1999), « State Confidentiality Laws and Restrictions on Epidemiologic Research: A Case Study of Louisiana Law and Proposed Solutions », *Epidemiology*, vol. 10, n° 1, pp. 91-94.
- Waegemann, C.P. *et al.* (2002), *Healthcare Documentation: A Report on Information Capture and Report Generation*, Consensus Workgroup on Health Information Capture and Report Generation, Medical Records Institute, Newton, MA.
- Wennberg, J.E. (2002), « Unwarranted Variations in Health Care Delivery: Implications for Academic Medical Centres », *British Medical Journal* vol. 325, pp. 961-964.

Chapitre 6.

L'impact de la facturation des soins aux usagers

Peter C. Smith,
Professeur en santé publique, Imperial College Business School, Londres

Ce chapitre examine l'importance actuelle de la facturation aux usagers des soins de santé dans les pays de l'OCDE. Il décrit ensuite quelques innovations des politiques européennes et expose quelques constats importants de l'expérience RAND d'assurance maladie avec des niveaux variables de facturation aux usagers aux États-Unis. Il se termine par quelques observations sur le rôle futur de la facturation des usagers dans les systèmes de santé des pays développés.

Introduction

La plupart des soins étant dispensés aux patients dans le but d'améliorer leur qualité de vie et d'en prolonger la durée, il est envisageable de leur facturer un montant au titre de leur utilisation du système de santé. De fait, il convient de rappeler que, jusqu'à une époque récente, les médecins du monde entier tiraient l'essentiel de leur rémunération du montant facturé à leurs patients. Ce n'est que dans la deuxième moitié du XX^e siècle que l'on a assisté à une socialisation des soins médicaux dans les pays développés.

La facturation des services de santé aux usagers a un double rôle qui est de contribuer au financement des systèmes de santé et d'envoyer un signal à des patients qui, autrement, bénéficieraient d'un accès gratuit aux soins de santé. Dans les pays développés, les montants facturés aux usagers ne représentent pas une source importante de financement. Mais dans les soins de santé, les dangers de ce que l'on appelle le risque moral sont un sujet d'inquiétude permanent (Zweifel et Manning, 2000). En effet, en l'absence de facturation directe, les patients risquent d'avoir recours à des soins qui ne se justifient pas. De plus, étant donné le pouvoir qu'ont les médecins d'influencer le comportement des patients, le risque moral pourrait être exacerbé par une demande induite par le prestataire, en particulier dans les pays où les revenus des médecins sont directement liés à leur niveau d'activité (McGuire, 2000).

Que sait-on du recours à la facturation des soins aux usagers et de ses effets sur l'utilisation des services de santé et sur l'état de santé des patients ? Ce chapitre commence par examiner l'importance actuelle de la facturation aux usagers des soins de santé dans les pays de l'OCDE¹. Il décrit ensuite quelques innovations des politiques européennes et expose quelques constats importants de l'expérience RAND d'assurance maladie avec des niveaux variables de facturation aux usagers aux États-Unis. Il se termine par quelques observations sur le rôle futur de la facturation des usagers dans les systèmes de santé des pays développés.

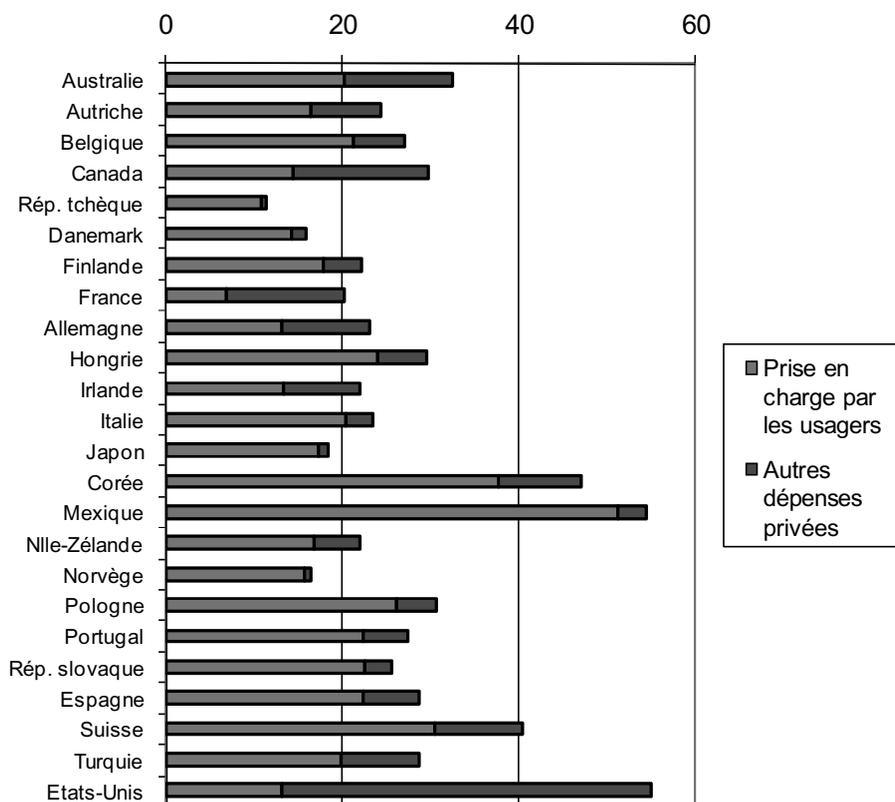
Facturation des usagers dans les pays à haut revenu

Les premières expériences de soins de santé subventionnés dans des pays comme l'Allemagne et le Royaume-Uni visaient essentiellement à améliorer l'état de santé des travailleurs à revenus modestes et des militaires. Ces dispositifs ont progressivement évolué pour devenir, dans la plupart des pays de l'OCDE, des systèmes de couverture maladie universelle et de facturation aux usagers de sommes modiques. Le graphique 6.1 montre le

schéma actuel du financement privé des soins de santé dans les pays qui communiquent des données à l'OCDE ; il souligne le recours important aux financements publics (fiscalité et recettes des assurances sociales).

La prise en charge directe par les usagers (ce que l'on appelle également les paiements directs) représente entre 10 % et 20 % des recettes. La plupart des autres dépenses privées (voir graphique 6.1) concernent l'assurance volontaire privée. Dans certains pays, comme la France et l'Irlande, les patients sont en principe tenus de prendre à leur charge des montants relativement élevés. Toutefois, de nombreux citoyens souscrivent une assurance maladie volontaire privée pour couvrir les paiements directs.

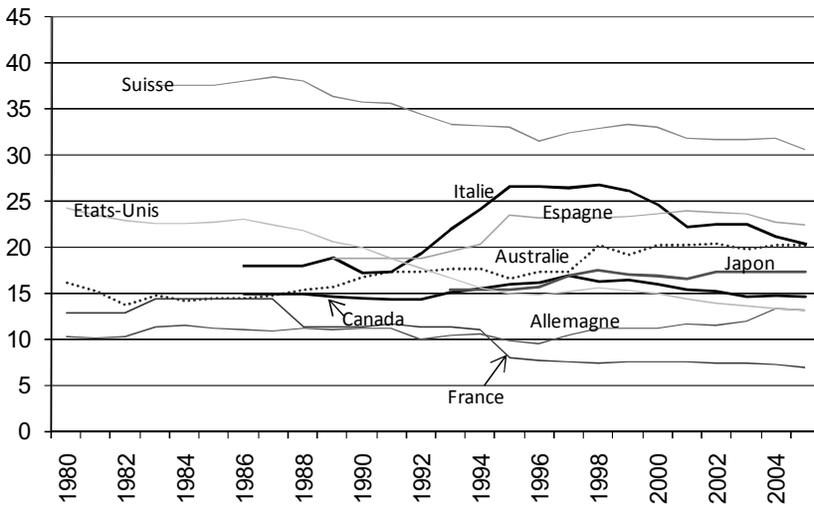
Graphique 6.1. Dépenses privées en pourcentage des dépenses totales de santé, en 2005



Source : OCDE (2004), *Eco-Santé OCDE*.

Le graphique 6.2 montre l'évolution dans le temps dans certains pays du recours aux paiements directs, en pourcentage des dépenses totales de santé. Bien que l'on ne discerne pas de véritable schéma dans cette évolution, la valeur absolue des paiements directs des patients pour des soins de santé a généralement progressé sur la période 1980-2005, la part des dépenses totales de santé dans l'activité économique totale ayant fortement augmenté dans la plupart des pays.

Graphique 6.2. Évolution des paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé, 1980-2005



Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE*.

Lorsqu'on examine les implications économiques de la facturation aux usagers des soins de santé, il est important de garder à l'esprit les controverses politiques intenses qui y sont souvent associées. Eversley (2001) rapporte par exemple l'histoire navrante déclenchée en 1951 par l'imposition d'une prise en charge par les patients dans le système britannique de santé ; l'affaire a conduit le ministre de la Santé à démissionner et précipité la chute du gouvernement travailliste. Même lorsque des prises en charge ont été imposées, les exemptions se sont généralisées. En 2004 par exemple, l'application d'un forfait sur les prescriptions a représenté, en Angleterre, des recettes d'un montant de 446 millions GBP, mais 8.9 % seulement des prescriptions ont été facturées au taux plein de 6.20 GBP (House of Commons, 2005). L'immense majorité des prescriptions sont exonérées au motif de l'âge (jeunes et personnes

âgées), de la maladie (certaines pathologies chroniques), de la maternité ou de revenus modestes. Ce constat se retrouve dans de nombreux pays.

Il convient également de noter qu'un grand nombre de pays à revenu plus modeste n'offrent pas la protection dont bénéficient les patients des pays à haut revenu en matière de prise en charge des dépenses de santé. De fait, au niveau mondial, plus de la moitié des soins de santé est financée par les paiements directs. Dans les pays à faible revenu où il n'existe aucun système public ou privé d'assurance maladie, il est inévitable que le financement des systèmes de santé repose largement sur la facturation aux usagers ; il en résulte généralement des performances médiocres. Il est donc important de souligner que la discussion menée ici vaut principalement pour les systèmes de santé des pays développés.

Évolution en Europe

De tout temps, les pays d'Europe occidentale ont cherché à élaborer un modèle de système de santé basé sur le principe dit de solidarité. Cela implique une couverture universelle et une participation au financement des soins de santé qui soit fonction de la capacité à payer, indépendamment de l'âge ou du degré de la maladie. La facturation aux usagers semble en contradiction avec le principe de solidarité, mais face à la progression inexorable des dépenses de santé, on a noté un intérêt grandissant pour l'imposition d'une prise en charge modeste (Robinson, 2002).

En général, les initiatives récentes visant à facturer les soins aux usagers ne génèrent pas des recettes importantes ; dans certains cas en effet, les coûts de la collecte sont supérieurs aux montants imposés. Mais l'objectif principal de ces innovations est d'encourager les patients à mieux utiliser les systèmes de santé, en dissuadant la poursuite de traitements dont le bénéfice est minime et en incitant à une utilisation efficace des services lorsque celle-ci se justifie. Quelques exemples :

- Modérer l'usage de médicaments
- Encourager l'utilisation de génériques moins chers
- Décourager les consultations multiples de médecins
- Orienter les patients par le biais du médecin traitant
- Encourager le recours à des prestataires d'un coût moindre ou de qualité supérieure
- Encourager les hospitalisations de courte durée.

La plupart de ces initiatives visaient à réduire les coûts et beaucoup d'autres expériences du même genre pourraient être envisagées, comme la facturation aux patients des consultations externes, en proposant toutefois une remise totale ou partielle si le patient se rend à son premier rendez-vous (afin de dissuader ceux qui ne s'y rendent pas). De plus, la participation aux frais pourrait, en principe, être utilisée pour encourager les patients à avoir des comportements plus sains. On pourrait, par exemple, envisager un système d'exemption de facturation si un patient suit un traitement dans sa totalité. Quelques innovations européennes en la matière jusqu'en 2005 sont décrites ci-après.

Le système de santé suédois, système traditionnel reposant sur le secteur public, a été l'un des premiers à expérimenter la facturation modique aux usagers d'un large éventail de services de santé. Les enfants et les jeunes sont généralement exemptés et le plafond annuel de facturation a été traditionnellement fixé à un niveau assez bas (90 EUR en 2001). De façon générale, cette facturation modique semble avoir été bien acceptée et jugée raisonnable mais elle a limité le recours aux soins des patients à faible revenu et on peut craindre qu'elle ne compromette l'équité de l'accès aux soins (Andersen *et al.*, 2001).

Les Pays-Bas ont un système concurrentiel d'assurance sociale et ont traditionnellement rejeté la pratique de la facturation directe. Toutefois, depuis 2005, les assureurs ont été autorisés à proposer des réductions de primes aux assurés n'ayant pas été hospitalisés l'année précédente, imposant en effet un paiement rétrospectif pour l'utilisation des soins hospitaliers.

À partir de 2004, l'Allemagne a expérimenté le paiement d'un montant de 10 EUR pour la première consultation d'un médecin au cours d'un trimestre, jusqu'à concurrence d'un plafond lié au revenu. Les premiers constats donnent à penser que la proportion de patients prenant contact avec un médecin n'a guère changé mais que le nombre moyen des contacts pris a quelque peu régressé. Cette décision ne semble pas avoir eu un impact disproportionné sur les pauvres ou les malades ; les conclusions d'une première évaluation ont donc été d'un optimisme prudent, estimant que la réforme réduit l'intensité du recours aux soins sans être préjudiciable pour les patients (Gericke *et al.*, 2003 ; Grabka *et al.*, 2005).

En France, depuis janvier 2005, les patients se voient facturer une somme symbolique de 1 EUR par consultation, intervention ou examen. De même, pour les adultes ne souffrant pas d'une pathologie de longue durée, une somme supplémentaire est facturée en cas de consultation d'un spécialiste sans l'aval du médecin traitant désigné. Ce montant est variable ; il est d'environ 7 EUR pour une consultation de base. Les patients français ayant eu de tout temps un droit inconditionnel d'accès aux professionnels de

santé, il s'agit là d'une initiative qui s'efforce de modérer la demande de soins spécialisés. Pour que cette mesure puisse avoir l'effet souhaité, les décideurs ont cherché à éviter que ces facturations nouvelles soient incluses dans l'assurance complémentaire traditionnelle souscrite par de nombreux citoyens français (Bellanger et Mossé, 2005).

L'utilisation de « prix de référence » pour les médicaments est une forme de facturation des usagers très courante en Europe. On la retrouve, par exemple, en Allemagne, en Espagne, en Italie et en Suède. Ce système consiste à constituer des groupes discrets de produits pharmaceutiques ayant des propriétés similaires. Tous les médicaments d'un groupe donné sont remboursés à un taux fixé et si les patients choisissent un médicament plus onéreux, ils doivent payer de leur poche la différence entre le prix de ce médicament et le prix de référence. Le but est d'encourager le recours aux génériques moins onéreux en remplacement des médicaments de marque (Kanavos et Reinhardt, 2003). L'impact, sur la demande de soins et la santé, de la politique des prix de référence reste à évaluer de manière satisfaisante.

Certains pays d'Europe orientale, qui ont connu des problèmes particulièrement graves de financement des soins de santé, ont expérimenté des méthodes de facturation plus radicales, en particulier lorsqu'il existait une tradition de paiements informels des médecins et autres professionnels (Lewis, 2002). Un schéma particulièrement ambitieux de remboursement sur la base du diagnostic a été testé par la République slovaque. Un barème national de remboursement des prestataires devait être fixé pour toutes les interventions, en fonction du diagnostic. Les patients devaient ensuite être remboursés d'une partie des coûts de traitement, en fonction du groupe de pathologies. La partie remboursée dépendait des coûts et avantages estimés du traitement et le remboursement était intégral pour 33 % des maladies. Ce système était en conformité avec les prescriptions de la théorie économique de l'imposition « optimale » (Smith, 2005). Toutefois, l'expérience n'a jamais été entièrement appliquée et un changement de gouvernement a conduit à son abandon en 2006.

Évaluation des expériences de facturation des usagers

On manque généralement de preuves fiables de l'impact de la facturation aux usagers sur l'utilisation des soins et sur la santé des patients dans les pays développés. La principale exception est la célèbre expérience d'assurance maladie RAND, au cours de laquelle plus de 2 000 patients américains ont été soumis de manière aléatoire et sur une longue période à l'un des quatre régimes de facturation (Newhouse, 1993). Un groupe de patients a été exempté à 100 % tandis qu'à l'autre extrême des patients se sont vus facturer à hauteur de 95 % pour pratiquement tous les soins, jusqu'à

concurrence d'un montant annuel « en cas de catastrophe » d'environ 6 000 USD à prix courant.

Le tableau 6.1 résume quelques-uns des résultats de l'expérience qui montrent des réductions uniformes de l'utilisation, pour tous les types de soins de santé, à mesure que la participation aux frais augmente. À titre d'exemple, le nombre des consultations de médecins est passé de 4.55 par an pour les personnes exemptées de toute participation aux frais à 2.73 pour celles se voyant appliquer le régime de facturation le plus élevé, soit une réduction de 40 %. Toutefois, à une exception (majeure) près, l'évaluation de l'expérience n'a pas permis de détecter une variation sensible des résultats en termes de santé associée à la facturation. Les chercheurs en ont donc conclu que, pour la majeure partie de la population, la participation aux frais a encouragé une utilisation plus raisonnable des soins sans avoir de conséquences graves pour la santé. L'exception importante a été le constat d'un impact très défavorable de la participation aux frais sur les individus à la fois pauvres et en mauvaise santé. L'évaluation RAND a estimé que pour ce groupe d'individus défavorisés, la facturation a eu toute une série de conséquences graves en dépit de certaines aides aux familles modestes. Par exemple, lorsqu'une participation a été imposée, l'hypertension a été moins bien contrôlée dans ce groupe au point que la probabilité annuelle de décès a augmenté d'environ 10 % (Newhouse, 2004).

Tableau 6.1. Utilisation et dépenses annuelles par personne dans l'expérience RAND d'assurance maladie

Co-assurance (%)	Taux de consultation		Taux d'hospitalisation		Dépenses (USD 2003)	
	Nombre	Erreur-type	Nombre	Erreur-type	Montant	Erreur-type
0 (gratuité des soins)	4.55	0.17	0.128	0.0070	1,377	58
25	3.33	0.19	0.105	0.0070	1,116	51
50	3.03	0.22	0.092	0.0166	1,032	58
95 (franchise élevée)	2.73	0.18	0.099	0.0078	946	47

Source : Newhouse, J.P. (2004), « Consumer-Directed Health Plans and the RAND Health Insurance Experiment », *Health Affairs*, vol. 23, n° 6, pp. 107-113.

Il s'est avéré beaucoup plus difficile d'évaluer les conséquences de la facturation des usagers en l'absence de modèle expérimental et les chercheurs ont dû recourir à l'analyse économétrique pour établir son impact. Les résultats d'analyses menées dans d'autres pays semblent corroborer ceux de l'expérience RAND. Ceux de la Belgique, par exemple, donnent à penser que pour les généralistes l'impact est différent selon qu'il s'agit des visites à domicile ou des consultations au cabinet, excepté pour les patients âgés ou handicapés (Van de Voorde *et al.*, 2001).

Conclusion

Une question se pose donc : quel est le rôle le plus approprié pour la facturation aux usagers dans un système de santé moderne ? L'expérience des pays à haut revenu donne à penser qu'il existe une tension persistante entre l'objectif d'équité, qui est d'assurer un accès universel aux soins de santé, et l'objectif d'efficacité, qui est de modérer l'utilisation des services de santé. En bref, sauf à être conçue avec beaucoup de soin, une facturation des usagers dans le but de réduire une demande excessive de l'ensemble de la population pourrait avoir des conséquences financières ou sanitaires désastreuses pour un nombre relativement faible d'individus pauvres et en mauvaise santé. Il est donc important de la concevoir dans le cadre plus large des objectifs et des institutions du système de santé dans son ensemble.

À l'exception notable des États-Unis, tous les pays s'accordent à dire que le financement public d'une offre étroitement régulée devrait être au cœur des systèmes de santé modernes. Toutefois, on observe également une tendance grandissante à facturer des montants modiques mais hautement symboliques. Ces nouvelles approches de la facturation sont destinées à influencer des aspects spécifiques du comportement des patients, mais aussi à mettre en avant certains comportements plutôt que d'autres. Elles pourraient également aider à rassurer les contribuables en encourageant les patients à utiliser de manière responsable les services pour lesquels ils payent. Jusqu'ici, la facturation n'a pas été utilisée pour générer des recettes importantes pour les systèmes de santé des pays développés.

De plus, nonobstant le caractère modeste des expériences décrites ci-dessus, à moyen terme, l'accélération du rythme de l'innovation technologique et la progression inexorable de la demande des patients peuvent nécessiter de repenser de manière plus fondamentale les mécanismes de facturation. Les pays développés ont pu faire en sorte que la plupart des interventions courantes soient incluses dans le panier de base, autorisant ainsi les responsables de l'action publique à affirmer que la couverture est exhaustive. Toutefois, il est de plus en plus évident qu'une telle politique risque de devenir financièrement non viable et que les décideurs devront probablement recourir à l'utilisation accrue d'un rationnement explicite de certains aspects des soins de santé (Coulter et Ham, 2000).

Dans ce cas, il est primordial de décider quelles sont les technologies de soins de santé qui devraient être subventionnées sur les deniers publics. Une politique de facturation des usagers découle alors naturellement du choix des traitements subventionnés. Une fois le panier public de soins choisi, les patients demeureront libres d'acheter les interventions restantes non subventionnées au prix du marché ou de souscrire une assurance privée

complémentaire pour couvrir le coût de ces interventions. Telle était l'essence de l'expérience slovaque².

L'étendue du panier de base devrait être déterminée par la volonté du public de supporter le fardeau fiscal que cela implique, en particulier par la volonté des personnes riches et bien portantes de subventionner les personnes pauvres et malades (De Graeve et Van Ourti, 2003). Il est donc essentiel que le panier soit de grande qualité, de sorte que les plus riches ne fassent pas le choix de recourir à des soins privés plutôt qu'à des soins publics subventionnés. S'il ne l'était pas, on pourrait en effet observer une réticence généralisée à payer l'impôt nécessaire au financement du panier public, ce qui rendrait le système public non viable.

De plus en plus d'agences sont sollicitées, comme le NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) au Royaume-Uni, pour évaluer les nouvelles technologies et publier des directives cliniques s'y rapportant. Bien qu'il s'agisse d'une formidable gageure technique, ces agences pourraient, en principe, avoir pour mandat élargi de recommander la totalité du panier subventionné sur les deniers publics. Les patients devraient alors acquitter une participation (partielle ou totale) pour les interventions n'entrant pas dans le panier choisi. De fait, on pourrait envisager que si une technologie ne satisfait pas au critère coût-efficacité du pays, des agences telles que le NICE pourraient néanmoins l'inclure dans le panier public, mais uniquement avec une prise en charge partielle des coûts. Il serait alors demandé au patient de prendre à sa charge la différence entre le prix NICE et le prix du prestataire.

Le choix des groupes de patients devant bénéficier d'exemptions constitue un aspect important de toute politique de facturation. De fait, on pourrait envisager que pour certains groupes de patients il pourrait être justifié d'introduire une facturation négative (subventions) des usagers afin d'encourager l'utilisation accrue de traitements ayant des effets particulièrement bénéfiques pour les personnes ou pour la société tels que les thérapies d'arrêt du tabac. Dans la pratique, la question des exemptions se révèle problématique pour les décideurs, et il est rarement possible de mettre en place un système de facturation sans prévoir d'en exempter certains groupes vulnérables. Au Royaume-Uni, par exemple, des gouvernements successifs ont introduit des exemptions pour les prescriptions au motif de l'âge (jeunes et personnes âgées), des besoins en termes de santé (sélection apparemment arbitraire des pathologies) et du revenu ; il en résulte une proportion très faible de patients redevables d'une participation aux frais. Lorsqu'elles sont mises en place sans discernement, les exemptions peuvent pervertir les signaux économiques attendus. De la même façon, l'expérience RAND et bien d'autres montrent qu'en l'absence de système de réduction de la participation aux frais, la facturation aura des

effets financiers ou sanitaires catastrophiques à tout le moins pour certains patients défavorisés.

En résumé, le système public de santé de demain devrait présenter les caractéristiques suivantes :

- un ensemble explicite d'interventions subventionnées sur des fonds publics (le panier de soins), dont le choix est guidé par le critère coût-efficacité ;
- la fixation de la taille du panier en fonction de la disposition de la population à supporter le coût fiscal d'un tel système ;
- une participation (totale ou partielle) versée par les patients au titre des interventions dont le rapport coût-efficacité n'est pas jugé satisfaisant ;
- ceux qui le veulent et qui en ont la capacité peuvent souscrire une assurance (complémentaire) volontaire pour se prémunir contre cette participation aux frais ;
- il ne faut pas transiger sur la qualité des soins financés sur les fonds publics ;
- pour protéger les plus démunis, un système d'exemptions bien conçu doit être appliqué ; et
- de petits montants sont facturés, même pour certaines interventions subventionnées à 100 %, afin de signaler un comportement privilégié.

À première vue, ce système peut paraître bien peu attractif comparé au principe largement admis d'un système global de santé totalement gratuit pour tous les usagers. Pourtant, on ne pourra indéfiniment s'en tenir à ce principe car le champ des technologies de santé s'élargit de manière inexorable et l'on atteint les limites des sources de financements publics. Dans ce cas, les propositions énoncées ici offrent aux décideurs un cadre leur permettant de faire les choix difficiles qui suivent. Un certain courage politique sera nécessaire pour mettre en œuvre un tel système de rationnement explicite, mais l'alternative à ce choix pourrait être une réduction régulière de l'étendue et de la qualité des soins de santé de base et de l'engagement général de solidarité sur lequel reposent les services de santé financés sur les deniers publics.

Notes

1. Le présent chapitre s'appuie sur un document préparé en 2006 et certaines des informations par pays qu'il décrit ne sont plus d'actualité. Ces informations doivent être considérées comme une aide aux discussions plutôt que comme une description exhaustive de la situation actuelle.
2. Du point de vue économique, le choix des interventions du panier public ne devrait être principalement guidé que par les bénéfices attendus en termes de santé par rapport aux coûts (Smith, 2006). Les préoccupations d'équité devraient être gérées non pas par le système de santé mais par le régime fiscal utilisé pour le financement du panier public. Toutefois, si des considérations d'ordre politique imposent d'infléchir le contenu des paniers en faveur des pathologies des personnes défavorisées, cela n'affectera pas le principe général de la définition explicite du panier.

Bibliographie

- Andersen, R., B. Smedby et D. Vågeröc, (2001), « Cost Containment, Solidarity and Cautious Experimentation: Swedish Dilemmas », *Social Science & Medicine*, vol. 52, n° 8, pp. 1195-1204.
- Bellanger, M. et P. Mossé, (2005), « The Search for the Holy Grail: Combining Decentralised Planning and Contracting Mechanisms in the French Health Care System », *Health Economics*, à paraître.
- Coulter, A. et C. Ham, (2000), *The Global Challenge of Health Care Rationing*, Open University Press, Maidenhead.
- Eversley, J. (2001), « The History of NHS Charges », *Contemporary British History*, vol. 15, n° 2, pp. 53-75.
- Gericke, C., M. Wismar et R. Busse, (2003), *Cost-sharing in the German Health Care System*. Document de discussion, Département Gestion des soins, Technische Universität, Berlin.
- Grabka, M., J. Schreyögg et R. Busse, (2005), *Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung - eine empirische Analyse*. Note de réflexion DIW 506, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- de Graeve, D. et T. van Ourti, (2003), « The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review », *The World Economy*, vol. 26, n° 10, pp. 1459-1479.
- House of Commons (2005), Hansard 27 Jan 2005 : Column 561W, The Stationery Office, Londres.
- Kanavos, P. et U. Reinhardt, (2003), « Reference Pricing For Drugs: Is It Compatible With U.S. Health Care? », *Health Affairs*, vol. 22, n° 3, pp. 16-30.
- Lewis, M. (2002), « Informal Health Payments in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union: Issues, Trends and Policy Implications », in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras et J. Kutzin

- (dir. publ.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham.
- McGuire, T. (2000), « Physician Agency », in J.P. Newhouse et A.J. Culyer (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- Newhouse, J. (1993), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Newhouse, J.P. (2004), « Consumer-Directed Health Plans and the RAND Health Insurance Experiment », *Health Affairs*, vol. 23, n° 6, pp. 107-113.
- OCDE (2004), *Eco-Santé OCDE*, Editions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Robinson, R. (2002), « User Charges for Health Care », in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras et J. Kutzin (dir. publ.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham.
- Smith, P. (2005), « User Charges and Priority Setting in Health Care: Balancing Equity and Efficiency », *Journal of Health Economics*, vol. 24, n° 5, pp. 1018-1029.
- Smith, P. (2006), « Public Packages of Health Care alongside Voluntary Insurance », in A. Preker, R.M. Scheffler et M. Bassett (dir. publ.), *Private Voluntary Health Insurance in Development: Friend or Foe?*, Banque mondiale, Washington, DC.
- van de Voorde, C., E. van Doorslaer et E. Schokkaert, (2001), « Effects of Cost Sharing on Physician Utilization under Favourable Conditions for Supplier-induced Demand », *Health Economics*, vol. 10, n° 5, pp. 457-471.
- Zweifel, P. et W. Manning, (2000), « Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care », in J.P. Newhouse et A.J. Culyer (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.

ÉDITIONS OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2009 17 2 P) ISBN 978-92-64-07424-8 – n° 57044 2009

Études de l'OCDE sur les politiques de santé

Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé

La hausse des dépenses publiques de santé reste un problème dans pratiquement tous les pays de l'OCDE et de l'Union européenne. C'est pourquoi l'attention se porte de plus en plus sur les mesures qui atténueront ces pressions en améliorant la performance des systèmes de santé. Ce rapport présente un ensemble de politiques pouvant aider les pays à améliorer l'efficacité des systèmes de santé et ainsi à obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins. Un large éventail d'instruments d'action sont examinés en tirant parti de données et d'études de cas portant sur de nombreux pays. Les thèmes suivants sont traités : le rôle de la concurrence sur les marchés de la santé ; les possibilités d'amélioration de la coordination des soins ; une tarification plus adaptée des produits pharmaceutiques ; un contrôle plus poussé de la qualité s'appuyant sur une utilisation plus intensive des technologies de l'information et de la communication pour les soins ; et un plus large partage des coûts.

Pour en savoir plus

Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de l'OCDE

Les prix des médicaments sur un marché global : Politiques et enjeux

Le texte complet de cet ouvrage est disponible en ligne à l'adresse suivante :
www.sourceocde.org/questionssociales/9789264074248

Les utilisateurs ayant accès à tous les ouvrages en ligne de l'OCDE peuvent également y accéder via :
www.sourceocde.org/9789264074248

SourceOCDE est une bibliothèque en ligne qui a reçu plusieurs récompenses. Elle contient les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'OCDE. Pour plus d'informations sur ce service ou pour obtenir un accès temporaire gratuit, veuillez contacter votre bibliothécaire ou **SourceOECD@oecd.org**.

