

RÉUNION MINISTÉRIELLE DE L'OCDE SUR LA SANTÉ

Session 1

Les priorités des systèmes de santé lorsque l'argent est rare



« Couverture © Medioimages/Photodisc/Getty Images et Scott Hales/Shutterstock.com »

Les priorités des systèmes de santé lorsque l'argent est rare

Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé,
Paris, 7-8 octobre 2010



Les priorités des systèmes de santé lorsque l'argent est rare

1. Les résultats des systèmes de santé se sont améliorés, mais des progrès sont encore possibles

La population et l'économie des pays de l'OCDE bénéficient très largement des systèmes de santé.

Au cours des dernières décennies, la santé de la population des pays membres de l'OCDE s'est énormément améliorée. La mortalité prématurée a diminué de plus de 50 % dans ces pays depuis 1970. L'espérance de vie à la naissance a, en moyenne, augmenté de 10 ans depuis 1960, atteignant 79 ans en 2007. L'évolution a été encore plus spectaculaire chez les personnes âgées : à 65 ans, une femme peut espérer vivre encore 20 ans, et un homme, 17. Si les inégalités socio-économiques persistent en matière de santé, la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de l'état de santé de la population se sont poursuivies à un rythme régulier au cours des dernières décennies.

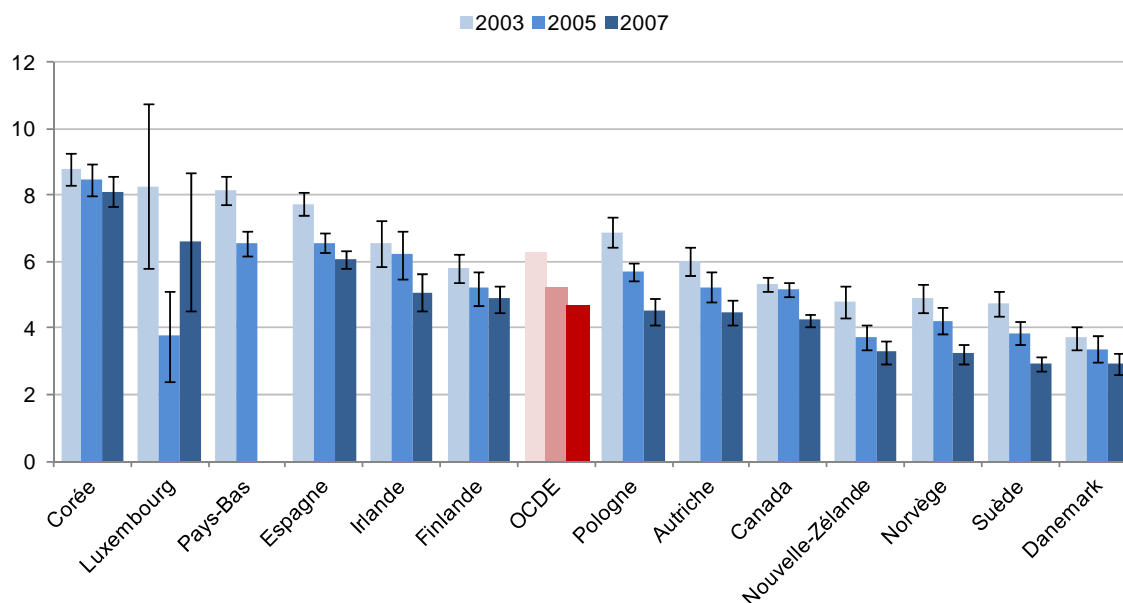
La croissance économique et l'éducation sont les déterminants principaux de ce scénario idyllique mais les systèmes de santé jouent aussi un rôle non négligeable. De fait, selon des estimations récentes de l'OCDE, pas moins de 40 % de l'augmentation de l'espérance de vie depuis le début des années 90 seraient imputables à l'accroissement et à la meilleure répartition des dépenses de santé. L'augmentation de ces dépenses et l'amélioration de la pratique médicale se sont accompagnées d'efforts en vue de réduire l'offre de services inadaptes et d'améliorer la qualité des soins. En voici quelques illustrations :

- cas exemplaire à cet égard au cours des dix dernières années : l'augmentation du taux de survie et la baisse du taux d'invalidité après un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique ou hémorragique, très largement dues aux unités hospitalières spécialisées en AVC ;
- de même, ces cinq dernières années, le nombre de personnes décédées dans les 30 jours qui suivent un infarctus aigu du myocarde (IAM) a diminué de 20 % grâce à des interventions telles que le traitement thrombolytique et le traitement précoce à base d'aspirine et de bêtabloquants (graphique 1) ;
- la qualité des soins primaires (comme l'offre de vaccination contre la grippe, l'accès aux consultations de médecins généralistes et l'offre d'omnipraticiens) a protégé les populations contre le décès prématuré dû à la broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Par ailleurs, les progrès accomplis en matière de traitement du cancer et des maladies cardiovasculaires sont également imputables au moins en partie aux systèmes de santé :

- l'augmentation considérable de la survie médiane à cinq ans des personnes souffrant d'un cancer du sein entre 1995 et 2000 dans huit pays de l'OCDE peut être attribuée à une plus large sensibilisation au risque, au dépistage de masse ainsi qu'à l'efficacité du traitement et du suivi ;
- les soins de santé ont également contribué à une diminution des maladies cardiovasculaires, bien que cette amélioration tienne pour une bonne part aux effets directs d'un changement de mode de vie.

Graphique 1. Mortalité à l'hôpital jusqu'à 30 jours après admission pour un infarctus aigu du myocarde (IAM), 2003-07 (ou année la plus proche)



Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux sont normalisés par rapport à l'âge et au sexe selon la structure de la population (de 45 ans et plus) des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance de 95% sont représentés par H.

L'accès aux soins s'est amélioré.

Par ailleurs, l'accès aux soins s'est encore amélioré. Le Mexique et la Turquie ont récemment instauré des réformes visant à couvrir les soins pour les citoyens pauvres et les non-assurés. Aux États-Unis, le projet de loi rendant l'assurance-maladie obligatoire pour la quasi-totalité des Américains vient d'être adopté. Les pays de l'OCDE sont sur le point, pour la première fois, de garantir une couverture quasi-universelle, voire universelle, pour toute une série de services de base. Ces réformes sont particulièrement importantes en période de récession, lorsqu'il devient extrêmement difficile, pour certains ménages, d'assumer les coûts engendrés par un mauvais état de santé.

La santé participe aux résultats économiques.

Enfin, le système de santé participe aux résultats économiques : c'est un employeur important – qui représente près d'un emploi sur dix dans les pays de l'OCDE – et, en temps de crise, les dépenses de santé aident à stabiliser l'économie et contribuent à la capacité de production des pays de l'OCDE (la probabilité d'exercer un emploi est nettement plus faible chez les malades que chez leurs concitoyens bien portants et, même s'ils occupent effectivement un emploi, leur rémunération est inférieure).

L'efficacité de dépenses de santé toujours plus élevées doit être démontrée...

Malgré ce bilan positif, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé. Nos dépenses de santé battent tous les records : elles représentent 9 % du PIB des pays membres de l'OCDE (2008), et dépassent 10 % dans sept pays de l'Organisation (États-Unis, France, Suisse, Autriche, Allemagne, Canada et Belgique). Malgré un ralentissement entre 2003 et 2007, les dépenses de santé ont augmenté plus vite que le PIB dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE ces quinze dernières années.

L'augmentation des dépenses de santé n'est pas mauvaise en soi. En fait, une poursuite de la progression des dépenses de santé est une bonne chose (qui pourra être maintenue) à condition qu'elle soit le fruit de choix individuels et collectifs délibérés et que les avantages tirés de chaque dollar supplémentaire investi dans la santé soient supérieurs aux coûts. Néanmoins, si l'augmentation des dépenses de santé est plus rapide que la croissance économique, les pressions exercées sur le système de financement des soins s'accroîtront, de sorte qu'une hausse des taux de cotisation, un alourdissement des impôts ou le recours à de nouvelles sources de financement seront nécessaires. Or, tout porte à croire que nous pourrions (et devrions) améliorer les performances des systèmes de santé.

... notamment au lendemain d'une crise économique, lorsque les caisses de l'État sont vides.

Lorsque l'argent se fait rare, il est vital de démontrer l'efficacité des dépenses de santé. La crise économique récente a affaibli l'économie de l'ensemble des pays de l'OCDE. Les dépenses de santé peuvent permettre d'atténuer les conséquences sociales indésirables d'une récession en stabilisant la consommation face à la chute de la demande de biens et de services dans d'autres secteurs. Toutefois, le déclin économique a aussi affaibli la situation financière et budgétaire des pays. Les trois-quarts des dépenses de santé étant financés par l'État, les contraintes budgétaires des années à venir accroîtront la pression sur les systèmes de santé pour maîtriser les coûts et améliorer l'efficacité des dépenses de santé.

Le plus grand défi que les systèmes de santé devront relever à terme sera donc d'améliorer le rapport coût-efficacité.

À terme, le rapport coût-efficacité des services de santé doit être amélioré en récompensant les prestataires, les patients et les payeurs sur la base de critères de qualité et d'efficacité. Les pays utilisent toute une série de nouvelles approches prometteuses, telles que les programmes de rémunération en fonction des performances, l'utilisation plus efficace des TIC dans le secteur de la santé, ou le recours à des outils rationnels d'aide à la prise de décision lors de l'affectation de ressources de santé. Si ces initiatives et d'autres politiques permettent effectivement d'améliorer durablement la qualité des soins, l'accès aux soins et la confiance envers le système de santé à un coût raisonnable, l'augmentation des ressources consacrées aux soins sera justifiée.

Le présent document examine ces questions essentielles. Il propose une vue d'ensemble des politiques visant à améliorer les performances des systèmes de santé au sortir de la crise économique. L'analyse porte sur les politiques à court terme destinées à réduire la progression des dépenses de santé ainsi que sur les stratégies à long terme ayant pour objectif d'améliorer le rapport coût-efficacité¹.

1. La publication intitulée *Optimiser les dépenses de santé* propose une analyse plus approfondie de l'ensemble des modèles de dépenses de santé et des stratégies d'amélioration du rapport coût-efficacité des dépenses de santé à moyen et long termes qui sont évoqués dans la présente note.

2. L'augmentation des dépenses de santé pèse sur les finances publiques en période de contraintes budgétaires

Les dépenses de santé augmentent plus vite que le PIB, une tendance qui n'est pas près de s'inverser...

Depuis quinze ans, les dépenses de santé augmentent plus vite que le PIB de la plupart des pays membres de l'OCDE (graphique 2), entraînant une hausse de la proportion du PIB représentée par les dépenses de santé de 7.5 % en 1993 à 9 % en 2008 en moyenne pour l'ensemble de la zone OCDE. Les facteurs exerçant une pression à la hausse sur les dépenses de santé (progrès technique, attentes de la population, augmentation des revenus et, dans une mesure variable suivant les pays, vieillissement de la population) continueront de gonfler ces dépenses dans l'avenir. Selon les projections de l'OCDE, les dépenses publiques de santé pourraient augmenter de 50 % à 90 % d'ici à 2050, suivant les hypothèses retenues (graphique 3).

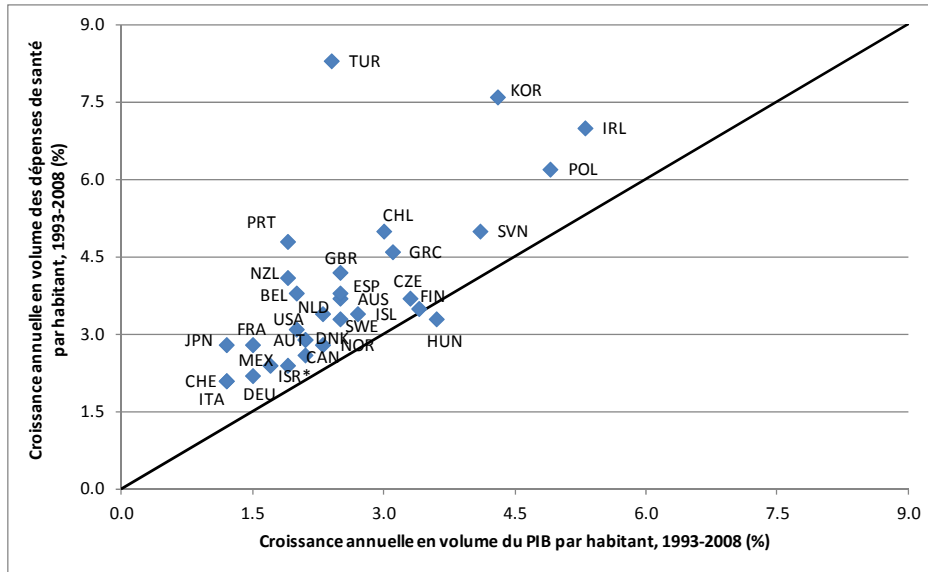
... et elles représentent une part croissante du budget de l'État, alors que la part de l'État s'amenuise.

Les dépenses de santé sont principalement financées par l'État. Même aux États-Unis, le pays de l'OCDE ayant le secteur privé le plus important, les dépenses publiques de santé représentent 7.4 % du PIB, un chiffre comparable à celui des Pays-Bas et du Canada, et supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE (6.4 %).

Si les dépenses de l'État augmentaient moins vite que le PIB avant la crise récente, ce n'était pas le cas des dépenses de santé publiques. La santé occupe donc une place accrue dans le budget de l'État. Qu'elle résulte d'une politique délibérée ou d'une incapacité à maîtriser la hausse des coûts, la part des dépenses de santé publiques a augmenté dans la plupart des pays, passant de 12 % environ en moyenne en 1993 à 16 % en 2008. Les dépenses de santé publiques ont eu tendance à augmenter à un rythme plus rapide que la croissance économique, et dans des proportions plus importantes dans les pays à faible et moyen revenu que dans les pays riches (entre 2 et 3 points de pourcentage contre environ un point de pourcentage).

Toutefois, le rythme de progression des dépenses de santé publiques est très différent selon les pays. La part des dépenses de santé publiques et celle des dépenses de santé privées convergent : la part des dépenses publiques a augmenté moins vite que celle des dépenses privées dans les pays dont une part relativement élevée des dépenses de santé était financée par l'État au début des années 90, et inversement.

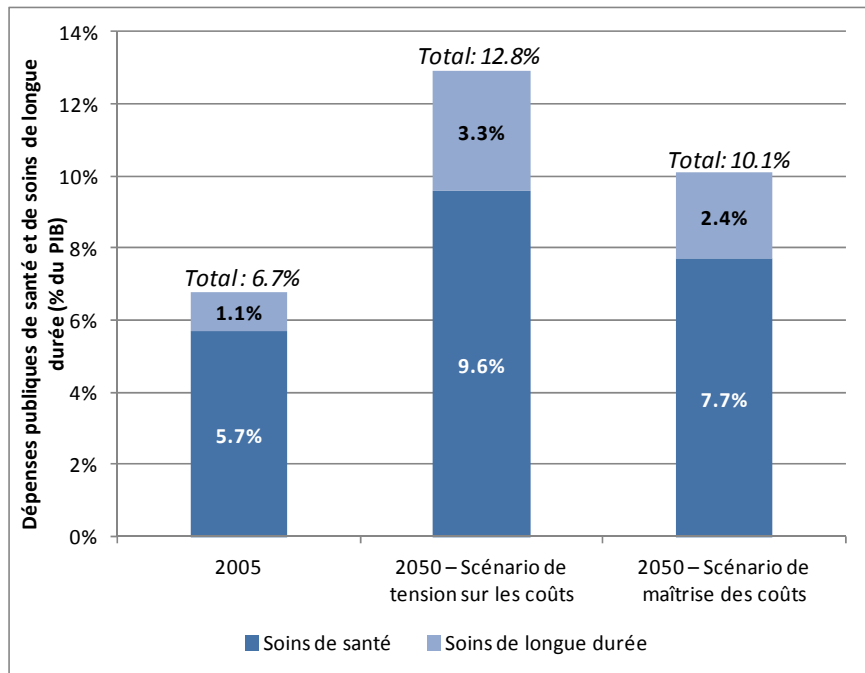
Graphique 2. Progression annuelle des dépenses totales de santé et du PIB, 1993-2008



* Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : Eco-Santé OCDE 2010.

Graphique 3. Prévisions des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée pour 2005-50



Note : Le scénario de « tension sur les coûts » repose sur l'hypothèse que, pour une démographie donnée, le taux de croissance annuelle des dépenses est supérieur de 1 point de pourcentage à celui des revenus. Dans le scénario de « maîtrise des coûts », on part du principe que l'action publique permet de ramener cet écart de taux de croissance à zéro d'ici à 2050.

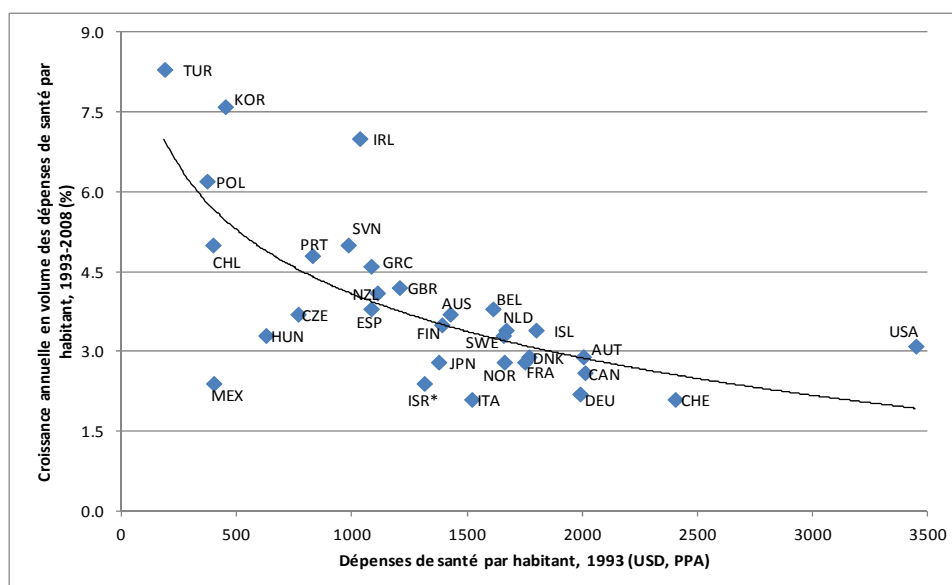
Source : Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n°477.

L'augmentation plus rapide des dépenses de santé peut être positive pour la société et l'économie.

À des périodes différentes, tous les pays de l'OCDE ont fait le choix délibéré d'augmenter leurs dépenses de santé pour renforcer l'infrastructure, les processus et les résultats de leur système de santé. Ainsi, plusieurs pays de l'Organisation (principalement ceux à faible revenu), tels que l'Irlande, la Corée, le Portugal, la Grèce, la Pologne et la Turquie, connaissent depuis quinze ans une croissance rapide de leurs dépenses de santé, rendue nécessaire pour financer l'expansion de la couverture-maladie et l'amélioration de l'offre de services (graphique 4).

De même, les efforts consentis pour améliorer les performances des systèmes de santé ont été accompagnés par des dépenses de santé publiques élevées par rapport à la croissance économique dans certains pays de l'OCDE à revenu moyen et élevé tels que le Royaume Uni au début des années 2000 par exemple.

Graphique 4. Dépenses totales de santé par habitant en 1993 et progression annuelle des dépenses de santé par habitant entre 1993 et 2008



* Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : Eoo-Santé OCDE 2010.

Les pressions en faveur de la maîtrise des coûts sont plus fortes pendant les périodes de récession.

Les pressions en faveur de la maîtrise des coûts sont moins fortes pendant les périodes d'expansion économique, celles-ci entraînant généralement une augmentation des recettes de l'État. Ces ressources financières supplémentaires permettent de réformer les systèmes de santé et d'investir plus facilement. En période de crise, les États ont, en revanche, la tâche difficile de combler les déficits publics, tout en veillant à ce que les éventuelles coupes effectuées ne remettent pas en cause les perspectives de croissance future. En période de récession, on peut même observer des pressions en faveur d'une augmentation des dépenses de santé publiques, destinée à protéger les populations vulnérables qui en subissent particulièrement le contrecoup en perdant leur emploi, ce qui peut réduire leur couverture d'assurance-maladie, et rendre leur participation financière directe plus difficile à assumer.

**Encadré 1. Quelle est la limite à ne pas dépasser ?
L'augmentation des dépenses de santé est-elle susceptible de durer ?**

Chaque fois que l'OCDE publie son *Panorama de la santé*, la partie qui suscite le plus d'intérêt et de commentaires de la part des journalistes est celle consacrée aux dépenses de santé. La plupart de ces journalistes déplorent, soit le fait que leur pays dépense trop pour la santé, soit qu'il ne dépense pas autant que les autres pays et que ses citoyens méritent mieux. Du point de vue économique, aucune de ces deux affirmations n'a vraiment de sens. Après tout, le fait qu'un pays dépense plus ou moins que ses voisins en biens électroniques, par exemple, est considéré comme totalement hors de propos.

Cet intérêt pour les dépenses de santé s'explique en partie par le fait qu'elles sont en majorité financées par les deniers publics dans la plupart des pays de l'OCDE, et qu'elles ont donc un effet direct sur la fiscalité. Mais l'intérêt pour les dépenses totales est élevé même, et peut-être plus particulièrement, dans les pays ayant une large part de dépenses de santé privées. Une distinction utile entre deux concepts différents de durabilité des dépenses de santé a été proposée lors de la Présidence tchèque de l'Union européenne :

La viabilité économique : le rapport entre les dépenses de santé et leur efficacité est positif. Tant que cela dure, il n'y a pas vraiment lieu de s'inquiéter si les dépenses de santé augmentent.

La viabilité budgétaire (ou financière) : il est admis que quelqu'un doit financer les dépenses de santé et qu'il est parfois tout simplement impossible d'augmenter suffisamment les impôts (ou les cotisations obligatoires de santé privées), même si cela permettrait de garantir la viabilité économique (retombées supérieures aux dépenses). Certains pays de l'OCDE tels que l'Islande, l'Irlande et la Hongrie ont récemment été confrontés à cette situation.

Tous les pays doivent relever le même défi à long terme, à savoir assurer la viabilité économique. Les pays doivent optimiser le rapport coût-efficacité (en d'autres termes, être efficaces). Cela est très différent d'une stratégie visant à réduire les coûts au minimum ; le fait de renforcer l'efficacité des dépenses de santé en proposant des soins plus efficaces, plus accessibles et de meilleure qualité permet d'améliorer la viabilité économique des dépenses de santé, de même que supprimer les interventions stériles ou peu efficaces.

3. Solutions à court terme en réponse à la crise

Des outils permettent de réduire les coûts en période de contraintes budgétaires.

Il existe deux grandes catégories de politiques de maîtrise des dépenses :

- les politiques à court terme de compression des dépenses, appliquées en grande partie au travers des contrôles réglementaires de type descendant ;
- les politiques à long terme d'amélioration de l'efficacité, avec optimisation des mesures incitatives vis-à-vis des patients, des prestataires et des régulateurs.

Ces politiques ne parviennent pas toutes de la même façon à limiter les dépenses de santé. Leur incidence se fait également sentir plus ou moins vite : par exemple, les premières donnent des résultats plus rapidement, mais nécessitent des arbitrages sur le long terme par rapport à d'autres objectifs stratégiques (voir tableau 1). Les pays ne peuvent pas tous recourir à l'ensemble des possibilités d'action présentées par le tableau 1, car cela dépend de la manière dont leur système de santé est structuré. De surcroît, le résultat final peut être différent suivant la situation à partir de laquelle la réforme est lancée dans tel ou tel pays.

Tableau 1. Politiques de limitation des dépenses dans un contexte de restriction budgétaire

Caractéristiques, impacts et arbitrages	Impact sur les dépenses		Objectifs et arbitrages			
	Force	Délai d'impact	Protection financière et accès aux soins	Qualité des soins	Réactivité	Rapport coût-efficacité
A. Politiques macroéconomiques visant à réduire les dépenses						
A.1. Contrôle des salaires et des prix (travail)	ELEVÉE	COURT	AUCUNE	AUCUNE/ NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIF
A.2. Contrôle des salaires et des prix (matériels médicaux)	ELEVÉE	COURT	AUCUNE	NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIF
A.3. Contrôle du volume des intrants (travail)	ELEVÉE	MODÈRE	AUCUNE/ NEGATIFS	NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIF
(investissement)	ELEVÉE	COURT	AUCUNE/ NEGATIFS	NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIF
A.4. Contrôle du volume des autres intrants (technologies de pointe/freins)	MODÈRE	COURT	NEGATIFS	NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIF/ NEGATIF
A.5. Plafonds budgétaires (sectoriels et globaux)	ELEVÉE	COURT	NEGATIFS	NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIF/ NEGATIF
A.6. Transfert des coûts vers le secteur privé (recours accru à des redevances d'utilisation)	MODÈRE	MODÈRE	NEGATIFS	POSITIVE/ NEGATIVE	POSITIVE/ NEGATIVE	POSITIF
B. Mesures microéconomiques visant à accroître l'efficacité						
B.1. Côté demande						
B.1. Prévention des maladies et promotion de la santé	FAIBLE/ MODÈRE	LONG	POSITIFS	POSITIVE	AUCUNE	POSITIF
B.2. Médecin référent/orientation	FAIBLE	LONG	POSITIFS	POSITIVE	POSITIVE/ NEGATIVE	POSITIF
B.3. Coordination des soins soins intégrés/ soins auto-administrés	MODÈRE	LONG	POSITIFS	POSITIVE	POSITIVE	POSITIF/ NEGATIF
B.4. Meilleures relations patients/médecins	FAIBLE	MODÈRE	AUCUNE/ POSITIFS	POSITIVE	AUCUNE/ POSITIVE	POSITIF/ NEGATIF
B.5. Accès à un praticien en dehors des heures de consultation (pour désengorger les services d'urgence hospitaliers)	MODÈRE	LONG	POSITIFS	POSITIVE	POSITIVE	POSITIF
B.2. Côté offre						
B.6. Nouveau transfert de charge des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires	MODÈRE/ ELEVÉE	LONG	NEGATIFS	POSITIVE/ NEGATIVE	NEGATIVE	POSITIF
B.7. Accroissement du rôle des acheteurs de soins	MODÈRE	LONG	POSITIFS/ NEGATIFS	POSITIVE	POSITIVE/ NEGATIVE	POSITIF
B.8. Amélioration des systèmes de passation de marchés/d'achat/de paiement des hôpitaux	MODÈRE	LONG	AUCUNE	POSITIVE/ NEGATIVE	POSITIVE/ NEGATIVE	POSITIF
B.9. Plus grande indépendance managériale	FAIBLE	LONG	INCONNUS	POSITIVE	POSITIVE/ NEGATIVE	POSITIF
B.10. Amélioration des méthodes de paiement /incitations pour les hôpitaux	MODÈRE	LONG	POSITIFS	POSITIVE	POSITIVE/ NEGATIVE	POSITIF
B.11. Surveillance du changement technologique et fixation des prix des	MODÈRE/ FAIBLE	LONG	POSITIFS/ NEGATIFS	POSITIVE/ NEGATIVE	POSITIVE/ NEGATIVE	POSITIF
B.12. Utilisation accrue des TIC pour la transmission de données	MODÈRE/ FAIBLE	LONG	POSITIFS/ NEGATIFS	POSITIVE	POSITIVE/ NEGATIVE	POSITIF/ NEGATIF

Note : Ce tableau est fondé sur les précédentes évaluations du Secrétariat de l'OCDE et les travaux publiés sur la question. La première colonne indique le type de mesure de réforme adoptée. Les deux suivantes ont trait à leur impact potentiel sur les dépenses, une distinction étant établie entre l'ampleur potentielle de ces effets et le délai au terme duquel ils devraient se faire sentir. Enfin, les quatre dernières colonnes mettent en évidence certaines des répercussions de ces mesures sur les objectifs des politiques de santé, et indiquent que les autorités peuvent être contraintes à des arbitrages entre ces objectifs dans certains domaines.

Les mesures budgétaires ou réglementaires peuvent avoir des effets très importants sur la réduction des coûts.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les pouvoirs publics contrôlent amplement les intrants du secteur de la santé et leur prix. Les mesures de contrôle des intrants, de plafonnement budgétaire ou de gel des prix peuvent entraîner une réduction substantielle des coûts ou ralentir fortement la croissance des dépenses de santé. Ces outils sont très largement utilisés, quoiqu'à des degrés divers, selon les périodes et les pays. Certains sont appliqués dans le contexte actuel de crise économique. Ils semblent très efficaces, notamment dans les systèmes à organisme payeur unique ou dans les pays où le financement et l'offre de santé sont intégrés.

Encadré 2. Quels sont les éléments qui comptent, quelle est l'origine des crédits affectés à la santé, et comment ceux-ci sont-ils dépensés ? Le cas des Pays-Bas

On oppose souvent les systèmes de santé intégrés s'appuyant sur un financement par le budget de l'État et sur des prestataires du secteur public à des systèmes financés par le revenu procuré par les primes d'assurance. Un des avantages du système intégré est qu'il facilite la maîtrise des coûts (par exemple, en appliquant des plafonds budgétaires aux dépenses selon une approche descendante sans avoir à renégocier les accords avec les différents prestataires ni établir de coordination entre les différents organismes d'assurance). Mais s'il est vrai que certains systèmes fondés sur l'assurance comptent parmi les plus dépensiers de la zone OCDE, d'autres dépensent moins que la moyenne de l'OCDE. L'expérience des Pays-Bas conduit à penser que ce sont les incitations auxquelles sont soumis les assureurs et les prestataires – telles que le mode de rémunération de chaque prestataire et de formulation des arrangements contractuels conclus avec les prestataires – et non l'origine des fonds, qui déterminent la plus ou moins grande facilité de maîtrise des dépenses. Les Pays-Bas se sont dotés d'un système de maîtrise des coûts qui a largement prouvé son efficacité pendant les années 80 et 90 tout en disposant d'un système de santé du type sécurité sociale. Par contre, au cours de ces 10 dernières années, ce pays a entrepris de rémunérer les différents prestataires plus à l'acte (dans l'idée que cela permettrait de raccourcir les listes d'attente), et a observé une augmentation rapide des dépenses. Les Pays-Bas cherchent actuellement à optimiser les incitations en augmentant les risques à la charge des assureurs et des prestataires pour maîtriser la croissance des dépenses de santé. Aux États-Unis, les systèmes d'assurance-santé intégrés tels que ceux de la Fondation Kaiser ou du Secrétariat aux anciens combattants ont offert à des équipes de professionnels de la santé des incitations à la coordination et à l'efficacité des soins. Si l'on veut savoir quel système offrira le meilleur rapport qualité-prix, il est préférable d'examiner la manière dont les fonds sont dépensés et la nature des incitations offertes aux prestataires et aux usagers et non de rechercher un modèle « idéal ».

Elles se traduisent par le contrôle des intrants...

Le contrôle des intrants (travail et capital) est appliqué dans quasiment tous les pays de l'OCDE. Par exemple, tous les pays de l'Organisation, à l'exception du Luxembourg et de la République tchèque, ont des quotas d'admission des étudiants en médecine, même si, dans bien des cas, ces quotas ont été réduits si fortement dans les années 80 et 90 que des pénuries sont apparues. Le nombre moyen des lits d'hospitalisation en soins intensifs est passé de 4.7 pour 1 000 habitants en 1995 à 3.8 en 2007. Seules la Finlande, la Grèce, l'Islande, la Corée et la Pologne ne réglementent pas directement le nombre d'hôpitaux, de lits d'hôpitaux ou la mise à disposition d'équipements de pointe.

...le contrôle des prix ...

Le contrôle de la masse salariale (qui intervient généralement dans un contexte de réduction importante des salaires dans le secteur public) a le plus souvent été mis en œuvre dans les pays ayant un système de santé intégré et dans ceux où les professionnels de la santé sont salariés (par exemple, le Danemark, le Royaume Uni et l'Irlande pour ce qui est des hôpitaux, mais aussi la Finlande, l'Espagne et la Suède). Même dans les systèmes de paiement à l'acte, la plupart des pays de l'OCDE continuent de contrôler la fixation des honoraires ou fixent le montant des honoraires par voie administrative (le Japon, la Corée, par exemple), parfois après rupture

des négociations avec les prestataires (l'Australie, la Belgique, le Canada, la France, le Luxembourg, par exemple). Des mécanismes d'ajustement des prix sur les volumes (les frais de santé sont automatiquement ajustés sur le nombre d'actes lorsqu'un niveau précis de dépenses est atteint) existent en Allemagne, en Autriche, en Hongrie et en Belgique.

...des restrictions dans le secteur pharmaceutique ...

Les responsables de l'action publique s'efforcent de maîtriser les dépenses pharmaceutiques par le contrôle des prix et des volumes imposé aux médecins et aux pharmaciens, et par le biais de politiques ciblant des produits bien particuliers (remises sur certains produits, par exemple), ou bien en augmentant la part des coûts restant à la charge des usagers. Une réduction du prix des produits pharmaceutiques remboursés a récemment été annoncée en Irlande, en Grèce et en Suède. D'autres mesures destinées à réduire les prix des médicaments faisant l'objet d'une concurrence entre différentes marques ont également été annoncées dans le cadre du budget 2010-11 du Gouvernement australien. D'autres initiatives encouragent la consommation de génériques, moins chers, notamment grâce à une baisse du ticket modérateur, comme en Suisse, par exemple. Le recours accru à des procédures d'appel d'offres pour les médicaments génériques, depuis 2005 au Pays-Bas et depuis 2007 en Allemagne, ont également permis de réaliser des économies considérables en matière de dépenses pharmaceutiques.

Encadré 3. Maîtriser les dépenses publiques de produits pharmaceutiques au Mexique

Les dépenses de produits pharmaceutiques représentent 24 % des dépenses de santé totales au Mexique. Des mesures destinées à contenir les dépenses et à réaliser des gains d'efficacité ont été récemment adoptées dans ce secteur, et ont apparemment commencé à porter leurs fruits. Depuis 2008, une commission intergouvernementale coordonne l'achat et négocie les prix maximums de produits pharmaceutiques brevetés ainsi que d'autres intrants sanitaires figurant dans le Registre national des médicaments essentiels. Cette commission élabore également des recommandations concernant les pratiques de prescription. Ces mesures ont débouché sur 310 millions USD d'économies en 2009. Le Mexique a réalisé 265 millions USD d'économies supplémentaires en 2009 en imposant à ses États fédérés d'appliquer certains critères en matière de fourniture, de distribution et d'utilisation rationnelle des produits pharmaceutiques couverts par le régime d'assurance-maladie de base (*Seguro Popular*), qui vise les personnes dépourvues de couverture santé.

...des contraintes budgétaires...

Un autre moyen de contrôler les volumes, les prix ou la capacité est d'imposer des objectifs budgétaires ou de dépenses. Tous les pays de l'OCDE, à l'exception de l'Autriche, du Japon, de la Corée, du Mexique et de la Suisse, imposent des contraintes budgétaires, notamment dans le secteur hospitalier. Des budgets de santé serrés, comme au Canada, en Italie, au Royaume Uni, en Nouvelle Zélande et dans certains pays membres d'Europe du sud et de l'est, ont tendance à être plus efficaces que les objectifs fixés, lesquels sont rarement respectés.

...et des mesures de transfert des coûts.

Enfin, les décisions des pouvoirs publics quant à l'ensemble des prestations octroyées (ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas) et la part des coûts pris en charge par les usagers peuvent avoir des conséquences sur les dépenses publiques. Sous la pression budgétaire et face à l'explosion de la demande de services de santé, certains États américains envisagent de réduire le montant des prestations optionnelles du programme Medicaid, par exemple pour les soins dentaires et ophtalmologiques, ainsi que les versements aux prestataires.

Toutefois, ces mesures ne peuvent être efficaces que pendant un temps limité...

Ces politiques de « contrôle » peuvent permettre de limiter les dépenses à court terme, mais elles ne permettent pas vraiment, voire pas du tout, de modérer à moyen terme les pressions sous-jacentes à la hausse des dépenses de santé. L'exemple des pays ayant rapidement réduit leurs dépenses de santé après une récession laisse à penser que les réductions des dépenses de santé qui suivent l'intensification de ces politiques sont éphémères. Il est même possible que les mesures de restriction des dépenses à court terme entraînent une augmentation des dépenses à long terme, si les investissements nécessaires sont différés ou si les politiques de prévention jugées souhaitables ne sont pas appliquées.

... et peuvent nuire à la réalisation d'autres objectifs du système de santé, notamment l'accès aux soins, l'équité et la qualité.

Toutefois, le relâchement, même temporaire, de la pression sur les dépenses de santé peut coûter cher au final. Bon nombre de politiques à court terme peuvent entraîner une restriction de l'accès aux soins, une offre de services moins équitable, des soins moins adaptés, une baisse de la qualité et un accès tardif aux nouvelles technologies qu'il serait souhaitable d'utiliser.

En somme, au lendemain de la crise, certains pays auront des difficultés à rassembler suffisamment de fonds pour pouvoir maintenir leurs dépenses de santé. Il existe des moyens de réduire les dépenses rapidement en rationalisant les soins et en contrôlant les prix, mais ces mesures ne peuvent pas être durables car elles ne répondent pas aux causes sous-jacentes des dépenses de santé. Étant donné l'ampleur de l'augmentation probable des dépenses telle que décrite précédemment, c'est sur le long terme que les grands défis devront, en fait, être relevés : il s'agira de savoir comment veiller à ce que les fonds soient dépensés à bon escient. Selon la plupart des analystes, la meilleure façon de relever ce défi est de proposer aux patients, mieux informés, les bonnes incitations, afin de favoriser la demande de soins plus adaptés et de récompenser les acheteurs et les prestataires pratiquant des soins efficaces et de qualité.

4. Beaucoup d'approches nouvelles et prometteuses permettent d'obtenir un bon rapport coût-efficacité sur le long terme

Proposer de nouvelles incitations aux patients, aux payeurs et aux prestataires donnera un meilleur résultat à long terme.

Les pays essaient de nombreuses mesures pour faire en sorte que les systèmes de santé soient aussi efficaces que possible (ces politiques sont bien trop nombreuses pour pouvoir être examinées comme il faut dans le présent document). Néanmoins, bon nombre des nouveaux concepts les plus prometteurs ont deux choses en commun. Tout d'abord, la priorité est d'améliorer la manière dont les systèmes de santé abordent les changements en matière d'épidémiologie et l'augmentation des maladies chroniques. Ensuite, l'objectif est de récompenser les patients, les prestataires et les acheteurs sur le plan de la qualité et de l'efficacité des soins. Certaines de ces initiatives sont examinées plus loin. Il convient néanmoins de souligner d'emblée que les éléments dont on dispose sur les effets de certaines d'entre elles sont incomplets, et que la surveillance étroite de ces nombreuses initiatives nouvelles est nécessaire pour recenser plus précisément les mesures qui permettent d'obtenir un bon rapport coût-efficacité.

Encadré 4. Faut-il investir dans les institutions et les structures de gouvernance ?

Lorsque les fonds affectés aux services de santé se font rares, certains pays peuvent avoir des difficultés à fournir les services coûteux dont l'efficacité a été démontrée dans la lutte contre le cancer, mais l'amélioration de la gouvernance du système est relativement peu coûteuse, et peut avoir des répercussions sensibles. Selon une analyse de l'OCDE relative à 12 de ses pays membres, une fois tenu compte d'éléments tels que les niveaux de revenu des pays concernés, environ la moitié de la variation du taux de survie au cancer est imputable aux dépenses de santé, au nombre de tomodensitomètres, de tomographes à émission de positrons (TEP), de cancérologues et de centres de traitement du cancer, ainsi qu'à l'utilisation clinique de médicaments innovants contre le cancer. Un autre quart des différences de taux de survie au cancer peut s'expliquer par les caractéristiques de l'accès aux services de soins – telles que le délai moyen d'orientation vers un spécialiste (à partir du médecin référent), le temps d'attente (entre le diagnostic et le début du traitement) et la proportion de patients ayant reçu un traitement optimal si leur cancer a été diagnostiqué à un stade précoce/localisé (association de la chirurgie, de la chimiothérapie et de la radiothérapie). Néanmoins, le dernier quart de la variation du taux de survie au cancer est imputable à des facteurs de « gouvernance » : la définition d'objectifs spécifiques en matière de cancer, la mise en place de mécanismes d'assurance-qualité pour le traitement des cancers, la coordination des prestations de soins, et la mise sur pied de réseaux de prestation de services.

4.1. Proposer des incitations nouvelles aux patients

La hausse des niveaux d'instruction accroît les possibilités de soins auto-administrés et de choix éclairés des patients...

De nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques n'ont pas accès aux services de soutien et aux conseils dont elles ont besoin pour gérer leur pathologie, et pourtant, des patients bien informés des risques ou des effets secondaires possibles d'un traitement peuvent souhaiter renoncer à un traitement intensif ou invasif. Par exemple, une étude effectuée en Ontario (Canada) montre que la grande majorité des patients interrogés sur leurs préférences en matière de traitement des douleurs au genou préfèrent un traitement classique, contre seulement 14 % qui préfèrent une intervention chirurgicale. Aux États-Unis, les études sur les soins qui prennent en compte les préférences ont révélé que la demande de traitements chirurgicaux plus invasifs diminue lorsque les patients sont impliqués dans le choix du traitement. En outre, l'auto-surveillance peut contribuer à améliorer l'état de santé et à réduire les coûts des services d'urgence.

Vouloir extrapoler à partir de ces exemples requiert tout de même une certaine prudence. Ce n'est pas parce qu'ils sont mieux informés que les patients sont forcément plus aptes à l'auto-administration d'un traitement. Il faut également éviter les autodiagnostic qui peuvent se révéler dangereux. Néanmoins, un certain nombre d'arguments plaident en faveur d'une formation des patients pour qu'ils apprennent à se prendre en charge, ainsi que d'une récompense en cas de prise de décision conjointe par le médecin et le patient. Le fait d'impliquer les patients dans le processus de décision concernant les soins accroît leur satisfaction et améliore leur qualité de vie.

...d'amélioration de la coordination des systèmes de santé...

La coordination des soins et la gestion des pathologies pourraient permettre d'améliorer la qualité des soins, mais elles ont un coût. La coordination des soins permet d'améliorer les transferts d'un prestataire de soins à un autre, d'aider les patients à se repérer dans le système, et surtout d'éviter les hospitalisations et consultations de spécialiste inutiles (et coûteuses). La coordination des soins primaires via les systèmes de médecins référents poursuit peu ou prou les mêmes objectifs.

Jusqu'à présent, la complexité des flux de financement et les difficultés de transfert électronique des dossiers médicaux d'un prestataire à un autre font obstacle à une meilleure coordination des soins. Il peut également s'avérer difficile de mettre en place les dispositifs adaptés pour inciter les hôpitaux et les prestataires de soins primaires à coordonner leurs activités. Pour surmonter ces difficultés, un certain nombre de projets innovants ont été lancés, tels que le regroupement des médecins de famille et des hôpitaux, qui se voient récompensés s'ils parviennent à coordonner les soins plus efficacement. Les résultats sont toutefois mitigés. Si certaines initiatives ont permis de réduire un peu les coûts, elles ont dans l'ensemble surtout permis d'améliorer la qualité des soins (d'où une meilleure rentabilité). Cela dit, on peut probablement trouver davantage de motifs d'optimisme en étudiant certains domaines particuliers comme les soins de santé mentale (notamment le traitement de la dépression ou de la schizophrénie), et les soins palliatifs prodigués aux patients souffrant de poly-pathologies. Les modèles qui donnent de bons résultats dans ces domaines incluent l'adoption d'une approche multiaxiale (constitution d'équipes chargées des soins primaires et des soins spécialisés), la mise en place d'un coordinateur des soins, et l'autonomisation accrue des patients.

L'impossibilité de réduire les coûts s'explique en partie par le fait que la coordination elle-même coûte cher, mais aussi parce qu'il n'est pas réaliste d'espérer réduire les coûts du traitement des co-morbidités, d'où un intérêt croissant pour la « modélisation prédictive », qui vise à orienter les programmes de gestion des maladies onéreuses vers ceux qui seront le plus susceptibles d'en bénéficier (les États-Unis ont été des pionniers en la matière et, au Royaume-Uni, certains *Primary Care Trusts* (groupements de généralistes) ont procédé à des essais pilotes en ce sens).

Encadré 5. Gains d'efficacité résultant de la coordination des soins entre les hôpitaux et les services de santé collectifs en Norvège

Une amélioration de la coordination des soins entre les hôpitaux et les services de santé collectifs a contribué à des prestations de meilleure qualité et à moindre coût à Trondheim. Afin de permettre une sortie rapide des patients de l'hôpital, le service Søbstad Helsehus emploie un personnel médical plus nombreux qu'il n'est d'usage dans un établissement de long séjour. Les patients y sont mieux soignés que d'autres personnes ayant des besoins similaires qui sont prises en charge dans une structure plus classique – ainsi que l'illustrent, par exemple, un taux de réadmission plus faible (19 % contre 36 %) et des taux de mortalité à un an plus bas (8 % contre 31 %). Après six mois de séjour au service Søbstad, un quart des patients étaient en mesure de vivre de manière autonome, alors que 10 % seulement des personnes traitées en milieu hospitalier étaient dans ce cas. En outre, le coût du séjour à Søbstad était nettement inférieur. Ces résultats et d'autres conclusions similaires laissent entrevoir les gains d'efficacité pouvant résulter d'une meilleure coordination des soins, par exemple au point d'articulation entre les hôpitaux et les services de santé collectifs. Dans le livre blanc de 2010 intitulé « La réforme de la coordination » sont proposées des mesures destinées à « prodiguer le traitement approprié au bon endroit et au bon moment ». Cette réforme doit permettre de remédier aux trois principaux problèmes soulevés par le système de santé norvégien : la coordination insuffisante des services de santé offerts aux patients ; l'inadéquation des initiatives de prévention des maladies ; et le manque d'adaptation aux évolutions épidémiologiques liées aux changements démographiques.

... et de développement de la prévention.

Dans tous les pays de l'OCDE il existe manifestement un déséquilibre entre prévention et traitement. Il semblerait, d'après les données relatives aux dépenses, que sur 20 dollars investis dans les systèmes de santé, un dollar seulement est consacré à la prévention des maladies et à la promotion de la santé. Ce rapport est sans doute sous-estimé, puisqu'il ne tient pas compte des efforts des généralistes pour encourager leurs patients à adopter un comportement plus sain, mais il est clair que la prévention dispose de peu de ressources. Certaines mesures se sont néanmoins révélées efficaces : la vaccination contre les maladies transmissibles et les actions visant à réduire la consommation de tabac et d'alcool. Par ailleurs, l'analyse de l'OCDE montre que de nombreux programmes de lutte contre l'obésité ont un rapport coût-efficacité favorable.

4.2. Proposer de nouvelles incitations aux prestataires et aux acheteurs

Les mesures en matière d'offre permettent d'améliorer l'efficacité.

L'offre de services de santé semble ouvrir des perspectives d'amélioration du rapport coût-efficacité particulièrement prometteuses. Les prestations de santé sont très différentes selon les pays, mais ce n'est pas le cas des résultats obtenus. Cela laisse entrevoir des possibilités de gains d'efficacité par la réduction de la variation des intrants ou de leur usage.

Il est possible d'améliorer l'efficacité du secteur hospitalier et ambulatoire...

Les perspectives de gains d'efficacité semblent particulièrement prometteuses dans le secteur hospitalier. Les hôpitaux représentent toujours environ 40 % des dépenses de santé. Le secteur a fait l'objet de réformes importantes ces trente dernières années, avec des innovations et des modifications des mécanismes de paiement – telles que la mise en place de systèmes de tarification à la pathologie – favorisant des réductions de la durée moyenne de séjour hospitalier. La chirurgie ambulatoire a augmenté dans tous les pays de l'OCDE. La tendance est à la spécialisation croissante et la priorité est donnée à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Ces changements interviennent dans un contexte de contraintes budgétaires et de surveillance des coûts, d'où une meilleure capacité de gestion et une transparence accrue des coûts. Il est possible d'améliorer encore les performances, par exemple en améliorant la gestion hospitalière ou en diminuant le taux d'occupation des lits de soins aigus par des patients en réadaptation fonctionnelle. Par ailleurs, la prévalence croissante des maladies chroniques nécessite de pratiquer les soins hors de l'hôpital, en ambulatoire ou en consultation externe.

Il est peut-être plus compliqué de déployer plus efficacement les ressources dans le secteur ambulatoire, et l'organisation des soins ambulatoires est plus variable d'un pays de l'OCDE à l'autre. Néanmoins, tout porte à croire que les médecins exerçant seuls en cabinet sont les moins bien préparés pour aborder les modèles émergents de morbidité. Les équipes de professionnels de santé et les cabinets comptant à la fois des médecins et des infirmières ouvrent des perspectives de changement prometteuses, notamment peut-être lorsqu'ils intègrent les nouvelles expertises des infirmières. Les cabinets médicaux pluridisciplinaires (*medical homes*) aux États-Unis, ou la mise en place de médecins référents en Allemagne et en France, permettent un meilleur rapport coût-efficacité du traitement et de la surveillance des patients atteints d'affections chroniques.

Encadré 6. L'amélioration de la qualité s'accompagne-t-elle d'une augmentation de l'efficience ?

Faut-il privilégier la réduction des coûts aux dépens de l'amélioration de la qualité des soins ? Ou devrions-nous, au contraire, considérer l'investissement dans une meilleure qualité de soins comme un moyen de réduire ultérieurement le recours aux services de santé ? Certains indices conduisent à penser que cette deuxième proposition se vérifie quelquefois. A titre d'exemple, au Royaume-Uni, les effets indésirables des médicaments (EIM) coûtent aux contribuables 466 millions GBP par an. Pourtant, la plupart de ces intolérances pourraient être évitées si les procédures appropriées étaient respectées. Les médicaments les plus souvent associés à des EIM sont des produits comme l'aspirine à faible dose, les diurétiques, la warfarine, et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, pour lesquels on dispose de nombreuses données d'observation qui permettraient d'en faire un usage approprié. Plus généralement, l'OMS estime que l'amélioration de la sécurité des patients pourrait permettre d'économiser entre 6 et 29 milliards USD par an. Les domaines que l'on pourrait cibler incluent les problèmes liés à la sécurité chirurgicale, qui représentent la moitié des complications à la suite d'une opération, et les infections nosocomiales, qui touchent jusqu'à 1.4 million d'individus dans le monde. Le fait de réduire au minimum les hospitalisations non programmées coûteuses pour des patients atteints de maladies chroniques constitue probablement un autre domaine dans lequel l'augmentation de la qualité des soins irait de pair avec une amélioration du rapport coût-efficacité. Mais l'inverse peut aussi être vrai. Beaucoup de pays ont investi dans l'amélioration du vécu des personnes nécessitant des soins. Les patients nécessitant une hospitalisation ont plus de chances d'avoir une chambre particulière, et moins de risques de se retrouver dans un bâtiment sans âme, datant du XIX^e siècle, et dont la peinture murale s'écaille. Indubitablement, ces changements ont rendu la réception des soins plus agréable, moins intimidante et moins stressante. Mais on peut se demander si, en cette période de raréfaction des fonds à affecter à la santé (par rapport à ces dernières années), il y a lieu de réduire ces investissements au profit du maintien d'un aussi grand nombre de services médicaux que possible.

...mais séparer les fonctions d'acheteur et de prestataire s'est révélé difficile à mettre en œuvre efficacement.

Séparer les fonctions d'acheteur et de prestataire constitue un autre modèle attrayant pour atteindre les objectifs en matière d'offre de soins. Toutefois, la mise en place d'un tel modèle s'est révélée difficile, car les acheteurs manquent souvent des informations nécessaires pour rédiger et vérifier les contrats – processus qui peut être très onéreux. Pour acheter plus efficacement, il faut fixer des objectifs clairs aux acheteurs, investir dans la création de systèmes de données consacrés à la surveillance des performances et évaluer régulièrement les résultats.

Les nouvelles techniques médicales contribuent à une amélioration de l'état de santé ...

Les patients des pays de l'OCDE ont largement profité de la mise au point de nouveaux médicaments ainsi que des progrès des techniques médicales, qui ont entraîné une forte augmentation de l'espérance de vie sans invalidité. De nouveaux traitements contre des maladies à fort taux de morbidité sont ainsi apparus, qui permettent de soigner des patients naguère incurables (traitement contre le VIH, par exemple).

...mais cette amélioration a un coût.

Toutefois, les techniques médicales sont l'un des principaux responsables des coûts de la santé. Si elles permettent de réduire la durée des séjours hospitaliers et d'appliquer des procédures moins invasives, elles peuvent accroître les dépenses en apportant un traitement à des pathologies jusque-là incurables. Dans un système de santé aux ressources limitées, les décideurs doivent s'assurer que les ressources publiques sont réparties aussi efficacement que possible. Cela peut nécessiter des décisions difficiles : par exemple, vaut-il mieux investir dans une technique onéreuse dont seules quelques personnes pourront bénéficier ou assurer un traitement moins cher bénéficiant à un groupe plus important ?

Une prise de décision plus rationnelle permettrait une meilleure allocation des ressources.

De nombreux pays de l'OCDE ont rationalisé les structures ou les processus pour aider les acheteurs à prendre des décisions éclairées sur le remboursement des médicaments ou sur de nouvelles techniques onéreuses. La médecine factuelle et l'évaluation des techniques utilisées dans le secteur de la santé ont déjà amélioré la transparence de la prise de décision et contribué à rentabiliser les nouveaux investissements. A titre d'exemple, pour aider les acheteurs à définir des priorités et veiller à ce que les patients bénéficient du traitement présentant le meilleur rapport coût-efficacité, au Royaume-Uni, le *National Institute for Clinical Excellence* a répertorié récemment 19 recommandations qui, si elles étaient suivies, contribueraient à libérer des ressources au sein du Service national de santé (NHS, *National Health Service*). Il s'agit notamment d'encourager les femmes à utiliser les moyens de contraception réversibles de longue durée à la place de la pilule, de prescrire des médicaments pour lutter contre l'hypertension, et de publier des lignes directrices pour réduire les infections nosocomiales.

Il faudrait faire plus pour prouver et faire connaître les avantages relatifs d'autres soins de santé. Selon l'*American Institute of Medicine*, dans la moitié des cas, on continue de proposer des traitements malgré l'absence de preuve de leur efficacité. En outre, les écarts en matière de qualité des soins prodigués aux patients sont manifestes. En 2001, la *Rand Corporation* estimait que dans plus de la moitié des cas, les soins reçus par les Américains adultes pour traiter trente pathologies aiguës ou chroniques n'étaient pas conformes aux recommandations de la médecine factuelle. Seuls quelques pays produisent et diffusent activement des lignes directrices cliniques pour éclairer médecins et patients en matière de prise de décision. Par ailleurs, en dehors de l'amélioration de l'information, des facteurs structurels (procédures, systèmes de retour d'information, par exemple), la participation d'acteurs clés au niveau de la conception et de la mise en œuvre, la formation et les incitations financières telles que les stratégies de rémunération en fonction des performances, peuvent encourager l'adoption de pratiques exemplaires.

Encadré 7. Médecine factuelle : les règles d'Ottawa applicables au diagnostic des lésions de la cheville (OAR)

Les règles d'Ottawa applicables au diagnostic des lésions de la cheville (OAR) offrent des lignes directrices très simples pour aider les urgentistes à décider s'il y a lieu de recourir à la radiographie pour des patients victimes d'un traumatisme à la cheville. Avant l'adoption de ces règles, les patients présentant des blessures à la cheville étaient systématiquement adressés au service de radiologie, même si dans 15 % des cas seulement, un cliché était effectivement nécessaire. Des études ont montré que les OAR pouvaient réduire de 30 à 40 % le taux de clichés inutiles. Certaines études cliniques ont également montré que l'application de ces règles aux enfants pouvait entraîner une réduction de 25 % de l'exposition des jeunes patients aux rayons X. Des essais cliniques ont révélé que ces règles étaient efficaces parce qu'elles permettaient de réduire le recours aux examens radiologiques de la cheville, le délai d'attente pour recevoir le traitement ainsi que les coûts, sans entraîner de sous-diagnostic des fractures, ni de mécontentement des usagers. Selon les estimations, aux États-Unis, les économies réalisées oscillent entre 614 226 USD et 3 145 910 USD pour 100 000 patients, suivant le montant facturé pour la radiographie. Au Canada, toujours d'après les estimations, l'économie réalisée est de l'ordre de 730 145 CAD pour 100 000 patients. Ces règles avaient été mises au point pour les blessures à la cheville et au pied mais, aujourd'hui, il existe des règles analogues pour d'autres lésions, notamment les règles d'Ottawa applicables en cas de blessure au genou.

Une réforme des mécanismes de paiement destinée à récompenser les bons résultats devrait permettre d'améliorer la qualité des soins ...

Pour obtenir un bon rapport coût-efficacité des services de santé, il faudra aussi réformer les mécanismes de rémunération des prestataires. Aujourd'hui, la plupart des prestataires de soins sont toujours rémunérés à l'acte ou selon leur responsabilité. Ils sont rarement récompensés pour avoir amélioré la santé de leurs patients ou pour avoir prodigué des soins de grande qualité. La rémunération en fonction des performances (P4P) a changé la donne. Ce type de dispositif s'est multiplié ces dernières années, par exemple aux États-Unis (dans les secteurs public et privé), au Royaume Uni (*Quality and Outcomes Framework*), en Nouvelle-Zélande (gestion basée sur les performances), au Brésil et en Australie (*Practice Incentives Programme*), pour n'en citer que quelques-uns. En règle générale, ces dispositifs sont utilisés dans les soins primaires, et incitent à accorder plus d'attention à la prévention et au respect de règles cliniques, pour le traitement de maladies chroniques par exemple. Des gratifications financières (bonus) sont accordées aux prestataires qui atteignent les niveaux de performance prédéfinis, mais la publication du classement des prestataires proposant des soins de grande qualité peut avoir plus ou moins le même effet. L'incitation porte plus rarement sur la réduction des coûts.

... mais elle doit être soigneusement élaborée ...

Des projets pilotes de programmes P4P ont mis en évidence des améliorations concernant le recours à des services de prévention et le respect de lignes directrices cliniques pour le traitement des affections chroniques. Mais il a été plus difficile de déterminer la « bonne » mesure d'incitation. Souvent, les incitations se fondent sur des objectifs à atteindre et non sur une modification de la performance globale. Par ailleurs, la rémunération est fréquemment trop faible pour que l'on puisse espérer un changement de comportement significatif de la part du prestataire. Les professionnels peuvent se montrer réticents en raison de leur perte d'autonomie clinique, et les consommateurs peuvent craindre la divulgation d'informations confidentielles les concernant. La rigueur des objectifs suscite également des inquiétudes. Si certaines pathologies ou certains indicateurs font l'objet d'une incitation financière, d'autres risquent d'être négligés. Les pays peuvent tirer des enseignements mutuels importants sur la manière d'améliorer la conception de ces systèmes, et tirer les leçons des succès et des erreurs des autres pays.

... et passe par une augmentation des dépenses à court terme.

Les programmes P4P nécessitent presque toujours des avances de fonds et des ajustements très précis. En particulier, les coûts administratifs liés à la mise en place et à l'exploitation d'un système P4P peuvent être élevés. Les informations sur la qualité des soins dont dépendent les systèmes P4P faisant souvent défaut dans les systèmes de santé, les prestataires se voient généralement verser un bonus initial correspondant simplement aux informations qu'ils ont communiquées sur la qualité des soins. Une fois cette procédure de communication mise en place, il peut y avoir plus d'intérêt à utiliser ces programmes pour atteindre des objectifs de qualité. Mais les coûts peuvent augmenter du fait que les prestataires modifient leur comportement pour atteindre l'objectif fixé. Cela prouve non seulement que le système fonctionne mais aussi qu'il est plus facile de renforcer l'efficacité en améliorant la qualité des soins qu'en réduisant les coûts.

Encadré 8. La rémunération en fonctions des performances (P4P) : l'expérience de l'Australie et de la Corée

Les autorités australiennes offrent des incitations financières aux parents et aux prestataires de services de vaccination pour renforcer les résultats de la vaccination des enfants. Depuis la mise en place du programme d'incitations à la vaccination par les généralistes (*General Practice Immunisation Incentives Scheme*) en 1998, la couverture vaccinale moyenne est passée de 76 % à 92 % environ.

En Corée, l'Agence d'examen de l'assurance maladie (HIRA) a élaboré ce qu'il est convenu d'appeler le Programme d'incitation à la valorisation en 2007. Ce dispositif de rémunération fondée sur la performance englobe 43 hôpitaux tertiaires auxquels il est demandé d'améliorer le traitement de l'infarctus aigu du myocarde (en se fondant sur sept indicateurs dont la rapidité de la reperfusion myocardique, la mortalité clinique et l'administration d'aspirine) et de réduire le nombre de césariennes pratiquées « inutilement ». Les hôpitaux affichant de hautes performances et ceux dont la performance s'est améliorée devaient recevoir des incitations financières à partir de la deuxième année d'application du programme, tandis que des pénalités pour performances médiocres commençaient à être appliquées à partir de la troisième année. A ce jour, le programme a entraîné une amélioration de 1.68 % de l'indicateur de qualité concernant l'infarctus du myocarde, et une diminution de 0.6 point de pourcentage du taux de césariennes, ainsi qu'une économie de 1.8 milliards KRW.

Le prix et le taux de remboursement des produits pharmaceutiques devraient récompenser leur efficacité.

Les décisions relevant du secteur santé sont encore relativement souvent prises au coup par coup. Des décisions plus rationnelles et plus explicites concernant, par exemple, le remboursement et les prix permettraient de réaliser des gains d'efficacité des dépenses pharmaceutiques et de stimuler l'innovation. Il s'agit là d'un point important. Même si la croissance en volume des dépenses de produits pharmaceutiques administrés en ambulatoire a ralenti par rapport à celle des dépenses de santé totales entre 2003 et 2008, les premières représentent encore 17 % des secondes en moyenne dans les pays de l'OCDE, et environ un quart en Grèce, en Corée, au Mexique, en Pologne, en Hongrie et en République slovaque.

Les politiques de tarification et de remboursement des produits pharmaceutiques actuellement en vigueur ne permettent pas toujours d'obtenir un bon rapport coût-efficacité. Dans plus de 80 % des pays de l'OCDE, la tarification appliquée dans un groupe de pays sert de référence pour fixer le tarif des médicaments nouveaux et innovants. Or, cette approche peut subir l'influence des entreprises, car les nouveaux médicaments sont d'abord mis sur le marché des pays pratiquant des prix élevés, et ne garantit pas le meilleur rapport coût-efficacité.

Les nouvelles méthodes de paiement fondées sur le partage, avec les acheteurs, des risques liés à l'adoption de nouveaux produits sont encourageantes, mais elles doivent faire l'objet d'une évaluation publique rigoureuse. Enfin, de nombreux pays pourraient rapidement réaliser des gains d'efficacité en encourageant la consommation de médicaments génériques. En 2008, la part des génériques sur les marchés de produits pharmaceutiques était comprise entre 6 % en Irlande et 58 % en Pologne.

Tout porte à croire qu'une utilisation accrue des TIC peut améliorer la qualité des soins, empêcher des erreurs médicales, voire réduire les coûts ...

L'utilisation de l'informatique par les prestataires permet d'éviter au maximum la répétition des examens médicaux et de réduire les coûts administratifs de facturation, de prise de rendez-vous et de traitement des formulaires papier. Ainsi, les demandes de remboursement papier qui coûtaient auparavant 5 dollars pièce sont maintenant traitées par voie électronique pour 25 cents en Nouvelle-Angleterre (États-Unis) grâce au Réseau d'échange de données informatisées sur les soins de santé (qui est un consortium de prestataires et de payeurs). En Suède, la télétransmission des ordonnances a permis aux médecins et aux pharmaciens de gagner en moyenne 30 minutes par jour. La télémédecine permet de traiter des patients dans des régions reculées, tandis que des systèmes experts aident à contrôler la qualité des soins. Le recours à la technologie et à l'analyse des données peut également faciliter la détection et la prévention de la fraude dans le cadre du traitement des paiements. Les réseaux numériques mis en place pour faciliter la transmission, le traitement et le stockage des informations médicales permettent également une meilleure adéquation entre le système de santé et les besoins des utilisateurs.

...mais il conviendrait de surmonter les problèmes de mise en œuvre...

Toutes ces mesures vont dans le bon sens. Alors comment se fait-il que le secteur de la santé ne réussisse pas aussi bien que d'autres secteurs de l'économie à exploiter les gains de productivité liés aux TIC ? Le problème, entre autres, est que ceux qui tirent le plus avantage de l'utilisation accrue des dossiers de santé électroniques, par exemple, sont rarement ceux qui doivent fournir le plus d'efforts pour faire fonctionner le système efficacement. Les médecins généralistes doivent saisir une grande partie des données nécessaires à la constitution des dossiers de santé électroniques, mais ce sont les payeurs des soins de santé qui tirent le plus avantage de ce système au travers de la réduction des coûts.

... et de préservation de la confidentialité des informations.

En outre, il faut préserver la confidentialité des informations et trouver un équilibre entre la nécessité de s'assurer que seules les personnes qui en ont vraiment besoin peuvent avoir accès aux dossiers et le besoin d'extraire des informations pour contrôler les performances. L'interopérabilité informatique demeure problématique, et la gouvernance globale des systèmes TIC à grande échelle dans le secteur de la santé est souvent médiocre. Pour surmonter ces difficultés, l'intervention des pouvoirs publics est nécessaire : les mécanismes du marché ne suffisent pas pour exploiter le potentiel des TIC dans le secteur de la santé. Aux États-Unis, on propose aux médecins de famille des subventions de 15 000 à 40 000 USD pour les persuader de mettre en place des dossiers de santé électroniques, et les versements effectués au titre du programme Medicaid sont moins élevés pour ceux qui n'en établissent pas. Au Danemark, les médecins généralistes ont, depuis 2004, l'obligation d'utiliser les TIC dans le secteur de la santé ; une assistance technique est prévue pour les médecins, et des normes nationales ont été fixées afin d'assurer l'interopérabilité. On a ainsi pu constater qu'en 2010, la totalité des généralistes utilisaient les dossiers de santé électroniques.

5. Concilier le court et le long terme

Les arbitrages sont inévitables dans un contexte de ressources limitées.

Il n'est pas toujours facile de concilier les pressions qui s'exercent à court terme pour ralentir la croissance des dépenses de santé et les objectifs à long terme de systèmes de santé hautement performants. Le fait d'investir dans les TIC dans le secteur de la santé, de payer les prestataires pour qu'ils améliorent leurs performances, de récompenser la prestation de soins coordonnés, voire d'investir dans la prévention et la promotion de la santé, laisse espérer une amélioration des soins et donc de l'état de santé de la population. Peu d'éléments tendent à démontrer que ces initiatives permettront aussi de réduire les coûts. En outre, pour que ce type d'initiatives fonctionne, de nouvelles ressources sont souvent nécessaires.

Des investissements de départ importants dans ces initiatives peuvent être nécessaires pour obtenir un bon rapport coût-efficacité à long terme.

Dans le proche avenir, la hausse des dépenses de santé restera, comme par le passé, supérieure à celle du PIB, en écho aux avantages que la société et les consommateurs en tirent. Cela permettra de créer des emplois, d'améliorer l'état de santé de la population, et d'assurer croissance et bien-être. Cela exercera également des pressions sur les systèmes de financement des soins, et nous ne pouvons être indifférents à nos dépenses de santé.

Certaines des initiatives nouvelles traitées dans ce rapport promettent d'améliorer l'efficacité. Nombre d'entre elles sont liées : des circuits d'information performants sont nécessaires pour assurer la coordination des soins, tandis que la rémunération en fonction des performances (P4P) nécessite un grand nombre d'informations. Dans les deux cas, un système fiable de dossiers de santé électroniques accroît considérablement les chances de succès. L'acceptation généralisée de la médecine factuelle et de lignes directrices cliniques est une condition nécessaire pour atteindre les objectifs fixés dans le cadre du système P4P et rationaliser la structure tarifaire des produits pharmaceutiques. Proposer de nouvelles incitations aux consommateurs, aux prestataires et aux acheteurs est une tâche ardue, mais il n'y a pas d'alternative à la recherche permanente des moyens d'utiliser les dépenses de santé à bon escient.