

LA LETTRE du COLLEGE

COLLEGE DES ECONOMISTES DE LA SANTE

LE MESSAGE DU PRÉSIDENT

Je souhaite à tous les membres du Collège une bonne rentrée après des vacances sans aucun doute méritées. J'ai pour ma part été sensible à plusieurs points d'actualité concernant la santé. Dans le dramatique, d'abord : l'annonce de la possibilité d'une transmission sanguine du prion, responsable de la maladie de Creutzfeldt Jacob, avec ce que cela signifie potentiellement de vies en danger au Royaume-Uni et en France n'est pas une perspective très réjouissante, encore moins si cette nouvelle maladie est le fruit de calculs économiques de court terme par les fabricants de farines animales et par les éleveurs. Dans le stupéfiant ensuite : l'annonce de la médaille d'or pour le système de santé français par l'OMS, au début de l'été, qui a suscité à l'étranger une véritable soif de savoir. Une collègue franco-québécoise m'a expliqué qu'elle avait été convoquée par son Doyen, qui voulait savoir quel était le secret du système français, car le Ministre lui-même s'en était ému. Moins spectaculaire, mais passionnant, la publication récente dans le Monde de l'étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie sur les médicaments les plus prescrits en France : au premier rang, le Mopral®, un inhibiteur de la pompe à protons, aux propriétés antiulcéreuses très efficaces, et dont la prescription a connu une croissance soutenue dans notre pays. Au deuxième rang, les statines, pour la prise en charge de l'hypercholestérolémie. Pas encore de commentaires de nos autorités sur ces deux molécules. Répondent-elles aux besoins ? Connaissions nous leur rapport coût-efficacité par rapport aux traitements auxquels ils se substituent ? Eh bien oui pour les statines, je ne connais pas assez bien la littérature sur le Mopral, je vais consulter CODECS... dès que la base sera accessible, c'est-à-dire officiellement en février 2001, au cours du Colloque du Collège, dont le thème est l'innovation... Car l'équipe a continué à travailler d'arrache-pied pendant les vacances... Pas de commentaires encore non plus sur le redémarrage des dépenses de santé. Vive la croissance ? Mais pas de chance, le renchérissement du prix du pétrole va-t-il nous priver si tôt de l'ivresse qu'elle procure ? Comme quoi nous avons encore du travail...

Gérard de POUVOURVILLE

Directeur de Recherche
CREGAS - INSERM, Unité 537

ÉDITORIAL : ET LE PANIER DU VOISIN ?

Vous trouverez dans ce numéro deux articles qui, en première lecture, ont peu en commun, si ce n'est de traiter de régulation des systèmes de santé. Maryse Gadreau mobilise ses qualités reconnues d'analyse pour poser dans toute sa généralité la question de la détermination du panier de biens et services, thème à la mode depuis le rapport Soubie, et maintenant du rapport du Haut Comité de la Santé Publique, qui s'est emparé du sujet l'an passé. Je présente brièvement dans le deuxième article les résultats du rapport OMS publié avant l'été. Or, il y a un fil conducteur entre ces thèmes : au fond, lorsque l'on se livre à l'analyse comparative, on a toujours du mal à évaluer de façon rigoureuse les différents paniers de soins offerts et couverts par des mécanismes d'assurance entre les pays. Pourtant, on aimerait bien savoir si pour le même montant per capita, on peut avoir accès à plus ou moins de soins selon les pays. Intuitivement, on se dit que la question a du sens. Certains médicaments sont remboursés ici mais pas là, telle technologie est largement diffusée ailleurs mais pas chez nous, tel service de prévention est plus ou moins développé. Donc on souhaiterait prendre la mesure de ces différences, éventuellement les rapporter

aux dépenses requises. Mais comment faire ? Sait-on d'ailleurs le faire pour d'autres activités économiques ? Par où commencer ? Je propose donc d'ouvrir un nouvel espace de réflexion comparative et de méthodologie, que j'appelle provisoirement la paniométrie, faute de mieux. On pressent qu'il faut partir de la maladie, et décliner la gamme des moyens d'intervention possibles et disponibles en fonction des pays. Compte tenu de l'internationalisation forte de la pratique médicale et des innovations, on peut espérer être capable de définir des unités homogènes de biens et services, comparables d'un pays à l'autre (Ceci est une hypothèse optimiste quand on connaît les différences de pratiques !). Mais comment établir une relation d'ordre ? Supposons que le mix de moyens ne soit pas le même en fonction des pays : les différences sont qualitatives, pas quantitatives. Il faudra donc passer du plus au mieux. Mais cela ne présuppose-t-il pas que les besoins sont identiques entre les deux pays ? Dans ce cas, il faut aussi juger de l'adéquation du panier offert aux besoins, les pommes pour les mangeurs de pommes, les poires pour les amateurs de poires. Il faut analyser si les mécanismes d'ajustement de

l'offre de biens et services aux besoins de la population sont efficaces.

Reprenons point par point. Il serait d'abord souhaitable de disposer d'une sorte de nomenclature générale des biens et services de santé disponibles dans tous les pays. Cette nomenclature devrait préciser non seulement la nature du bien ou du service, mais ses finalités, ce à quoi il est utilisé. Il faudrait aussi pouvoir définir des niveaux relatifs de qualité, de façon à s'assurer que l'on ne compare pas des goldens et des grannys. Dispose-t-on déjà d'embryons de telles nomenclatures ? Oui pour le médicament, et l'on pourrait d'ores et déjà comparer la pharmacopée disponible et remboursée entre les pays européens. Cela permettrait au moins de porter un jugement quantitatif : plus à gauche qu'à droite, mais mieux, cela reste encore à discuter. On pourrait sans doute obtenir un outil analogue pour les dispositifs médicaux, car les marchés sont internationaux. La tâche est plus rude pour les actes médicaux : l'élaboration d'une nomenclature commune, par exemple européenne, c'est-à-dire décrivant de la même façon un acte d'un pays à l'autre, est encore une chimère tant l'ancrage des classifications existantes dans les systèmes de paiement est fort. Mais que faire des services composites, ceux qui mobilisent plusieurs services intermédiaires, comme les hospitalisations ? Est-ce d'ailleurs l'hospitalisation l'unité d'analyse pertinente, ou ne faut-il pas tenter de comparer des épisodes de soins pour un même problème d'un pays à l'autre ?

Admettons que l'on ait abouti au moins à l'inventaire du panier : inventaire à refaire instantanément, car l'innovation est passée par là. Mais gelons le panier (au sens figuré bien sûr). Il faut maintenant savoir qui a non seulement plus (ce n'est peut-être pas possible) mais mieux. Comment se met-on d'accord sur le mieux ? On peut dans un premier temps donner la prééminence à des critères cliniques : mieux c'est quand le rap-

port bénéfique/risque du contenu d'un panier est plus élevé que dans l'autre. Mais nous dit Maryse Gadreau, il ne faut pas oublier ni l'efficacité, ni l'équité. Un panier efficace serait celui qui offre, en comparaison avec un autre, plus de potentiel pour l'amélioration de la santé, sous contrainte budgétaire. Un panier équitable garantirait que quelle que soit la maladie, tout le monde ait accès exactement aux mêmes biens et services. Mais il nous faut disposer de l'information nécessaire tant sur l'efficacité relative de tous les biens et services que sur le caractère équitable d'une distribution donnée de biens et services. On s'écarte alors de plus en plus du contenu du panier, pour se rapprocher de la façon dont on le remplit et on le vide : la gestion du flux passe avant celle du stock, la procédure avant l'essence. Il se peut qu'après tous ces ajustements un écart entre deux pays subsiste. Cet écart ne serait-il pas attribuable à l'existence de besoins différents ? Dans ce cas encore, il faudra donc comparer et évaluer en fonction non pas d'un contenu, mais plutôt d'une capacité à faire évoluer le panier en fonction de l'évolution de la demande.

A-t-on progressé sur la voie de la comparaison ? Peut-être pas sur la voie du contenu du panier, au sens du panier de la ménagère ; on sait qu'il faut non seulement compter le nombre de pommes, mais aussi inventer des procédures de remplissage et de vidage des différents paniers, sous contrainte de qualité.

Gérard de POUVOURVILLE

Directeur de Recherche
CREGAS – INSERM, Unité 537

Durand-Zaleski I., Hazard S., Jolly D., Vedel I.,
Le choix des soins garantis par l'Assurance Maladie Obligatoire.
Problématique, Les Dossiers de l'Institut d'Etudes des Politiques de Santé,
Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 1999.

LE PROCHAIN COLLOQUE DU COLLEGE :

" La dynamique de l'innovation en santé "

Conservatoire National des Arts & Métiers de Paris – 1er et 2 Février 2001

Vous trouverez, avec la Lettre, une plaquette de présentation du prochain colloque comprenant le programme provisoire et un bulletin de pré-inscription.

Comme vous pourrez le constater, nous avons réussi, grâce aux membres du Comité Scientifique du Colloque, à élaborer une première journée qui devrait être très intéressante par la qualité et la diversité des orateurs. Pour la seconde journée, plusieurs dizaines de communications, elles aussi très prometteuses, sont attendues (le Comité Scientifique devant arrêter une sélection définitive début octobre).

Le programme définitif, en particulier pour la journée du vendredi, devrait donc être connu en octobre. En attendant de recevoir ce dernier et les formulaires d'inscription, courant novembre, nous vous remercions de bien vouloir remplir le bulletin de pré-inscription figurant dans la plaquette ou sur notre site internet. Compte tenu du nombre limité de places, les personnes qui auront retourné leur bulletin seront prioritaires.

Vous avez jusqu'au 20 octobre 2000, pour nous le faire parvenir par courrier, fax ou e-mail : CES2@wanadoo.fr.

Le panier de biens, une notion aux multiples facettes ou " une auberge espagnole à la française "

La notion de panier de biens est présente, depuis quelque temps, dans la plupart des textes de recherche relatifs à la régulation des systèmes de santé comme dans les informations sur la politique de santé, médiatisées par la presse et la télévision. Son contenu est pour le moins imprécis non pas en raison d'une carence des études qui la mobilisent mais par la diversité même des objectifs qu'elle est susceptible de recouvrir et des enjeux qu'elle supporte.

Une réalité ancienne

Cette notion n'est pourtant pas nouvelle ; depuis que l'Assurance Maladie existe en France il y a un panier de biens et services garanti aux assurés sociaux quand bien même la dénomination n'en apparaîtrait pas dans les textes. Il s'agit des biens et services de santé qui sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire c'est-à-dire des soins médicaux et paramédicaux, curatifs ou préventifs, et des biens médicaux essentiellement pharmaceutiques. Le contenu de ce panier de biens est défini d'une part par les nomenclatures (nomenclature générale des actes professionnels ou NGAP, tarif interministériel des prestations sanitaires ou TIPS, nomenclature des actes de biologie médicale ou NABM, liste des spécialités pharmaceutiques admissibles au remboursement ou nomenclature ACP) définissent le champ des biens et services admissibles au remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, tout en affichant le tarif (à l'exception de la classification ACP qui ne contient pas de liste de prix) ; le ticket modérateur, qui détermine la participation des assurés au remboursement, est fixé selon plusieurs critères liés au bien ou service remboursé ainsi qu'au statut de l'assuré et à la pathologie dont il souffre. Le secteur hospitalier public échappe de fait à cette démarche : le catalogue des actes médicaux qui lui est appliqué (CDAM) ne couvre qu'une partie trop spécifique de l'activité médicale et ne fonde ni le financement de l'hôpital ni la prise en charge des assurés.

Même si l'on s'en tient à ce constat d'une réalité qui résulte davantage d'une évolution systémique que de la volonté délibérée d'une entité collective désincarnée, on peut avancer d'une façon très générale que le panier de biens correspond à l'effort qu'une collectivité consent pour la santé des citoyens qui la composent. Cet effort est fonction de paramètres multiples qui peuvent se révéler incompatibles et qui évoluent au cours du temps ; en ce sens le panier de biens n'est ni objectif, ni figé.

L'objectif d'une gestion efficiente du système de santé

Le succès de la notion de panier de biens est lié en premier lieu à la politique de régulation des dépenses de

santé qui se développe à la fin des années 70 dans le contexte des difficultés financières de l'Assurance Maladie : le ralentissement de la croissance économique et la montée du chômage, en contractant l'assiette d'un prélèvement assis sur l'activité et les rémunérations professionnelles, réduisent les recettes de l'Assurance Maladie, tandis que les dépenses subissent à la hausse l'impact du progrès technique et médical. On découvre alors les vertus d'une gestion efficiente du système de santé, garante des meilleurs résultats sanitaires sous contrainte de ressources financières. Ainsi par exemple à l'hôpital public la globalisation du financement qui remplace le système du prix de journée s'accompagne de l'expérimentation du Projet de Médicalisation du Système d'Information ; sans changer de sigle le PMSI devient le Programme de Médicalisation du Système d'Information fondant une gestion " par Groupes Homogènes de Malades " et, depuis 1996, un financement hospitalier modulé en fonction des " points " obtenus par chaque établissement à partir de l'Indicateur Synthétique d'Activité. En médecine de ville les Références Médicales Opposables apparaissent comme l'instrument privilégié d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui pêche cependant par les défauts d'exhaustivité, d'actualisation et de mesure adéquate du panier de biens auquel elles s'appliquent. Ces pratiques d'optimisation sont conduites avec davantage de succès à l'hôpital qu'en médecine de ville où le respect du taux d'évolution des dépenses de santé se heurte, pour des raisons techniques et socio-politiques à la difficulté de mise en place des instruments d'ajustement nécessaires. Quoiqu'il en soit on peut relever une certaine ambiguïté : d'une part une stratégie d'enveloppe globale est conduite au niveau central, consacrée par le vote, par le parlement, de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie, et assortie d'une volonté d'ajustement par tarifs " flottants ", ... tandis que d'autre part est entreprise une démarche de définition d'un panier de biens qui devrait être systématiquement pris en charge à partir du moment où il serait reconnu. Cette ambiguïté peut être levée si l'on admet que le panier de biens, contrairement au panier de la ménagère, n'est pas véritablement prédéterminé, qu'il ne dépend pas seulement de la nature du bien, du statut de l'assuré, de sa pathologie, mais aussi de l'effort financier que la collectivité consent en sa faveur ; en ce sens le panier de biens serait un panier de droits résultant d'un contrat collectif fortement conditionné par le contexte socio-économique. On peut alors présumer que la reprise de la croissance et de l'emploi (si elle se confirme) conduira à terme à relâcher la contrainte financière sur les dépenses de santé et atténuera les tensions quant à la définition du panier de biens.

Pour reprendre l'expression de G. de Pourville lors des Journées des Economistes de la Santé qui se sont tenues à Mons les 6 et 7 juillet derniers.

Haut Comité de la Santé Publique, Rapport à la Conférence Nationale de Santé 2000 sur le panier de biens et services de santé. Première approche, janvier 2000.

L'objectif d'une satisfaction des besoins prioritaires

Si la délimitation du panier de biens est soumise, à la marge, à la pression financière, il n'en reste pas moins que la satisfaction des besoins prioritaires est un objectif incontestable, hautement affirmé, et dont on ne peut nier la légitimité. Toute la question est évidemment d'obtenir un consensus sur la définition des besoins ainsi que sur la démarche et sur les critères de leur hiérarchisation. Devant l'ampleur de la tâche nous nous limiterons à trois interrogations. Tout d'abord les besoins de santé considérés doivent ils être limités aux besoins de soins curatifs ou inclure également les besoins de prévention et d'éducation pour la santé ? La réponse qu'apporte le Haut Comité de Santé Publique à cette interrogation est très nettement en faveur de la seconde proposition. Mais elle suppose une définition préalable des actions de prévention et d'éducation, plus délicate encore que celle des actions curatives. D'autre part comment hiérarchiser les besoins de santé ? Si l'on retient un critère coût résultat on retrouve l'objectif d'une gestion efficiente du système de santé, évoqué précédemment ; mais faut-il mesurer le résultat par l'efficacité ou par l'utilité ou par le bénéfice ? On peut par ailleurs préférer d'autres critères ; l'expérience de l'Etat de l'Orégon aux Etats-Unis est célèbre. En 1990, l'Orégon propose un classement des soins par ordre de priorité de financement en fonction d'un critère coût efficacité ; la liste élaborée soulève de telles protestations dans la société civile que les listes suivantes abandonnent progressivement ce critère pour adopter une démarche consensuelle qui débouche sur trois grandes catégories de services : essentiels, très importants, valables pour certains individus seulement ; ce n'est qu'à l'intérieur des sous groupes que l'on se réfère au calcul économique. Enfin troisième remarque, à supposer que l'on parvienne à circonscrire le panier de biens que l'on s'accordera à reconnaître comme un dénominateur commun socialement utile et collectivement possible, est-il encore vraiment justifié de conserver la pratique du ticket modérateur ? L'Assurance Maladie ne pourrait-elle pas être autorisée, sinon obligée, à prendre en charge la totalité du coût du panier ?

L'objectif d'un panier équitable

L'objectif d'équité est au cœur des fondements de tout système de protection sociale, même s'il se décline sous des formes variées ; il ne s'agit évidemment pas de l'équité du marché au sens de la justice commutative selon laquelle chacun doit recevoir en fonction de ce qu'il a apporté, mais de l'équité au sens de la justice distributive où contribution et rétribution sont organisées selon des critères distincts. Encore faut-il parvenir

à préciser et à opérationnaliser ces critères. Le panier de biens peut ainsi être conçu comme un droit reconnu à chaque citoyen, sans restriction, indépendamment de son comportement individuel, en rupture avec la notion de mérite. Au delà de l'égalité de droit, il peut aussi être conçu dans la perspective d'une réduction des inégalités d'accès aux soins ; en ce sens le volet mode de prise en charge du panier est déterminant : les travaux du CREDES montrent clairement que l'assurance complémentaire est un facteur déterminant du recours aux soins et que son absence est source de sous consommation bien plus que son existence ne serait source de sur consommation. On peut aussi concevoir le panier de biens comme l'outil non pas seulement de la réduction des inégalités d'accès aux soins mais aussi de celle des inégalités de santé ; on passe alors de la notion d'égalité de moyens à celle d'égalité de résultat que l'on peut interpréter de deux façons. On peut tout d'abord considérer, dans une perspective rawlsienne, que l'objectif d'égalité de résultat justifie une certaine inégalité de moyens en faveur des plus défavorisés ; la Couverture Maladie Universelle mise en place au 1er janvier 2000 en est l'illustration : elle garantit un panier qui inclut des prestations dentaires et optiques tout en accordant une couverture complémentaire gratuite aux personnes situées en dessous d'un certain seuil de ressources ; il convient cependant de souligner que cette approche est essentiellement comptable, elle encadre les dépenses par personne dans une enveloppe convenue au départ entre les financeurs ; par ailleurs on ne peut ignorer que la CMU, comme toute politique sélective de discrimination positive, peut paradoxalement et indirectement conduire à de nouvelles inéquités : si le panier de biens devient un panier minimal, ou si l'organisme complémentaire réintroduit une sélection des risques à travers des prestations (sur)complémentaires payantes, ...ou si, dans un autre ordre d'idée, la mise en concurrence des mutuelles et des assurances privées avec l'Assurance Maladie pour la gestion du panier de biens se généralise sans précaution à l'ensemble de la population. On peut considérer aussi, dans une perspective différente, que la réalisation de l'objectif d'égalité de résultat passe non plus seulement par une politique sélective d'accès aux soins mais aussi par la prise en compte, au sein du panier, de la maladie mais aussi de ses déterminants ; on retrouve la position du Haut Comité de la Santé Publique qui " (ouvre) le concept de PBS aux principes de prévention, d'éducation, et d'action sur les déterminants de santé " .

Maryse GADREAU

GRES/LATEC

CNRS, Université de Bourgogne

Jacobs B., Marmor T., Oberlander J., " The Oregon Plan and the political paradox of rationality what advocates and critics have claimed and what Oregon did ", *Journal of Health Politics, Policy and Laws*, 1999, 24 (1), 161-180.

Grignon M., Polton D., " Inégalités d'accès et de recours aux soins ", in : *Mesurer les inégalités*, DREES, collection MIRE, Paris, 2000. Haut Comité de la Santé Publique, opus cité, page 11.

Champion du monde ! Le rapport OMS et la France

Pour beaucoup d'entre nous, le classement de la France au premier rang sur 191 pays a été une grande surprise. Non pas que nous pensions tous que le système de santé français est mauvais, mais nous avons pris l'habitude de penser qu'il était perfectible, et que nous savions comment nous y prendre. Peut-être est-ce à nouveau le complexe français. Pour comprendre ce résultat, il faut regarder de plus près la méthode utilisée par l'OMS.

Elle retient trois dimensions de la performance des systèmes de santé dans le monde : l'amélioration de la santé de la population, la réactivité du système aux attentes des personnes, mais aux attentes qui ne concernent pas les soins directement ; la contribution financière. Le classement ne tient pas compte uniquement du niveau de réussite sur ces dimensions, mais aussi de l'équité des systèmes. Par exemple, un pays qui aurait atteint un niveau élevé d'espérance de vie, mais avec de fortes inégalités entre ses résidents, serait moins bien classé qu'un pays plus égalitaire. Le classement repose alors sur cinq familles d'indicateurs : le niveau de santé général, la distribution de la santé dans la population, le degré général de réactivité, la distribution de cette réactivité, la distribution de la contribution financière. Ensuite, une pondération est donnée à chaque indicateur, de façon à calculer un score unique. Celle-ci s'est faite à partir d'une enquête auprès d'un millier de personnes environ, réparties dans tous les pays de l'OMS. Voilà les poids retenus :

Indicateur	Poids
Santé (espérance vie corrigée de l'incapacité)	
TOTAL	0,50
Niveau global ou moyen	0,25
Distribution ou égalité	0,25
Réactivité	
TOTAL	0,25
Niveau global ou moyen	0,125
Distribution ou égalité	0,125
Équité de la contribution financière	
Distribution ou égalité	0,25

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2000, OMS, p. 43.

Ce qui compte donc le plus, ce sont les résultats en termes d'état de santé de la population, ce qui paraît normal. Mais l'indicateur principal de mesure de l'état de santé est l'espérance de vie à la naissance, sans incapacité. C'est-à-dire que l'on connaît l'espérance de vie à la naissance et qu'on la corrige en tenant compte des données disponibles sur le degré de handicap et sur la morbidité. Encore une fois, le principe est simple : entre deux pays où les individus ont la même espérance de

vie à la naissance, celui où, malgré tout, les gens sont moins malades a une meilleure performance. Il existe une controverse fort nourrie sur la contribution des services de santé à l'augmentation de l'espérance de vie, et même de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité. L'OMS en fait d'ailleurs état. Pour combien les services de santé sont dans l'accroissement de l'espérance de vie que nous continuons à connaître ? Il n'y a que des réponses très incomplètes à cette question, pourtant critique. Quelques paradoxes bien connus : aucun d'entre nous ne voudrait se faire soigner régulièrement en Grèce, quel que soit le bien que l'on pense de ce magnifique pays. Pourtant, sa population a une espérance de vie corrigée de l'incapacité de 72,5 ans contre 73,1 ans en France ! Sur cet indicateur, la France est troisième dans le monde (loin derrière le Japon mais proche de l'Australie, respectivement premier et second). Voici le classement et les données pour la plupart des pays de l'Union Européenne plus le Canada et les États Unis :

Pays	EVCI à la naissance (années)	Rang mondial
France	73,1	3
Suède	73,0	4
Espagne	72,8	5
Italie	72,7	6
Grèce	72,5	7
Canada	72,0	12
Pays-Bas	72,0	12
Royaume-Uni	71,7	14
Belgique	71,6	16
Allemagne	70,4	22
États-Unis	70,0	24
Danemark	69,4	28
Portugal	69,3	29

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2000, OMS, p. 198.

Que sait-on réellement des facteurs qui vont déterminer l'espérance de vie d'une population ? Il paraît clair que l'enrichissement d'une société, avec ce qu'elle peut apporter comme sécurité matérielle, doit jouer un rôle positif et important. Cela dit, cela n'explique pas l'excellent rang de la Grèce, à nouveau. En fait, beaucoup de facteurs se combinent, avec parfois des effets contraires, parfois des synergies, deux effets se renforçant l'un l'autre. Par exemple, il y a maintenant suffisamment de travaux qui suggèrent une relation forte entre degré d'inégalité sociale dans une société donnée, et l'espérance de vie. Cela justifierait peut-être que la Suède, dont la société est plutôt égalitaire, figure à un si bon rang en matière d'espérance de vie corrigée de l'in-

capacité. Le système de santé, c'est-à-dire des services de soins à la maladie, principalement, contribue évidemment de façon positive, mais parmi d'autres ingrédients. Par exemple, la contribution des services de santé a été indéniable pour l'amélioration dans nos pays de la mortalité infantile. Il est certain que si l'on ne dispose pas d'un réseau hospitalier permettant la prise en charge en urgence de problèmes aussi banals que des appendicites ou des coliques hépatiques (quand vous avez des calculs biliaires), ou encore des problèmes plus aigus comme l'infarctus du myocarde, une épidémie de méningites, les statistiques de mortalité vont se dégrader rapidement.

Les auteurs du rapport ont tenté non seulement de mesurer le niveau atteint par chaque pays sur les cinq indicateurs ci-dessus, mais ils ont aussi essayé de rapporter ce niveau aux moyens mis en œuvre, pour avoir en quelque sorte une mesure de rendement. Ils ont mesuré ces moyens de deux façons : les dépenses, bien sûr, mais ils ont aussi tenu compte du " capital humain " de chaque pays, mesuré par le niveau de scolarisation de la population. Cela veut dire que l'on attend d'un pays qui a un niveau de scolarisation élevé qu'il soit relativement performant en termes de santé. En fait, en introduisant ce terme, l'OMS admet ce qui a été dit plus haut: la performance d'une société en matière d'état de santé de ses membres est fonction de son niveau général de développement, pas uniquement de ses services de soins. Cependant, la façon d'effectuer cet ajustement relatif n'est pas détaillée dans le rapport princeps, aussi je ne peux pas évoquer ses éventuelles limites. Voyons ce que donne en détail le travail de l'OMS toujours sur les mêmes pays, de façon à comprendre notre titre de champion du monde. Sur le tableau de la page suivante, j'ai fait figurer la liste de la plupart des pays de l'Union Européenne plus le Canada et les États-Unis, dans l'ordre de leur classement final. J'ai indiqué leur note de performance globale dans la deuxième colonne. Ensuite, j'ai indiqué le rang obtenu sur chacun des cinq indicateurs. Ce rang est indiqué avec une fourchette : par exemple 3-38. Cela veut dire que, compte tenu de l'incertitude sur les données, le pays en question se trouve dans un paquet de 36 pays qui ont un niveau équivalent d'un point de vue statistique.

Un mot sur ces indicateurs. La mesure de l'équité en termes d'état de santé a été faite à partir de la mortalité infantile, car c'était le plus souvent la seule donnée disponible permettant de comparer tous les pays entre eux. C'est évidemment une limite de cet indicateur aujourd'hui, car la mortalité infantile ne capture qu'une partie des inégalités de santé dans la population. Or, cet indicateur pèse pour 1/4 dans la pondération finale.

En ce qui concerne la réactivité, le travail a été fait à partir d'une enquête auprès de cinquante informateurs

clés dans chaque pays. Ce n'est donc pas, au sens strict du terme, fondé sur un recueil de données existantes. La réactivité est jugée sur deux dimensions principales, le respect des personnes (par exemple la protection de la confidentialité des données personnelles), l'attention portée au client (par exemple la rapidité de la prise en charge). Le caractère équitable des systèmes en termes de réactivité recouvre l'existence de discriminations systématiques, par exemple envers les gens à faible niveau de revenu, les populations isolées, les immigrés, etc. Là aussi, il s'agit d'une note établie à dire d'informateurs.

Enfin, du point de vue de l'équité de la contribution financière, l'OMS a retenu une approche originale. La contribution financière est dite équitable dans un pays quand le rapport des dépenses individuelles de financement des services de santé au total des autres dépenses de consommation, hors alimentation, est à peu près constant, quel que soit le niveau de revenu, l'état de santé et l'utilisation individuelle des services de santé qu'ils font. Au numérateur, donc : ce que vous payez soit en tant que contribuable, soit en tant que cotisant, pour couvrir vos dépenses de santé. En France, il y aurait donc principalement les cotisations sociales et la Contribution sociale généralisée. Au dénominateur, il y a la part de consommation des ménages hors dépenses alimentaires, ce qui représente la capacité de dépenses des ménages une fois qu'ils ont assuré un des besoins les plus essentiels. Peut-être eût-il été judicieux d'inclure aussi les dépenses de logement, mais j'imagine que cette donnée doit être très difficile à collecter de façon homogène dans tous les pays !

Un indicateur semble peu discriminant entre les pays, du moins si l'on s'en tient aux fourchettes de classement : c'est la dimension équité de la réponse aux attentes des personnes. Par ailleurs, on sera un peu surpris de voir les États-Unis classés premier sur cette dimension globale. Un bon niveau de réactivité ne paie pas beaucoup dans l'analyse du rendement, les meilleurs pays sur cet indicateur étant les Pays-Bas, l'Allemagne, la Suède, le Canada, le Danemark et les États-Unis. Le Danemark a un rang intéressant. Combien de fois n'ai-je pas entendu dire qu'ils avaient une médecine très bureaucratique, peu attentive aux patients ! Ils sont quatrième et la France entre la 16ème et la 17ème place !

Cela ne paie pas beaucoup non plus d'être relativement équitable en matière de financement : voir le classement final du Royaume Uni, de la Belgique, de l'Allemagne et du Danemark. En revanche, en moyenne, le niveau d'espérance de vie corrigée de l'incapacité semble jouer un rôle prépondérant, rapporté aux dépenses per capita. Cela permet d'expliquer le tir groupé de la France, l'Italie et l'Espagne. Le Portugal doit sans doute sa place à la modestie relative du

Pays	Rang	Note	Santé		Réactivité			Dépense Dépenses /Capital
			EVCI	Équité	Degré	Équité	Contribution financière	
France	1-5	0,994	3	12	16-17	3-38	26-29	4
Italie	1-5	0,991	6	14	22-23	3-38	45-47	11
Espagne	4-8	0,972	5	11	34	3-38	26-29	24
Portugal	10-15	0,945	29	34	38	53-57	58-60	28
Grèce	13-19	0,933	7	6	36	3-38	41	30
Pays-Bas	14-21	0,928	13	15	9	3-38	20-22	9
Royaume Uni	16-21	0,925	14	2	26-27	3-38	8-11	26
Belgique	18-24	0,915	16	26	16-17	3-38	3-5	15
Suède	20-26	0,908	4	28	10	3-38	12-15	7
Allemagne	22-27	0,902	22	20	5	3-38	6-7	3
Canada	27-32	0,881	12	18	7-8	3-38	17-19	10
Danemark	32-36	0,862	28	21	4	3-38	3-5	8
USA	35-44	0,838	24	32	1	3-38	54-55	1

Source : Rapport sur la Santé dans le monde 2000, OMS.

niveau de ses dépenses de santé. Une hypothèse farfelue, pour le plaisir : la France, l'Italie, les deux finalistes de l'Euro aussi ! L'équipe de France n'aurait-elle pas gagné grâce à la qualité du suivi médical des joueurs ?

Il semble donc que la méthode retenue ait pour effet final de valoriser avant tout l'espérance de vie par rapport aux autres dimensions étudiées, ou bien que cette pondération n'a pas de sens. Le classement des pays par dimension est sans doute plus instructif sur les sys-

tèmes de soins que la note agrégée : dans ce cas, la France apparaît avec un système moyennement réactif, moyennement équitable, mais avec un bon niveau d'espérance de vie. N'y a-t-il pas autre chose derrière ?

Gérard de POUVOURVILLE

Directeur de Recherche
CREGAS – INSERM, Unité 537

LA VIE DU COLLEGE

Du côté des permanents

Pour palier les départs annoncés de Cécile Charasse et de Catherine Buron pour d'autres fonctions, le Collège renforce son équipe de chargés de recherche. Dès le début octobre, nous aurons le plaisir d'accueillir Emmanuelle Brun qui a déjà participé, au cours des deux derniers mois, à plusieurs séances de travail ou réunions de CODECS pour se familiariser avec le projet. Vous pourrez la joindre au : 01 43 45 75 64. De plus, nous sommes toujours à la recherche d'un(e) autre chargé(e) de recherche. N'hésitez pas à le faire savoir dans votre entourage ou à nous contacter si vous souhaitez nous recommander quelqu'un ou en savoir plus.

Le Projet CODECS

Le projet CODECS se développe selon le calendrier qui était prévu lors de son lancement. Afin de suivre les différentes phases de sa mise en place, nous vous rappelons que vous pouvez consulter sur le site internet du

collège toutes les informations s'y rapportant, ainsi que sa lettre d'information mensuelle, " La Chronique de CODECS ". Si vous souhaitez la recevoir directement, contactez nos chargées de recherche pour CODECS au 01 43 45 75 64.

Par ailleurs, le Comité d'Orientation de CODECS, composé des Membres Fondateurs ayant financé le projet et de représentants du Collège, s'est réuni le 4 septembre dernier pour faire le point de l'état d'avancement de la base. Les Membres de ce Comité se sont déclarés satisfaits tant par le travail effectué par l'équipe opérationnelle et le Comité de Pilotage que par la collaboration très productive avec l'INSERM pour la création de la plateforme informatique qui hébergera la base, ainsi que le site internet par lequel les utilisateurs pourront y accéder.

Enfin, il a été convenu à l'issue de cette réunion, que le lancement officiel de la base se ferait à l'occasion du prochain colloque du Collège, les 1er et 2 février 2001.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les nouvelles coordonnées du collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES – 7, rue de Citeaux, 75012 Paris.
Tél. 01 43 45 75 65 - Fax 01 43 45 75 67,

Mél : CES2@wanadoo.fr

Site internet : <http://perso.wanadoo.fr/ces/>