

**LE MESSAGE
DU PRÉSIDENT**

Deux événements d'importance depuis la dernière Lettre du Collège. L'élargissement de l'Union Européenne, et l'annonce du projet de réforme de l'assurance-maladie. De l'élargissement, Béatrice Majnoni d'Intignano, Laszlo Gulácsi et Agnès Couffignal nous entretiennent avec pertinence dans ce numéro. Nous n'avions pas attendu l'entrée officielle des nouveaux venus dans l'Union pour étudier leurs systèmes de protection sociale et d'offre de soins de santé. Les pays de l'Est présentaient pour nous la fascination des systèmes en transition, avec l'idée sans doute fautive que leurs habitants avaient l'occasion de reconstruire leur système de santé en faisant du passé table rase, et en profitant des erreurs des autres, alors que nous mêmes, nous sommes confrontés à un système qui ne change que par petits incréments. Pour reprendre les termes de Claude Le Pen, les économistes de la santé rêvent d'un changement de paradigme pour le système de santé en France, mais doivent se satisfaire de modifications à la marge autour du paradigme dominant. Car c'est bien cette impression que donne la réforme préparée par le gouvernement : un ensemble de mesures, des petites touches portant sur différentes facettes du système de santé, mais pas sur toutes.

Certes, il ne faut pas sous-évaluer l'ampleur et l'impact potentiel de la décision relative à l'informatisation du dossier médical et à son partage avec les acteurs. De même, la mise en place d'une incitation à recourir d'abord à son médecin généraliste va dans le sens d'un encadrement de la liberté totale d'accès à tous les niveaux de service qui est à la fois l'une des forces et des faiblesses de notre système de soins. Mais la "taxe" de responsabilité d'un € cache mal sa vraie nature, qui est non pas celle de décourager l'accès aux services mais de générer des recettes supplémentaires. Par ailleurs, pas un mot sur une possible "contractualisation" avec les médecins libéraux, par exemple sur la prescription, pour continuer et consolider la politique des Accords de Bon Usage lancée par l'Assurance Maladie. Pas non plus de mesures nouvelles proposant le renforcement des initiatives de type réseau. Pas d'incitations au développement de l'hospitalisation de jour dans le secteur hospitalier public. Bref, pas vraiment de nouveauté sur le front de l'organisation des soins et de la régulation micro-économique de notre système de santé. En attendant la prochaine réforme...

Gérard de POUVOURVILLE
Directeur de recherche CNRS
CREGAS – Unité INSERM U537

ÉDITORIAL - MAI 2004 :

**UNE OPPORTUNITÉ POUR L'ÉLARGISSEMENT...
DE NOS ANALYSES DES POLITIQUES DE SANTÉ**

Demain, au détour d'un couloir à l'université ou dans un ministère, on peut nous poser une des questions suivantes : Dans quels systèmes de santé européens la gestion est-elle régionalisée ? Quels sont les pays européens où les généralistes sont intéressés au volume des actes qu'ils prescrivent ? Où donc la tarification hospitalière à l'activité est-elle une réalité en Europe ? Qui pensera spontanément à inclure dans son raisonnement les nouveaux membres de l'Union ? Et pourtant...

Allez, je ne résiste pas au plaisir de leur souhaiter la bienvenue en notre nom à tous : Chypre, l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, Malte, la Pologne, la République Tchèque, la Slovaquie et la Slovaquie font désormais partie de l'Union.

Bien sûr, comme le soulignent les deux articles de cette lettre, et plus particulièrement celui de Béatrice Majnoni d'Intignano, ces nouveaux membres n'ont pas les mêmes moyens à investir dans leur consommation médicale que les anciens, et leur état de santé n'est pas aussi bon. En outre, comme le rappelle Laszlo Gulácsi, dans la plupart d'entre eux, les paiements informels compliquent l'organisation du financement et de la gestion du système et la qualité des soins est plutôt moins bonne que dans le reste de l'Europe.

Pour autant, comme ces articles le soulignent, nous avons :

- les mêmes défis à relever pour assurer la pérennité de nos systèmes de santé et de protection sociale : impact des maladies chroniques et du vieillissement, exigences croissantes de la population, développement des technologies médicales...
- des problèmes à gérer ensemble, de façon coordonnée, parce que nous avons construit cette Europe en donnant une importance fondamentale à la libre circulation des personnes, des biens et des services : démographie médicale, sécurité sanitaire des produits de santé, etc.
- les mêmes boîtes à outils pour piloter ou tenter d'améliorer nos systèmes de santé,
- et surtout, des valeurs communes comme la conviction que les citoyens d'Europe doivent tous avoir accès à une couverture maladie.

Sans chercher à imposer des modèles, nous devons mieux partager les connaissances et les leçons tirées de nos expériences en matière de réforme. D'ailleurs, pendant que nous y sommes, pourquoi ne pas étendre la curiosité à d'autres voisins proches : pays candidats, mais aussi l'Albanie, les républiques issues de l'ancienne Yougoslavie...

Agnès COUFFIGNAL

Bureau Régional de l'Europe
Organisation mondiale de la santé
Copenhague

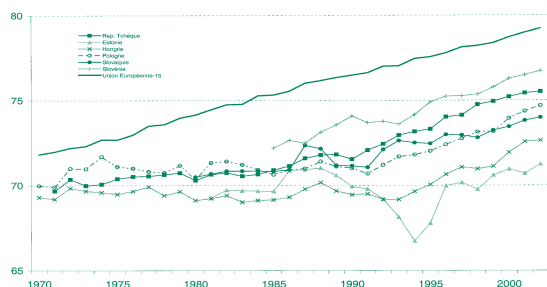
Voyage en PECO

Les systèmes de santé des pays d'Europe centrale et orientale (Pecos) vérifient les deux principales lois de l'économie de la santé (voir B. Majnoni d'Intignano, *Santé et économie en Europe*, Que sais-je ? 2° ed. 2004, PUF).

1) Il n'est de système généreux et efficace qu'adosé à une économie performante.

Avant 1940, avant les progrès décisifs des techniques médicales, les Pecos avaient des systèmes de Bismarck, inspirés par celui de l'Allemagne. Après 1945, l'URSS leur a imposé la logique de Semashko, plus tard adoptée par Beveridge, universelle, généreuse au plan du droit aux soins et financés par le budget public ou les grands combinats d'État. Système dual où les membres du Parti bénéficiaient de circuits privilégiés. Ces principes avaient généré des systèmes de santé peu efficaces et injustes en fait pour l'ensemble de la population. Les droits universels aux soins gratuits n'engendrant pas naturellement un bon état de santé. Quand l'environnement est pollué, si les techniques de production sont propices aux accidents du travail, quand les médecins sont salariés et les hôpitaux hypertrophiés mais sous-équipés, l'offre de soins inadaptée, quand en plus il n'y a pas d'argent, la santé reste médiocre. Le graphique suivant rappelle cette réalité fondamentale.

Espérance de vie à la naissance



Source : Health For All 2003 et 2004, OMS Europe

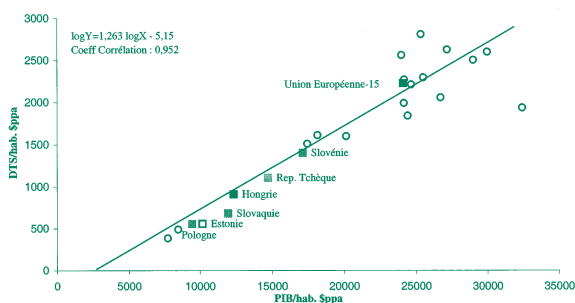
La différence d'espérance de vie entre les habitants de l'Union européenne et ceux des Pecos, de 3 ans environ en 1970, n'a cessé de croître jusqu'en 1990, pour atteindre 7 à 10 ans selon les pays. Remarquez deux situations extrêmes. Celle de la Hongrie, où l'espérance de vie n'a connu aucun progrès entre 1970 et 1990 ; celle de la Slovénie, déjà plus riche et plus proche de l'Ouest que l'ensemble, donc mieux lotie. Puis, avec la transition économique du communisme au libéralisme et le redéploiement du commerce extérieur du Comecon vers l'Union européenne, les progrès du niveau de vie et l'arrivée des nouvelles technologies ont été rapides et très vite l'espérance de vie a progressé. Une pareille rupture est saisissante. Au contraire des Russes, dont la transition a raté et dont l'espérance de vie a régressé de 5 ans durant les années 1990. Toutefois, l'exception hongroise demeure : ce pays relativement avancé et à la transition économique douce reste défavorisé pour sa santé. Aujourd'hui, les Hongrois vivent en moyenne 7 ans de moins que nous

et les Hongroises 5 ans de moins ; les Polonais 4 ans de moins, et les Polonaises 2 ans de moins.

2) Deuxième loi : la dépense de santé par habitant dépend du PIB par tête.

Les Pecos s'y sont rangés. Les points représentant leurs pays étant déjà sur la droite d'ajustement classique sur le graphique 2, plus bas que les Européens de l'Ouest, mais à peu près là où se trouvaient l'Espagne et le Portugal vers 1981 et 1986, lors de leur propre entrée dans l'Union. Ils monteront sur la ligne au fur et à mesure qu'ils s'enrichiront et pourront alors dépenser plus pour se soigner.

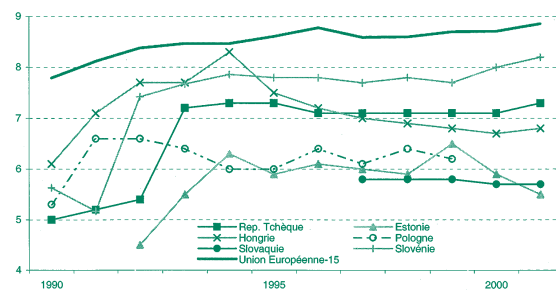
Dépenses de Santé et richesse par habitant en 2001



Source : Health For All 2003 et 2004, OMS Europe

La dépense de santé en pourcentage du PIB a explosé après 1990, comme en témoigne le graphique 3, à cause de deux phénomènes de rattrapage : la soif des habitants d'accéder à une médecine moderne et à ses techniques ; la nécessité de réévaluer les revenus des médecins. Ces derniers étant considérés comme des "bourgeois" par les régimes communistes, étaient en effet pénalisés et rémunérés plutôt au niveau des ouvriers qu'à celui des cadres. D'où des déficits impossibles à financer, comme en Hongrie.

Dépenses Totales de Santé en % du PIB



Source : Health For All 2003 et 2004, OMS Europe

Ces pays ont donc par la suite, dans un premier temps et avec un admirable réalisme, stabilisé le rapport dépenses de santé/PIB, telle la Pologne, voire l'ont réduit, telle la Hongrie. Il leur a fallu donner la priorité aux investissements productifs pour générer de la croissance et du niveau de vie. Mais, compte tenu de

leur succès rapide en ces domaines, la dépense de santé par habitant augmente maintenant à un rythme soutenu : surtout les médicaments et les consultations de ville. Ces pays pourraient sauter une étape par rapport à nous et adopter d'emblée des pratiques de soins modernes moins hospitalières et donc plus ambulatoires et médicamenteuses.

En quoi leur état de santé diffère-t-il du nôtre ?

Le communisme avait bien diffusé les techniques médicales simples des années 1950 à 1970 comme les vaccins et les antibiotiques. Il a buté sur les techniques sophistiquées des années ultérieures qui exigent soit des appareils et des médicaments modernes, soit une organisation sociale complexe, telle la prévention cardiovasculaire. Les Pecos sont donc aussi performants que nous pour la mortalité infantile et les maladies infectieuses ou parasitaires, dans la continuité des progrès réalisés sous le communisme. Ils souffrent moins d'accidents de la route, mais le fléau les rattrape avec la diffusion brutale des voitures individuelles avant l'apprentissage de la prudence. Ils sont en revanche très en retard pour la mortalité cérébro-vasculaire, coronaire, les cancers respiratoires, les accidents ischémiques, enfin les maladies digestives graves. Les graphiques 4 et 5 illustrent ces différences ; il confirment la position défavorable de la Hongrie, et le retard des Pays baltes. La Slovénie affichant partout des résultats proches de ceux de l'Union européenne.

Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes

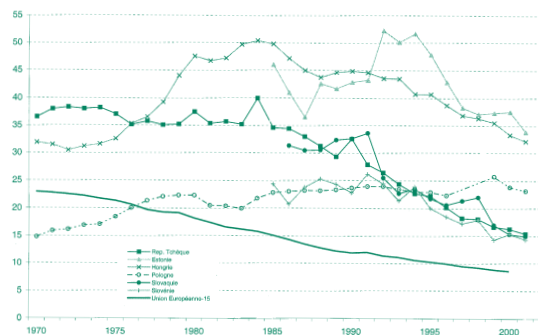


Source : Health For All 2003 et 2004, OMS Europe

L'écart d'espérance de vie par rapport à l'Ouest ne doit pas être imputé au seul système de santé puisqu'il est moins important pour les femmes qui bénéficient du même système de santé que les hommes dans chaque pays. La consommation d'alcool est pire en Tchéquie qu'en France, mais inférieure ailleurs. Ne disons pas : " saoul comme un Polonais " ! Le tabagisme s'y développe sous la pression des fabricants de cigarettes et des lobbies soi-disant promoteurs du " mode de vie capitaliste " et de la liberté individuelle. Ces épidémies industrielles se comparent à celles que nous avons connues dans les années 1960-70 et contre lesquelles nous luttons enfin, mais sont plus brutales à l'Est où les comportements à risque sont perçus comme liés au mode de vie capitaliste si longtemps désiré. Tout comme le cinéma d'Hollywood, avec son héros

cigarette au bec ou au volant d'une voiture de sport, a illustré pour nous le mode de vie Américain dans les années 1960. Les lobbies de plus en plus tenus en échec et mal accueillis dans l'Union Européenne, fabricants de tabac ou de motos, se redéploient activement à l'Est depuis 1990. La surmortalité des hommes, en partie liée à une crise de la masculinité et à ses modes d'expression, est parfois effrayante. Drame lié au tabagisme, à l'alcoolisme, à la violence, aux suicides, surtout en Hongrie, qui souffre de toutes ces causes plus que les autres pays. Cette surmortalité masculine déforme la pyramide des âges, gonflée de femmes âgées. Leur situation sociale et sanitaire devrait inquiéter d'autant plus les autorités politiques que beaucoup d'entre elles seront " sans famille " l'âge venu puisque la fécondité a baissé jusqu'à 1,2 dans les Pecos depuis 1990.

Mortalité cérébro-vasculaire (TMS 0-64 ans/100000 p.)



Source : Health For All 2003 et 2004, OMS Europe

Nos nouveaux membres ont engagé des réformes de leurs systèmes de santé radicales quant à la philosophie, rapides, et hardies au plan politique. Depuis 1990 ils ont séparé le financement de la santé du budget de l'État en créant des Fonds d'Assurance maladie financés par prélèvement sur les salaires et les entreprises plus une participation directe des intéressés et une dotation publique pour les pauvres. Ce faisant, certains ont cédé à la tentation de jeter le bébé avec l'eau du bain en diffusant un sentiment d'insécurité et d'inégalité. Ils rencontrent de nombreuses difficultés pour collecter les fonds auprès d'entreprises jeunes, souvent informelles, avec un chômage nouveau et un emploi instable ; d'où de forts déficits. Ils ont intelligemment fait leur marché avec l'aide de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la santé, et glané un peu partout à l'Ouest les mécanismes de régulation et de rémunération jugés performants. Ils ont rapidement privatisé les médecins de ville et les pharmacies. Du Nord de l'Europe, la Pologne, la Hongrie, la Tchéquie et deux Baltes ont retenu la régionalisation, et parfois le rôle essentiel que peuvent jouer les municipalités dans la gestion de la médecine de proximité. Du Royaume-Uni et des HMO américains la Pologne, la Hongrie, la Slovaquie se sont inspirées pour implanter des médecins référents rémunérés par un mélange de capitation et de forfaits ou de paiements à l'acte incitatifs. Des conseils appuyés de l'OMS la Pologne et les Pays Baltes ont retenu de privilégier le développement des soins

primaires. De l'Amérique, la Hongrie, la Slovénie et encore les Baltes tentent de transposer les normes de qualité des soins et l'accréditation des organisations. De l'Amérique encore la Hongrie et d'autres tentent de transposer le financement des hôpitaux par un forfait par pathologie. Et souvent on va vite. Avec modestie on revient parfois en arrière. Telle la Pologne qui, après une expérience malencontreuse de régionalisation en 1999, destinée à desserrer l'étau de la pression politique sur son système de santé, a très vite rétabli le pouvoir central après avoir constaté les effets néfastes de son abandon. Toutefois le bakchich perdure en bien des endroits. La Hongrie paraît la plus avancée et la plus hardie dans sa réforme : elle a créé des

Organismes de gestion des soins passant contrat avec les généralistes pour le respect de bonnes pratiques médicales et transposé le principe anglais des mécanismes de marché dans les relations entre le payeur et les soignants.

Au fond, nos nouveaux membres se montrent parfois plus hardis que nous dans la réforme de leurs systèmes de santé. Leur entrée dans l'Union va nous pousser dans tous les domaines à nous projeter vers l'avenir et à innover. En ce sens, elle pourrait nous rajeunir.

Béatrice MAJNONI D'INTIGNANO

Professeur des Universités
Université Paris XII – Val de Marne

L'impact de l'élargissement de l'Union Européenne sur les systèmes de santé des nouveaux États membres

Le processus d'élargissement de l'Union Européenne a connu une étape importante le 1er mai 2004, quand 10 pays sont devenus des États membres de l'Union. Ce processus d'élargissement peut avoir des implications significatives pour la santé et la politique de santé dans les nouveaux États membres. Ces implications tiennent en partie à la réglementation européenne, directement ou indirectement impliquée dans les questions de santé.

La santé n'est pas un "objectif" en tant que tel de l'Union Européenne, n'étant pas mentionnée dans l'article 3 de la proposition de Convention établissant les objectifs de l'UE. Pour autant, un certain nombre de ces objectifs, y compris le marché unique européen, ont des implications en matière de santé. L'article 179 sur la santé publique déclare qu' "un niveau élevé de protection de santé doit faire partie de la définition et de la mise en œuvre de toutes les politiques et activités de l'UE", ce qui montre clairement un engagement à renforcer l'amélioration de la santé et des soins au niveau de l'Union. La charte des droits fondamentaux interprétée par la Cour Européenne de Justice stipule que les États membres sont libres de déterminer comment leurs propres citoyens ont accès à la santé, et qu'ils doivent garantir la libre circulation des individus et l'accès aux soins pour les patients et les professionnels qui voudraient franchir les frontières.

Cet article met en évidence les questions les plus importantes liées à l'impact de l'élargissement de l'UE sur le système de santé hongrois et discute de 7 points : la politique de santé ; l'état de santé de la population et les tendances en matière de santé ; le financement des soins ; l'offre et la fourniture des services de santé ; la santé publique ; la santé mentale et la santé des minorités.

Politique de santé ; évolution du point de vue des positions des politiques dans le secteur de la santé

Jusque très récemment, la politique de santé reposait sur une réglementation et des directives établies par les gouvernements des nouveaux États membres. A ce

jour, du fait de l'élargissement de l'UE, on considère que la capacité de réglementation et le pouvoir de diriger des gouvernements diminuent du fait d'une tendance accrue à la privatisation, à l'extension des droits des patients, des fournisseurs de soins et professionnels de santé, ainsi que de l'industrie pharmaceutique et des dispositifs médicaux. En conséquence de quoi, les processus de prise de décision en santé sont censés être plus explicites et transparents. Les budgets de santé vont subir une pression croissante, dans un proche avenir, dû au vieillissement de la population, au sous-investissement chronique en matière d'infrastructure et d'équipement, aux pressions sur les salaires des médecins et des infirmières, à la nécessité de résoudre le différentiel d'espérance de vie et de qualité de vie entre l'Europe de l'Est et l'Europe de l'Ouest, ou encore à la demande croissante en faveur d'une meilleure qualité des soins. Dans ce nouveau contexte, la politique de santé devrait reposer sur des objectifs solides et bien définis, avec un suivi et une coordination initiés et soutenus par les gouvernements des nouveaux entrants dans l'Union.

Tendances en matière d'état de santé et de santé

Au cours des dernières années, un groupe de pays parmi les nouveaux États membres (République Tchèque, Hongrie, Pologne, Slovaquie) a connu une progression rapide de l'espérance de vie de sa population, et cette tendance est censée se prolonger. L'état de santé des populations devrait s'améliorer et les indicateurs de morbidité seront les mêmes ou du moins comparables à ceux de la moyenne au sein de l'UE dans les prochaines décennies, du fait de l'amélioration du PIB par habitant, des nouvelles technologies médicales et de la meilleure qualité des services de santé. Ces tendances impliqueront que la taille de la population âgée qui aura besoin de soins augmentera. Des établissements de santé pour personnes âgées doivent être créés et des infirmières spécialisées doivent être formées et recrutées, ce qui

montre l'importance de la planification des soins et des effectifs médicaux, un secteur qui devrait susciter beaucoup plus d'attention dans la prochaine décennie.

Le financement de la santé

Les mécanismes de financement varient d'un pays à l'autre. Les changements qui vont s'opérer dans les mécanismes de financement de la santé, du fait de l'élargissement de l'UE, ne sont pas encore connus. Pour ce qui concerne les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux, la réglementation, de même que la protection et l'enregistrement des brevets, sont déjà harmonisés au sein de l'Union des 15. Des pourcentages significatifs de ticket modérateur ont été mis en place ces 15 dernières années dans tous les nouveaux États membres. La part des dépenses privées a constamment augmenté par le biais de la modification des systèmes de remboursement aux patients, allant dans le sens d'une augmentation de leur participation aux frais.

Les budgets de l'assurance maladie vont devoir faire face à une pression croissante, étant donné qu'un certain nombre de nouvelles technologies innovantes largement répandues dans les 15 pays de l'Union – médicaments contre le diabète, le cancer, l'arthrite rhumatoïde, la gastroentérologie, le traitement des maladies mentales, etc. – n'étaient pas encore couvertes ces dernières années, en raison de la non transparence des décisions de politique de protection sociale. Ce sont des technologies coût-efficaces, mais onéreuses. Non seulement leurs coûts directs sont significatifs mais leur utilisation requiert de multiples procédures d'enregistrements et la création de bases de données susceptibles de documenter l'efficacité et la sécurité des patients.

Des critères de transparence ont été mis en place et institutionnalisés dans quelques uns des nouveaux États membres (Lettonie, Hongrie) au 1er mai 2004. Dans le cas hongrois, selon ces critères, les sociétés pharmaceutiques doivent soumettre un dossier (données sur l'efficacité, l'efficacité et le rapport coût-efficacité des nouveaux produits) à la caisse nationale d'assurance maladie (NHIF) et elles sont libres de soumettre ce dossier à n'importe quel moment de l'année. La NHIF a 180 jours pour rendre sa décision concernant le taux de prise en charge. Précédemment, la négociation des taux de remboursement des produits avait lieu entre la NHIF et chacune des sociétés, en vue de déterminer les augmentations des prix pour l'année suivante, une fois par an, voire moins fréquemment. Bien souvent le gouvernement utilisait son influence politique pour retarder le processus – c'était l'outil principal pour la maîtrise des coûts. Aujourd'hui, les sociétés pharmaceutiques ont le droit de faire appel contre les décisions de prise en charge publique – que cela porte sur les résultats ou sur la méthodologie utilisée – ce qui est un nouveau défi pour la NHIF.

L'offre et la fourniture des services

Dans la plupart des nouveaux États membres, les systèmes de santé sont basés sur un modèle

d'assurance maladie nationale obligatoire. La couverture universelle est assurée par la combinaison d'une sécurité sociale obligatoire pour la population active, et d'une assurance garantie pour les retraités et les personnes vivant sous le seuil de pauvreté. Les paniers de soins et de prestations de base n'ont pas encore été définis, et les décisions de prise en charge publique sont prises de manière *ad-hoc* et sans transparence. L'importance des partenariats entre l'assurance maladie et les producteurs de soins va s'imposer dans les années à venir. Les producteurs de soins, par exemple les hôpitaux, devraient également évoluer. Actuellement ils ont peu d'autonomie opérationnelle dans la plupart des pays. Pour faire fonctionner "le marché de la santé", un certain nombre de réalités doivent être prises en compte :

- la définition du panier de soins de base

Le panier de soins de base est actuellement encore indéfini au sein des nouveaux États membres. Or, la planification en santé, le financement, et l'introduction d'une assurance (privée) en parallèle, ne sont possibles que s'il l'on a explicité au préalable le champ de la prise en charge par l'assurance publique.

- faire face aux inégalités de revenu

Les inégalités de revenu se développent rapidement dans les nouveaux États membres. Les sans-emploi, les actifs à faible revenu et les populations rurales, de même que les minorités, sont les plus susceptibles d'être confrontés à des contraintes financières les empêchant d'avoir accès aux soins. Dans l'Union à 25, la concurrence économique progresse, et de ce fait, un nombre non négligeable d'individus vont perdre leur travail. Ceci pourrait avoir un impact négatif sur la santé des citoyens dans les nouveaux États membres, dans les prochaines années.

- l'économie souterraine

L'importance de l'économie souterraine ne se mesure pas tant par un montant élevé de dépenses, en termes relatifs, que par le fait que sa distribution est biaisée. Dans les décennies passées, pratiquement toutes les réformes de santé ont été bloquées par des individus qui bénéficient de versements importants sous la forme de " dessous de table " - c'est un fait généralement reconnu pour ce qui est des nouveaux États membres. Les " dessous de table " doivent céder la place à des transactions officielles, d'une façon ou d'une autre. Bien que ces changements de mentalité soient difficiles à mettre en œuvre et représentent un sujet politiquement sensible, nous croyons que c'est la question la plus importante à résoudre dans les prochaines années pour les nouveaux entrants de l'Union.

- l'implication des patients

Dans les nouveaux États membres, les patients ont le droit de bénéficier de toute l'information sur leur santé, tout comme dans l'UE des 15, et ils ont par ailleurs le droit d'être associés dans les décisions de soin qui les concernent. Il s'agit d'un nouveau défi pour les systèmes de santé.

- La qualité des soins

La qualité des soins dans les 10 nouveaux membres semble accuser un net retard par rapport aux pays de l'UE des 15, et par exemple, les décès qui pourraient être évités grâce à des soins rapidement accessibles et efficaces sont toujours relativement courants (Gulácsi, 2001). Il y a sans aucun doute un rôle important à donner à l'amélioration de la qualité, à savoir : il a été prouvé indirectement que des soins de bonne qualité pouvaient améliorer l'état de la santé de la population par le biais de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité des soins. La possibilité croissante de bénéficier d'interventions de soins rapides et efficaces a été pour beaucoup dans la réduction de la mortalité au sein des pays occidentaux (Mackenbach et al. 1998). En 1998, il a été estimé qu'environ 25% du différentiel de mortalité entre Europe orientale et occidentale, entre 0 et 75 ans, pouvait s'expliquer par des lacunes sur le plan de la prise en charge médicale. Dans les nouveaux États membres, il est nécessaire d'accorder désormais plus d'attention aux recommandations de pratique basées sur la preuve, et d'encourager le recours aux indicateurs permettant d'améliorer la qualité des soins.

- la sûreté des soins

Selon la littérature, 5 à 10 % des patients subissent des événements indésirables. Dans les nouveaux États membres, aucune donnée n'est disponible sur cette question. L'élargissement de l'Union et les litiges potentiels à l'encontre des producteurs de soins pourraient constituer un moteur en faveur d'une amélioration dans ce domaine.

- la planification des effectifs de soignants

Actuellement en Hongrie, un poste de médecin sur dix et plus de 20% des postes d'infirmières sont vacants dans les hôpitaux, et la situation en matière de soins primaires est à peine moins préoccupante. Les besoins en infirmières ont déjà engendré de réelles difficultés dans tous les nouveaux États membres. Une des conséquences de l'élargissement de l'Union pourrait être un manque d'effectifs médicaux encore plus sérieux pour les systèmes de santé des nouveaux États membres. La migration vers les pays de l'UE des 15 des médecins et particulièrement des infirmières a déjà commencé, avant même l'élargissement. En outre, dans l'Union à 25, le temps de travail des médecins étant limité et la plupart des structures de soins en Hongrie n'ayant pas de personnel en nombre suffisant, cela risque de poser des problèmes.

- les activités transfrontalières

Jorens (2002) a mis en évidence le fait que peu de patients vont à l'étranger pour obtenir des services

Références

Gulácsi L, *Hungarian health care in transition; Studies on the improvement of the effectiveness of health care in Hungary by implementing quality assurance*, University of Amsterdam, The Netherlands, 2001.

Jorens Y, "The right to health care across the borders", chapter 3,

médicaux, à quelques exceptions près, par exemple dans des zones frontalières où le coût, la réputation, la langue ou l'accessibilité des soins encouragent les déplacements de patients, ou encore dans le cas de services très complexes. Cependant, les prestations doivent être couvertes par l'assurance maladie, et dans le cas de la Hongrie, il est peu probable que la NHIF prendra en charge les soins réalisés à l'étranger, au sein de l'UE des 15, si ces prestations devaient être importantes. Les flux de patients au sein des 10 nouveaux membres devront faire l'objet d'une surveillance accrue - même dans les zones frontalières, du fait de l'importance de l'offre dans tous les pays, de l'absence de paniers de soins et de prestations délimités, ou encore du fait d'une qualité des soins aléatoire, des différences dans les mécanismes de tarification et du manque de transparence et de gestion comptable dans les systèmes de santé des 2 groupes de pays.

Santé publique : législation et infrastructure

La législation en termes de santé publique (santé et sécurité au travail, sécurité et hygiène alimentaire...) est identique ou très semblable dans les nouveaux États membres comme dans l'UE des 15.

Santé mentale

La santé mentale est très peu développée dans les nouveaux États membres. Dans les prochaines années, les gouvernements doivent non seulement accepter la responsabilité de l'offre de services et d'aides aux personnes souffrant d'incapacités mentales, mais également supprimer les barrières existantes quant à leur pleine intégration dans la société.

Santé des minorités

On estime le nombre de Roms/Gitans au sein des nouveaux États membres à hauteur de 2,0-2,3 millions. Leur espérance de vie, état de santé et accès à la santé sont moins bons que ceux du reste de la population de ces pays. L'amélioration de la santé de ces minorités y revêt donc une importance cruciale pour les prochaines années, du fait des préoccupations en termes de discriminations et de difficultés sociales rencontrées par ces minorités, et parce que l'état de santé de la population dans l'ensemble ne peut pas être amélioré de manière significative sans une amélioration simultanée de l'état de santé des minorités.

László GULÁCSI MD PhD

Professeur

Budapest University of Economic Sciences & Public Administration

57-83, in: McKee M, Mossialos E, Baeten R, eds. *The impact of EU law on health care systems*, "Work & Society" No. 39, P.I.E. Peter Lang S.A. Brussels, 2002

Mackenbach JP, Looman CW, Kunst N, et al. Post-1950 mortality trends and medical care: gains in life expectancy due to declines in mortality from conditions amenable to medical intervention in The Netherlands, *Social Science in Medicine* 1998;27:889-900.

LA VIE DU COLLÈGE

Du côté des membres – L'annuaire 2004

L'annuaire 2004 des Membres du Collège des Économistes de la Santé vient de paraître. Selon la règle adoptée depuis 5 ans, l'annuaire édité les années paires correspond à la version détaillée, comprenant les publications les plus récentes des membres ainsi que leurs axes de recherches. Vous trouverez donc les principales informations sur les 192 membres individuels (soit 10 de plus que l'an dernier), les 9 membres institutionnels et les 29 membres entreprises (nombre stable des personnes morales). Nouveauté cette année : avec la création du nouveau statut de Membre Centre de Recherche, une nouvelle rubrique fait donc son apparition dans l'annuaire. Elle comporte dès la première année 11 centres de recherches.

Au total, notre association compte désormais **plus de 240 membres** (dont 80% de personnes physiques et 20% de personnes morales). Cette progression du

nombre de membres et le nouveau statut de Membre Centre de Recherche témoignent de la vitalité de notre association, de l'implication de ses membres et de l'intérêt suscité par ses activités.

Site internet

Nous vous rappelons que depuis le mois de février, le Collège propose un nouveau service sur son site internet www.ces-asso.org avec un espace réservé à ses Membres. Nous espérons que ce nouveau service du CES répond à vos attentes et nous vous encourageons à intervenir plus souvent sur le forum, et à nous envoyer des documents à mettre en ligne (rapports, supports de cours, documents de travail...), à passer des annonces, enfin, en nous suggérant d'autres rubriques et d'autres services...

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

EURONHEED

EURONHEED France/CODECS

European Network of Health Economics Evaluation Databases



Dans le cadre du développement du projet européen de base de données EURONHEED coordonné par le CES et qui intègre la base CODECS (désormais EURONHEED France au sein du projet EURONHEED) de nombreuses étapes importantes ont été franchies au cours des dernières semaines. Depuis le début de l'année un site internet (hébergé par l'INSERM) présente le projet, ses objectifs et ses partenaires. A ce jour les études n'y sont pas encore accessibles mais un lien est donné vers les bases nationales existantes (NHS EED et CODECS) : <http://www.euronheed.org>

Dans le même temps, le Collège a passé des accords avec l'IEMS de Lausanne (Suisse) et le Centre Fédéral d'expertise des Soins de Santé (KCE), la nouvelle "ANAES" belge, pour que ces deux institutions soient les centres partenaires d'EURONHEED France qui a vocation à couvrir les régions francophones de la Suisse et de la Belgique, ainsi que le Luxembourg.

Enfin, du 21 au 23 juin, s'est tenu à Paris la 2nde session de formation des chercheurs du projet EURONHEED (21 participants issus des 7 centres du projet) animée par le Collège et nos amis de York dont Mike Drummond et une réunion des *database managers*. La

formation a été consacrée à l'harmonisation des méthodologies, à la rédaction de fiches, aux questions de transférabilité des études et à la présentation et l'utilisation du logiciel, presque achevé, qui sera utilisé pour EURONHEED. Une fois que cet outil essentiel pour le projet sera mis en place, la mise en ligne des bases devrait intervenir rapidement (début 2005 très probablement).

Évaluation économique des stratégies de santé

Après la parution en décembre de la version papier du *Guide Méthodologique de l'évaluation économique des produits de santé*, le Collège fait actuellement traduire l'intégralité du Guide en anglais afin de pouvoir le diffuser le plus largement possible à l'international et ainsi promouvoir les "recommandations" françaises à l'étranger. A ce titre, nous vous conseillons la visite du site de nos collègues et amis de l'ISPOR, qui viennent de mettre en ligne fin juin une très intéressante synthèse sur les "guidelines" dans le monde :

<http://www.ispor.org/PEguidelines/index.asp>

Bien évidemment le travail des économistes de la santé français est cité et utilisé, et cette présentation sera actualisée dès que nous leur aurons fait parvenir la version anglaise du guide 2003, qui sera disponible au plus tard en septembre prochain.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

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

CES – 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

Tél: 01-43-45-75-65, Fax : 01-43-45-75-67,

E-mail : CES2@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Gérard de Pouvourville,
Secrétariat de rédaction : Julie Cardi, Philippe Ulmann.
Réalisation : Louyot.
Tirage : 500 exemplaires.