

Analyse comparative de la performance du système sanitaire suisse

Le but de cette contribution¹ est d'esquisser une opinion sur la performance du système sanitaire suisse par rapport à ceux des pays industrialisés de l'Europe occidentale. Ceci a été possible grâce à la comparaison d'une série d'indicateurs de dépenses, de ressources, d'activité, de comportement, de mortalité et de satisfaction des populations. En conclusion, on se rend compte que la performance du système sanitaire suisse, quand on la compare aux coûts occasionnés et à ce qui se fait en d'autres lieux, doit être considérée comme insuffisante.



Il est difficile d'identifier des indicateurs de résultat fiables fondés sur la «qualité» des services et le «bien-être», facteurs qui ont une importance croissante et majeure dans l'évaluation de la «productivité» et de la performance d'un système sanitaire destiné à des populations qui bénéficient déjà d'espérances de vie parmi les plus longues au monde. Cette notion de «bien-être», même si elle demeure subjective, est fondamentale dans les centres d'accueil pour personnes âgées (en illustration).

Photo: Keystone

Les informations qui ont servi aux présent article sont issues des banques de données de l'OCDE², de l'OMS-Europe³, de la FAO⁴, d'autres sources⁵ ainsi que les sites web de ces organisations et des offices de statistiques nationaux, des sociétés médicales et des associations faitières d'autres fournisseurs de prestations (les liens du site de l'OMS-Europe sont à ce propos très utiles).

A la recherche de la performance

La recherche de la performance met l'emphase sur l'utilisation des services et surtout

sur les résultats exprimés en termes de «gains» de santé par rapport au niveau de la dépense qui y est affectée. Le problème principal en relation avec ce type d'analyses réside dans le fait que des indicateurs de résultat tel que l'espérance de vie et les taux de mortalité standardisés ne donnent pas (pour les pays industrialisés qui assurent depuis des années une équité d'accès aux soins à l'ensemble de la population) une réelle mesure, même indirecte, de la «production de santé». Ceci est notamment dû au fait que la durée moyenne de vie de ces populations dépend plus de facteurs exogènes au secteur sanitaire, tels que l'environnement économique, social et écologique sans oublier la «culture» au sens large du terme dans laquelle une population est «plongée» (la diète méditerranéenne donne par exemple aux populations du sud de l'Europe une «rente» de départ en terme de longévité par rapport aux autres pays du centre-nord européen). Il faut aussi noter que les systèmes sanitaires, plus que «produire de la santé», ont la fonction de «réparer» des conditions sanitaires dégradées.

A tout ceci il faut ajouter la difficulté d'identifier des indicateurs de résultat fiables fondés sur la «qualité» des services et le «bien-

1 Cet article est une mise à jour d'un essai publié dans la monographie «Système de santé suisse 2001/2002 – Survol de la situation actuelle» – éd. G. Kocher W. Oggier – cap. 10.

2 Eco-Santé OCDE 2000 (version 10 - 2000) site web: <http://www.credes.fr/ecosante/index.htm>

3 Health for all database, WHO Euro office Copenhagen (accès par <http://www.who.dk/country/HFABook.pdf>).

4 <http://apps.fao.org>

5 Tunstall-Pedoe H. et al. «Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart diseases mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations», *Lancet* 1999; 353: 1547-1557.



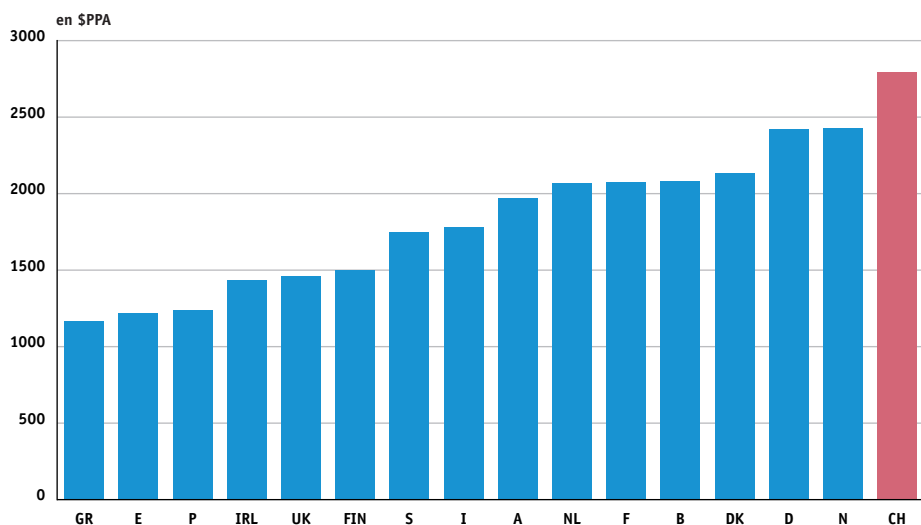
Gianfranco Domenighetti
Chef de Sezione sanitaria, Dipartimento opere sociali, Bellinzona, professeur invité des universités de Lausanne et de Genève



Jacqueline Quaglia
Collaboratrice scientifique, sezione sanitaria, Dipartimento opere sociali, Bellinzona

Graphique 1

Dépenses sanitaires par habitant, 1998



Source: Eco-santé – OCDE 2000 / La Vie économique

être» subjectif, facteurs qui ont une importance croissante et majeure dans l'évaluation de la «productivité» et de la performance d'un système sanitaire destiné à des populations qui bénéficient déjà d'espérances de vie parmi les plus longues au monde. Or ce type d'indicateurs n'existent pratiquement pas au niveau de la standardisation internationale. Même les DALE («*disability-adjusted life expectancy*»), utilisés par l'OMS dans son dernier rapport⁶ pour comparer la production de santé, sont largement influencés par des facteurs exogènes au système et, notamment, par les habitudes alimentaires.

Enfin, toute comparaison fondée sur les indicateurs disponibles (donc aussi ceux que nous avons utilisés pour cette réflexion) est presque toujours hasardeuse car les modalités de calcul de ces indicateurs dans les différents

pays sont rarement les mêmes. Les seules affirmations sûres que l'on peut faire, sont par rapport aux «pôles» de la distribution statistique des valeurs caractérisant les indicateurs choisis pour les comparaisons car les données qui se différencient peu entre elles ne permettent en général pas de tirer des conclusions.

Cela dit nous allons quand même émettre une opinion sur la performance du système sanitaire suisse par rapport à celle des autres systèmes des pays industrialisés de l'Europe occidentale.

Dépenses, ressources, activités

Le graphique 1 donne la distribution de la dépense sanitaire par habitant en dollars US corrigée par le pouvoir d'achat (par la suite \$PPA⁷) pour la dernière année disponible.

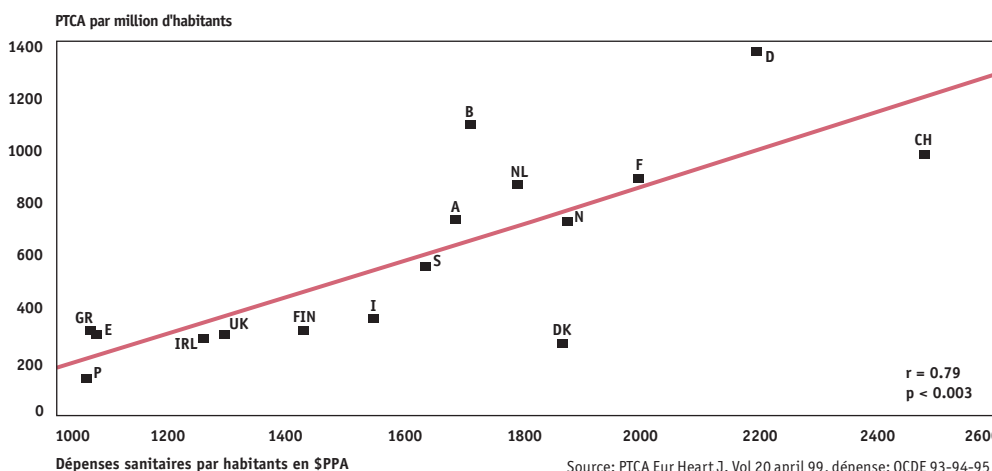
La Suisse avec ses 2794 \$PPA de dépense annuelle par habitant (1998) conduit le peloton européen et ceci depuis les années 1970. Son niveau de dépense est le deuxième au monde après les États-Unis (4178 \$PPA). Notre pays, quant à la production de coûts, est donc très «efficace» ce qui assure probablement à tous les citoyens suisses la disponibilité du plus important «shopping center» sanitaire du monde compte tenu du fait que l'équité d'accès au système est en Suisse, contrairement aux États-Unis, universellement assurée.

Cette grande disponibilité de moyens est notamment due:

- à la complexité de notre système politique qui a jusqu'ici empêché toute sorte de planification sanitaire fondée sur le consensus;
- aux incitations économiques de type exclusivement «inflationniste» présentes sur notre marché sanitaire (notamment le paiement «à l'acte» de toute prestation ou sur la base de la durée de séjour);

Graphique 2

Angioplastie coronarienne (PTCA): dépense sanitaire par habitant en \$PPA, 1995



Source: PTCA Eur Heart J. Vol 20 avril 99, dépense: OCDE 93-94-95 / La Vie économique



Photo: Keystone

Le niveau de dépense de la Suisse est le deuxième au monde après les États-Unis en raison de l'absence de toute planification sanitaire, des incitations économiques de type exclusivement «inflationniste» de toutes sortes (notamment le paiement «à l'acte» de toute prestation ou sur la base de la durée de séjour) et du niveau très élevé de notre produit intérieur brut (PIB) qui a jusqu'ici permis de «noyer» une dépense sanitaire qui dépasse depuis deux ans seulement 10% du PIB. Cette abondance de moyens s'observe, entre autres, dans l'importance en matériel lourd détenu par les hôpitaux. En illustration: salle d'urgence pour traumatisme d'un hôpital-type.

– au niveau très élevé de notre produit intérieur brut (PIB) qui a jusqu'ici permis de «noyer» une dépense sanitaire qui dépasse depuis deux ans seulement 10% du PIB.

Des corrélations simples entre le niveau de dépense par habitant des 16 pays européens ici considérés et la disponibilité en équipements ainsi qu'avec d'autres indicateurs d'activité nous montrent quelques tendances plausibles. Plus la dépense sanitaire est haute plus la densité de lits pour les soins aux malades aigus sera élevée ($r=0.63$; $p<0.02$); plus la durée de séjour à l'hôpital sera longue ($r=0.42$; $p<0.12$), plus la disponibilité en équipements techniques lourds sera importante, plus les taux de *by-pass* coronariens et d'angioplasties (voir graphique 2) par million d'habitants seront élevés.

Les plus hautes dépenses présentent une corrélation positive avec l'importance des disponibilités en équipements et en structures ainsi qu'avec les taux d'activité les plus élevés. On constate surtout un haut niveau de dépense dans les pays dotés d'un système sanitaire «pluraliste» c'est à dire chez ceux qui n'ont pas choisi de financer largement ou totalement leur système de santé par l'impôt (systèmes nationaux de santé).

La corrélation entre dépense (1998) et disponibilité de médecins en exercice (1998) n'est significative ($r=0.052$) car les coûts dépendront plus du système de financement de

l'activité médicale choisie que du nombre de professionnels. Les pays qui payent par capitaution leurs médecins ont une dépense tendanciellement inférieure à ceux qui ont choisi le paiement par prestation.⁸

Dépenses et performance

Nous avons vu qu'il n'est pas aisé de définir et de calculer la performance d'un système sanitaire. Différents auteurs évaluent la contribution relative du secteur des soins à la longévité (notamment pour atteindre une espérance de vie moyenne à la naissance de 70-75 ans) à 10-15%, tandis que la contribution majeure est attribuée aux déterminants socio-économiques et aux styles de vie qui en découlent (environ 40-50%), à l'environnement écologique (20%) et à la génétique (20-30%).

On peut en tout cas retenir que le principal résultat du secteur des soins est de type réparateur. En conséquence la mortalité évitable grâce aux interventions médicales («*mortality amenable to medical intervention*») pourrait être retenue comme un indicateur de performance d'un système sanitaire. Pour les pays industrialisés cette mortalité a été définie par la littérature.⁹ Il s'agit notamment d'une liste de maladies pour lesquelles le décès pourrait être évité ou significativement reculé si un traitement médical approprié pouvait être appliqué en temps utile.

6 «Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant», OMS, Genève, 2000

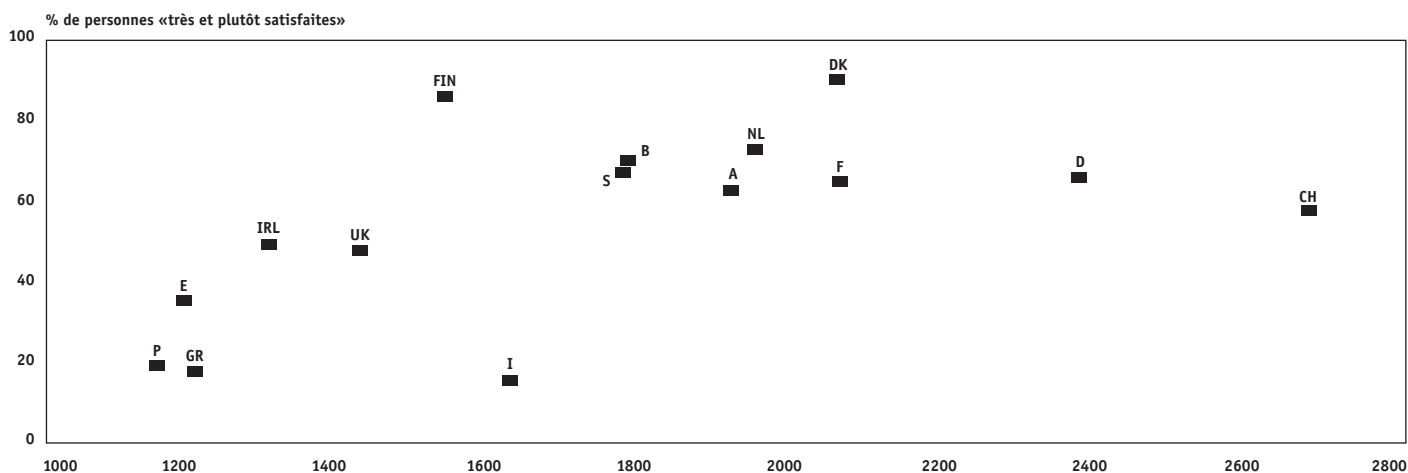
7 PPA = parité de pouvoir d'achat. Les dépenses nationales de santé ont été corrigées par l'OCDE selon un barème qui «standardise» les coûts en fonction du niveau des prix et des salaires.

8 Gertham U.G., Jönsson B., Mc Farlan M., Oxley H., *The determinants of health expenditure in the OECD countries: a pooled data analysis*. OECD, Health care reform: Controlling spending and increasing efficiency, Paris, 1995.

9 Rutstein DD, et al. «Measuring the quality of medical care. A Clinical method», *New England journal of medicine* 1976; 294: 582–588. et «Measuring the quality of medical care, second revision of tables of indexes», *id.*, 1983; 302: 1146–1150; Wood E. et al. «Social inequalities in male mortalities amenable to medical intervention in British Columbia», *Social science and medicine*, 1999: 48; 1751–1758.

Graphique 3

Dépenses sanitaires par habitant en \$PPA/% d'habitants satisfaits du fonctionnement des soins de santé, 1996 (UE) et 1997 (Suisse)



Source: ??? / La Vie économique

Parmi ces conditions sanitaires nous avons retenu celles disponibles dans les causes spécifiques de mortalité des différents pays considérés et nous avons calculé des taux globaux standardisés de mortalité «évitable» (pneumonie, cancer du col de l'utérus, tuberculose, maladie de Hodgkin, appendicite, hypertension, maladie chronique du foie et cirrhose, maladie ischémique du cœur, maladie chronique rhumatismale du cœur).

Nous avons considéré deux groupes de mortalité «évitable». Le premier inclut toutes les morbidités citées ci-dessus à l'exception de la maladie ischémique du cœur, le deuxième groupe comprend la totalité des conditions sanitaires citées.

Deux autres causes de décès, qui peuvent être influencées par le secteur sanitaire, ont aussi été considérées: la mortalité maternelle et la mortalité périnatale, un indicateur plus «sensible» pour les pays industrialisés que la mortalité infantile. De faibles taux de mortalité pour ces deux causes, comme pour la mortalité «évitable», peuvent être retenus comme faisant partie des attentes «légitimes» des populations de la part d'un système sanitaire performant.

Un autre indicateur de performance, dans ce cas subjectif, a été retenu. Il s'agit de la satisfaction envers son propre système sanitaire. La satisfaction du consommateur est aujourd'hui retenue comme un résultat d'«*outcome*» incontournable bien que, dans le cas des systèmes de santé, cette mesure soit malheureusement déjà biaisée «au départ» par le manque possible de comparaison («*benchmarking*») de la part de l'usager. En effet un Suisse ne pourra juger son système qu'à l'intérieur de celui-ci sans pouvoir le comparer à un autre qu'il ne connaît pas.¹⁰

La corrélation de ces indicateurs avec la dépense sanitaire, la densité médicale et la disponibilité de lits pour les soins aux malades aigus dans les hôpitaux montre que:

- la mortalité périnatale (1997) présente une corrélation négative mais non significative avec la dépense sanitaire; elle ne l'est pas avec la densité de médecins;
- la mortalité maternelle (1994-1996) et la mortalité «évitable» grâce aux interventions médicales (sans ou avec les cardiopathies ischémiques) ne sont pas corrélées avec la dépense sanitaire et la densité de lits pour les soins aux malades aigus mais elles le sont négativement avec la densité médicale (plus il y a de médecins plus les taux de mortalité baissent);
- la satisfaction des populations envers leurs systèmes sanitaires augmentent avec la croissance de la dépense sanitaire jusqu'à un «point de rupture» au-delà duquel la corrélation tend à devenir négative (voir *graphique 3*).

Conclusions

Le *graphique 4* propose un essai de synthèse de la performance des systèmes sanitaires des pays européens considérés en fonction du niveau de la dépense par habitant. Afin de permettre une représentation graphique standardisée, les valeurs des indicateurs de performance ont été normalisées pour chaque pays sur la base d'une échelle de 0 à 10 (la valeur 10 équivaut à la meilleure performance par rapport aux autres pays, la valeur 0 à la pire).

Les résultats montrent que:

- une tendance se dessine au regroupement des indicateurs vers le haut de l'échelle

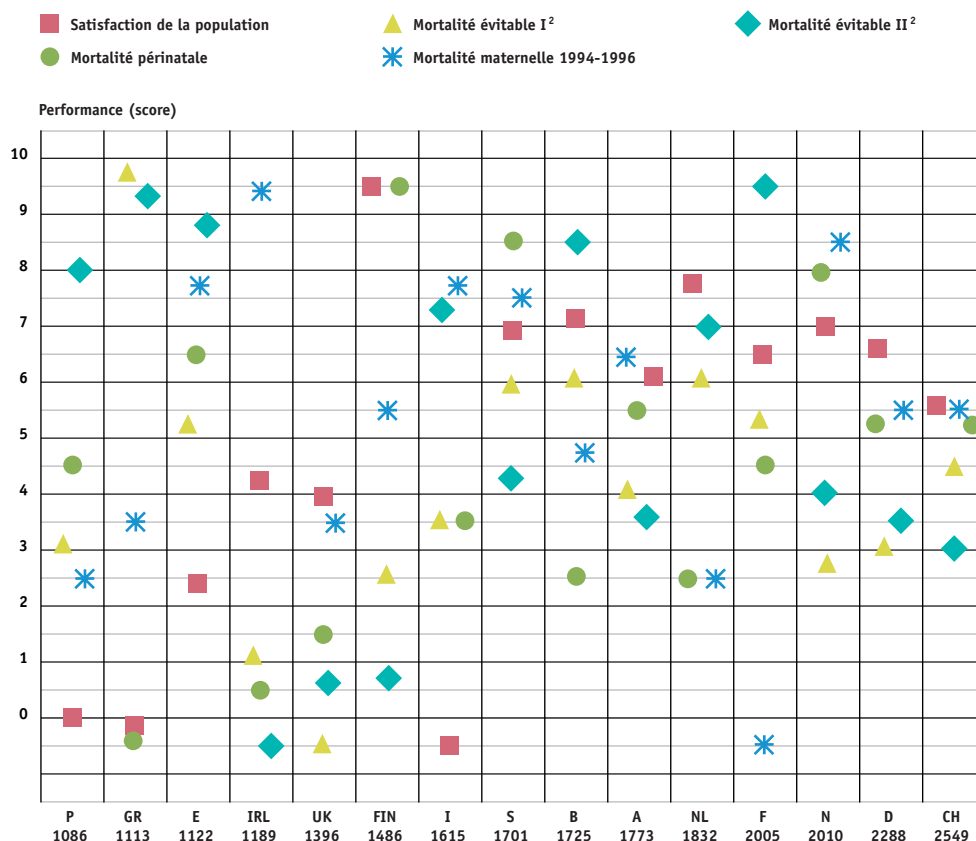
10 Domenighetti G. «Estime des Suisses pour leur système sanitaire: comparaison avec les pays de l'UE», *Sécurité Sociale*, 1997; 5: 279-281.

- (c.a.d. vers la meilleure performance) jusqu'à une dépense d'environ 1700 \$PPA par habitant;
- au delà de ce «point de rupture» on ne perçoit toutefois plus de corrélation positive entre la performance et la croissance de la dépense;
 - les pays les plus «performants» semblent être la Suède et la Belgique car pour une dépense d'environ 1700 \$PPA par habitant, il montrent les meilleurs regroupements d'indicateurs vers le «haut» de l'échelle;
 - le pays le moins «performant» du point de vue sanitaire semble être la Grande-Bretagne qui regroupe l'ensemble de ces indicateurs vers le bas de l'échelle;
 - avec environ une dépense de moitié par habitant par rapport à la Suisse, la Suède, les Pays Bas et la Belgique semblent dans l'ensemble produire des performances sanitaires meilleures; l'Espagne, avec une dépense de seulement 1122 \$PPA par habitant jouit de meilleures indicateurs que la Suisse (la satisfaction de la population faisant toutefois exception);
 - enfin, pour les pays du sud de l'Europe, la corrélation entre indicateurs strictement

sanitaires et satisfaction de la population est lourdement négative ce qui pourrait signifier des problèmes majeurs au niveau de l'organisation du système par rapport au «confort» général perçu par les usagers.

La conclusion sera que, par rapport aux indicateurs choisis, le système sanitaire suisse ne peut pas être considéré comme «performant» car des pays avec une dépense par habitant de 50% inférieure à la nôtre arrivent à de meilleures indicateurs de santé et de satisfaction parmi leurs populations. ■

Graphique 4

Score¹ de cinq indicateurs de performance en fonction des dépenses sanitaires

Dépenses sanitaires (1996 en \$PPA par habitant)

Source: ??? / La Vie économique

- 1 Score = normalisation des valeurs de chaque indicateur sur une base de 10 (valeur 10 = meilleure performante).
- 2 Voir définitions dans le texte.