

Hongrie 2007

Inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme du système de santé

Rapport de synthèse

Cristina Masseria



Au nom de la
Commission européenne
DG Emploi, affaires sociales et égalité des chances

Table des matières

Résumé	3
1. Contexte thématique : Quel est le rôle du système de santé publique dans l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités socioéconomiques ?	6
1.1 Contribution du système de santé aux inégalités	6
1.2 Inégalité d'accès aux services de soin	7
1.2.1 <i>Financement et fourniture des soins de santé en Europe</i>	8
1.2.2 <i>Obstacles géographiques</i>	10
1.2.3 <i>Inégalité d'accès aux soins de santé – résultats de l'étude de l'OCDE</i>	12
1.3 Le cadre	14
2. La stratégie nationale hongroise en matière de santé	15
2.1 Rendement : concurrence entre les fonds d'assurance-santé ou programme de coordination des soins	18
3. L'expérience d'autres pays : Autriche, Estonie et France	21
3.1 La stratégie nationale pour la santé en Autriche	21
3.2 La stratégie nationale pour la santé en Estonie	24
3.3 La stratégie nationale pour la santé en France	28
4. Conclusions et discussions	30
4.1 Les enseignements	33
Références	34

Résumé

C'était la toute première évaluation par les pairs organisée à Budapest (Hongrie) dans le domaine des soins de santé en prévision des réformes que le gouvernement entend mener pour procéder à une refonte du système de santé hongrois afin de renforcer l'accès de tous aux soins, d'améliorer la disponibilité de services de grande qualité et de garantir une durabilité à long terme.

Hormis le pays hôte, neuf pays pairs ont participé à l'évaluation: l'Autriche, la Bulgarie, la République tchèque, l'Estonie, la Finlande, la France, le Luxembourg, le Portugal et la Slovénie. D'autres parties intéressées, comme la Fédération européenne travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) et l'Association européenne des institutions paritaires de la protection sociale (AEIP), ainsi que la DG Emploi, affaires sociales et égalité des chances de la Commission européenne, avaient envoyé des représentants.

Les principaux objectifs de l'évaluation étaient donc de parvenir à mieux connaître les politiques de santé capables d'accroître à la fois l'efficacité et l'équité du système ; de susciter des réactions utiles pour le pays hôte, la Hongrie ; et d'identifier certaines approches communes sur lesquelles le Comité de la protection sociale pourrait s'appuyer pour développer une perspective européenne concernant l'accès aux soins et la réduction des inégalités en termes de santé.

Garantir à la population un accès universel aux services de santé, réduire les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins et assurer la durabilité des services : tels sont les objectifs que la plupart des pays de l'UE assignent à leur politique de santé publique ou de santé en général. Les systèmes de santé constituent, en fait, une composante fondamentale de la protection sociale, puisque sans elle, les coûts des soins pourraient se révéler insupportables pour la majorité de la population, en particulier pour les personnes souffrant de maladies chroniques et infectieuses. Dans le cadre de la méthode ouverte de coordination, les États membres de l'UE s'emploient à poursuivre ensemble trois objectifs à travers le travail du Comité de la protection sociale : l'accès universel, des services de qualité, et la durabilité du système. La Commission propose aussi de mettre l'accent sur la réduction des inégalités dans la nouvelle stratégie de l'UE en matière de santé.

Au cours des dernières décennies, l'Europe a connu des améliorations dans l'état de santé, les conditions de vie et de travail de sa population. Toutefois, il subsiste une grande hétérogénéité des conditions d'existence qui se traduit par une variabilité de la situation sanitaire dans la région. Un niveau de santé satisfaisant peut être considéré comme une des ressources les plus cruciales pour la prospérité économique et sociale. Les changements dans les conditions socioéconomiques affectent la santé de la population, directement ou indirectement, par le biais de facteurs psychosociaux. D'un pays à l'autre, comme au sein d'un même pays, on signale davantage de problèmes de santé parmi les gens qui se situent dans le bas de l'échelle sociale que parmi ceux qui sont au sommet.

Les différences observées à l'échelon national ou entre les pays dans la situation sanitaire s'expliquent aussi en partie par le rôle du système de santé, comme en témoignent les études menées sur la mortalité évitable. Il semble donc qu'on puisse grandement contribuer à réduire les taux de mortalité générale en concentrant certaines mesures sur le système de santé, puisque même

la Suède, où l'état de santé de la population est l'un des meilleurs d'Europe, pourrait réduire d'un quart son taux de mortalité en traitant mieux les maladies. L'efficacité des soins et des mesures préventives a aussi joué un rôle majeur dans la réduction des taux de mortalité liés aux maladies cardiovasculaires et à divers cancers dans plusieurs pays d'Europe.

Et surtout, si l'accès aux soins n'est pas équitable entre les groupes sociaux, les inégalités en termes de santé peuvent s'en trouver exacerbées. Les études indiquent que les catégories les plus vulnérables ne reçoivent pas tous les soins nécessaires alors que les besoins y sont plus importants qu'ailleurs. L'inégalité dans l'accès aux soins, imputable à des obstacles géographiques, financiers et/ou socioculturels, est présente presque partout. Le coût des soins de santé représente un fardeau de plus en plus difficile à supporter pour les personnes socialement et économiquement vulnérables ; et tout indique que « la disponibilité des soins médicaux de qualité tend à varier de façon inversement proportionnelle aux besoins de la population desservie » (Hart, 1971). L'accès universel aux services de santé n'élimine pas les inégalités, ainsi qu'on peut le constater dans la plupart des pays industrialisés qui se sont efforcés de lever les obstacles financiers. Des groupes de populations différents, comme les plus démunis, les personnes âgées, les immigrants en situation régulière ou irrégulière, les handicapés, les minorités ethniques, peuvent avoir des attentes et des besoins différents. Un système de santé devrait être conçu pour répondre de manière équitable, efficace et adaptée aux besoins de toute la population.

Quand on le compare à la situation moyenne de l'Union européenne, l'état de santé de la population hongroise est médiocre. L'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé sont bien en dessous de la moyenne européenne. La liste des causes de décès est comparable à celle d'autres pays développés, mais la fréquence de ces maladies est plus élevée et la mort survient plus précocement. En 2003, les maladies cardiovasculaires représentaient 51% de la mortalité, les tumeurs malignes 25%, et les affections du système digestif, blessures, empoisonnements et autres causes 7% du taux de mortalité total.

Les bases de l'actuel système de santé hongrois remontent aux années 1980, bien que diverses réformes entreprises dans les années 1990 aient tenté de le remodeler. Actuellement, d'importantes réformes structurelles sont en cours en vue, non seulement, de répondre efficacement aux nouveaux défis en matière de santé, mais aussi de résoudre de vieux problèmes (différences dans la situation sanitaire selon les régions et les groupes socioéconomiques, répartition des ressources dans le pays, dilapidation des moyens, dessous-de-table, etc.). Des mesures à court et à long terme ont été déployées dans des domaines comme les soins d'urgence, le programme national de santé pour l'enfance et la petite enfance, le programme national de lutte contre le cancer, les services du médecin de famille et les traitements ambulatoires spécialisés, les inégalités dans l'accès aux soins, les moyens de financement, le marché des assurances, et l'industrie pharmaceutique.

La pression qui s'exerce sur le système actuel est intenable, puisqu'il est tout à la fois confronté à un excès de la demande et au manque de ressources (environ 12% des contribuables Hongrois ne paient pas leurs cotisations). Avec l'adoption d'un système de « solidarité obligatoire », l'administration de l'assurance-santé devrait être en mesure de contrôler les cotisations et les prestations dès 2007, de telle sorte qu'il deviendra possible de ne garantir que des soins de base à ceux qui refusent de payer les cotisations dont ils sont redevables. Les mesures principales sont : la nécessité de passer par un médecin référent pour accéder à un niveau de soins supérieur ; la réduction des capacités hospitalières qui, moyennant des dispositions raisonnables, seront

transférées vers des soins chroniques, des traitements ambulatoires, des soins infirmiers ou des centres de réadaptation ; l'intégration des soins à long terme ; l'introduction d'une concurrence entre les fournisseurs de services pour les fonds d'assurances sociaux ; l'introduction d'un ticket modérateur pour les consultations et les tests diagnostiques ; l'établissement d'un cadre juridique et financier pour les fournisseurs ; la coordination des soins de santé primaires au niveau sub-régional ; la réorganisation du secteur pharmaceutique ; le renforcement du système de contrôle et l'amélioration de l'équipement informatique ; l'introduction du traitement des protocoles financiers ; la mise en place d'un organisme de supervision de l'assurance-santé.

Malgré la grande hétérogénéité qui règne parmi les systèmes de soins de santé en Europe (comme l'ont montré les présentations de l'Autriche, de l'Estonie et de la France), les défis sont similaires. Chaque pays se trouve en fait confronté au problème de la formulation de politiques qui garantissent un accès durable à des services de santé équitables et efficaces pour chacun et améliore l'état de santé des citoyens en général. De récents défis comme le vieillissement de la population et le rôle des nouvelles technologies sont venus alourdir de plus en plus les dépenses de santé. De nombreux pays ont donc décidé d'introduire ou de renforcer les tickets modérateurs et la coassurance en vue de réduire les demandes de soins inutiles et d'augmenter les apports de fonds. Bien que des mécanismes aient été mis en place dans tous les pays pour protéger les catégories les plus vulnérables, le partage des frais médicaux et les paiements directs, ainsi que les paiements informels, représentent un obstacle financier à l'accès aux soins de santé et un fardeau très lourd pour les personnes âgées et les plus démunis. Un rapport OMS/Europe (2005) a d'ailleurs souligné que les obstacles financiers constituaient les principaux facteurs limitants pour l'accès à des soins de santé appropriés dans les PECO et les NEI et que la situation s'était détériorée depuis le début des années 1990 (Walters et Suhrcke, 2005).

Les objectifs intermédiaires dans la réalisation de cet objectif général sont donc :

- de mettre en place des politiques qui augmentent la couverture sociale, en particulier pour les groupes désavantagés et les minorités ethniques ;
- d'identifier les besoins de différents groupes (les personnes âgées, les enfants, les groupes minoritaires, les étrangers, etc.) ;
- d'atténuer les disparités géographiques, tant entre les régions et entre les milieux urbains ou ruraux qu'entre les zones plus riches ou plus pauvres ;
- de réorganiser les services en vue de renforcer la prévention ;
- de réduire les délais d'attente ;
- de renforcer le rôle de l'information, non seulement dans un souci d'efficacité des divers services de santé, mais aussi en ce qui concerne le prix réel des soins ;
- d'améliorer l'efficacité et de réduire la dilapidation des ressources ;
- de renforcer le rôle de l'évaluation des technologies de la santé ;
- de mettre en place des politiques multisectorielles ;
- d'améliorer la collecte des données et le suivi des diverses politiques.

Il est donc crucial de poursuivre le débat au niveau européen afin de développer des systèmes de santé capables de répondre à l'évolution de l'environnement et aux attentes des différents groupes de population dans chaque pays, afin de garantir l'équité, l'efficacité et la durabilité des services.

1. Contexte thématique : Quel est le rôle du système de santé publique dans l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités socioéconomiques ?

En mai 2004, dix pays ont rejoint l'UE, et deux autres en 2007, portant le nombre d'États membres à vingt-sept. Malgré le déclin général de la mortalité et l'allongement de l'espérance de vie, il subsiste un degré d'hétérogénéité considérable, qui s'explique par des conditions d'existence différentes, par exemple en termes de revenus relatifs ou absolus, d'éducation, d'emploi, de logement et de transport. L'état de santé de la population ne semble pas distribué au hasard, et on relève des différences systématiques entre les groupes socioéconomiques, d'un pays à l'autre comme au sein d'un même pays. Ces différences paraissent déterminées non pas tant par des caractéristiques génétiques que par l'environnement économique et social. En termes de santé, l'équité implique « l'absence de différences injustifiées et évitables ou remédiables dans l'état de santé de la population ou de groupes socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement définis » (Macinko et Starfield 2002). Dès 1946, la Constitution de l'OMS affirmait que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

L'étude du gradient social de la santé montre que les revenus, le niveau d'éducation et le statut professionnel affectent la santé, l'espérance de vie et le risque de mortalité, directement ou indirectement, par le biais de facteurs psychosociaux.. Que ce soit au niveau individuel ou dans la population en général, on signale davantage de problèmes de santé parmi les gens qui se situent dans le bas de l'échelle sociale que parmi ceux qui sont au sommet. Le spectre social tout entier est traversé par un gradient de santé. Les styles de vie choisis, en termes d'alimentation, de logement, de maîtrise du travail, d'exercice physique, de consommation de tabac et d'alcool, qui ont clairement un effet sur la santé, sont aussi influencé par des facteurs sociaux (Mackenbach 2002).

1.1 Contribution du système de santé aux inégalités

Les inégalités peuvent s'expliquer également par le rôle du système de santé. La contribution des soins à l'état de santé de la population a déjà suscité bien des controverses. Plusieurs approches ont été développées pour tenter de quantifier la part prise par le système de santé publique dans l'amélioration de la santé. La plus largement utilisée à ce jour se fonde sur les données relatives à la mortalité, qui sont aisément disponibles, et échafaude des hypothèses sur certaines causes de décès qu'il devrait être possible de prévenir par une intervention médicale efficace en temps opportun. Cette méthode a donné lieu à diverses expressions, dont celles de « mortalité évitable » et

de « mortalité susceptible d'être réduite par des soins » (Rutstein, Berenberg *et al.* 1976 ; Charlton, Hartley *et al.* 1983 ; Holland et Breeze 1985 ; Holland 1988 ; Mackenbach, Bouvier-Colle *et al.* 1990 ; Holland 1991 ; Westerling 1992 ; Holland 1993 ; Holland, Fitzgerald *et al.* 1994 ; Holland 1997 ; Nolte et McKee 2004).

En distinguant, dans les causes de décès, celles qui peuvent être évitées par des soins médicaux et celles qui ne le peuvent pas, diverses recherches (Carr-Hill 1987, Mackenbach 1988, 1996 ; McKee) ont montré que, depuis le début des années 1950, le déclin de la mortalité évitable a été plus rapide que celui des causes de décès non évitables. D'après Mackenbach (1988), aux Pays-Bas, la contribution de la médecine au déclin de la mortalité entre 1875 et 1970 se situe entre 4,7% et 18,5% ; et sans la forte diminution des causes de mortalité évitable entre 1950 et 1984, l'espérance de vie masculine à la naissance aurait en fait chuté de près d'un an en raison de l'augmentation d'autres causes de décès (Mackenbach, 1996). D'autres éléments indiquent aussi qu'en Europe, les obstacles qui entravent l'accès à des soins de santé adéquats peuvent contribuer à l'écart entre l'Est et l'Ouest et aux inégalités sociales en termes de mortalité. Bojan *et al.* (1991) et Boys *et al.* (1991) ont établi que les taux de décès imputables à des causes évitables étaient plus élevés dans les pays de l'Est ; et Velkova *et al.* (1997) estiment que les causes évitables représentent 24% de l'écart Est-Ouest en termes d'espérance de vie masculine et 39% de l'écart en termes d'espérance de vie féminine entre la naissance et 75 ans. L'impact sur la santé d'une amélioration de l'accès à des soins efficaces administrés en temps opportun est considérable, en particulier grâce à la baisse de la mortalité infantile et des décès des personnes de 40 ans et plus. Les études indiquent que dans une large mesure, certaines améliorations de l'espérance de vie peuvent être attribuées à la baisse de la mortalité due à des causes évitables, en particulier durant les années 1980 (Nolte et McKee 2004). Dans la plupart des pays, ces améliorations découlaient d'une diminution de la mortalité chez les enfants et les personnes d'âge moyen.

La mortalité évitable peut être définie de diverses manières. Une récente étude exhaustive des données tirées des dossiers de l'OMS sur la mortalité et utilisées en Europe pour la période 1990-2002 (Newey, Nolte *et al.* 2003), a tenté de mieux cerner les niveaux et les tendances de la mortalité que l'on pourrait « traiter » ou « prévenir ». Tant en 1990/1991 qu'en 2000/2002, c'est dans les Pays d'Europe centrale et orientale (en particulier la Roumanie, la Bulgarie et la Hongrie) que la mortalité susceptible d'être traitée est la plus élevée. Le Portugal est le seul pays de l'UE 15 à présenter des taux similaires. Les niveaux les plus bas étaient ceux de la France (pour les femmes) et de la Suède (pour les hommes). Pour ce qui est de la mortalité susceptible d'être prévenue, les taux de décès parmi les hommes étaient au moins deux fois plus élevés que parmi les femmes dans tous les pays (Newey, Nolte *et al.* 2003). Cet écart entre les sexes en termes de mortalité que l'on pourrait prévenir est plus prononcé dans les nouveaux États membres d'Europe centrale et orientale, qui présentent aussi les valeurs absolues les plus élevées, surtout pour les Hongrois de sexe masculin. L'écart reflète une plus grande exposition des hommes à certains comportements à risque comme l'abus de boisson et le tabagisme.

1.2 Inégalité d'accès aux services de soin

Au vu des inégalités sociales croissantes en matière de santé dans de nombreux pays européens, l'évaluation des différences dans l'accès aux soins suscite un intérêt de plus en plus vif, car ces disparités selon les groupes socioéconomiques peuvent exacerber des déséquilibres déjà

considérables en termes de santé. Comme le souligne la méthode ouverte de coordination, l'un des objectifs fondamentaux de l'UE doit être d'assurer la couverture universelle de la population pour un ensemble relativement complet de services médicaux. Les gouvernements se sont engagés non seulement à promouvoir la fourniture efficace de soins de qualité, mais aussi à garantir un accès équitable à ces services. Ce but ne peut être atteint que si l'accès aux soins est fonction des besoins de la population et non de l'aptitude à payer, comme l'ont rappelé de nombreux documents européens et comme l'a clairement exprimé la récente déclaration conjointe signée par la Belgique, l'Allemagne, le Portugal, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni : « Partout en Europe, les systèmes de santé reposent sur les valeurs fondamentales d'équité, d'universalité et de solidarité. Tous nos systèmes, bien qu'ils varient grandement dans leur organisation, leur gestion et leur financement, cherchent à assurer un accès équitable à des services de soins de qualité, efficaces et financièrement durables pour l'ensemble de la population, sur la base des besoins plutôt que de la capacité à payer. Tous les systèmes se fondent sur la solidarité – entre les malades et les gens en bonne santé, entre les pauvres et les riches, entre les jeunes et les vieux, comme entre les habitants des régions urbaines et rurales. » (Judge *et al.*, 2005).

1.2.1 Financement et fourniture des soins de santé en Europe

Dans les pays européens, le système de santé est financé soit par la fiscalité soit par un régime social d'assurance-maladie, et il couvre toute la population, malgré quelques exceptions, notamment en Autriche, en Estonie, en Allemagne, en Grèce, aux Pays-Bas, en Slovaquie et en République tchèque. La raison peut tenir aux modalités de fourniture d'un système universel (p.ex. en Allemagne, aux Pays-Bas et en Irlande où une large proportion de la population doit souscrire une assurance libre de santé complémentaire) ou aux critères d'éligibilité (résidence ou citoyenneté) ou encore à l'obligation d'être inscrit auprès de l'administration compétente (p.ex. en Autriche, où les demandeurs d'emploi sont tenus de se présenter à un bureau de placement pour être couverts).

La part des dépenses de santé publiques, exprimée en pourcentage des dépenses de santé totales, varie de 36,6% à Chypre et 50% environ en Grèce, à 100% en Roumanie et en Bulgarie (le rôle des paiements informels n'est pas pris en compte) et la diversité des situations en Europe ne laisse ressortir aucune différence systématique. Ces dernières années, face à l'augmentation des dépenses de santé, de nombreux pays ont donc décidé d'introduire ou de renforcer les tickets modérateurs et la coassurance en vue de réduire les demandes de soins inutiles (Thomson et Mossialos, 2004). Les tickets modérateurs sont particulièrement courants pour les médicaments, mais aussi pour des soins de santé secondaires et parfois primaires. Leur raison d'être est double :

- Réduire l'utilisation excessive des services de santé et donc renforcer leur efficacité et contenir l'escalade des dépenses
- Augmenter les apports de fonds

Selon la théorie économique néoclassique, la demande de services de santé excède son niveau d'efficacité parétienne lorsque les coûts sont entièrement couverts par l'assurance (concept d'aléa moral). La cause en est que les patients n'ont pas conscience des coûts réels des services de santé qu'ils consomment, et demandent donc plus que nécessaire. Avec l'introduction d'un signal pécuniaire (le ticket modérateur) les utilisateurs restreindront leur demande de services superflus qui ne profitent guère aux patients ou peuvent même se révéler nocifs. La « microefficacité » du système

(des soins plus efficaces) et sa « macroefficacité » (maîtrise des coûts) s'en trouveront renforcées.

Toutefois, le marché des soins de santé viole presque tous les principes d'un marché parfait (information parfaite ; grand nombre de petits producteurs et de consommateurs, de telle sorte que les premiers ne fixent pas les prix ; les biens et services sont des substituts parfaits ; toute entreprise peut accéder au marché et en sortir à sa guise ; et l'objectif des consommateurs est de maximiser l'utilité, tandis que les producteurs s'efforcent de maximiser les profits). Il est donc possible que l'introduction du partage des coûts sur le marché des soins de santé ne suffise pas à réaliser les objectifs de micro- et macroefficacité. La plupart des données disponibles sur le partage des coûts proviennent des États-Unis, où une vaste étude contrôlée randomisée a été menée (l'expérience RAND), tandis qu'en Europe, les rares travaux qui ont été effectués demeurent principalement observationnels.

En Belgique, les ménages dépensent en moyenne 8% de leur budget pour les soins de santé, mais les plus âgés et les plus démunis y consacrent environ 15%, contre 4% pour les ménages les plus riches. En outre, la même étude a montré que si une moyenne de 29% des sondés ont rapporté éprouver des difficultés à supporter la charge financière des paiements directs pour les soins de santé, ce pourcentage monte jusqu'à 68% des ménages dans le groupe de revenus les plus faibles, contre 7% dans le groupe des revenus le plus élevés (Loucky *et al.* 2001). Le coût des soins de santé représente un fardeau de plus en plus difficile à supporter pour les personnes socialement et économiquement vulnérables ; et tout indique que « la disponibilité des soins médicaux de qualité tend à varier de façon inversement proportionnelle aux besoins de la population desservie » (Hart, 1971).

En France, vers la fin des années 1990, d'importants obstacles financiers gênaient l'accès aux soins de 15% de la population (Couffinhall et Paris, 2003). Avec l'introduction de l'assurance-santé obligatoire pour les bas revenus (CMU) en 2000, la situation s'est améliorée, même si en 2003, 11% de la population ont rapporté avoir renoncé à des soins à cause de leurs coûts (Auvray, Doussin et Le Fur, 2003).

En Pologne, diverses études ont montré que 40% de la population ont eu à déboursier directement certains montants pour des soins de santé en 2003 (Czapinski et Panek, 2004), et que ces dépenses étaient en augmentation pour les soins cliniques (0,9%) et pour les médicaments (70%), mais en baisse pour les soins dentaires. Malgré des fluctuations entre 2000 et 2003, les paiements directs restaient perçus comme un obstacle dans l'accès aux soins de santé pour plus d'un quart de la population et environ 60% des ménages qui ne disposaient pas d'assez d'argent pour payer des médicaments prescrits ont décidé de ne pas les acheter.

Un quart de million de Suédois se sont heurtés à des difficultés pour payer des médicaments (Whitehead et Dahigren, 2006) et 60% des personnes confrontées à des problèmes d'argent n'ont d'ailleurs pas acheté les traitements prescrits. En outre, 28% environ des personnes dans des conditions socioéconomiques précaires n'ont pas cherché à se faire soigner alors qu'elles l'auraient dû, contre 10% de celles qui jouissent d'une situation stable.

L'Allemagne a introduit en 2004 une perception de 10 euros par trimestre lors de la première consultation d'un médecin ou d'un dentiste. Les résultats d'une récente étude montrent que les visites chez le médecin s'en sont trouvées réduites, mais on manque encore d'éléments concernant la proportion des consultations nécessaires ou non dans cette réduction et les effets sur les

personnes les plus défavorisées (Grabka, Schreyogg, et Busse, 2005 ; Zok, 2005). Toutefois, la FEANTSA (2006) a examiné l'impact de cette réforme sur les sans-abri (qui depuis 2004 doivent payer ce montant de 10 euros pour les consultations, et une partie des frais de médicaments et d'appareils thérapeutiques) et, d'après son rapport, plus de la moitié des centres Wohnungslosenhilfe assurent que l'état de santé des sans-abri s'est détérioré depuis l'introduction de la réforme. D'ailleurs, 82% des centres ont constaté une augmentation des besoins en termes de consultation et d'activités de soutien, et 62% d'entre eux ont aidé financièrement leurs bénéficiaires pour leur permettre de payer des traitements médicaux nécessaires, bien qu'une telle situation ne soit pas tenable à long terme.

Aux Pays-Bas, l'introduction d'un système d'imputation d'une partie des frais médicaux aux patients a généré des rentrées d'argent, mais il est apparu que cette augmentation ne suffisait pas à compenser la hausse des coûts administratifs et la politique a été abandonnée (Kasje *et al.* 2002). En Finlande, malgré le ticket modérateur pour les soins de santé publique (11 € pour une consultation de généraliste), certaines grandes villes ont décidé d'y renoncer parce que les coûts administratifs auraient été trop élevés¹.

Un rapport OMS/Europe (2005) a souligné que les obstacles financiers constituaient les principaux facteurs limitants pour l'accès à des soins de santé appropriés dans les PECO et les NEI, et que la situation s'était détériorée depuis le début des années 1990 (Walters et Suhrcke, 2005).

Bien que des mécanismes aient été mis en place dans tous les pays pour protéger les catégories les plus vulnérables, le partage des frais médicaux et les paiements directs, ainsi que les paiements informels constituent, à n'en pas douter, un obstacle financier à l'accès aux soins de santé et un fardeau très lourd pour les personnes âgées et les plus démunis. « Si l'évaluation montre que le total des paiements directs est peu élevé, il ne s'ensuit pas pour autant que tout va pour le mieux. Le faible niveau des dépenses pourrait être dû au fait que les groupes les plus pauvres ne sont pas en mesure d'utiliser le service à cause de son coût. » (Whitehead et Dahigren, 2006, p. 68) La demande de soins diminue sans doute, mais les données n'indiquent pas clairement s'ils sont efficaces et équitables. L'expérience RAND Health Insurance a montré que l'introduction d'un partage des coûts réduit les services superflus, mais aussi les services appropriés, et la demande de services d'urgence dans les groupes socioéconomiques défavorisés s'en trouve accrue. Par ailleurs, comme on a pu le constater dans le cadre d'une expérience hollandaise, le partage des coûts n'est pas efficace si on l'applique aux soins de santé secondaires, dans un régime où le généraliste intervient en premier recours, puisque les patients n'ont souvent aucun contrôle sur la suite du traitement. Le coût d'un tel système peut se révéler plus important que les rentrées d'argent qu'il génère (Louckx, 2002).

1.2.2 Obstacles géographiques

La disponibilité des ressources de soins est une condition préalable afin de garantir l'égalité d'accès à l'ensemble de la population. La comparaison du nombre d'hôpitaux et de lits pour 100 000 habitants dans les pays occidentaux et les PECO ne permet pas de discerner un modèle clairement interprétable. Le nombre d'hôpitaux pour 100 000 habitants oscille entre 0,9 en Suède et 16,7 à Chypre, et le nombre de lits entre 255 en Turquie et 892 en Allemagne (données Eurostat, 2006). Le

¹ Mervi Kattelus, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Finlande.

nombre d'hôpitaux et de lits est en moyenne plus élevé dans les nouveaux États membres que dans l'UE-15, ce qui confirme les études indiquant une surabondance des ressources de soins de santé dans cette région.

La probabilité d'être admis à l'hôpital varie selon les pays de l'OCDE. Pour l'Europe, elle va de 5% en Grèce à 14% en Autriche (Van Doorslaer *et al.* 2004). Les schémas de distribution sont différents pour le nombre de nuits passées à l'hôpital : parmi les pays européens, le Portugal (0,63) et la Grèce (0,66) présentent la moyenne la plus basse, tandis que les chiffres les plus élevés sont ceux de la Hongrie (2,5) et de l'Autriche (2,01).

Il y a d'importantes différences entre les pays dans la fréquence des consultations médicales (Van Doorslaer *et al.* 2004). En moyenne, plus de 70% de la population adulte ont consulté un médecin dans le cours de l'année écoulée ; parmi les pays européens, c'est en Grèce que cette proportion est la plus faible (63%). On observe des variations beaucoup plus grandes dans le pourcentage des personnes qui ont consulté un spécialiste : cela va de 20% en Irlande ou 30% au Danemark et en Norvège, à 60% en Autriche et en France. Dans les pays où cette proportion est élevée, comme l'Allemagne, la Hongrie, la France, la Belgique et l'Autriche, la fréquence des consultations tourne autour de 7 à 8 par an, soit deux fois plus que dans les pays comme la Finlande, la Suisse et le Danemark, où le taux est le plus bas. Ces différences entre les pays ne sont pas corrélées avec les ratios médecins/population. Toutefois, des variations dans les types de rémunération et des différences culturelles pourraient y contribuer en partie.

Hormis les limites des ressources disponibles en matière de soins, la distance à parcourir pour se rendre à l'hôpital pourrait être un obstacle dans la réalisation de l'accès universel aux soins de santé. Dans l'UE-15, plus de 50% des citoyens vivent à proximité d'un hôpital (il leur faut moins de 20 minutes pour s'y rendre en voiture, à pied ou par les transports en commun). La proportion diminue quelque peu dans les nouveaux États membres, où 38% des citoyens ont facilement accès aux hôpitaux (Alber et Kohler 2004). Les citoyens de l'UE-15 sont plus enclins à prendre leur voiture ou les transports en commun pour se rendre à l'hôpital, tandis que l'on fait plus souvent le trajet à pied dans les nouveaux États membres et trois pays candidats.

Dans l'UE-15, 85% des citoyens ont aisément accès aux soins de santé primaires, contre 62% seulement des citoyens des nouveaux États membres et des pays candidats. Le Portugal et l'Espagne sont les seuls pays de l'UE-15 où plus de 30% des personnes interrogées ont rapporté avoir plus de 20 minutes de trajet pour se rendre dans un centre de soins primaires. Dans les nouveaux États membres et trois pays candidats, c'est en Estonie, en Turquie, en Lituanie et en Lettonie qu'on trouve le plus faible pourcentage de citoyens qui déclarent avoir un accès facile (< 40%) (Alber et Kohler 2004).

Pour assurer l'égalité d'accès aux soins, la proximité d'un hôpital ou d'un centre de soins primaires ne devrait pas dépendre de caractéristiques socioéconomiques individuelles comme le salaire et l'activité professionnelle. Toutefois, dans certains pays de l'UE-15 et dans presque tous les nouveaux États membres et trois pays candidats, les personnes qui ont des revenus plus importants rapportent avoir facilement accès aux hôpitaux (Alber et Kohler 2004). En termes d'accessibilité, dans l'UE, l'écart entre les quartiles des revenus les plus élevés et les plus bas est supérieur à 20% en Belgique, en France, en Italie, au Portugal et au Royaume-Uni ; parmi les nouveaux États membres, seules la République tchèque, la Slovaquie, l'Estonie, la Lituanie et la Lettonie présentent une différence de moins de 20%, mais en Hongrie et en Slovaquie, elle dépasse même 30%. Dans tous

les pays européens, les personnes sans emploi ou à la retraite éprouvent en moyenne de plus grandes difficultés que les personnes actives pour se rendre à l'hôpital, mais c'est dans les nouveaux États membres et les trois pays candidats que la différence est la plus marquée (Alber et Kohler 2004).

Pour ce qui est de la proximité des généralistes, le niveau des inégalités en corrélation avec les salaires est moindre dans tous les pays. La différence moyenne entre les quartiles des revenus les plus faibles et les plus élevés est de 2,7% dans l'UE -15, et de 11,9% dans les nouveaux États membres ; mais on observe une hétérogénéité considérable parmi les pays de l'UE-15 (Mossialos *et al.*, 2005). Les personnes aux revenus les plus bas ont un accès nettement plus aisé en Autriche (17,9% de différence en faveur des groupes à bas revenus), mais c'est l'inverse qui prévaut en Grèce (14,9%), en Finlande (14,4%), en Belgique (13,4%), et au Royaume-Uni (12,3%). Dans les nouveaux États membres et les trois pays candidats, les personnes aux revenus plus élevés peuvent trouver un médecin plus près de chez elles, en particulier à Chypre (21,2%), en Hongrie (15,5%), en Slovaquie (14,6%) et en Pologne (12,9%). Le chômage ne semble pas être lié à des difficultés plus grandes pour consulter un généraliste, mais les personnes actives ont en moyenne un accès plus facile que les retraités dans presque tous les pays européens. L'écart tend à se creuser dans les nouveaux États membres, mais les différences sont significatives presque partout ailleurs (Alber et Kohler 2004).

1.2.3 Inégalité d'accès aux soins de santé – résultats de l'étude de l'OCDE

Les pays européens financent la majorité de leurs services de santé par des fonds publics et souscrivent au principe d'équité selon lequel les soins devraient être alloués en fonction des besoins et non sur la base du consentement ou de la capacité à payer pour ces services. Pourtant, on relève des différences notables dans les caractéristiques de chaque système de santé. La tension croissante entre l'équité et le caractère abordable des soins a encouragé de nombreux pays à réexaminer leur dosage public-privé et mettre en œuvre des réformes qui visent à renforcer l'efficacité tout en préservant l'égalité.

En Estonie, des inégalités socioéconomiques ont été observées dans l'utilisation des soins de santé en 1999 (Habicht et Kunst 2005). Les personnes vivant dans les zones rurales étaient plus enclines à se rendre chez un généraliste ou à consulter par téléphone, mais avaient moins de chances de s'adresser à un spécialiste. Les femmes recouraient davantage que les hommes à tous les services de santé, hormis pour les soins hospitaliers. Le niveau d'éducation, les revenus et la situation professionnelle se sont révélés des déterminants importants dans le recours aux soins de santé, même après vérification des besoins réels en la matière. Les personnes dans une situation socioéconomique favorable avaient plus de chances de recourir à tous les services de santé, hormis l'hôpital.

L'étude de l'OCDE sur l'égalité d'accès à la santé (Van Doorslaer *et al.* 2004) montre que dans presque tous les pays de l'OCDE², sans tenir compte des besoins, les groupes des bas revenus

² L'étude présente des estimations des inégalités dans la distribution des consultations médicales, aussi bien dans leur ensemble que séparément, pour les généralistes et les spécialistes, pour les soins cliniques et pour les visites chez le dentiste dans 21 pays de l'OCDE : l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, la Finlande, la

utilisent davantage les services d'un médecin que les groupes des revenus plus élevés. Toutefois, si l'on distingue les consultations chez le généraliste et les soins spécialisés, il apparaît que la probabilité de faire appel à un généraliste est, dans l'ensemble, distribuée assez équitablement selon les revenus, avec quelques exceptions en faveur des catégories plus aisées (en Finlande et au Portugal) ou plus défavorisées (en Grèce, en Espagne et en Allemagne, où il n'existe aucun système de premier recours). Le schéma est très différent pour les consultations de spécialistes. Dans tous les pays, les plus riches sont nettement plus enclins à faire appel à un spécialiste, avec cependant des différences de degré importantes selon les pays. Les personnes qui se situent au bas de l'échelle des revenus, au contraire, ont plus de probabilités d'être admises à l'hôpital dans presque tous les pays de l'OCDE et d'y séjourner plus longtemps, mais le tableau est plus hétérogène dès lors que l'on prend en considération les besoins.

Cependant, compte tenu des besoins de la population, la probabilité des consultations médicales est plus élevée parmi les groupes plus aisés dans la moitié des pays, mais la Belgique, le Danemark, la France, l'Allemagne, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Espagne et le Royaume-Uni font exception (Van Doorslaer *et al.*, 2004). Le degré d'inégalité en fonction des revenus paraît moins favorable aux personnes les plus aisées lorsque l'on envisage le nombre total de consultations que lorsque l'on mesure la probabilité de consulter un médecin.

En ce qui concerne les soins administrés par un généraliste, la distribution laisse apparaître des chiffres nettement supérieurs pour les groupes plus défavorisés dans dix pays et plus aisés en Finlande. Dans presque tous les pays de l'OCDE, la probabilité de consulter un généraliste est distribuée assez équitablement en fonction des revenus, mais à partir du moment où l'on fait appel à un médecin, les personnes les plus pauvres ont tendance à consulter plus souvent.

À l'inverse, dans tous les pays, une fois les besoins vérifiés, les riches sont plus enclins que les pauvres à s'adresser à un spécialiste, surtout dans les pays qui laissent aux patients le choix de solliciter des soins privés, comme la Finlande, le Portugal, l'Irlande, l'Italie et l'Espagne. Toutefois, on observe aussi des consultations de spécialistes dans les pays qui n'offrent pas de telles options privées et où le généraliste joue un rôle de premier recours, comme le Danemark, la Norvège, la Suède et, dans une mesure nettement moindre, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Le degré d'inégalité en faveur des riches est même plus élevé quand on envisage le nombre total de visites chez un spécialiste, puisque le recours sous condition renforce les schémas favorables aux riches induits par la distribution inégale des probabilités. Dans presque tous les pays, la distribution favorise clairement les groupes de hauts revenus, à l'exception de la Norvège, des Pays-Bas et du Royaume-Uni.

Dans la majorité des pays, aucune inégalité n'a été relevée dans la probabilité d'une admission à l'hôpital et le nombre total de nuits passées à l'hôpital. Seuls les pays pour lesquels les tailles d'échantillon sont importantes présentaient des inégalités significatives. Les personnes dont les revenus sont plus élevés ont une probabilité plus forte d'être hospitalisées au Mexique et au Portugal. À l'inverse, la tendance est plus marquée dans les groupes défavorisés en Australie, au Canada, en Suisse et aux États-Unis (Van Doorslaer *et al.* 2004). La difficulté de mesurer les

France, l'Allemagne, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, le Mexique, les Pays-Bas, la Norvège, le Portugal, la Suède, l'Espagne, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis.

inégalités dans les soins hospitaliers peut s'expliquer par une distribution biaisée (beaucoup de personnes n'ont pas été hospitalisées du tout) et la difficulté d'expliquer la durée du séjour peut être liée aux informations disponibles dans ces enquêtes.

1.3 Le cadre

Les systèmes de santé constituent une composante fondamentale de la protection sociale, puisque sans elle, les coûts des soins pourraient se révéler insupportables pour la majorité de la population, en particulier pour les personnes souffrant de maladies chroniques et infectieuses. Les traitements préventifs et curatifs revêtent une importance vitale pour garantir à chacun la possibilité de s'épanouir en tant qu'être humain. Dans le cadre de la méthode ouverte de coordination, les États membres de l'UE s'emploient à poursuivre ensemble trois objectifs à travers le travail du Comité de la protection sociale :

- l'accès universel ;
- des services de qualité ;
- et la durabilité du système.

La Commission propose aussi de mettre l'accent sur la réduction des inégalités dans la nouvelle stratégie de l'UE en matière de santé.

A certains égards, ces objectifs sont en train d'être réalisés. Tous les États membres fournissent des systèmes qui visent à garantir l'accès aux soins pour tous, quel que soit leur statut social. Toutefois, des inégalités dans l'accès aux soins et dans l'état de santé sont largement répandues presque partout en Europe. Les cas de mauvaise santé sont nettement plus nombreux parmi les catégories de population aux niveaux d'éducation et aux salaires les plus bas, qui vivent dans les régions les plus pauvres de chaque pays ou qui sont désavantagées par des facteurs comme l'appartenance ethnique ou un handicap. On trouve aussi des exemples de personnes qui ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin, faute de facilités d'accès suffisantes, ou parce qu'elles ne sont pas en mesure de négocier ou de payer.

Par ailleurs, tous les pays se heurtent à des problèmes de durabilité du système. L'arrivée incessante de technologies nouvelles et le vieillissement de la population exercent des pressions croissantes sur le budget de la santé. L'imputation de certains frais aux patients et les assurances privées sont souvent perçues comme des moyens de maîtriser les coûts et de réduire la demande de services de santé superflus. Toutefois, certains éléments donnent à penser que ces instruments n'atteignent pas le public visé et affectent plus les pauvres que les riches.

Le gouvernement hongrois a entrepris d'introduire de nouvelles réformes ambitieuses dans le secteur des soins de santé, qui viseront à remodeler tout le système pour renforcer l'accès universel, améliorer la qualité des services et garantir une durabilité à long terme. Cette première évaluation par les pairs organisée par la Hongrie sur les soins de santé avait donc trois objectifs principaux :

- mieux connaître les politiques de santé capables d'accroître à la fois l'efficacité et l'équité du système ;
- susciter des réactions utiles pour le pays hôte, la Hongrie ;

- identifier certaines approches communes sur lesquelles le Comité de la protection sociale pourrait s'appuyer pour développer une perspective européenne concernant l'accès aux soins et la réduction des inégalités en termes de santé.

2. La stratégie nationale hongroise en matière de santé

Par rapport à la moyenne de l'Union européenne, l'état de santé des Hongrois est assez mauvais. L'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé sont bien inférieures à la moyenne de l'UE. En 2004, l'écart en termes d'espérance de vie à la naissance était de 7 ans pour les hommes et de 5 ans pour les femmes ; et il était encore plus marqué pour l'espérance de vie en bonne santé. La liste des causes de décès est comparable à celle d'autres pays développés, mais la fréquence de ces maladies est plus élevée et la mort survient plus précocement. En 2003, les maladies cardiovasculaires représentaient 51% de la mortalité, les tumeurs malignes 25%, et les affections du système digestif, blessures, empoisonnements et autres causes 7% du taux de mortalité total.

Les maladies cardiovasculaires (MCV) ont souvent été pointées du doigt pour le rôle important qu'elles ont joué dans la hausse, puis le déclin de la mortalité adulte dans les nouveaux États membres (Mesle' 2002 ; McKee et Shkolnikov 2001 ; Zatonski et Boye 1996), et leur contribution majeure aux variations des indicateurs de santé entre l'Europe de l'Est et de l'Ouest (Powles *et al.* 2005). En 2002, la cause de décès la plus fréquente après les MCV dans plus de la moitié de l'UE était le cancer du poumon, ce qui en fait un défi important pour l'Europe en termes de santé publique. La Hongrie a l'un des taux les plus élevés d'Europe pour les maladies cardiovasculaires, les cancers (surtout le cancer du poumon, avec un pourcentage deux fois supérieur à la moyenne européenne), et les maladies du système digestif. Les principaux facteurs qui contribuent au cancer du poumon sont le nombre de cigarettes fumées par jour, le degré d'inhalation et l'âge auquel on commence à fumer (Tyczynski *et al.* 2002 ; Didkowska *et al.* 2005). Le risque relatif de développer un cancer du poumon est 20 à 30 fois plus grand pour les fumeurs que pour les non-fumeurs. Environ 28 000 personnes meurent chaque année de maladies liées au tabagisme (rapport hongrois). La consommation d'alcool et l'obésité ou la surcharge pondérale sont aussi très élevées, et le problème de la toxicomanie chez les adolescents prend de l'ampleur, de même que le vieillissement de la population. En outre, on constate une grande hétérogénéité des indicateurs de morbidité et de mortalité dans le pays, avec des différences notables selon les régions et entre les zones urbaines ou rurales.

Les bases de l'actuel système de santé hongrois remontent aux années 1980, bien que diverses réformes entreprises dans les années 1990 aient tenté de le remodeler. De nos jours, les acquéreurs et les prestataires sont séparés et le système repose principalement sur un régime social d'assurance-maladie financé par l'employeur et le salarié, bien qu'il coexiste avec une taxe spéciale soins de santé à deux composantes. L'Administration nationale du fonds d'assurance-santé (NHIFA) est le seul acquéreur. Elle passe contrat avec les prestataires de soins et les rembourse au moyen de diverses méthodes de paiement (rémunération *per capita* pour les médecins de famille, paiement à l'acte pour les soins spécialisés ambulatoires, groupes de diagnostic pour les soins aigus et jours-patients pour les soins hospitaliers chroniques). La plupart des médecins et autres membres du

personnel de santé sont des fonctionnaires, et comptent parmi les professions les moins bien payées de l'économie hongroise. Le système est fortement décentralisé ; les autorités locales s'occupent de fournir les soins à la population, et elles peuvent sous-traiter les services à des prestataires privés.

D'importantes réformes structurelles sont en cours actuellement dans le système de santé hongrois. Leur objectif n'est pas seulement de répondre efficacement aux nouveaux défis en matière de santé (comme le vieillissement de la population), ou de s'adapter aux nouvelles technologies médicales, mais aussi de résoudre de vieux problèmes, comme les différences dans la situation sanitaire selon les régions et les groupes socioéconomiques, la répartition des ressources dans le pays, la dilapidation des moyens, les dessous-de-table, etc. Les premières réformes ont commencé en août 2005, sous le gouvernement précédent, et les « 21 étapes » prévues pour commencer ont été mises en œuvre dans le courant de la même année, en vue d'introduire des mesures à court et à long terme dans les domaines suivants :

- les soins d'urgence ;
- le programme national de santé pour l'enfance et la petite enfance ;
- le programme national de lutte contre le cancer ;
- les services du médecin de famille et les traitements ambulatoires spécialisés ;
- les inégalités dans l'accès aux soins ;
- les moyens de financement nécessaires aux soins de santé ;
- le renforcement du principe de l'assurance ;
- l'industrie pharmaceutique.

La nouvelle administration (depuis juin 2006) continue dans cette voie, et va même de l'avant, avec l'ambition de créer un système beaucoup plus efficace et équitable qui garantisse à tous des soins préventifs et curatifs de qualité, pour un coût abordable, sans avoir à payer des dessous-de-table. L'accent sera mis sur le principe de l'assurance et sur le rôle individuel des intervenants.

La pression qui s'exerce sur le système actuel est intenable, puisqu'il est tout à la fois confronté à un excès de la demande et au manque de ressources (le taux d'emploi est faible en comparaison d'autres pays, et de nombreuses personnes souffrent de sérieux problèmes de santé qui leur donnent droit à une pension d'invalidité). On estime qu'environ 12% des contribuables Hongrois ne paient pas leurs cotisations. Avec l'adoption d'un système de « solidarité obligatoire », l'administration de l'assurance-santé devrait être en mesure de contrôler les cotisations et les prestations dès avril 2007, de telle sorte qu'il deviendra possible de ne garantir que des soins de base à ceux qui refusent de payer les cotisations dont ils sont redevables. En outre, un modeste ticket modérateur a été introduit en février 2007 dans le but de réduire la demande de soins de santé superflus. Les principales dispositions sont :

- la nécessité de passer par un médecin référent pour accéder à un niveau de soins supérieur ;
- la réduction des capacités hospitalières qui, moyennant des dispositions raisonnables, seront transférées vers des soins chroniques, des traitements ambulatoires, des soins infirmiers ou des centres de réadaptation ;

- l'intégration des soins à long terme (actuellement les compétences dont relèvent les soins à long terme sont partagées entre les services de santé publique et les services sociaux – il s'ensuit que certaines interventions font double emploi tandis que d'autres ne sont pas assurées) ;
- l'introduction d'une concurrence entre les fournisseurs de services pour les fonds d'assurances sociaux (dans le nouveau système, l'Administration nationale du fonds d'assurance-santé n'achètera pas de services superflus) ;
- l'introduction d'un ticket modérateur pour les consultations et les tests diagnostiques ;
- l'établissement d'un cadre juridique et financier pour les fournisseurs (p.ex. les hôpitaux) afin de permettre une comptabilité transparente (déclaration des profits et des pertes) – les fournisseurs pourront avoir un but lucratif et de nouvelles formules d'emploi seront mises en place pour permettre des rémunérations plus flexibles ;
- la coordination des soins de santé primaires peut désormais s'opérer au niveau sub-régional ;
- la réorganisation du secteur pharmaceutique (système de remboursement des médicaments, habitudes de prescription, fixation des prix et des montants remboursés, ticket modérateur) ;
- le renforcement du système de contrôle, la généralisation de la facturation et l'amélioration de l'équipement informatique ;
- l'introduction du traitement des protocoles financiers (évaluation technologique) en vue de rationaliser la fourniture et l'utilisation des services ;
- la mise en place d'un organisme de supervision de l'assurance-santé.

Les différences géographiques sont énormes, non seulement en ce qui concerne l'état de santé de la population mais aussi en termes de fourniture de services. Pour réduire ces inégalités, les nouvelles réformes veilleront à ce que chaque citoyen puisse trouver un centre hospitalier dans un rayon de 50km, un hôpital général à moins de 30km, un centre de soins ambulatoires dans les 20km et une ambulance à 15km au maximum. Les grands centres hospitaliers sont importants, car il apparaît clairement qu'ils ont de meilleurs résultats.

Des ajustements de capacité sont nécessaires en termes de lits d'hôpitaux. La Hongrie est le pays d'Europe où la durée moyenne d'hospitalisation est la plus longue, et elle a une capacité de 80 000 lits, dont 60 000 pour les soins aigus. L'objectif est de réduire à 40 000 le nombre de lits destinés au traitement des cas aigus, mais d'augmenter le nombre de lits pour les soins à long terme. La responsabilité des soins et l'organisation de la prise en charge à long terme sont actuellement déléguées aux pouvoirs publics locaux, avec des différences flagrantes entre les régions, sans qu'il soit tenu compte des véritables besoins de la population. La nouvelle réforme vise à atténuer les inégalités géographiques en termes d'accès, en assurant une qualité de soins normalisée, et en garantissant la durabilité financière du système.

Le futur modèle de l'assurance-santé est un point important sur l'agenda de la politique de santé hongroise. La décision sera prise durant le printemps 2007. Une des options envisagées est le système d'assurance multiple. Aujourd'hui, le système d'assurance-santé repose sur une catégorie de risques uniforme à l'échelon national, et les soins de santé sont principalement financés par les

contributions des salariés et des employeurs. Toutefois, en raison du vieillissement de la population et des taux élevés d'invalidité et de chômage, un tiers de la population seulement est redevable des cotisations (et 12% environ de ces contribuables ne les paient pas, comme on l'a déjà signalé). De ce fait, le budget de la santé subit manifestement d'énormes pressions. Pour y remédier, la nouvelle administration introduira des tickets modérateurs afin de décourager les demandes de services superflus (40% de la population seront dispensés de payer ces tickets modérateurs et un plafond de 20 consultations est prévu. Lorsqu'il est atteint, un système de remboursement entrera en jeu), mais elle envisage aussi de changer le modèle de l'assurance-santé. L'Administration nationale du fonds d'assurance-santé n'aura pas à acquérir des services inutiles ou inefficaces, et surtout elle pourra choisir parmi les divers fournisseurs en se basant sur des critères de qualité. D'autres systèmes d'assurance-santé pourront accéder au marché afin de faire jouer la concurrence. Il existe déjà une certaine concurrence entre les fournisseurs, mais elle est limitée. En fait, les autorités locales sont mandatées pour la fourniture des soins et l'acquisition de services auprès de prestataires locaux.

2.1 Rendement : concurrence entre les fonds d'assurance-santé ou programme de coordination des soins

Le système de santé a pour vocation d'assurer à la fois l'équité et l'efficacité des soins, bien qu'un conflit puisse survenir entre les critères d'équité et d'efficacité. Une distribution efficace n'est pas nécessairement équitable et vice versa. Les divergences de vue entre les options libérale et égalitaire découlent directement du difficile compromis entre équité et efficacité. Le point de vue libéral s'oriente vers un système « privé », où le niveau d'accès dépend du consentement et de l'aptitude de chacun à payer. À l'opposé, selon l'approche égalitaire, un système financé par des fonds publics devrait offrir une chance égale d'accéder aux soins pour tous ceux qui ont des besoins semblables, indépendamment de leur capacité à payer (Williams 1993). Dans les pays européens, les soins de santé sont administrés par des systèmes variés, mais c'est le point de vue égalitaire qui semble prédominer. L'équité est un objectif important sur l'agenda politique des pays européens. Presque partout, l'accès aux soins de santé dépend des besoins et non de l'aptitude à payer. Toutefois, depuis quelques années, les gouvernements ont introduit plusieurs politiques de réduction des coûts qui vont plus dans le sens de l'efficacité que de l'équité, en raison des pressions croissantes qui s'exercent sur les budgets des soins de santé. Tant que le rendement est assuré sans porter préjudice à la santé des plus démunis et à leur capacité à payer, et tant que les ressources libérées sont utilisées pour réduire les inégalités dans l'accès aux soins, il n'y a pas de conflit entre les critères d'équité et d'efficacité.

Le rendement requiert que la production d'un bien s'opère au coût le plus bas possible, compte tenu de la production des autres biens (l'économie tourne à la limite de ses possibilités de production). Pour atteindre un bon rendement, il convient donc d'éviter tout gaspillage et il ne faut pas que des ressources soient utilisées sans nécessité sur le long terme. À court terme, cependant, une utilisation sub-optimale des ressources peut être nécessaire pour permettre à une organisation de faire face rapidement à des problèmes opérationnels internes, ou à des changements externes, comme des variations de la demande et des investissements de capitaux. Pour éviter d'avoir à débattre de ces questions, nous nous concentrerons dans la suite de notre analyse sur le « gaspillage pur et simple » : l'utilisation de technologies inefficaces ou obsolètes, la fourniture de services superflus, et l'obtention d'un même service à un coût plus élevé. Les technologies inefficaces, les services

superflus et la fourniture de services à des niveaux inutilement élevés (par exemple, l'hospitalisation de patients qui pourraient être traités dans une structure ambulatoire) constituent un gaspillage pur et simple.

On relève de nombreux signes d'inefficacités de ce genre dans les soins de santé hongrois. Par exemple, les données relatives aux nouvelles méthodes de paiement, introduites dans les années 1990, montrent que le système de rémunération *per capita* pour les soins primaires incite à conserver un niveau élevé d'orientation des patients vers des spécialistes. Quand on examine l'impact des groupes de diagnostic (GD) sur le rendement du secteur hospitalier, on peut voir que le taux d'admission a augmenté entre 1989 et 2000, mais les paiements de la NHIFA par GD ont fortement baissé entre 1994 et 2000. En outre, il apparaît aussi que des patients sont parfois aiguillés inutilement vers des niveaux de soins plus élevés. Entre 1990 et 2000, les orientations sans diagnostic vers des spécialistes ont grimpé de plus de 60% et les demandes d'hospitalisation pour 1000 patients soignés ont augmenté de près de 30%. On peut en conclure que le système de paiement actuel ne favorise pas le traitement du patient au niveau de soins le moins élevé possible.

L'existence d'inefficacités est confirmée notamment par les énormes variations entre différentes régions hongroises dans le recours aux amygdalectomies (le pourcentage par rapport à la procédure normale oscille entre 41% et 130%), dans la prescription de médicaments pour le diabète et d'antibiotiques. Et, dans certains hôpitaux, les statistiques laissent apparaître une augmentation de 40% des césariennes entre 1999 et 2002.

Comme on l'a signalé, le Ministère de la Santé hongrois entend renforcer le rendement du système en introduisant une concurrence entre les fonds d'assurance-santé, qui seront dès lors encouragés à augmenter le niveau d'efficacité des prestataires sous-traitants et à réduire le gaspillage pur et simple des ressources. Toutefois, pour que les compagnies d'assurance puissent prospérer, il faudra que la prime couvre tous les coûts, y compris les frais administratifs. Dans un système qui se fonde sur la solidarité et la couverture universelle de toute la population, la sélection des risques n'est pas acceptable et des dispositions réglementaires sont nécessaires pour protéger les intérêts des citoyens. En outre, des mesures d'encouragement et des réglementations doivent être mises en place pour garantir que l'introduction d'une concurrence entre les fonds d'assurance n'entre pas en conflit avec l'objectif de fourniture de soins préventifs et curatifs de qualité à un coût abordable. Dans les prochaines années, la politique de santé hongroise se concentrera davantage sur la lutte contre les maladies oncologiques et cardiovasculaires, sur les soins infirmiers et sur les besoins à long terme d'une population qui vieillit rapidement. La prévention et la prise en charge des maladies chroniques sont deux aspects essentiels pour améliorer la santé de la population hongroise et réduire l'écart avec les autres pays européens. Or les maladies chroniques ne sont pas assurables et ne peuvent donc être prises en charge sur la seule base d'une assurance-santé. Par ailleurs, dans un environnement concurrentiel, les assureurs n'ont pas intérêt à s'occuper de prévention, car cela demande des investissements initiaux, qui ne sont rentabilisés que dans un avenir lointain et qui sont perdus si l'assuré décide de changer de compagnie. Un régime d'assurance-santé de base devrait être garanti pour tous les citoyens, à côté des couvertures complémentaires.

Les modèles de pondération des risques constituent un outil efficace pour prévenir la sélection des risques. Toutefois, plus ces modèles sont élaborés, plus leur gestion se révèle coûteuse. Non seulement les systèmes administratifs sont multipliés, mais leurs coûts augmentent aussi avec l'intensité de la concurrence. Quand des assureurs opèrent sur tout le territoire, ils doivent faire appel

à plusieurs fournisseurs dispersés dans l'ensemble du pays. Qui plus est, ces fournisseurs peuvent avoir des contrats séparés avec chaque assureur, puisque les patients sont susceptibles de souscrire une assurance auprès de différentes compagnies selon les régions. Si l'on s'en rapporte à l'expérience chilienne, les coûts administratifs peuvent absorber jusqu'à 10 à 20% du budget (ils représentent actuellement 1,5% de celui de la NHIFA). Pour que la Hongrie tire un réel bénéfice d'un modèle d'assurance-santé concurrentiel, il faut donc commencer par réserver 10 à 20% des économies réalisées grâce à l'amélioration du rendement pour compenser l'augmentation des frais administratifs.

Bien que le modèle d'assurance-santé concurrentiel que le gouvernement compte mettre en place ne soit pas encore connu dans tous ses détails, la question de sa faisabilité suscite un vaste débat dans le pays. Peter Gaal propose un système différent pour améliorer le rendement : le projet-pilote de coordination des soins lancé en Hongrie en 1998. L'initiative ressemble à l'expérience de gestion des soins aux États-Unis et de gestion de fonds au Royaume-Uni ; mais avec des différences notables. En fait, l'organisme de coordination des soins (OCS) ne s'occupe que de l'aspect « coordination des soins » et laisse la responsabilité de percevoir les fonds, de rassembler les ressources, de fixer le budget, d'allouer les moyens financiers, de sous-traiter et d'acquérir les services à la NHIFA, où les coûts administratifs de ces activités sont les plus bas.

Les principaux éléments du projet-pilote de coordination des soins sont :

- L'OCS ne peut être qu'un fournisseur de services de santé (groupe de généralistes, polyclinique ou hôpital).
- Pour ajuster les paiements *per capita*, il est responsable de la quasi-totalité des services (des soins primaires aux soins tertiaires) à une population inscrite pour des soins de santé primaires dans une zone géographique donnée.
- Le budget calculé sur la base du paiement *per capita* n'est pas transféré sur le compte bancaire de l'OCS. L'OCS n'est qu'un « gestionnaire de fonds virtuel ».
- L'OCS fournit des soins et collabore avec d'autres prestataires pour optimiser le traitement de leurs patients.
- Tous les prestataires de soins de santé sont rémunérés mensuellement pour les services qu'ils fournissent selon des modalités de paiement uniformes dans l'ensemble du pays (rémunération *per capita* pour les soins primaires, paiement à l'acte pour les traitements spécialisés ambulatoires et GD pour les soins cliniques aigus). Les honoraires sont versés par la NHIFA à tous les prestataires qui ont fourni des services pour la population desservie par les OCS.
- Les données relatives aux paiements sont disponibles pour tous les patients, individuellement, car les prestataires de soins sont tenus de rapporter leurs activités à la NHIFA en mentionnant un numéro de sécurité sociale unique pour chaque patient.
- Un bilan est calculé chaque année ; les montants économisés sont transférés à l'OCS et peuvent servir de rémunération ou être investis.

Par exemple, si l'OCS est un groupe de généralistes, les patients inscrits sur leurs listes composent la population de leur OCS. Les polycliniques et les hôpitaux doivent passer un accord avec des généralistes de la région pour s'occuper de leurs patients, mais les médecins peuvent refuser de participer à l'expérience.

Le succès des activités de coordination des soins dépend de la participation et de la coopération avec d'autres prestataires. Un OCS peut coordonner les soins et exercer une influence sur les pratiques d'autres fournisseurs grâce à des incitations financières : les économies peuvent être partagées avec les prestataires participants. L'OCS peut aussi analyser les données d'utilisation communiquées par la NHIFA sur la base des numéros de sécurité sociale des patients.

Le projet-pilote hongrois ne modifie donc pas la structure du système, il ne limite en rien le choix du patient et il ne change pas les modalités de rémunération pour les prestataires, mais il guide le patient dans le système de délivrance des soins.

3. L'expérience d'autres pays : Autriche, Estonie et France

3.1 La stratégie nationale pour la santé en Autriche

Le système de santé autrichien a une structure fédérale qui reflète l'organisation administrative du pays. En Autriche, les soins de santé relèvent de la compétence constitutionnelle du gouvernement fédéral – à l'exception notable du secteur hospitalier. En ce qui concerne les hôpitaux, seule la législation de politique générale est adoptée au niveau fédéral. Leur administration est régie par des accords entre le gouvernement fédéral et les États (*Länder*). Les secteurs des soins ambulatoires, de la réadaptation et des médicaments sont organisés par des négociations entre les 21 fonds d'assurance-santé et la Fédération des institutions autrichiennes d'assurance sociale, et aussi entre les ordres de médecins et des pharmaciens et les associations professionnelles de sages-femmes ou d'autres professions médicales. Malgré les différences qui ont toujours existé dans les réglementations et les modalités de financement des divers secteurs des soins de santé, des efforts ont été faits ces dernières années pour mettre en place des canaux de décision et de financement efficaces dans tous les secteurs. Les grands principes du système de santé autrichien sont :

- l'égalité d'accès pour tous ;
- la solidarité dans le cadre d'une assurance-santé obligatoire ;
- la prestation des soins de santé par le service public.

En 2004, l'Autriche a consacré environ 25 milliards € à la santé publique, soit 10,2% de son produit intérieur brut. Depuis que l'Autriche a adopté le système de comptabilité mis au point par l'OCDE pour les soins, les chiffres publiés pour les dépenses de santé ont augmenté, situant l'Autriche dans la tranche moyenne supérieure des États membres, à côté de l'Allemagne, de la France et des Pays-Bas. Le système autrichien est fort axé sur le secteur hospitalier, auquel sont alloués environ 50% de l'ensemble du budget, tandis que les soins ambulatoires représentent 21% des dépenses publiques totales, les avis médicaux 17% et les soins à long terme 11%.

Le financement du système de santé provient de plusieurs sources, comme le prévoient la constitution et les lois sur la protection sociale. Le régime social d'assurance-santé est la source de financement la plus importante et couvre approximativement 50% de toutes les dépenses de santé. L'assurance est obligatoire et se base sur l'appartenance à une catégorie professionnelle ou sur le lieu de résidence. Il n'y a donc pas de concurrence entre divers fonds d'assurance-santé. Elle couvre tous les services liés au traitement d'une maladie. Le montant des indemnités est indépendant des cotisations versées. Lors de la dernière réforme, en 2005, les cotisations de l'assurance-santé ont été augmentées. Bien que le programme de l'actuel gouvernement prévoit encore une augmentation de 1,5%, la situation financière restera difficile.

Les 50% restants des coûts liés aux dépenses de santé sont supportés, pour moitié, par le gouvernement fédéral, par les Länder et les autorités locales grâce aux recettes fiscales et aux prestations en espèces des soins à long terme, et d'autre part par des paiements privés. En 2004, le partage indirect des coûts (services laissés entièrement à la charge des assurés) couvrait 13,5% du total des dépenses de santé, le partage direct (ticket modérateur) couvrait 7,6%, et les primes d'assurance privées environ 2,4%. Plus de la moitié du partage indirect des coûts concernait des frais d'hospitalisation, suivis par les soins dentaires. Le partage direct des coûts intervient dans presque tous les services couverts par le régime social de l'assurance-santé. Il est en augmentation depuis quelques années. Toutefois, les personnes qui bénéficient d'une protection sociale et les malades atteints d'une affection chronique sont exemptés des frais de prescription, et des lignes directrices ont été publiées concernant des exemptions pour d'autres aspects des services fournis (environ 12% des Autrichiens sont exemptés du partage direct des coûts).

Les services de santé publique dépendent des Länder, qui délèguent la plupart des tâches concernées aux administrations de district ou aux autorités locales. En 2003, la proportion de 6,0 lits pour 1000 habitants était nettement supérieure à la moyenne européenne de 4,2 pour 1000. En outre, l'Autriche a de loin le taux d'admission le plus élevé : 28,4 pour 100 habitants. La durée moyenne d'une hospitalisation en 2003 était inférieure à la moyenne de l'UE (6,4 jours, contre 6,9) ; avec un taux de 76,2%, l'utilisation de la capacité des lits d'hôpitaux se situait légèrement sous la moyenne (77,5%). Toutefois, on relève des inégalités entre les 32 districts sanitaires du pays en ce qui concerne la couverture du territoire par les généralistes et les spécialistes, et la distance par rapport à l'hôpital le plus proche.

Un principe directeur du système autrichien est que l'accès aux soins ne doit pas être fonction de facteurs comme l'âge, le sexe, et les conditions socioéconomiques. L'assurance-santé obligatoire couvre 98% de la population, et certaines améliorations ont été apportées au système en vue de toucher les 2% qui ne sont pas encore couverts, faute d'être inscrits auprès de l'administration compétente (les demandeurs d'emploi sont tenus de se présenter à un bureau de placement pour être assurés). La mesure la plus récente a été l'introduction d'une carte électronique pour les allocataires sociaux. Il reste à voir ce que fera le nouveau gouvernement pour combler les lacunes qui subsistent dans la couverture de l'assurance obligatoire. Il n'y a par ailleurs pas de longues listes d'attente pour les services médicaux, grâce au personnel nombreux et aux niveaux élevés d'équipement. Seules quelques opérations non urgentes entraînent des délais plus longs.

L'espérance de vie en Autriche est supérieure à la moyenne de l'UE, et les résultats d'autres indicateurs de morbidité et de mortalité sont généralement favorables. Toutefois, des inégalités existent au sein de la population autrichienne entre les groupes d'âges, entre les hommes et les femmes et entre les régions, surtout entre l'Autriche orientale et occidentale. Il convient donc de prendre d'autres mesures politiques pour réduire graduellement ces disparités. Des conditions socioéconomiques moins favorables dans certaines régions de l'Est du pays ont créé une fracture Est-Ouest dans l'état de santé. Selon la distribution géographique, des différences ont aussi été constatées en termes d'obésité et d'incidence des cas de diabètes ; dans les régions à plus bas revenus de l'Est, et plus particulièrement parmi les femmes des zones rurales, on relève une incidence de diabètes plus élevée. Des normes de qualité de performances ont été encouragées pour faciliter une distribution régionale plus uniforme des services délivrés. Le but est de mettre en place des normes de gestion efficace de l'interface et d'améliorer la fourniture de services comme les soins palliatifs et les soins en fin de vie, la rééducation neurologique et la psychothérapie.

Les réformes menées en matière de santé concernent avant tout la maîtrise des coûts et la réorganisation des structures en vue d'améliorer la planification des capacités, la coopération des divers intervenants et la coordination des sources de financement. Elles peuvent être introduites au niveau fédéral ou dans les différents États (*Länder*) du pays. Des mesures systématiques ou des projets communs peuvent aussi être adoptés conjointement par le pouvoir fédéral et les Länder. Les Traités nationaux constituent un autre instrument particulier : il s'agit d'accords réglementaires entre les niveaux fédéral et régional, qui se sont avérés très précieux pour amener les différentes parties prenantes à s'entendre sur des priorités spécifiques. Ils ont généralement une durée de quatre ans. Le traité actuel couvre la période 2005-2008.

Les grandes priorités à long terme de la réforme des soins de santé en cours en Autriche sont :

- la planification structurelle des soins ;
- la qualité et la gestion de l'interface ;
- l'eSanté et la télématique médicale ;
- les systèmes de GD et de documentation.

Des actions plus horizontales sont aussi déployées dans le domaine des soins intégrés et de la durabilité à long terme.

En 2005, une nouvelle structure organisationnelle a été introduite. Il existe désormais une Agence fédérale de la santé, qui est l'institution centrale chargée de la planification, de l'administration et du financement. Des représentants des principales parties prenantes y siègent. D'autres agences, appelées « plateformes », interviennent aussi au niveau des Länder. Leur rôle est de mettre en œuvre les lignes directrices et les principes de planification dont les grandes orientations ont été définies par l'Agence fédérale de la santé, en tenant compte des conditions économiques et des besoins spécifiques régionaux. D'ordinaire, les efforts de planification portaient principalement sur les soins hospitaliers aigus, avec notamment un plan déployé dès 1997 pour les hôpitaux. Mais en 2005, un nouveau concept, baptisé « planification de la fourniture de services », a été introduit. Au lieu de réglementer le nombre de lits et la répartition des services, l'idée est de calculer le minimum requis par région en termes de services médicaux. La fourniture des services devrait être assurée quelle que soit la localisation ou la structure organisationnelle. L'accent a aussi été mis sur la planification

intégrée, dans tous les secteurs des soins de santé. C'est une tâche difficile à réaliser en Autriche, car les secteurs concernés se sont longtemps développés dans des directions différentes.

Voici dix ans, des efforts considérables ont été entrepris pour améliorer la qualité par des projets non contraignants. Mais il est apparu que ce n'était pas suffisant et, depuis quelques années, un cadre juridique plus contraignant a été mis en place. Le Traité national prévoit des contrôles de qualité, mais surtout, il existe à présent une loi fédérale sur la qualité des services de santé. Elle instaure une stratégie horizontale pour le développement de services de qualité. La loi traite des normes, des structures, des processus, des résultats et des rapports de qualité. Elle établit aussi un Institut fédéral pour la qualité du système de santé.

Il était également nécessaire d'encourager la gestion intégrée des soins par l'échange supra-institutionnel d'informations. D'où l'accent mis sur la télématique médicale (eSanté). L'objectif est d'étendre le cadre juridique, technique et organisationnel et de promouvoir la coopération entre les parties prenantes, parallèlement aux initiatives d'eGouvernement et aux actions menées au niveau européen. Une loi fédérale sur la télématique dans les soins de santé a été votée, non sans difficultés. Les priorités actuelles sont l'archivage électronique des dossiers médicaux et les ePrescriptions, ainsi que l'eCarte lancée en 2006.

Les systèmes de GD et de documentation doivent encore être développés. Un système de financement des hôpitaux basé sur les GD a été introduit il y a dix ans. Le grand défi est à présent de mettre en place des systèmes de documentation et de classification pour les diagnostics et les procédures du secteur ambulatoire. Ce n'est pas une entreprise facile. Un « train de réformes » a aussi été proposé. Il est destiné à intensifier le transfert financier de patients et de services entre les secteurs clinique et ambulatoire.

En Autriche, les réformes du système de santé s'inscrivent dans un processus continu, dont le principe fondamental est l'évolution plutôt que la révolution. Divers aspects sont étroitement liés et doivent être abordés en même temps. Il faut faire des compromis. La participation systématique de tous les partenaires est indispensable pour parvenir à des résultats. Il ne suffit pas de coucher des dispositions sur papier. Un équilibre doit être trouvé entre les intérêts fédéraux, provinciaux et communautaires. C'est un point qui revêt une importance particulière dans un régime fédéral. Bien sûr, les réformes doivent être adaptées aux besoins de chaque pays, mais les comparaisons internationales, comme celles proposées dans le cadre de cette évaluation par les pairs, peuvent se révéler très utiles.

3.2 La stratégie nationale pour la santé en Estonie

L'Estonie est le plus petit des États baltes, avec une démographie qui décline graduellement depuis le début des années 1990. La population s'est concentrée dans quelques zones urbaines, où les municipalités ont des compétences administratives et financières logiquement plus étendues. Environ un tiers des habitants vivent aujourd'hui dans la capitale, Tallinn. Ce processus d'urbanisation se poursuit. En outre, comme dans tous les autres pays d'Europe, la population vieillit.

Depuis l'indépendance, le système de santé estonien a connu deux changements majeurs :

- le système centralisé, contrôlé par l'État, a évolué dans le sens d'une décentralisation ;
- le financement du système par le budget de l'État a laissé la place à un régime d'assurance-santé financé par des cotisations sociales.

Le système social d'assurance-santé administré par le Fonds de maladie central et 22 fonds de maladie régionaux a été introduit au début des années 1990. En 1994, la responsabilité de la planification des services de santé a été partiellement décentralisée et confiée aux 15 gouverneurs de comté et aux médecins de comté. Cependant, depuis quelques années, les réformes menées par le gouvernement visaient à re-centraliser certaines fonctions du système de santé, qui n'étaient pas efficacement assurées par les niveaux de décision auxquels elles avaient été dévolues. La planification des soins a été reprise en main au niveau national et les fonds de maladie ont été réorganisés en un seul fonds central d'assurance-santé. Davantage de droits et obligations ont été délégués au fonds d'assurance-santé et aux prestataires de soins.

Du point de vue juridique, ces prestataires ont le statut d'entités privées, mais l'État ou les municipalités interviennent comme actionnaires ou comme bailleurs de fonds dans la plupart d'entre eux. La responsabilité directe des performances des fournisseurs a été déléguée aux conseils de supervision des hôpitaux. La privatisation des soins primaires a commencé en 1998 et s'est achevée en 2001. Les soins de santé primaires sont à présent organisés autour des médecins généralistes au niveau du comté. Les citoyens sont libres de choisir leur médecin traitant, qui intervient en premier recours. Les généralistes reçoivent aussi désormais une formation spécialisée. Légalement, les généralistes sont liés par contrat au Fonds d'assurance-santé, en nom propre ou en tant que société sous-traitante.

Le système est réglementé par la loi de 2001 sur l'organisation des services de santé. Avant les réformes, le réseau hospitalier était un ensemble disparate caractérisé par une utilisation inefficace des ressources. Cette situation engendrait des problèmes d'accessibilité spécifiques, mais qui n'étaient pas clairement reconnus. Les hôpitaux et les cliniques de soins ambulatoires étaient souvent surpeuplés, mais officiellement, il n'y avait pas de liste d'attente. L'accès aux soins et la qualité des services se dégradaient à cause de l'attitude des médecins et des patients, du manque de motivation du personnel médical et aussi de la stratification de plus en plus marquée de la société en raison du changement économique rapide.

Les grands principes qui ont présidé à la restructuration du réseau hospitalier étaient notamment celui de l'« heure cruciale » (tout le monde doit être à moins de 70km ou d'une heure de trajet d'un centre de soins aigus) ; des zones de recrutement des hôpitaux suffisamment vastes pour assurer une meilleure qualité des soins spécialisés et une utilisation optimale des ressources ; et le développement de services de soins infirmiers, de façon à permettre un usage plus efficace des soins actifs. Si l'on compare avec les autres États membres de l'UE, anciens ou nouveaux, la diminution du nombre de lits d'hôpital en Estonie a été très abrupte, de même que la réduction de la durée d'hospitalisation pour des soins aigus. Des améliorations remarquables ont été réalisées, mais il reste une surcapacité du réseau hospitalier, et les réformes doivent donc se poursuivre. Les principaux problèmes concernant les soins à long terme et les soins infirmiers ont trait notamment aux services des infirmières à domicile qui ne sont pas disponibles en suffisance, au manque de lits pour les soins à long terme et les soins infirmiers et à l'inadéquation de l'accès aux soins pour les

personnes âgées. Le problème le plus souvent cité aujourd'hui concerne la « zone grise » entre les soins de santé et les services d'aide sociale. C'est un sérieux obstacle à la continuité des soins. Les grands défis sont donc d'intégrer les services sociaux et les soins infirmiers, de renforcer la disponibilité et la qualité des soins à domicile ou en institution, et de veiller à ce que les services soient délivrés en fonction d'une évaluation approfondie des besoins.

En 2001, le Fonds estonien d'assurance-santé a obtenu son statut actuel d'organisme public indépendant, remplaçant le Fonds de maladie central et 17 fonds de maladie régionaux. Son rôle principal est celui d'un service actif d'acquisition. Il s'occupe notamment :

- de la sous-traitance des activités aux prestataires de soins ;
- du paiement des services de santé ;
- du remboursement des dépenses pharmaceutiques ;
- du paiement de certains congés de maladie et d'indemnités de maternité.

À la fin de l'année 2003, le Fonds couvrait 94% de la population. Le droit à la couverture est soumis à deux conditions : la résidence en Estonie et l'appartenance à des groupes spécifiques définis par la loi. Pour la moitié d'entre eux, environ, les cotisations sont payées par les employeurs, l'État, ou les assurés eux-mêmes. L'autre moitié bénéficie d'une couverture sans avoir à cotiser, ce qui crée des problèmes évidents en termes de durabilité du système.

Les soins de santé en Estonie sont largement financés par des fonds publics, qui couvrent approximativement 76% des dépenses de santé totales. Des retenues sur les salaires constituent la principale source de financement du système de santé. Les paiements directs (sans compter les assurances-santé privées) représentent 83,9% des dépenses privées pour les soins de santé. Des tickets modérateurs sont appliqués afin de réduire l'utilisation de services superflus. Ils se montent à 3 € pour une consultation chez un généraliste ou un spécialiste et à 1,50 € par jour pour les 10 premiers jours d'hospitalisation. Les données semblent indiquer que les paiements directs imputés pour les soins dentaires restreignent considérablement l'accès, surtout pour les groupes à bas revenus. Les enquêtes montrent que, si la plupart des dépenses de santé des ménages à bas revenus servent à payer les médicaments, les familles plus aisées consacrent davantage d'argent aux soins de santé.

Les priorités actuelles des responsables estoniens de la politique de santé sont notamment :

- de réduire le nombre de personnes non assurées, car elles n'ont accès qu'aux services d'urgence ;
- de raccourcir les listes d'attente – il est ordinairement possible d'obtenir un rendez-vous chez un généraliste dans les trois jours, mais pour les soins spécialisés, il y a de longues listes d'attente, aussi bien dans les services ambulatoires (jusqu'à 90 jours) que dans les services cliniques (jusqu'à 3,5 ans) ;
- de poursuivre les réformes, en garantissant un meilleur accès aux soins primaires et en continuant les améliorations entreprises dans les hôpitaux.

En ce qui concerne l'état de santé de la population estonienne, l'évolution n'a guère été favorable. À la fin des années 1930, l'espérance de vie en Estonie correspondait à celle des pays scandinaves, mais la Seconde Guerre mondiale et l'occupation soviétique ont débouché sur une baisse, puis une

stagnation. Depuis quelques années, on constate que l'espérance de vie a recommencé à augmenter, mais elle reste inférieure à la moyenne de l'UE-15, en particulier pour les hommes. Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès en Estonie : elles représentent 45,6% des causes de décès chez les hommes et 62,2% chez les femmes (2000). Viennent ensuite les cancers (10,5% pour les hommes et 17,1% pour les femmes) et les décès imputables à des causes extérieures (17,4% pour les hommes).

La mortalité infantile a progressivement chuté ces dernières années. Les chiffres de la Banque mondiale font apparaître une baisse de 18,0 en 1990 à 10,0 en 2002. Toutefois, comme d'autres pays en transition, le taux de natalité a spectaculairement diminué pour descendre à 8,8 pour 1000 habitants en 1998. Depuis 1998, il est reparti à la hausse, mais les démographes ne s'attendent pas à le voir atteindre les niveaux nécessaires pour assurer le remplacement de la population. L'un des grands défis de la politique de santé publique estonienne a été de faire face aux conséquences de la propagation du VIH/SIDA en 2001. L'épidémie s'est déclarée parmi les toxicomanes qui se droguaient par injection dans la région Nord-Est du pays, et en 2003 le nombre total de personnes diagnostiquées séropositives était de 3 600, soit 0,26% de la population.

La première étude exhaustive sur les inégalités en termes de santé dans la population estonienne a été entamée par la Banque mondiale en 2002. Le Fonds estonien d'assurance-santé a aussi procédé à une évaluation des différences régionales dans l'utilisation des services de santé. Les deux études font apparaître des disparités considérables et croissantes dans les comportements et l'état de santé parmi les différents groupes de population (définis en fonction des revenus, du niveau d'éducation, du lieu de résidence et de la communauté ethnique/linguistique). Comme dans les constatations d'études publiées dans d'autres pays, le meilleur état de santé et les habitudes de vie les plus saines étaient majoritairement concentrés dans les groupes de population à hauts revenus avec un niveau d'éducation universitaire. Durant les années 1990, les inégalités en termes de mortalité et de comportement ayant une incidence sur la santé ont augmenté parmi les groupes socioéconomiques et les communautés ethniques/linguistiques. Par exemple, les russophones présentaient des taux de mortalité supérieurs pour presque toutes les causes de décès, en particulier l'intoxication alcoolique et les homicides. La principale exception concernait les accidents de la route, qui étaient plus fréquents parmi les Estoniens de souche en tant que cause de décès.

Dans de nombreuses régions, les modes de vie de la population estonienne sont devenus plus sains. Les plus grands changements dans les habitudes alimentaires sont notamment le remplacement des graisses animales par des graisses végétales dans les plats préparés et une diminution générale de la consommation de graisses. Alors qu'au début des années 1990, seuls 28% de la population consommaient de l'huile végétale comme principale matière grasse dans la préparation des aliments, en 2000 cette proportion avait augmenté pour atteindre 86%. La fréquence de la consommation quotidienne de fruits et légumes frais a aussi augmenté depuis le début des années 1990.

Le tabagisme dans la population âgée de plus de 15 ans a augmenté de 28,2% en 1990 à 35,8% en 1994, mais il a constamment diminué depuis pour revenir à 28,9% en 2002. Ce chiffre est similaire à la moyenne de l'UE mais plus élevé que la moyenne scandinave (22,23%).

Durant l'élaboration du document sur la politique nationale de santé en 2006, diverses questions ont été mises en avant, comme la promotion de la santé et la prévention des maladies, notamment la mise en place de stratégies pour combattre la propagation du VIH et de la tuberculose et pour

encourager des choix et des styles de vie plus sains dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre les maladies cardiaques et la Stratégie nationale de lutte contre le cancer.

La durabilité du système de santé est une question d'actualité majeure en Estonie. Des négociations sont en cours concernant le salaire minimum des professionnels de la santé estoniens, et des préavis de grève ont été déposés. La durabilité des sources de financement du système et les ressources humaines posent de sérieux problèmes en Estonie, sur fond d'augmentation des dépenses de santé et de libre circulation des professionnels de la santé au sein de l'UE – malgré la croissance rapide de l'économie estonienne. Des choix importants devront être faits dans les années à venir pour répondre aux attentes de la population et garantir l'égalité d'accès aux soins.

3.3 La stratégie nationale pour la santé en France

Le système de santé français se caractérise par des fonds d'assurance-santé qui opèrent sous la supervision de l'État, et par une combinaison de fournitures des soins par les secteurs public et privé. Les patients jouissent d'une liberté de choix dans l'accès aux soins, d'un accès direct aux spécialistes et d'une profusion de prestataires, en particulier de cabinets privés.

Les dispositions de base de la sécurité sociale en France couvrent seulement une partie des coûts des soins de santé. En 2005, 77,5% des coûts des soins et des articles médicaux étaient couverts par la sécurité sociale et 12,9% par une assurance complémentaire, tandis que 8,7% ont dû être payés directement par les patients. Différentes situations de soins sont couvertes :

- 92,5% des soins hospitaliers ;
- 65,7% pour les prestataires de soins ambulatoires (généralistes, etc.)
- 61,9% pour les articles médicaux (médicaments, prothèses...)

Cela montre que la couverture par une assurance complémentaire est insignifiante dans le cas des hospitalisations, mais déterminante pour d'autres types de soins, en particulier dans des domaines comme les soins dentaires et les produits d'optique et plus généralement pour les soins de première ligne. Il est indispensable que les pouvoirs publics interviennent afin d'éviter de laisser une part importante de la population sans autre couverture. Cela concerne surtout ceux qui n'ont pas les moyens de souscrire une assurance complémentaire, et qui en subissent les conséquences sociales et sanitaires.

En France, la nécessité de garantir un suivi médical aux plus vulnérables a longtemps été une préoccupation importante. Avant l'instauration de la Couverture maladie universelle (CMU) en 2000, les groupes de population les plus vulnérables bénéficiaient de l'aide médicale d'État. En 1999, 3,3 millions de personnes étaient assurées de cette façon. Toutefois, l'intervention de nombreux acteurs différents (les communautés locales, l'assurance-maladie, l'État, etc.) était source de difficultés.

La loi qui a instauré la CMU :

- permet aux personnes qui vivent en France de bénéficier de l'assurance-santé si elles n'ont pas d'autre couverture. Aujourd'hui ce mécanisme concerne environ 1,5 million de personnes ;

- permet aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un plafond spécifié (environ 600 € par personne et par mois) d'avoir une assurance complémentaire pour prendre en charge 100% de l'ensemble des dépenses de santé remboursables par la sécurité sociale française ;
- garantit une aide de l'État pour les dépenses de santé des étrangers en situation irrégulière.

Une autre loi s'ajoute à ce système en apportant une assistance pour la souscription d'une assurance-santé complémentaire par les personnes dont les ressources se situent dans une tranche de 20% au-dessus du plafond de la CMU.

Aujourd'hui, environ 4,8 millions de personnes bénéficient de la CMU. Ces chiffres sont toujours restés constants depuis le lancement du système. La population couverte par la CMU est plus jeune que la population générale, la proportion d'individus de moins de 20 ans y est de 44%, contre 25% dans l'ensemble de la population. Les femmes sont aussi plus représentées parmi les bénéficiaires de la CMU que dans la population générale. Des inégalités géographiques apparaissent également dans les chiffres des assurés CMU, qui présentent une plus forte concentration dans les régions françaises les plus désavantagées : Seine-Saint-Denis, Provence, Alpes, Côte d'Azur et Antilles.

Les bénéficiaires de la CMU ont un état de santé moins bon que le reste de la population. Les dépenses relatives aux soins ambulatoires sont moins élevées que celles d'autres assurés, mais les frais d'hôpitaux sont nettement plus importants. En 2002, un assuré CMU dépensait en moyenne 2 133 € pour des soins de santé, tandis qu'un assuré moyen dépensait 1 700 €. Mais cette différence concerne uniquement les frais d'hôpitaux.

Deux problèmes se posent concernant le système de la CMU :

- la population ciblée par la CMU est d'environ 6 millions de personnes, mais 4,8 millions seulement en sont bénéficiaires. Des études ont été menées pour comprendre pourquoi. Il y a 3 raisons :
 - Un manque d'information. La personne concernée n'avait jamais entendu parler de ce système.
 - La crainte d'une stigmatisation.
 - L'apathie et la désocialisation parmi certains des plus vulnérables, notamment des allocataires sociaux.
- Certains praticiens refusent de s'occuper des assurés CMU. L'étendue de ce problème n'est pas connue. Des enquêtes ont été faites, mais les échantillons étaient trop limités pour permettre de tirer des conclusions au niveau national. Toutefois le refus de traitement est une réalité. Il concerne principalement des dentistes et des spécialistes qui appliquent des tarifs libres, ce qu'ils ne peuvent faire dans le cas des bénéficiaires de la CMU. Une enquête dans le département du Val-de-Marne a montré que le taux de refus par des spécialistes et des dentistes pouvait atteindre 41%.

Confronté à cette situation, le Ministère de la Santé a décidé de prendre plusieurs mesures :

- rappeler aux médecins leurs obligations et mettre en place un suivi statistique du refus de soins ;
- distribuer des informations aux assurés CMU concernant leurs droits ;
- encourager les bénéficiaires de la CMU à choisir un médecin traitant principal ;
- faciliter l'accès aux droits (accélérer la délivrance de la carte d'assurance-maladie) ;
- élargir la possibilité de porter plainte en cas de refus de traitement.

La CMU existe depuis maintenant sept ans. Elle a permis à chacun de bénéficier d'une assurance-santé. Dans la mesure où ses bénéficiaires, surtout du fait de leur situation financière, sont plus exposés aux maladies que la population dans son ensemble, des recherches ont montré que la CMU a contribué à réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins. Le système doit encore être amélioré, pour que tous ceux qui en ont besoin puissent réellement accéder aux soins et pour que les médecins n'aient plus le loisir de refuser de les soigner pour des raisons financières ou d'organisation.

Dans l'ensemble, l'état de santé de la population française est plutôt bon, ainsi qu'on peut en juger d'après des indicateurs comme l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité. Dans les comparaisons internationales, la France affiche aussi des résultats satisfaisants pour les maladies cardiovasculaires, et sa situation s'améliore en ce qui concerne la mortalité due à l'alcoolisme, la cirrhose et le cancer du col utérin. Toutefois, la France présente un taux élevé de mortalité masculine prématurée à cause du tabagisme et des accidents, et les inégalités sociales et géographiques en termes de santé sont considérables. Les taux de mortalité sont plus élevés dans la partie nord de la France (de la Bretagne, dans l'Ouest, à l'Alsace, dans l'Est), et dans les régions situées entre la ligne qui va du Nord-Est à l'Auvergne et le centre du pays. La consommation d'alcool et de tabac paraît liée à la situation socioéconomique et elle est souvent plus élevée dans les régions plus pauvres touchées par de forts taux de chômage.

4. Conclusions et discussions

Garantir à la population un accès universel aux services de santé, réduire les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins et assurer la durabilité des services : tels sont les objectifs que la plupart des pays de l'UE assignent à leur politique de santé publique ou de santé en général.

Au cours des dernières décennies, l'Europe a connu des améliorations dans l'état de santé, les conditions de vie et de travail de sa population. Toutefois, il subsiste une grande hétérogénéité des conditions d'existence qui se traduit par une variabilité de la situation sanitaire dans la région. Un niveau de santé satisfaisant peut être considéré comme une des ressources les plus cruciales pour la prospérité économique et sociale. Les changements dans les conditions socioéconomiques affectent la santé de la population, directement ou indirectement, par le biais de facteurs

psychosociaux. D'un pays à l'autre, comme au sein d'un même pays, on signale davantage de problèmes de santé parmi les gens qui se situent dans le bas de l'échelle sociale que parmi ceux qui sont au sommet.

Les différences observées à l'échelon national ou entre les pays dans la situation sanitaire s'expliquent aussi en partie par le rôle du système de santé, comme en témoignent les études menées sur la mortalité évitable. Il semble donc qu'on puisse grandement contribuer à réduire les taux de mortalité générale en concentrant certaines mesures sur le système de santé, puisque même la Suède, où l'état de santé de la population est l'un des meilleurs d'Europe, pourrait réduire d'un quart son taux de mortalité en traitant mieux les maladies. L'efficacité des soins et des mesures préventives a aussi joué un rôle majeur dans la réduction des taux de mortalité liés aux maladies cardiovasculaires et à divers cancers dans plusieurs pays d'Europe.

Et surtout, si l'accès aux soins n'est pas équitable entre les groupes sociaux, les inégalités en termes de santé peuvent s'en trouver exacerbées. Les études indiquent que les catégories les plus vulnérables ne reçoivent pas tous les soins nécessaires alors que les besoins y sont plus importants qu'ailleurs. L'inégalité dans l'accès aux soins, imputable à des obstacles géographiques, financiers et/ou socioculturels, est présente presque partout. Le coût des soins de santé représente un fardeau de plus en plus difficile à supporter pour les personnes socialement et économiquement vulnérables ; et tout indique que « la disponibilité des soins médicaux de qualité tend à varier de façon inversement proportionnelle aux besoins de la population desservie » (Hart, 1971). L'accès universel aux services de santé n'élimine pas les inégalités, ainsi qu'on peut le constater dans la plupart des pays industrialisés qui se sont efforcés de lever les obstacles financiers. Des groupes de populations différents, comme les plus démunis, les personnes âgées, les immigrants en situation régulière ou irrégulière, les handicapés, les minorités ethniques, peuvent avoir des attentes et des besoins différents. Un système de santé devrait être conçu pour répondre de manière équitable, efficace et adaptée aux besoins de toute la population.

Bien que des mesures politiques intéressantes aient été prises en vue de réduire les inégalités dans certains pays (p.ex. en Angleterre, en Suède et, à l'échelon local, aux Pays-Bas), il n'y a guère d'éléments à ce jour indiquant qu'elles aient porté leurs fruits. Cette absence relative de données est due, d'une part, au décalage important entre la mise en œuvre d'une politique et l'apparition de changements dans l'état de santé de la population et, d'autre part, à des capacités de recherche et d'évaluation limitées. En outre, dans de nombreux pays, la collecte et la précision des données relatives à la santé et aux inégalités dans ce domaine sont assez réduites, ce qui rend difficile l'élaboration des politiques. Dans les nouveaux États membres et les pays candidats, les initiatives destinées à remédier aux inégalités en termes de santé sont plus modestes qu'en Europe occidentale, bien que des actions aient été déployées ou soient en cours pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Pour que la situation s'améliore, il est crucial que les pays concernés s'orientent vers une coordination effective des activités des différents secteurs. Le manque d'éléments permettant d'étayer les décisions politiques et d'évaluer l'efficacité des programmes constitue un obstacle auquel se heurtent souvent les intervenants. Enfin, il est important de noter que les études disponibles ne permettent pas toujours d'approfondir la comparaison des données entre les pays européens. Des améliorations sont nécessaires en termes : (1) de portée ; (2) de comparabilité ; (3) de motivation des comportements ; et (4) d'accessibilité.

Diverses politiques et initiatives ont été mises en œuvre dans toute l'Europe pour lutter contre le tabagisme. C'est en Irlande, au Royaume-Uni, en Norvège et en Islande qu'elles paraissent avoir eu le plus d'efficacité pour réduire les taux nationaux de prévalence du tabagisme, qui ont décliné de 20% à 25% entre 1985 et 2005 ; le Luxembourg, la Roumanie, et la Lettonie ont connu moins de succès. L'Irlande était en première ligne en ce qui concerne l'interdiction de fumer dans les lieux publics, suivie par la Norvège, Malte et l'Italie. Bien que des études complémentaires soient nécessaires pour évaluer l'efficacité et le rendement des stratégies nationales de lutte contre le tabagisme, les chiffres donnent à penser que les augmentations du prix des cigarettes, les taxes et l'application des lois sur la qualité de l'air ont efficacement contribué à réduire les taux de tabagisme. L'augmentation de la consommation parmi les jeunes dans de nombreux pays atteste de la nécessité de prendre d'autres dispositions politiques visant plus spécialement les jeunes ; il faut aussi pouvoir évaluer l'impact des récentes mesures d'interdiction concernant les enfants et les adolescents. De nombreuses études font également ressortir le lien entre la situation socioéconomique et les habitudes de consommation de tabac, à tel point que les taux de tabagisme dans les groupes de population situés au bas de l'échelle sociale sont plus élevés dans tous les pays. Les politiques doivent donc prendre cet élément en considération et cibler les catégories les plus défavorisées. On peut néanmoins se réjouir des premiers résultats observés, qui semblent indiquer que les récentes mesures de lutte contre le tabagisme ont réduit les inégalités en termes de santé.

Au niveau national, le problème de l'obésité a suscité un regain d'attention, et de nombreux pays, aux quatre coins de l'UE, ont récemment introduit des programmes de santé publique qui, d'une manière générale, visent à améliorer la nutrition et les niveaux d'activité physique au sein de la population. Conscients que l'obésité infantile requiert une mobilisation urgente, plusieurs pays ont aussi mis en place des politiques qui s'adressent aux jeunes élèves. Certains États, dont la Suède, la Belgique, les Pays-Bas, et l'Irlande, ont pris des mesures afin de restreindre la publicité pour les produits à faible valeur nutritive ciblant les enfants. La difficulté de mesurer l'efficacité des différentes politiques de lutte contre l'obésité a cependant entravé le déploiement d'une stratégie européenne. L'action politique menée à l'échelle européenne occupe une place particulièrement importante en raison du caractère transnational de certains aspects des facteurs qui influencent les taux d'obésité, comme la fabrication des aliments et les politiques agricoles. Les résultats du Livre vert publié en 2005 par la Commission européenne pour jeter les bases d'une consultation sur la lutte contre l'obésité sont attendus avec impatience.

À l'issue de son analyse des divers systèmes de santé, le Bureau de l'OMS de Venise a conclu que les politiques de santé publique peuvent contribuer à réduire la pauvreté et les inégalités en termes de santé (Ziglio *et al.* 2003) :

1. en combattant la « loi de l'inversion des soins » par une amélioration de la couverture, des conditions d'éligibilité, de l'accès géographique et culturel, et une allocation équitable des ressources ;
2. en évitant que le recours aux soins de santé n'aggrave la pauvreté par une prise en charge des coûts ;
3. en compensant l'effet des inégalités socioéconomiques en termes de santé, par exemple par des services de proximité pour les sans-abri, les minorités ethniques, et d'autres catégories de personnes qui vivent dans la pauvreté ;

4. en s'attaquant, à un niveau plus général, aux déterminants des inégalités en termes de santé par l'adoption de perspectives multisectorielles.

4.1 Les enseignements

Trois enseignements principaux ont pu être tirés de cette évaluation par les pairs :

1. l'importance de la prévention ;
2. l'existence d'une « loi de l'inversion des soins » ;
3. les problèmes de durabilité et le rôle des tickets modérateurs.

Chaque pays se doit de trouver des politiques qui garantissent un accès durable à des services de santé équitables et efficaces pour chacun, et qui contribuent à améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble. Les objectifs intermédiaires dans la réalisation de cet objectif général sont :

- de mettre en place des politiques qui augmentent la couverture sociale, en particulier pour les groupes désavantagés et les minorités ethniques ;
- d'identifier les besoins de différents groupes (les personnes âgées, les enfants, les groupes minoritaires, les étrangers, etc.) ;
- d'atténuer les disparités géographiques, tant entre les régions et entre les milieux urbains ou ruraux qu'entre les zones plus riches ou plus pauvres ;
- de réorganiser les services en vue de renforcer la prévention ;
- de réduire les délais d'attente ;
- de renforcer le rôle de l'information, non seulement dans un souci d'efficacité des divers services de santé, mais aussi en ce qui concerne le prix réel des soins ;
- d'améliorer l'efficacité et de réduire la dilapidation des ressources ;
- de renforcer le rôle de l'évaluation des technologies de la santé ;
- de mettre en place des politiques multisectorielles ;
- d'améliorer la collecte des données et le suivi des diverses politiques.

Références

- Alber, J., Kohler, U. (2004), Health and care in an enlarged Europe, Dublin, European foundation for the improvement of working and living conditions.
- Asthana, S., Gibson, A., Moon, G., Brigham, P., Dicker, J. (2004), The demographic and social class basis of inequality in self-reported morbidity : an explanation using the Health Survey for England. *J Epidemiol Community Health* 58, pp. 303-307.
- Auvray L, Doussin A, and Le Fur P, (2003), « Santé, soins et protection sociale en 2002 », IRDES, Paris.
- Balabanova, D. C., McKee, M. (2002), Self-reported health in Bulgaria : levels and determinants, *Scand J Public Health* 30(4), pp. 306-312.
- Barr, N. (1999), Health and health care in the post Communist countries, *Eurohealth* 4 (6).
- Becker, N., Boyle, P. (1997), Decline in mortality from testicular cancer in West Germany after reunification, *Lancet* 350, p.744.
- Berkman, L.F. et Glass, T.A. (2000), « Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health », in Berkman, L.F. et Kawachi, I. (éd.), *Social Epidemiology*, New York : Oxford University Press.
- Bobak, M., Marmot, M. (1996), East-West mortality divide and its potential explanations : proposed research agenda, *BMJ* 312, pp. 421-425.
- Bobak, M., Pikhart, H., Hertzman C., Rose, R., Marmot, M. (2000), Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health : cross-sectional data from seven post-communist countries, *Soc Sci Med* 51, pp. 1343– 1350.
- Bobak, M., Skodova, Z., Pisa Z., Poledne, R. et Marmot, M. (1997), Political changes and trends in cardiovascular risk factor in the Czech Republic, 1985-92, *J Epidemiol Community Health* 51, 272-277.
- Bojan, F., Hajdu, P., Belicza, E. (1991), Avoidable mortality. Is it and indicator of quality of medical care in Eastern European countries. *Qual Assur Health Care*; 3, pp. 191-203.
- Borrel, C., Muntaner, C., Benac, J., Artazcoz, L. (2004), Social class and self-reported health status among men and women : what is the role of work organisation, household, material standards and household labour ? *Soc Sci Med* 58, pp. 1869-1887.
- Botha, J.L., Bray, F., Sankila, R., Parkin, D.M. (2003), Breast cancer incidence and mortality trends in 16 European countries, *Eur J Cancer* Aug. 39(12), pp.1718-29.
- Boyle, P, d'Onofrio, A., Maisonneuve, P., Severi, G., Robertson, C., Tubiana, M., Veronesi, U. (2003), Measuring progress against cancer in Europe : has the 15% decline targeted for 2000 come about ? *Ann Oncol*. Aug. 14(8), pp.1312-1325.
- Boyle, P. (2005), Breast cancer control : signs of progress, but more work required. *Breast*. Dec. 14(6), pp.429-38.

- Boys R.J., Forster D.P., Jozan P. (1991), Mortality from causes amenable and non-amenable to medical care : the experience of eastern Europe, *BMJ* 303, pp.879-83
- Britton, A., McKee, M. (2000), The relationship between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe : explaining the paradox, *J Epidemiol Community Health* 54, pp.328-32.
- Broekmans, J.F., Migliori, G.B., Rieder, H.L. *et al.* (2002), European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence, *Eur Respir J.* 19, pp. 765– 775.
- Carr-Hill, R.A., Hardman, G.F., Russell, I.T. (1987), Variations in avoidable mortality and variations in health care resources, *Lancet* i, pp.789-92.
- Charlton, J. R., R. M. Hartley, *et al.* (1983), « Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales », *Lancet* i, pp. 691-696.
- Coleman, M.P., Gatta, G., Verdecchia, A., Esteve, J., Sant, M., Storm, H., Allemani, C., Ciccolallo, L., Santaquilani M., Berrino F., Groupe de travail EUROCORE (2003), EUROCORE-3 summary : cancer survival in Europe at the end of the 20th century, *Ann Oncol* 14, pp. v128-v149.
- Commission des Communautés européennes (2004), *The State of Mental Health in the European Union*, Luxembourg, Commission des Communautés européennes, p. 86.
- Commission européenne (2004), *The citizens of the European Union and sport*, Commission européenne, Special Eurobarometer.
- Cornia, G.A., Addison, T., Kiiski, S. (2003), Income distribution changes and their impact in the post-World War II period. Discuss paper 2003/28, Helsinki : World Institute for Development Economics Research.
- Couffinhal, A, Paris V (2003) « Cost sharing in France », IRDES, Paris.
- Czapinski, J., et Panek, T., (2004), *Social diagnosis 2003 : objective and subjective quality of life in Poland*. Varsovie, University of Finance and Management Press.
- Dahlgren, G. et Whitehead, M. (2006), « Leveling up (part 2) : a discussion paper on European Strategies for tackling social inequalities in health », OMS Copenhagen, Bureau régional pour l'Europe (Studies on social and economic determinants of population health N0. 3).
- Dalstra, J. A. A., Kunst, A.E., Borrell, C., Breeze, E., Ambois, E., Costa, G., Geurts, J.M.M., Lahelma, E., Van Oyen, H. Rasmussen, N.K., Regidor, E., Spadea, T., Mackenbach, J.P. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases : an overview of eight European countries, *Int J Epidemiol* 34(2), pp. 316-326.
- Dehne, K.L., Riedner, G., Neckermann, C., Mykyev, O., Ndowa, F.J., Laukamm-Josten, U. (2002), A survey of STI policies and programmes in Europe : preliminary results, *Sex Transm Infect.* 78(5), pp.380-4.
- Demographic and Health Survey (DHS) 1998
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/english/1998turkishsurvey1.htm#Tables>
- Didkowska, J., Manczuk, M., McNeil, A., Powles, J., Zatonski, W. (2005), Lung cancer mortality at age 35-54 in the European union : ecological study of evolving tobacco epidemics, *BMJ* 331, pp. 189-191.

- Eiser, J.R., Morgan, M., Gammage, P. et Gray, E. (1989), Adolescent smoking : attitudes, norms and parental influence, *British Journal of Social Psychology*, 28, pp. 193-202.
- EISS (2006), European Influenza Surveillance Scheme. Annual report : 2004-2005 influenza season, Utrecht, Pays-Bas, NIVEL
- Engels, R.C., Knibbe, R.A., de Vries, H., et Drop, M.J. (1998), Antecedents of smoking cessation among adolescents : who is motivated to change ? *Preventive Medicine*, 27(3), pp. 348-357.
- Erdem, G. (2003), Perinatal mortality in Turkey, *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, Volume 17, p. 17 - janvier
- EuroHIV (2005) HIV/AIDS Surveillance in Europe : Mid-year report, n°72 (draft) http://www.eurohiv.org/reports/index_reports_eng.htm consulté le 08.08.06
- European Respiratory Society (2003), The European Lung White Book : The first comprehensive survey on respiratory health in Europe.
- EuroTB (2006), EuroTB and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 2004, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France.
- Fagerstrom, K., Boyle, P., Kunze, M. et Zatonski, W. (2001), The anti-smoking climate in EU countries and Poland, *Lung Cancer* 32, pp. 1-5.
- Fagot-Campagna, A., Bourdel-Marchasson, I., Simon, D. (2005), Burden of diabetes in an aging population : prevalence, incidence, mortality, characteristics and quality of care, *Diabetes Metab. Dec.* 31, Spec. No 2, pp.5S35-5S52. Review.
- Farchi, S., Molino, N., Giorgi Rossi, P., Borgia, P., Krzyzanowski, M., Dalbokova, D., Kim R., et l'European Road Accident Indicator Working Group (2006), Defining a common set of indicators to monitor road accidents in the European Union, *BMC Public Health* 6, pp.183.
- Farmer, P. E., Kononets, A. S., Borisov, S. E., *et al.* (1999), Recrudescence tuberculosis in the Russian Federation, *in* P. E. Farmer, L. B. Reichman et M. D. Iseman (éd.), *The global impact of drug resistant tuberculosis*, Boston MA, Harvard Medical School/ Open Society Institute.
- Firat, D. (1996), Tobacco and cancer in Turkey, *J Environ Pathol Toxicol Oncol*, 15, pp. 155-60.
- French, K.M. et Jones K. (2006), Impact of definition on the study of avoidable mortality : geographical trends in British deaths 1981-1998 using Charlton and Holland's definitions, *Soc Sci Med.* 62(6), pp.1443-56.
- Grabka, M., Schreyogg, J. et Busse R, (2005), Die einfuehrung der praxisgebuehr und ihre wirkung auf die zahl der arztkontakte und die kontaktfrequenz –eine empirische analyse ; Berlin, DIW Discussion paper 506.
- Hajdu, P., McKee, M., Bojan, F. (1995), Changes in premature mortality differentials by marital status in Hungary and in England and Wales, *Eur J Public Health* 5, pp.259-64.
- Hart, J.T., (1971), The inverse care law, *Lancet* 197696, pp. 405-412.
- Harvey, J.N., Craney, L., Kelly D. (2002), Estimation of the prevalence of diagnosed diabetes from primary care and secondary care source data : comparison of record linkage with capture-recapture

analysis, *J Epidemiol Community Health*, Jan;56(1), pp.18-23.

Hastings, G.B. et Aitken, P.P. (1995), Tobacco advertising and children's smoking : a review of the evidence, *European Journal of Marketing*, 29(11), pp. 6-17.

Hauner, H., Koster, I., von Ferber, L. (2003), Prevalence of diabetes mellitus in Germany 1998-2001. Secondary data analysis of a health insurance sample of the AOK in Hesse/KV in Hesse, *Dtsch Med Wochenschr.* Dec 12;128(50), pp.2632-7. En allemand.

Health status and living conditions network (2005), Health status and living conditions in an enlarged Europe. Rapport final.

Health status and living conditions network (2006), Policy brief No 3. Are rates of sexually transmitted infections increasing in Europe ? What policy action should be taken ?

Healy, J., et McKee, M. (2004), Different people, different services ?, *in* Healy, J., et McKee, M., *Accessing health care : responding to diversity*, Oxford Medical Publications.

Hemmingsson, T., Lundberg, I. (2005), How far are socioeconomic differences in coronary heart disease hospitalisation, all-cause mortality and cardiovascular mortality among adult Swedish males attributable to negative childhood circumstances and behaviour in adolescence ? *Int J Epidemiol* 34(2), pp. 260-267.

Hernandez Quevedo, C. A. Jones, A. Lopez Nicolas, et N. Rice (2005), « Socioeconomic inequalities in health : a comparative longitudinal analysis using the European Community Household Panel », *ECuity Project III, Working Paper #31*.

Holland, W. W. et E. Breeze (1985), *The performance of health services. The Political Economy of Health and Welfare : the twenty-second annual symposium of the Eugenics Society*, Londres, MacMillan Press.

Holland, W. W., A. P. Fitzgerald, *et al.* (1994), « Heaven can wait », *Journal of Public Health Medicine* 16, pp. 321-30.

Holland, W. W., éd. (1988), *European Community atlas of « avoidable death »*. Commission of the European Communities Health Services Research Series No.3. Oxford, Oxford University Press.

Holland, W. W., éd. (1991), *European Community atlas of « avoidable death »*. Commission of the European Communities Health Services Research Series No.6. Oxford, Oxford University Press.

Holland, W. W., éd. (1993), *European Community atlas of « avoidable death »*. Commission of the European Communities Health Services Research Series No.9. Oxford, Oxford University Press.

Holland, W. W., éd. (1997), *European Community atlas of « avoidable death » 1985-89*. Oxford, Oxford University Press.

Huisman, M., A.E. Kunst, J.P. Mackenbach (2003), « Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview », *Social Science and Medicine* 57, pp. 861-873.

Huisman, M., A.E. Kunst, O. Andersen, M. Bopp, J.K. Borgan, C. Borrell, G. Costa, P. Deboosere, G. Desplanques, A. Dorkin, S. Gadeyne, C. Minder, E. Regidor, T. Spadea, T. Valkonen, J.P. Mackenbach (2004), « Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations », *Journal of Epidemiology Community Health* 58, pp. 468-475.

- Huisman, M., Kunst, A.E., Mackenbach, J.P. (2005), Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union : comparing education and income, *Prev Med* 40, pp. 756-764.
- International Diabetes Federation (2004), Diabetes in Europe. Towards a European Framework for Diabetes Prevention and Care EU Workshop Proceedings, Dublin, 8 avril 2004 <http://www.idf.org/webdata/docs/DiabetesWorkshopProceedingsJune2004.pdf> consulté le 07.09.06
- International Diabetes Federation (2005), Diabetes : The Policy Puzzle : Towards Benchmarking in the EU 25
- International Obesity Task Force and the European Association for the Study of Obesity (2002), Obesity in Europe : the case for action.
- International Obesity task force and the European association for the Study of Obesity (2005), EU Platform on diet, physical activity and health.
- Joosens L. (2004), Effective tobacco control in 28 European countries, Bruxelles, European Network for Smoking Prevention <http://www.ensp.org/files/effectivefinal2.pdf> consulté le 30 mai 2006
- Judge, K. *et al.* (2005), Health inequality : a challenge for Europe, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/83/04121583.pdf>
- Kasje, W.N, Timmer, J.W. *et al.* (2002), « Dutch GPs' perceptions : the influence of out-of pocket costs on prescribing », *Soc Scien Med*, 55(9), pp. 1571-8.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., et Prothrow-Smith, D. (1997), Social capital, income inequality and mortality, *Am J Public Health*, 87, 1491-8.
- Kessler, R. C., House, J.S., Turner, J.B. (1987), Unemployment and health in a community sample, *J Health Soc Behav* 28(1), pp. 51-9.
- Kopp, M., Csoboth, C.T., Rethelyi, J. (2004), Psychosocial determinants of premature health deterioration in a changing society : the case of Hungary, *J Health Psychol* 9(1), pp. 99-109.
- Koupilová, I., McKee, M., Holčík, J. (1998), Neonatal mortality in the Czech Republic during the transition, *Health Policy* 46, pp.43-52.
- Kristenson, M., Kucinskiene, Z. (2002), Possible causes of differences in coronary heart disease mortality between Lithuania and Sweden : the LiVicordia Study, *in* G.Weidner, M.Kopp, M.Kristenson (éd.), *Heart Disease : Environment, Stress, and Gender*, Amsterdam, IOS Press, pp. 328–340.
- Kunst, A.E., Lahelma, V., Bartly, E., Lissau, M., Regidor, I., Mielk, E., Cardano, A., Dalstra, M., Geurts, J.A.A., Helmert, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, T., Stronegger, W.J., Mackenbach, J.P. (2005), Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries, *Int J Epidemiol* 34(2), pp. 295-306.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., Aittomaki, A. (2004), Pathways between socioeconomic determinants of health, *J Epidemiol Comm Health* 58, pp. 327-332.
- Leinsalu, M. (2002), Social variation in self-rated health in Estonia : a cross-sectional study, *Soc Sci Med*, 55(5), pp. 847-861.
- Leinsalu, M., Vagero, D., Kunst, A.E. (2003), Estonia 1989-2000 : enormous increase in mortality differences by education, *Int J Epidemiol* 32, pp. 1081-1087.

- Lejeune, P., Yannis, G., Papadimitriou, E., Houwing, S. (2005), Workshop on statistics on the volume of road traffic (vehicle x kilometers) Developing a common framework for the collection of Risk Exposure Data in Europe within the SafetyNet IP The European Road Safety Observatory <http://www.unece.org/trans/doc/2005/wp6/AC5-inf01e.pdf#search=%22traffic%20accidents%20%2B%20trends%20%2B%20europe%20%2B%20IR%20TAD%22> consulté le 02.09.06
- Levi, F., La Vecchia, C., Boyle, P., Lucchini, F. et Negri, E. (2001), Western and eastern European trends in testicular cancer mortality, *Lancet* 357, 1853-1854.
- Levi, F., Lucchini, F., Negri, E., Franceschi, S. et la Vecchia, C. (2000), Cervical cancer mortality in young women in Europe : patterns and trends, *Eur J Cancer* 36, pp. 2266-2271.
- Loddenkemper, R., Gibson, G.J., Sibille Y. (2004), Editorial : The burden of lung disease in Europe : data from the first European White Book Breathe, Volume 1 No 1
- Louckx F *et al.* (2001), « Socioeconomic differences in health and access to health care », *Archives of Public Health*, 59, pp. 239-263.
- Louckx F, (2002), Patient cost sharing and access to healthcare, *in* Mackenbach J, et Bakker M. (éd.), *Reducing inequalities in health : a European perspective*, Routledge, Londres et New York.
- Loud, M.L. (1997), Sad or bad : young people's perceptions of peer groups and smoking, *Health Education Research*, 12, pp. 1-14.
- Low, N. (2004), Current status of chlamydia screening in Europe. *Eurosurveillance*, VOL. 9 Issue 10 – 12.
- Lusignan, S., Sismanidis, C., Carey, I.M., DeWilde, S., Richards, N., Cook, D.G. (2005), Trends in the prevalence and management of diagnosed type 2 diabetes 1994-2001 in England and Wales, *BMC Fam Pract.* Mar 22, 6(1), p. 13.
- Lynch, J., Smith, G.D., Hillemeier, M., Shaw, M., Raghunathan, T., Kaplan, G. (2001), Income inequality, the psychosocial environment, and health : comparisons of wealthy nations, *Lancet* 358, pp. 194-200.
- Macinko, J.A., et Starfield, B. (2002), Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001, *Int J Equity Health*, Apr 22;1(1), p. 1.
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemstrom, O., Valkonen, T., Kunst, A.E. (2003), Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western European countries, *Int J Epidemiol* 32, pp. 830-837.
- Mackenbach, J. P., Huismna, M., Andersen, O., Bopp, M., Borgan, J.K., Borrell, C., Costa, G., Deboosere, P., Donkin, A., Gadeyne, S., Minder, C., Regidor, E., Spadea, T., Valkonen, T., Kunst, A.E. (2004), Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European countries, *Eur J Cancer* 40, pp. 126-135.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A.E., Groenhouf, F., Borgan, J.K., Costa, G., Faggiano, F., Jozan, P., Leinsalu, M., Martikainen, P., Rychtarikova, J., Valkonen, T. (1999), Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men : an international study, *Am J Public Health* 89(12), pp. 1800-1806.

- Mackenbach, J. P., Looman, C. W. N., Kunst, A. E., Habbema, J. D. F. et van der Maas, P. J. (1988), 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, *Soc Sci Med* 27, pp. 889-9.
- Mackenbach, J. P., M. H. Bouvier-Colle, *et al.* (1990). « “Avoidable” mortality and health services : a review of aggregate data studies », *Journal of Epidemiology and Community Health* 44, pp. 106-11.
- Mackenbach, J. P., Martikainen, P., Looman, C.W.N., Dalstra, J.A.A., Kunst, A.E. (2005), The shape of the relationship between income and self-assessed health : an international study, *Int J Epidemiol* 34(2), pp. 286-292.
- Mackenbach, J.P. (1996), The contribution of medical care to mortality decline : McKeown revisited. *J Clin Epidemiol* 49, pp.1207-13.
- Mackenbach, J.P., Bakker, M.J., Kunst, A.E., et Diderichsen, F. (2002), Socioeconomic inequalities in health in Europe : an overview. In J.P. Mackenbach et M.J. Bakker (éd.), *Reducing inequalities in health*, Routledge, Londres et New York.
- Mackenbach, J.P. (2006), « Health Inequalities : Europe in profile », rapport pour la Présidence britannique de l'UE 2006, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/84/04121584.pdf>
- Mäkelä, et al P. (2005), « Drinking and gender differences in drinking in Europe. A comparison of drinking patterns in European countries », *in* Bloomfield et al., *Gender, Culture and Alcohol Problems : A Multi-national Study*, <http://www.genacis.org/> consulté le 08.08.06
- Markina, S.S., Maksimova, N.M., Vitek, C.R., Bogatyreva, E.Y. et Monisov, A.A. (2000), Diphtheria in the Russian Federation in the 1990s, *J Infect Dis* 181(Suppl 1), pp. S27-34.
- Marmot, M. (1999).Introduction, *in* M. Marmot, et R.G. Wilkinson (éd.), *Social determinants of health*, Oxford University Press, Oxford.
- Marmot, M. (2005), Social determinants of health inequalities, *Lancet* 365, pp. 1099-1104.
- Marmot, M. et Wilkinson, R.G. (1999) (éd.), *Social determinants of health*, Oxford University Press, Oxford.
- Marmot, M., Bobak, M. (2000), International comparators and poverty and health in Europe, *BMJ* 321, pp. 1124-1128.
- Masoli, M., Fabian, D., Holt, S, Beasley, R (2004), Global burden of asthma, <http://www.ginasthma.com/ReportItem.asp?l1=2&l2=2&intId=94> consulté le 06.09.06
- Masseria, C., Koolman, X. Van Doorslaer, E. (2004), Income related inequality in the probability of a hospital admission in Europe, *ECuity Project III Working Paper*, No.13.
- Matic, S. (2006), Twenty-five years of HIV/AIDS in Europe in HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management., *in* Matic S. Lazarus J. V. et Donoghoe, M. C. (éd.), *Bureau régional de l’OMS pour l’Europe*. Copenhagen
- McKee, M., Adany, R., MacLehose, L. (2004). Health status and trends in candidate countries, *in* M. McKee, L. MacLehose et E. Nolte (éd.), *Health Policy and European enlargement*, Copenhagen, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.
- McKee, M., Shkolnikov, V. (2001), Understanding the toll of premature death among men in eastern

Europe. BMJ 323, pp.1051-5.

Meslé, F. (2002), Mortality in eastern Europe and the former Soviet Union : long-term trends and recent upturns, document présenté lors de l'atelier IUSSP/MPIDR « Determinants of diverging trends in mortality », Rostock, Allemagne.

Meslé, F. (2004), Demographic research. Research Article Mortality in Central and Eastern Europe : long-term trends and recent upturns.

Micheli, A., et al (2003), European health systems and cancer care, Ann Oncol. 14 Suppl 5, pp.v41-60.

Mikulík, J. (2004), The 6th European Transport Safety Lecture Road Safety in an enlarged Europe : challenges and opportunities for the 25 EU member states. <http://www.etsc.be/documents/Proceedings%2013%2010%2004.pdf#search=%22traffic%20accidents%20%2B%20trends%20%2B%20europe%20%2B%20IRTAD%22> consulté le 02.09.06

Monden, C. (2004), Socioeconomic health inequalities in Latvia : a cross-sectional study, Scand J Public Health 32, pp. 217-223.

Newey, C., E. Nolte, *et al.* (2003), Avoidable mortality in the enlarged European Union, Paris, Institut des Sciences de la Santé.

Nicoll, A. et Hamers, F.F (2002), Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe ? BMJ 324, pp. 1324-1327

Nolte, E. et M. McKee (2004), Does healthcare save lives ? Avoidable mortality revisited, Londres, The Nuffield Trust.

Nolte, E., Hort, A., Koupilová, I., McKee, M. (2000), Trends in neonatal and postneonatal mortality in the eastern and western parts of Germany after unification, J Epidemiol Comm Health 54, pp.84-90.

Nolte, E., McKee, M., Gilmore, A. (2005), Morbidity and mortality in transition countries of Europe, in Macura M, MacDonald A, Haug W. (éd.), The new demographic regime. Population challenges and policy responses. Genève, Commission économique des Nations unies pour l'Europe, pp. 153-176.

Novotny, T., Jha, P., Nguyen, S., Huffman, S. (2001), Tobacco control in the former Socialist economies of Europe and Central Asia, Eurohealth 4 (6), 1998/1999

OECD (2001), Ageing and transport. Mobility needs and safety issues, Paris.

Office for National Statistics (ONS) (2006) <http://www.statistics.gov.uk/default.asp> consulté le 02.09.06

OMS (2001), What in the world works ? International Consultation on Tobacco and Youth, Singapour, 28-30 septembre 1999.

OMS (2004a), Changing History. The World health Report 2004, Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS (2004b), Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HSBC)study : international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescent, No,4.

OMS (2005a), Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report, Genève.

- OMS (2005b), Weekly Epidemiological Record 19 AUGUST No. 33, 2005, 80, 277–288 <http://www.who.int/wer> consulté le 20.08.06
- OMS (2006a), Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases fact sheet http://www.who.int/respiratory/gard/GARD_Fact_Sheet.doc consulté le 06.09.06
- OMS (2006b), Global tuberculosis control : surveillance, planning, financing. WHO report 2006. Genève, OMS (WHO/HTM/TB/2006.362).
- OMS, Bureau régional pour l'Europe (2001), Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies, Copenhagen.
- OMS, Bureau régional pour l'Europe (2004) Preventing road traffic injury : a public health perspective for Europe, Copenhagen.
- OMS, Bureau régional pour l'Europe (2005), The European health report 2005 : public health action for healthier children and populations, Copenhagen.
- OMS, Bureau régional pour l'Europe (2006a), Injuries and violence in Europe : why they matter and what can be done, Copenhagen.
- OMS, Bureau régional pour l'Europe (2006b), 10 Things you need to know about obesity, Copenhagen. Disponible à l'adresse http://www.euro.who.int/Document/NUT/ObesityConf_10things_Eng.pdf
- OMS, Bureau régional pour l'Europe (2006c), Health for All database, Copenhagen.
- OMS, Tobacco or Health Programme. Tobacco or health : a global status report. Country profiles by region, <http://www.cdc.gov/tobacco/who/cyprus.htm>
- Onat, A. (2001), Risk factors and cardiovascular disease in Turkey, *Atherosclerosis* 156, 1-10.
- Parkin, D.M., Fernandez, L.M. (2006), Use of statistics to assess the global burden of breast cancer. *Breast*, Jan-Feb 12 Suppl 1, pp.S70-80
- Passa, P. (2002), Diabetes trends in Europe. *Diabetes Metab Res Rev.* 18, pp. S3–S8.
- Pikhart, H. (2001), *Social and Psychosocial Determinants of Self-rated Health in Central and Eastern Europe*, Boston, Kluwer Academic Publishers.
- Platt, L. et McKee, M. (2000), Observations of the management of sexually transmitted diseases in the Russian Federation : a challenge of confidentiality, *Int J STD AIDS*, 11, pp.563–7.
- PNUD (2003), *Human Development Report 2003*. United National Development Programme, New York/Oxford, Oxford University Press.
- Pomerleau, J., McKee, M., Robertson, A., Kadziauskiene, K., Abaravicius, A., Vaask, S. (2001), Macronutrient and food intake in the Baltic republics, *Eur J Clin Nut*, 55, pp.200-7.
- Powles, J.W., Zatonski, W., Hoorn, S.V., et Ezzati, M. (2005), The contribution of leading diseases and risk factors to excess losses of healthy life in eastern Europe : burden of disease study, *BMC Public Health* 5,p. 116.
- Pudule, I., Grinberga, D., Kadziauskiene, K., Abaravicius, A., Vaask, S., Robertson, A., McKee, M. (1999), Patterns of smoking in the Baltic Republics, *J Epidemiol Comm Health* 53, pp.277-83.

- Rapport mondial sur les drogues (2005), Vienne, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html, consulté le 08.08.06
- Razum, O., Akgun, S. et Tezcan, S. (2000), Cardiovascular mortality patterns in Turkey : what is the evidence ? *Soz Praventivmed*, 45, 46-51.
- Ricordeau, P., Weill, A., Vallier, N., Bourrel, R., Schwartz, D., Guilhot, J., Fender, P., Allemand, H. (2003), The prevalence and cost of diabetes in metropolitan France : what trends between 1998 and 2000 ? *Diabetes Metab. Nov.* 29(5), pp.497-504.
- Roemer, J. (1995). Equality and responsibility. *Boston Review* 22(2)
- Rose, R. (2000), How much does social capital add to individual health ? A survey study of Russians, *Soc Sci Med*, 51, pp. 1421-35.
- Rutstein, D. D., W. Berenberg, *et al.* (1976), « Measuring the quality of medical care », *New England Journal of Medicine* 294, pp. 582-8.
- Saltman, I., Yilmaz, T., Sengul, A. *et al.* (2002), Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey, *Diabetes Care*, 25(9), pp. 1551-1556.
- Short, J. (2001), ECMT work on road safety. Presentation lors de la Conférence internationale « Traffic Safety - a Common Task for the Integrated Europe » 3-4 septembre 2001, Budapest, Hongrie,
<http://www.cemt.org/online/speeches/JSsafe01.pdf#search=%22traffic%20accidents%20%2B%20trends%20%2B%20europe%22> consulté le 02.09.06
- Silventoinem, K., Pankow, J., Jousilahti, P., Hu, G., Tuomilehto, J. (2005), Educational inequalities in the metabolic syndrome and coronary heart disease among middle-aged men and women, *Int J Epidemiol* 34(2), pp. 327-334.
- Spritzer, D. A. (2004), Obesity epidemic migrates east, *CMAJ* 171 (10).
- Steliarova-Foucher, E., Stiller, C., Kaatsch, P., Berrino, F., Coebergh, J.W., Lacour, B., Parkin, M., Passa, P. (2004), Geographical patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since the 1970s (the ACCIS project) : an epidemiological study, *Lancet*, 2004 Dec 11-17;364(9451), pp.2097-105.
- Stene, L.C., Midthjell, K., Jenum, A.K., Skeie, S., Birkeland, K.I., Lund, E., Joner, G., Tell G.S., Schirmer, H. (2004), Prevalence of diabetes mellitus in Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen*, Jun 3 124(11), pp.1511-4.
- Stern, V. (1999), Sentenced to die. The problem of TB in prisons in Eastern Europe and central Asia, Londres : International Centre for Prison Studies, Kings College London.
- Thème annuel de la FEANTSA 2006, rapport allemand p. 2, disponible à l'adresse <http://www.feantsa.org/code/en/theme.asp?ID=2>
- Thomson, S., Mossialos, E. (2004) « What are the equity, efficiency, cost-containment and choice implications of private health care funding in Europe? » OMS Europe, Health Evidence Network.
- Tyas, S.L. et Pederson, L.L. (1998), Psychosocial factors related to adolescent smoking : a critical review of the literature, *Tobacco Control*, 7, pp. 409-420.

- Tyczynski, J.E., Bray, F., Parkin, D.M. (2002), Lung cancer in Europe ; European Network of Cancer Registries (ENCR), International Agency for Research on Cancer Vol.1.
- Tyczynski, J.E., Plesko, I., Aareleid, T., Primic-Zakelj, M., Dalmas, M., Kurtinaitis, J., Stengrevics, A., Parkin, D.M. (2004), Breast cancer mortality patterns and time trends in 10 new EU member states : Mortality declining in young owmen but still increasing in the elderly, *Int. J. Cancer*, pp. 112, 1056–1064
- Ubink-Veltmaat, L.J., Bilo, H.J., Groenier, K.H., Houweling, S.T., Rischen, R.O., Meyboom-de Jong, B. (2003), Prevalence, incidence and mortality of type 2 diabetes mellitus revisited : a prospective population-based study in The Netherlands (ZODIAC-1), *Eur J Epidemiol.*;18(8), pp.793-800.
- UCB Institute of Allergy (2004), European Allergy White Paper Unal, B., Critchley J. A., et Capewell S. (2005), Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000 : comparing contributions from primary prevention and secondary prevention, *BMJ* 331, p. 614
- UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance (2005), Mapping the Issues. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom, Londres : Health Protection Agency Centre for Infections.
- Unal, B., Critchley, J.A., Capewell, S. (2005), Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000 : comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. *BMJ* Sep 17;331(7517), p. 614.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C. et les membres du Health Equity Research Group de l'OCDE (2004), Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries, *OECD Health Working Papers*, No 14.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X. (2005), Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries, *CMAJ* 174, pp. 177-183.
- Vartiainen, E., Jousilahti, P., Alfthan, G., Sundvall, J., Pietinen P., et Puska P., (2000), Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972–1997, *International Journal of Epidemiology*; 29, pp.49–56
- Veen, J., et Godinho, J. (2006), HIV and TB : a critical coinfection in HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management, *in* Matic S. Lazarus J. V. et Donoghoe, M. C. (éd.), Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague
- Velkova, A., Wolleswinkel-van den Bosch, J. H. et Mackenbach, J. P. (1997), The east-west life expectancy gap : Differences in mortality from conditions amenable to medical intervention, *Int J Epidemiol* 26, pp. 75-84.
- Walter S, et Suhrcke M, (2005), Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS : a review of recent literature, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Working paper 2005/1)
- Westerling, R. (1992). « “Avoidable” causes of death in Sweden 1974-85 », *Quality Assurance in Health Care* 4, pp. 319-28.
- White, S. (1996), *Russia goes dry*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Whitehead, M., et Dahigren, G. (2006), « Leveling up (part 1) : a discussion paper on concepts and

principles for tackling social inequalities in health ». OMS, Copenhague, Bureau régional pour l'Europe, Studies on social and economic determinants of population health N0. 2.

Wiegand, S., Maikowski, U., Blankenstein, O., Biebertmann, H., Tarnow, P., Gruters, A. (2004), Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in European children and adolescents with obesity - a problem that is no longer restricted to minority groups, *Eur J Endocrinol.* Aug. 151(2), pp.199-206.

Wilkinson, R., et Marmot, M. (2005), *Social determinants of health. The solid fact ?* deuxième édition OMS, Europe.

Wittchen, H.-U. (2005), Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies, *European Neuropsychopharmacology* 15, pp. 357-376.

Yarnell, J., Yu, S., McCrum, E., rweiler, D., Haas, B., Dallongeville, J., Montaye, M., Amouyel, P., Ferrieres, J., Ruidavets, J-B., Evans, A., Bingham, A., Ducimetiere P.; for the PRIME study group (2005), Education, socioeconomic and lifestyle factors, and risk coronary health diseases : the PRIME Study, *Int J Epidemiol* 34(2), pp. 268-275.

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A, Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng, L., enquêteurs pour l'étude INTERHEART (2004), Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) : case-control study, *Lancet* 364, pp. 937-52

Zatonski, W., Smans, M., Tyczynski, J. et Boyle, P. (1996), *Atlas of Cancer Mortality in Central Europe.* IARC Scientific Publications No. 134, Lyon, France, International Agency for Research on Cancer.

Zatoński, W.A., Boyle, P. (1996), Health transformations in Poland after 1988, *J Epidemiol Biostat* 1, pp.183-7.

Ziglio *et al.* (2003), *Health systems confront poverty*, Copenhague, Office régional de l'OMS pour l'Europe (Public Health Case Studies Series, No. 1)

Zok , K. (2005), Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einfuhrung der Praxisbuhr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten, *Wido-monitor* Vol.2, No.2, pp1-7.