

Le rationnement des soins de santé: Cas du remplacement total de la hanche primaire.

Introduction :

La santé joue un rôle primordial dans le développement économique, social et culturel de toute société. Ainsi, chaque pays doit maintenir un système de santé qui prend en charge les besoins de sa population en matière de santé. La nature de la prise en charge des soins de santé varie d'un pays à l'autre suivant le type de système adopté. En d'autres termes, selon les principes retenus pour élaborer un système de santé (solidarité, équité, efficacité,...), selon le mode d'organisation et de financement (privé, public), selon les résultats de santé et les problèmes rencontrés. Généralement, tous les systèmes de santé ont un défi commun, celui d'assurer des services de santé équitables, efficaces et de haute qualité à un coût abordable. Mais le volume des prestations à délivrer dépasse les ressources disponibles à cause de l'augmentation de la demande des soins de santé. Cette augmentation, en Europe comme dans tous les pays industrialisés, peut être expliquée par le vieillissement des populations, par les attentes plus grandes du public et par le progrès technique et scientifique.

En effet, l'amélioration de l'espérance de vie et la généralisation du modèle de la famille moderne urbaine, qui accueille de moins en moins les vieux en fin de vie, augmente le nombre des personnes âgées dans les institutions, entraînant ainsi un problème de financement et un problème d'emploi. C'est à dire comment financer les dépenses de santé au moment où la charge des retraites va exploser? , Qui s'occupera de ces personnes dépendantes, lesquelles auront besoin d'aide personnelle au moment où la population active va diminuer ?

Quant au progrès technique, en principe, il entraîne une substitution de techniques (les plus modernes remplacent les anciennes) et permet des économies d'échelles, donc des hausses de productivité. En médecine, pour les maladies aiguës curables, le progrès technique permet le plus souvent de soigner mieux et à moindre coût (exemple: le lithotriporteur qui détruit les calculs rénaux à moindre coût par rapport à la chirurgie). Par contre les maladies chroniques, souvent non curables (comme les cancers , les maladies virales et cérébrales graves, la maladie de Parkinson et d'Alzheimer...) nécessitent des traitements coûteux qui exigent des moyens techniques avancés et du personnel spécialisé.

Toutefois, le progrès technique entraîne une part essentielle des dépenses de santé et constitue une source permanente d'augmentation de l'offre et de la demande des soins. En général, la croissance de la demande de soins de santé, face à l'offre limitée, est la principale cause d'explosion des coûts. Ce qui pousse les

systèmes de santé à faire face à des problèmes de rationnement des soins. En effet, partout dans le monde, les ressources publiques sont insuffisantes pour faire face à la demande de santé. Etant donné l'écart entre les besoins et les moyens disponibles, tout système de santé, riche ou pauvre, doit définir des priorités de soins. Un certain nombre de pays industrialisés, en particulier ceux qui disposent des systèmes développés de sécurité sociale et de soins de santé (Medicaid de l'Oregon en US, Canada, NZ, UK, Fin...), se sont lancés dans la définition de priorités, lorsqu'ils ont été appelés à revoir l'ampleur du financement de leurs services de santé.

Tout système démocratique doit fixer une limite et des conditions d'accès aux biens et services de santé financés par les prélèvements obligatoires. Cela s'appelle aujourd'hui « le panier de biens et services », la Suisse à son tour dispose de ce panier dans le cadre la LAMal en 1996.

Malgré ces efforts d'explicitation des critères de prise en charge au niveau collectif, plusieurs prestations sont susceptibles de faire l'objet d'un rationnement implicite. C'est le cas lorsqu'un médecin qui, dans sa pratique courante financièrement intéressé aux résultats d'une HMO, renonce pour des raisons économiques à prescrire un examen potentiellement bénéfique sans en informer son patient, ou à réserver un produit à un autre patient en raison des quantités limitées des achats de ce produit par le pharmacien de l'hôpital... .

Notre intérêt dans ce projet est de considérer l'existence et le déroulement des pratiques de rationnement implicite ou explicite dans les différents systèmes de santé, et particulièrement pour la chirurgie de remplacement total de la hanche primaire dans le Canton de Vaud. Dans la première partie nous allons définir les modes d'organisation et de financement, ainsi que les problèmes et difficultés rencontrés par ces systèmes de santé (le Royaume-Uni, la Nouvelle Zélande, USA, Canada, pays scandinaves).

Dans la deuxième partie, les statistiques de pratique du RTHP dans le canton de Vaud et dans ces systèmes de santé sont comparées. Alors qu'aucun mécanisme de rationnement explicite du RTHP n'existe en Suisse, l'observation de taux similaires à ceux des pays limitant l'accès à cette chirurgie suggérerait l'existence d'un rationnement implicite. L'analyse comparative des taux de pratique du RTHP a pour but d'examiner la mesure dans laquelle le canton de Vaud se démarque des pays rationnant cette procédure.

1. Rationnement de la chirurgie éleative du remplacement total de la hanche dans les systèmes de santé :

1.1 le système anglais :

1.1.1 Définition :

Les Anglais considèrent que la santé relève de la responsabilité de l'Etat. Tout citoyen ou résidant bénéficie gratuitement des soins de santé, financés par l'impôt et organisés par une puissante administration. Le parlement vote le budget du National Health Service (NHS) et en définit les orientations que le Ministre de la santé fait respecter. Les Anglais apprécient leur système pour son universalité et sa gratuité. Dix années de libéralisme sous le gouvernement de Margaret Thatcher, entre 79-91, n'ont pas ébranlé ses principes. Le NHS fournit les soins urgents, les besoins des grands malades, les soins de base à un coût modeste pour le contribuable. Ce dernier peut, s'il souhaite bénéficier de plus de confort, souscrire une autre assurance privée pour le lui fournir. Ainsi, le système de soins anglais se compose d'une part, d'un NHS public et régulé par la procédure parlementaire et administrative, gratuit au point accès, d'autre part, d'une médecine privée ou complémentaire, régulée par le marché. Les interventions très coûteuses comme les dialyses ou les greffes rénales sont décidées selon les résultats d'études coût-efficacité ou coût-utilité, qui peuvent conduire à y renoncer quand le malade est trop âgé ou dans un état de santé trop précaire. Ainsi renonce-t-on le plus souvent à dialyser une personne de plus de 65 ans.

Les Anglais ont aussi de bons médecins de famille et une industrie pharmaceutique puissante. Les soins non urgents (prothèses, soins dentaires, opération des varices) s'obtiennent après de longues attentes : six mois à 3 ans³.

1.1.2 le financement du système :

Au sommet du NHS, le ministère de la santé, puis les régions (Regional Health Authorities) qui disposent d'un budget lié à leurs activités et à leurs populations selon des indicateurs assez détaillés, puis les Districts (District Health Authorities) qui financent et contrôlent les hôpitaux et les comités des médecins de famille. Les hôpitaux peu ou mal reconstruits depuis la dernière guerre et sous financés, offrent un confort médiocre avant 1991, le budget est réparti entre les régions puis entre les districts selon le principe de la capitation. Les districts affectent ensuite des budgets forfaitaires aux hôpitaux. Le médecin de famille, le GP (General Practitioner), commande l'accès au NHS et filtre (Gate Keeper) la

3 http://www.who.int/health_topics/health_care_systems/fr/ Observatoire européen des systèmes de santé

Health care systems in transition (HiT) profile :

United-Kingdem

demande des soins spécialisés des hôpitaux. Tout anglais doit s'inscrire auprès d'un GP de son choix et le consulter avant toute hospitalisation ou toute consultation d'un spécialiste. Les GP assurent la « continuité des soins », exercent une mission de santé publique et contribuent à la maîtrise des dépenses. Ils reçoivent du NHS des rémunérations adaptées à leur activité sous forme de capitation (paiement per capita) qui les incitent à respecter l'éthique du NHS, en particulier à appliquer les stratégies de prévention évaluées et jugées efficaces. Les médecins spécialistes travaillent tous dans les hôpitaux et restent sous rémunérés.

La médecine privée compense les faiblesses du NHS. Pour les opérations non urgentes comme les prothèses de hanche ou les soins dentaires, chacun choisit entre attendre pour ne pas payer dans le NHS, et payer dans le privé pour ne pas attendre⁴

1.1.3 problèmes et difficultés : rareté et rationnement :

La demande de soins de santé de l'individu, du groupe, et de la société en général excède les ressources disponibles pour financer les services. La rareté des ressources fait que les choix doivent être faits dans l'allocation de ces ressources. Cette conclusion s'est imposée dans les dernières années à cause des progrès de la technologie médicale.

Les variations dans les soins médicaux à l'intérieur du pays illustre un processus de rationnement. En effet, il a été laissé au médecin le soin de prendre des décisions de rationnement et de décider quand il n'est pas nécessaire de fournir les soins. Le gouvernement a extrêmement hésité à discuter les critères de rationnement explicites, à cause de la sensibilité émotionnelle et politique du sujet. Même quand les critères de rationnement ont été abordés explicitement, il a justifié ses difficultés à élaborer une liste de services centraux qui devaient être financés pour exclure les autres services. Pour ces mêmes raisons, le critère clinique est le seul utilisé, le critère économique augmentant la complexité des décisions.

Le problème de rareté des ressources et les décisions de rationnement implicite existent dans le monde entier et sont inévitables. Dans les systèmes de soins de santé privés, le rationnement est basé sur la capacité à payer. Le prix des soins de santé détermine les allocations. Dans le système public anglais, le rationnement existe. Une des voies de rationnement est basé sur le temps d'attente. A tout moment, environ 1 million de personnes sont inscrit sur liste d'attente pour une thérapie hospitalière. Comme les listes sont utilisées pour rationner l'accès à la thérapie élective sur la base du « besoin », beaucoup des cas urgents sont traités en priorité, si possible. Même à l'intérieur du système des listes d'attente, la priorité est de rigueur. Les Gate-Kepeers et les médecins hospitaliers s'en occupent.

4, 5 http://www.who.int/health_topics/health_care_systems/fr/Observatoire_européen_des_systèmes_de_santé
Health care systems in transition (HiT) profile : United-Kingdem.

En général, les médecins sont contents quand ils prennent des décisions cliniques plutôt qu'économiques. Mais la technologie médicale avancée et le vieillissement de la population font que les décisions de soins de santé reposent sur des arguments économiques⁵.

1.1.4 le rationnement du remplacement total de la hanche :

Le remplacement total de la hanche (RTH) est une des grandes interventions chirurgicales désirées et pour laquelle la difficulté de satisfaction de la demande a été regardée comme l'insuccès fondamental du National Health Service (NHS). Cette intervention non urgente, en général, a une liste d'attente très longue. A peu près 43.500 opérations sont effectuées chaque année dans le NHS et les hôpitaux indépendants (11.000 opérations).

Ainsi, une étude est conduite par le département de traumatisme et d'orthopédie pour définir qui obtient la priorité par l'estimation des listes d'attente en utilisant un système de score. Cette étude examine la relation entre la « priorité clinique » et la « durée d'attente » dans la liste. Pour déterminer la priorité des patients, trois perspectives sont comparées : perspective des médecins consultants, perspective des médecins généralistes qui envoient la lettre d'admission et perspective des patients en attente 18 mois sur la liste. La « priorité clinique » est estimée en utilisant le système des scores de la Nouvelle Zélande. Le résultat est que il n'y a pas de corrélation entre le temps sur la liste d'attente et le score clinique: les scores moyens dans les groupes des consultants et généralistes sont plus élevés (grande douleur et invalidité) que dans le groupe de personnes en attente 18 mois. L'étude a conclu que les médecins estiment que l'urgence clinique en accord avec le système des scores est le critère d'attribution de la priorité de l'opération chirurgicale alors que le temps sur la liste d'attente n'est pas un facteur décisif dans l'établissement des priorités⁶.

1.2 la Nouvelle Zélande :

1.2.1 Définition :

Le système de santé de la Nouvelle Zélande a connu une série de réformes pour améliorer l'accès aux soins. En 1993, le gouvernement a mis en place des réformes basées sur le marché interne et sur une compétition gérée. Il avait dépensé énormément pour que le marché améliore l'accès aux services et augmente l'efficacité, spécialement dans le secteur hospitalier de base. L'élection du premier gouvernement de coalition nationale en 1996 a rejeté beaucoup d'aspects extrêmes du processus de réforme de la santé de 1993 et il a accentué la collaboration plutôt

⁶ Population requirement for primary hip-replacement surgery: a cross-sectional study.

Lancet. 1999 Apr 17;353(9161):1304-9.

PMID: 10218528 (PubMed - indexed for MEDLINE).

que la compétition. De meilleurs résultats de santé plutôt que le profit devient le but total du secteur de la santé.

Après l'élection du dernier gouvernement travailliste en 1999, un nouveau système de santé financé par les conseils de santé des districts DHBs (District Health Boards) est implanté en 2001. Il vise l'intégration complète de l'achat et provision des soins, de l'hôpital et des services communautaires, soins primaires et secondaires, privés et publics, soins aux invalides et services de santé publique. Les nouveaux DHBs sont construits à partir de l'histoire successive de la réforme de 1993. Le progrès rapide vers les soins intégrés est initié et largement conduit par le médecin généraliste (médecin de soins primaires) par l'intermédiaire des associations des praticiens indépendants (Independent Practitioners Associations IPAs), récemment appelées organisations des soins primaires (PCOs).

1.2.2 financement du système :

Les services de santé sont financés très largement par la taxation imposé par le gouvernement central et qui s'élève à 77,5 % de la dépense de santé en 1998-99 (Ministre de la santé). Ceci représente un changement significatif loin des 88% de la dépense de santé en 1979-80 avec tendance marquée vers la privatisation de cette dépense durant cette période.

Le nouveau gouvernement travailliste élu en 1999 a écarté les vestiges de la réforme implantée en 1991. Les réformes 2000 sont basées sur un système de santé au niveau des districts. Les conseils de santé des districts sont partiellement élus et partiellement appointés. Le financement est basé sur leur population définie, ils semblent être le système le plus intégré de santé des districts. Ils sont responsables de l'état de santé de leur population, de la production et du financement des services de santé et de soins aux invalides, privés et publics, à l'intérieur de leurs districts⁷.

1.2.3 Problèmes et difficultés :

Améliorer l'accès aux services de santé a été un important but politique des systèmes de santé dans plusieurs pays, incluant la Nouvelle Zélande. Le premier facteur justifiant les réformes précédentes était le problème de l'accès, particulièrement à la chirurgie électorale. Il augmente avec la pression financière sur l'hôpital et les services de soins primaires. L'accès à beaucoup de services communautaires est la clef du problème dans les soins à long terme et les services aux invalides, particulièrement chez les groupes désavantagés. Quoique le financement soit le seul aspect des problèmes d'accès, d'autres culturels et géographiques ont également un impact.⁸

^{7,8} [http://www.who.int/health_topics/health_care_systems/fr/Observatoire_européen_des_systèmes_de_santé-Health_care_systems_in_transition_\(HiT\)_profile:_NewZiland](http://www.who.int/health_topics/health_care_systems/fr/Observatoire_européen_des_systèmes_de_santé-Health_care_systems_in_transition_(HiT)_profile:_NewZiland)

1.2.4 Rationnement du remplacement total de la hanche :

Cinq groupes de critères d'estimation standard ont été développés pour cinq procédures chirurgicales électives. Parmi ces dernières, le RTH. Des scores numériques sont assignés à chaque niveau de sévérité sur chaque critère ; les scores relevés sur chaque critère sont additionnés pour former le score total. Les critères de priorité pour le RTH sont : le degré de la douleur (40 % de la priorité), l'activité fonctionnelle (20%, temps de marche et incapacité de marcher), mouvement et déformation (20%). Autres facteurs : les atteintes multiples de l'articulation ou la capacité de travailler ou vivre indépendamment (20%). Des niveaux de sévérité sont assignés à chacun de ces critères et rattachés à des scores numériques (voir la table ci-dessous)⁹.

Comme critères cliniques, plusieurs facteurs sociaux sont discutés lors de l'élaboration des priorités. Pour une certaine ampleur, certains sont incorporés dans les critères de priorité. Les plus importants de ceux-ci sont :

- L'âge
- Le statut d'emploi
- L'indépendance et la capacité de travailler
- Le temps passé dans la liste d'attente.

⁹ The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview. BMJ. 1997 Jan 11;314(7074):131-4. PMID: 9006477
(PubMed - indexed for MEDLINE)

¹⁰ Tableau : Critères de priorités pour le remplacement total de la hanche (score max 100).

Critères de priorité	score
Douleur 40%:	
-absente	0
- légère:douleur occasionnelle, patient n a pas changé son mode d'activité et de travail	4
- moyenne-douce ou fréquente : patient n a pas changé son mode de vie	6
- moyenne, patient actif, mais ne peut pas ou renonce à certaines activités à cause de la douleur	9
-moyenne-sévère : douleur moyennement sévère avec des activités limitées	14
-sévère : limitations sérieuses	20
activité fonctionnelle 20 % :	
Temps de marche :	
-illimité	0
-31-60 minutes	2
-11-30 minutes	4
-2-10 minutes	6
-< 2minutes	8
incapable de marcher	10
autres limitations fonctionnelles (comme mettre les chaussures, activité sexuelle, récréation ou loisirs, besoin d'aide pour marcher, se lever,...) :	
-aucune	0
-légère	2
-moyenne	6
-sévère	10
mouvement et déformité 20 %:	
-aucune	0
-légère	2
-moyenne	6
-sévère	10
autres facteurs 20% :	
Atteintes articulaires :	
- non, une seule articulation	4
- oui, chaque articulation à un degré : moyen	8
- oui, sévères	10
capacité de travailler, donner des soins à un dépendant, vivre indépendamment (difficulté doit être reliée à l'articulation affectée) :	
-pas de menace ou difficulté	0
- pas de menace mais difficulté	2
- menace mais pas immédiatement	6
- menace immédiatement	10

1.3 le système de santé des Etats-Unis :

1.3.1 Définition :

Les Américains considèrent que la santé relève de la responsabilité individuelle et de l'assurance privée. C'est le marché plutôt que l'Etat qui doit répondre à ce besoin. Malgré le montant élevé de la dépense, les résultats de santé restent médiocres et la couverture sociale étroite.

Deux systèmes de santé coexistent aux Etats-Unis :

-Medicare et Medicaid publiques¹¹ :

Les personnes âgées (plus de 65 ans) ou handicapées de même que les indigents sont couverts par deux programmes de solidarité publics : Medicare et Medicaid créés en 1965. Medicare, financé par le budget fédéral, couvre 33 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, assure l'hospitalisation soixante jours par an, et propose une assurance facultative pour les soins de ville, financée par des primes individuelles. Medicaid, financé à parts égales par le budget fédéral et par l'Etat où réside la personne, protège la moitié des pauvres ainsi que les vieux nécessitant des soins de longue durée, soit 30 millions de personnes.

Ces assurances publiques prennent en les gros risques, elles couvrent 23% de la population, et financent 42% des dépenses de santé. L'impôt finance donc presque la moitié des soins. Les assurances privées, elles, sélectionnent les risques faibles, couvrent 63% des américains, financent 37% de la dépense. Les hôpitaux publics reçoivent des cas extrêmes sociaux, les toxicomanes et les victimes de violences. Près de la moitié de leurs patients sont insolubles. 14 % de la population, soit 40 millions de personnes, n'a aucune assurance maladie : Etudiants, femmes mariées, chômeurs, travailleurs, en majorité jeunes. Un 1/3 d'entre eux ont moins de 24 ans.

-Health Management Organisations (HMO):

Les HMO datent des années 30, organismes privés qui apparaissent aujourd'hui comme la formule moderne du libéralisme. Adhérer à un HMO donne droit à des soins gratuits, y compris les médicaments, ou avec un faible ticket modérateur, en contre partie d'une prime, ou capitation. Les HMOs cumulent les rôles d'assureur et de soignant, elles peuvent ne pas rechercher le profit ou au contraire adhérer à une logique capitaliste qui leurs impose de rémunérer les actionnaires les'ayant financé en bourse. Leur profit se dégage, en effet, entre les primes reçues et le coût des soins fournis. Elles sont financées par une prime prospective et globale, qui couvre l'ensemble des dépenses engagées pour l'assuré. Leur programme consiste à maximiser leur profit sous contrainte des coûts. Le

¹¹ [http://www.who.int/health_topics/health_care_systems/fr/Observatoire_européen_des_systèmes_de_santé-Health_care_systems_in_transition_\(HiT\)_profile:_United-stades](http://www.who.int/health_topics/health_care_systems/fr/Observatoire_européen_des_systèmes_de_santé-Health_care_systems_in_transition_(HiT)_profile:_United-stades)

Le système des HMO impose une double concurrence : entre les prestataires de soins d'une part, entre assureurs d'autre part. Les HMO maximisent donc leur profit soit en augmentant le nombre de leurs adhérents, ce qui suppose de proposer un meilleur service, de réduire les primes d'assurances demandées à la clientèle, selon le niveau de la concurrence entre les HMO, soit en diminuant leurs coûts. Ils sont donc incités à répercuter leurs progrès de productivité par la baisse de leurs primes, à organiser la prévention et à choisir les techniques de soins les moins coûteuses. Les études d'évaluation de leurs conditions d'activité montrent qu'ils offrent des primes de 25 à 40% inférieures à celles des assureurs traditionnels à risque égal. Ils obtiennent ces résultats en substituant les soins de ville à l'hospitalisation, mais aussi en imposant parfois des tarifs, salaires ou capitation, plus bas.

1.3.2 Problèmes et difficultés:

Les Etats-Unis est le seul pays industriel qui n'a pas planifié ni offert l'accès universel aux services de soins de santé pour sa population. Le manque de la couverture universelle est devenu un problème politique car le nombre de gens sans couverture d'assurance de santé continue d'augmenter. Il y avait 39,7 millions de personnes sans couverture d'assurance de santé en 1993. Ce nombre a augmenté à 40,3 millions en 1995. Les jeunes et les adultes mi-âgés sont ceux qui n'ont souvent pas accès à l'assurance privée ou publique. Les individus, âgés de 18-64 ans, qui étaient parmi les travailleurs non assurés en 1995, étaient ceux travaillant dans l'agriculture (36 %), les indépendants (33%) et la construction (32%). même si un tiers de ces gens avaient des revenus en dessous de la ligne de pauvreté officielle, ils n'étaient pas considérés assez pauvres pour être qualifiés pour le programme Medicaid du gouvernement.

La taille et la population d'un pays peuvent avoir un impact significatif sur son système de santé. La taille des U.S.A et le nombre de ses Etats ont produit des différences¹² :

- dans l'échelle des salaires régionaux
- dans la disponibilité du personnel
- dans la demande saisonnière des services
- dans la prise de décision
- dans la dépense des infirmières à domicile
- dans les coûts
- et dans le standard accepté des soins.

12 http://www.who.int/health_topics/health_care_systems/fr/

Observatoire européen des systèmes de santé-

Health care systems in transition (HiT) profile:

United-stades.

1.3.3 Rationnement du remplacement total de la hanche :

Une étude conduite sur les admissions pour RTH a montré que certains bénéficiaires HMO sont retournés au système Fee-For-Service (F.F.S) pour subir l'opération. Il s'agit d'une étude rétrospective des patients âgés déclarés bénéficiaires HMO résidents dans le sud de Floride entre 90-93. Résultat : le taux d'admission pour RTH est supérieur de 3,5 à 4 fois parmi les anciens bénéficiaires HMO que parmi les bénéficiaires F.F.S, ceci explique l'attitude de ces HMO qui rationnent la chirurgie électorale de RTH en renvoyant leurs bénéficiaires vers le FFS spécialement âgés, déclarés lourds et coûteux¹³.

1.4 Le système canadien :

1.4.1 Définition :

Le système de santé canadien est un système universel de type Beveridge. Il est décentralisé politiquement et pratique la dévolution. La province est une instance élue et dispose d'une indépendance importante. Le niveau fédéral définit les principes, impose la cohérence et finance au moins la moitié des dépenses.

Chaque résident provincial reçoit une carte d'assurance donnant droit aux services, non seulement dans le domicile de province mais dans tout le Canada. Tous les plans provinciaux doivent satisfaire 5 critères de santé canadienne (1984) :

- doivent être administrés publiquement.
- doivent être compréhensifs.
- doivent être universels, couvrant tous les résidents.
- doivent être portables, afin que les résidents puissent obtenir les services nécessaires dans tous les territoires et provinces.
- doivent être accessibles, c-à-dire que tous les citoyens doivent bénéficier des services. Les services couverts varient d'une province à l'autre et les soins médicaux nécessaires sont généralement couverts.

La prestation des services médicaux dans le Canada est entre les mains du secteur non public (le privé). Les hôpitaux fonctionnent sur la base du non-profit (ils sont essentiellement communautaires) et les médecins travaillent généralement en indépendant. La prestation des soins de santé n'est pas socialisée au Canada, c'est l'assurance ou le système de paiement qui est socialisé. Les médecins de soins primaires prédominent comme care-givers, ils commandent l'accès à la plupart des spécialistes, aux admissions à l'hôpital, aux tests de diagnostic et à la thérapie par des médicaments sur ordonnance¹⁴.

¹³ Medicare HMO disenrollment and selective use of medical care: osteoarthritis-related joint replacement.

Am J Manag Care. 2000 Aug;6(8):917-23.

PMID: 11186503 (PubMed - indexed for MEDLINE).

14,15,16 [http://www.who.int/health_topics/health_care_systems/fr/Observatoire_européen_des_systèmes_de_santé-Health_care_systems_in_transition_\(HiT\)_profile:_Canada](http://www.who.int/health_topics/health_care_systems/fr/Observatoire_européen_des_systèmes_de_santé-Health_care_systems_in_transition_(HiT)_profile:_Canada).

1.4.2 Le financement du système:

Le financement des soins de santé se fait premièrement par les taxes, corporatives ou individuelles, au niveau fédéral et provincial. Le gouvernement fédéral, comme mentionné, paye les provinces sur la base d'un taux de capitation lié au changement dans le produit domestique brut (transferts). Les individus doivent aussi payer les primes aux employeurs et assurances pour les services non couverts, et doivent payer directement les producteurs pour quelques services.

Les médecins sont généralement rémunérés à l'acte. A cet effet, des plans d'honoraires sont négociés entre chaque gouvernement provincial et les associations médicales provinciales. Le programme d'honoraire est un dispositif de contrôle des coûts par les provinces. Ces dernières fixent des limites sur la dépense des médecins pour ne pas augmenter le nombre de services offerts dans le but d'augmenter leurs revenus.

Les hôpitaux sont payés sur la base des limites globales. Ainsi, chaque province fixe un budget pour les hôpitaux, ensuite, chaque hôpital décide comment allouer ses fonds et comment chaque procédure va être entreprise¹⁵.

1.4.3 Les problèmes et difficultés:

Le système de santé canadien rencontre des problèmes majeurs qui se manifestent par la réduction du budget disponible, la fermeture des hôpitaux, la réduction et immigration du personnel, et des listes d'attente très longues¹⁶ :

a)-Réduction du budget :

Le Canada a connu plusieurs récessions de 1980-1990. Pendant ce temps, sa dette collective a enregistré 40% du PIB en 1982-83, puis 65% du PIB en 1992-93. En même temps, la dépense de santé augmente dramatiquement. En 1996, elle est de 9,5% du PIB comparée à 7,3 % en 1980.

Le transfert des paiements du gouvernement fédéral aux provinces constitue un mécanisme majeur de financement pour le système de santé canadien. L'augmentation du déficit budgétaire et des dépenses de soins de santé conduit à des pressions intensives en vue de réduire ce déficit et ces dépenses. En 1990, l'Etat a gelé quelques paiements de transferts des provinces pour 2 ans. Ensuite, le budget fédéral gelé est prolongé jusqu'en 1995. A partir de 1996 le gouvernement fédéral change la voie de financement des soins en combinant les contributions pour la santé et l'éducation en un seul bloc de fonds de subvention :Transfert Social et de Santé canadienne (TSSC).

Le financement des hôpitaux a diminué de 40,6% de la dépense totale de santé en 1987 à 33,6% en 1997.

b)- Fermeture des hôpitaux, réductions Manpower et migration des médecins :

Comme chaque province commence à sentir le budget diminuer, elle est forcée de prendre des mesures drastiques. Pour réduire les coûts, les provinces ont fermé des hôpitaux, ont réduit les lits et la main d'oeuvre des services de santé. Conséquence de ces actions : augmentation du stress et de la tension parmi les travailleurs de soins de santé, insatisfaction des canadiens face à ce qui s'est passé dans le système de santé.

A travers le Canada, le nombre des hôpitaux, des lits, des infirmières, et des médecins a diminué. En 1998, 40% des infirmières québécoises souffrent de sévère stress et pensent quitter leurs jobs. Les médecins sont aussi frustrés par beaucoup de travail, un faible revenu par rapport à leurs collègues américains, ainsi que par une difficulté d'accès aux équipements de diagnostic. 55 % des médecins chirurgiens sont insatisfaits du style de vie résultant de la demande considérable sur leur temps. Les spécialistes, en moyenne, travaillent 65 heures par semaine, alors que les généralistes travaillent de leur côté 57 heures par semaine. Quelques médecins ont émigré aux Etats-Unis. En 1996, 513 médecins actifs quittent le Canada. 52.000 à 55.000 médecins ont quitté Canada dans les 4 ans passés.

c)-délais et listes d'attente :

Une des conséquences des réductions des budgets, de la fermeture des hôpitaux et des autres mesures de réduction des coûts, est l'émergence des listes d'attente à long terme pour la chirurgie. Des patients inquiets, attendent souvent des mois pour la chirurgie. Le temps d'attente entre le fait de voir un spécialiste et le fait d'obtenir le traitement est à peu près de 6,2 semaines. Le temps prend 7,6 semaines pour consulter un ophtalmologue et 10,2 semaines pour recevoir le traitement . Les listes d'attente pour certains types de chirurgie électorale, comme le remplacement de la hanche, sont considérablement longues au Canada par rapport aux U.S.A. Il y a aussi une variation dans le temps d'attente d'une province à l'autre (11,5 semaines en Ontario, 21 semaines en Prince Edward Island). Presque 1/3 des médecins ont envoyé leurs patients à l'extérieur du pays pour recevoir le traitement. Par exemple, à peu près 10% des résidents de la British Columbia nécessitent la thérapie contre le cancer ont été envoyés au U.S.A.

1.4.4-Rationnement du remplacement total de la hanche :

Pour identifier les patients appropriés qui devaient être envoyés à la chirurgie du RTH, des critères ont été développés par un processus Delphi avec un panel incluant orthopédistes, rhumatologues, généralistes, épidémiologistes et physiothérapeutes. Le panel a classé 140 cas de scénarios d'adéquation et 42 scénarios pour la priorité dans la liste d'attente. Ces scénarios incorporent des combinaisons de facteurs cliniques appropriés. Ainsi, les listes sont organisées non pas par ordre chronologique mais selon l'impact clinique et social des retards à la chirurgie et sur la base des informations obtenues de l'histoire clinique des patients. Les classements appropriés sont saisis sur une échelle de 7 points et les classements urgents sur une échelle de 4 points pour spécifier les temps d'attente. Un algorithme statistiquement validé dans trois formes de décisions a été élaboré,

il permet une estimation rapide de l'urgence ou l'appropriation de l'opération dans la pratique¹⁷.

1.5 Le système de santé de la Finlande :

1.5.1 Définition :

En Finlande, le ministère des affaires sociales et sanitaires dirige et guide les services sociaux et sanitaires au niveau national. Il définit la politique sociale et sanitaire générale, prépare des réformes majeures et des propositions pour la législation. Il surveille leur mise en oeuvre et assiste le gouvernement dans les décisions prises. Ce dernier décide des priorités nationales générales et formulent des propositions à soumettre au parlement.

Attaché au ministère et sur l'initiative de celui-ci, le conseil de sécurité de base doit investiguer les déficiences observées dans la provision des services de santé municipales et formule des recommandations pour les éliminer. Le *National Health Insurance* est une institution séparée du ministère, mais sous l'autorité du parlement, elle finance une part du coût total des soins de santé avec 400 offices locaux dispersés dans le pays.

Ainsi, les principaux niveaux dans l'organisation administrative des soins de santé sont le gouvernement central, les municipalités et la province. L'Etat provincial poursuit les objectifs nationaux et régionaux de l'administration centrale, et prend contact avec les municipalités dans leurs régions. Les départements provinciaux de la santé sont responsables de la direction et la surveillance des soins primaires et spécialisés publics et privés¹⁸.

1.5.1 Le financement du système :

Le système de soins de santé en Finlande est principalement financé par l'impôt. L'Etat et les municipalités ont le droit de percevoir les impôts. En 1999, 43 % des coûts totaux des soins de santé sont financés par les municipalités, 18% par l'Etat, 15 % par l'assurance de santé nationale et 24 % par d'autres sources privées. Les impôts de l'Etat sont constitués de l'impôt sur le revenu et de taxes indirectes, financent les soins de santé sous forme de subventions par le biais du ministère

¹⁷ Primary hip and knee replacement surgery: Ontario criteria for case selection and surgical priority.

Qual Health Care. 1996 Mar;5(1):20-30.

PMID: 10157268 (PubMed - indexed for MEDLINE).

^{18,19} http://www.who.int/health_topics/health_care_systems/fr/

Observatoire européen des systèmes de santé-

Health care systems in transition (HiT) profile:

Finlande.

des affaires sociales et sanitaires à toutes les municipalités. L'impôt municipal est une proportion fixée sur le revenu, variant d'une municipalité à l'autre. En moyenne, elle est de 17,5 % du revenu taxable. Autres importantes sources de revenu sont les revenus des opérations et subventions de l'Etat. En moyenne plus de 50 % des budgets des municipalités sont dépensés pour le bien être social et les soins de santé. Les revenus de l'assurance viennent des contributions prélevées sur les salaires des employeurs et employés¹⁹.

1.5.3 problèmes et difficultés :

Pour régler les problèmes d'accès aux soins de santé et notamment celui des listes d'attente très longue, les établissements finlandais les plus avancés dans la science médicale et dans la recherche et développement des soins de santé ont tenu une réunion de consensus sur la priorité dans les soins de santé. Le rapport de cette réunion a supposé que la priorité devait être donnée aux patients avec bénéfices attendus du traitement, en tenant compte des habitudes de vie et de l'âge.

1.5.4 Rationnement du remplacement total de la hanche :

Le remplacement total de la hanche est une opération impliquant des listes d'attente très longues. Une étude est menée dans ce cadre pour mesurer la volonté des médecins d'envoyer les patients âgés pour ce type de chirurgie électorive en Finlande. L'objectif de cette étude est d'examiner la relation entre la bonne volonté du médecin d'envoyer les patients à la chirurgie électorive de la hanche et l'âge, morbidité, institutionnalisation, les habitudes de vie et les signes de démence. L'étude s'inscrit dans le projet PRIHC (Prioritization In Health Care) qui a été implanté par l'université de Kuopio en Finlande. La population échantillonnée est constituée de 1500 médecins qualifiés dans la Finlande, sélectionnés par randomisation des registres de l'association médicale finlandaise ; chacun a reçu un questionnaire de 18 vignettes des cas des patients imaginés. Les répondants ont été questionnés pour savoir s'ils vont envoyer les patients sur la base des vignettes pour la chirurgie, ou choisir quelques autres alternatives. Dans les vignettes, l'âge des patients a varié de 65 et 85 ans, à 5 ans d'intervalle, pour produire 8 différents questionnaires, et chaque répondant a obtenu un exemplaire de questionnaire. Résultat obtenu : un total de 837 médecins qui ont retourné le questionnaire (taux de réponse 56%), 55% sont des hommes. Leurs âges varient de 25 à 63 ans (médiane 41 ans). Les résultats concernant l'attitude des médecins de référer une personne âgée sont présentés dans le tableau suivant:

Table 1 : Pourcentage de la volonté des médecins de référer le patient pour la chirurgie électorive de la hanche en fonction de l'âge et la vignette²⁰ :

²⁰ Doctors' willingness to refer elderly patients for elective surgery. Fam Pract. 1997 Jun;14(3):216-9. PMID: 9201495 (PubMed - indexed for MEDLINE).

vignette	Age des patients (ans)				
	65	70	75	80	85
Vignette1	99%	92%	93%	73%	63%
Vignitte2	46%	41%	41%	24%	22%
Vignette3	39%	20%	11%	13%	9%
Vignette4	100%	86%	76%	52%	39%
Vignette5	58%	37%	24%	22%	9%
Vignette6	30%	14%	14%	6%	-
Vignette7	60%	44%	33%	14%	9%
Vignette8	33%	25%	11%	9%	4%

Dans chaque vignette, l'âge des patients varie de 65 à 85 ans avec 5 ans d'intervalle :

Vignette 1 : la personne âgée résidant à domicile d'âge x est souffrante d'une sérieuse ostéoarthrite de la hanche. Autrement le patient est sain.

Vignette 2 : la personne âgée résidant à domicile d'âge x est souffrante d'une sérieuse ostéoarthrite de la hanche. Le patient a plusieurs maladies et il a besoin d'aide à la maison.

Vignette 3 : personne âgée placée dans une institution d'âge x souffrante d'une sérieuse ostéoarthrite de la hanche. Le patient a plusieurs autres maladies, mais pas de signe de démence.

Vignette 4 : personne âgée résidant à la maison d'âge x, souffrante de douleur à la jambe quand elle marche à cause d'une occlusion artérielle. Le patient est autrement sain.

Vignette 5 : personne âgée l'âge x résidant à domicile souffrante d'une douleur à la jambe quand elle marche à cause d'une occlusion artérielle. Le patient a plusieurs autres maladies et il a besoin de beaucoup d'aide à la maison.

Vignette6 : la personne âgée d'âge x placée dans une institution souffre d'une douleur à la jambe quand elle marche, à cause d'une occlusion artérielle. Le patient a plusieurs autres maladies mais pas de signe de démence.

Vignette7 : la personne âgée d'âge x résidant à domicile souffre d'une douleur à la jambe quand elle marche, à cause d'une occlusion artérielle. Le patient est autrement sain et il fume malgré la maladie.

Vignette8 : la personne âgée d'âge x résidant à domicile souffre d'une douleur à la jambe quand elle marche, à cause d'une occlusion artérielle. Le patient a plusieurs autres maladies et a besoin de beaucoup d'aide à la maison, et il fume malgré la maladie.

La proportion de la volonté des médecins d'envoyer les patients pour la chirurgie électorale était inversement liée à l'âge des patients : Dans toutes les vignettes, les médecins ont choisi d'envoyer moins de patients très âgés. Dans beaucoup de cas, il y a un point d'inflexion à l'âge entre 75 et 80 ans : après cela, la proportion de la volonté des médecins de recommander la chirurgie diminue rapidement. Dans le cas où le patient avait multiples maladies ou était institutionnalisé, cette volonté diminue linéairement à peu près de la moitié de celle relative aux patients qui sont à domicile et sains. La consommation du tabac diminue aussi la volonté des médecins.

Les médecins ont moins de volonté d'envoyer les personnes âgées pour la chirurgie électorive de la hanche, mais la morbidité ainsi que le style de vie et l'institutionnalisation ont un grand effet sur la référence pour la chirurgie.

1.6 Conclusion :

Généralement, la rareté des ressources face à une demande de soins illimitée implique des choix qui doivent être faits dans l'allocation de ces ressources. Cette conclusion est démontrée par tous les systèmes de santé caractérisés par des listes d'attente très longues pour accéder aux soins. Ainsi, on comprend pourquoi ces systèmes ont concentré leurs efforts pour élaborer des priorités sur la base de critères adéquats. Le remplacement total de la hanche est l'une des interventions chirurgicales pour lesquelles la satisfaction de la demande est difficile à assurer, et qui a fait l'objet de plusieurs études épidémiologiques et économiques afin d'évaluer les critères qu'il faut retenir dans l'attribution de cette chirurgie. C'est ainsi que les Anglais ont développé des critères cliniques de l'état de santé du patient : c'est en premier lieu l'urgence clinique du patient qui doit être prise en considération dans l'octroi de l'opération en utilisant le système des scores cliniques néo-zélandais. La Nouvelle Zélande à son tour a développé des critères d'estimation de priorité standardisés pour les procédures chirurgicales électorives notamment le remplacement total de la hanche. Il s'agit du degré de la douleur qui détermine 40 % de la priorité, l'activité fonctionnelle présente 20% de la priorité, mouvement et déformation présente 20% et d'autres facteurs comme la capacité de travailler ou vivre indépendamment 20% de la priorité.

Les HMOs en US ont tendance à rationner et à manager les soins de santé sur la base des critères économiques, c'est le cas quand elles choisissaient des adhérent bien portants et renvoyaient les cas extrêmes vers d'autres systèmes de couverture. Quant aux canadiens, pour identifier les patients appropriés à la chirurgie dans la liste d'attente, ils ont élaboré 140 scénarios d'adéquation de l'opération pour le patient et 42 scénarios pour la priorité dans la liste d'attente.

Finalement, la plupart des systèmes occidentaux ont organisé leurs listes d'attente non pas par ordre chronologique ni selon critère économique, mais sur la base de l'impact clinique et social des retards à la chirurgie sur la liste d'attente. La Suisse à son tour, depuis de nombreuses années, est confrontée à une augmentation des coûts de la santé due aux facteurs de la demande et de l'offre (variations des pratiques médicales, vieillissement de la population, progrès médico-techniques, incitations du coté de l'offre et du coté de la demande, les attentes placées dans la médecine...).

2. Le système de santé suisse et l'utilisation du RTHP dans le Canton de Vaud.

2.1 Système de santé suisse :

2.1.1 Définition :

La première loi sur l'assurance maladie suisse date de 1911. Elle n'a été notablement réformée, dans son application que le 1^{er} janvier 1996 après avoir été abrogée par la votation (référendum) du 4 décembre 1994. Elle passa avec 51,8 % de oui. Cette nouvelle loi a eu pour principal effet d'établir l'assurance maladie universelle et d'instaurer un système concurrentiel entre les caisses d'assurances, ainsi qu'entre les autres acteurs de la santé. Les nouvelles dispositions assurant le passage de LAMA à LAMal devaient permettre de réduire le coût des assurances sociales qui avait doublé entre 1985 et 1995.

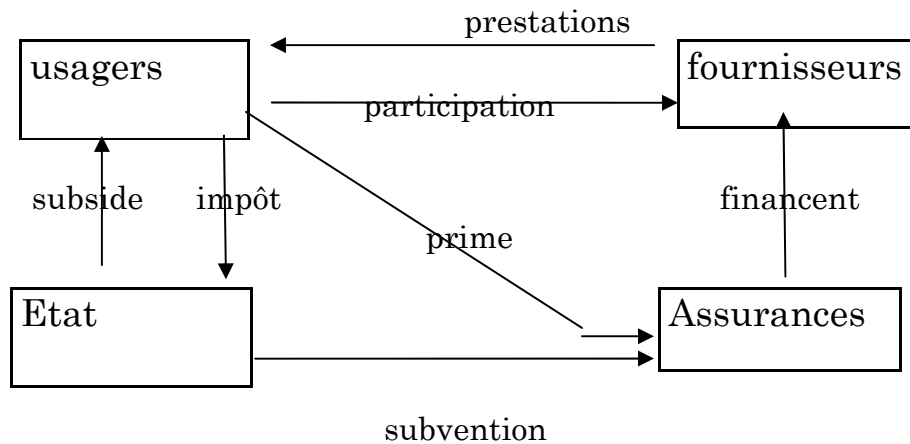
Les Suisses s'assurent auprès d'environ 166 caisses maladies qu'ils peuvent changer à tout moment. Actuellement il y a 166 caisses pratiquant tout ce qui relève de l'assurance sociale. Elles sont soumises au principe de la répartition et de la mutualisation des risques. Elles doivent prévoir des réserves de l'ordre de 20 % de leur budget annuel. Elles ont aussi l'obligation d'offrir l'assurance d'une indemnité journalière. Enfin, elles doivent avoir un siège en Suisse. Leur fonctionnement est soumis à la surveillance de l'OFAS. Le système de financement est composé d'abord par les primes individuelles non proportionnelles au revenu et versées par les assurés, par la participation des ménages aux frais et enfin par les subsides des pouvoirs publics cantonaux et fédéraux. L'assurance de base couvre la maladie, l'accident et la maternité, y compris l'essentiel des prestations hôtelières de l'hospitalisation en division commune.²¹

2.1.2 Organisation et financement ²²:

La raison d'être d'un système de santé idéal est de permettre le maintien ou l'amélioration de l'état de santé d'une population, sans discrimination, mais en respectant des contraintes d'efficacité et de coût raisonnables. De manière générale, le système de santé est le fruit d'un compromis obtenu par négociation, entre des acteurs aux objectifs potentiellement fort divergents. Schématiquement, quatre acteurs principaux interagissent dans le système de santé suisse (figure 1) :

²¹ Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) .

²² survol du système suisse de santé. Bulletin des médecins suisses, 2001;82. Nr 32/33.



a- L'utilisateur :

Il est la raison d'être de tout le système, à la fois citoyen, électeur, contribuable, assuré et parfois client ou patient. Il est aussi celui sur qui repose l'essentiel de la charge financière (impôts et prime d'assurance). Il peut bénéficier d'actions préventives, demander de l'assistance ou consommer des prestations. Le plus souvent bénéficiaire du système, il peut aussi en être la victime, quand par exemple, il contracte une infection nosocomiale lors d'un séjour hospitalier ou subit une erreur médicale. Dans le passé, l'utilisateur disposait de peu d'informations et se retrouvait souvent seul face au médecin. Maintenant, mieux renseigné, il s'organise en association de patients souffrant d'une même pathologie, en associations de parents d'enfants malades ou de proches de patients atteints de la même maladie (Alzheimer par exemple). Ces associations représentent les intérêts de leurs membres et leur proposent parfois des prestations sous forme d'informations, de conseils, ou de mise à disposition de matériel. Ces organisations sont donc également des fournisseurs de prestations de santé et contribuent souvent financièrement à la recherche. L'utilisateur peut aussi devenir un prestataire de soins lorsqu'il participe à des activités bénévoles liées aux soins ou prend en charge un membre de son entourage.

b- Les fournisseurs de prestations de santé :

Ils sont essentiellement représentés par les professionnels des soins et leurs structures. Le médecin joue toujours un rôle central parmi les fournisseurs, par ses activités diagnostiques et de prescription ; le corps infirmier est numériquement l'ensemble professionnel le plus important. Les fournisseurs de soins prodiguent leurs services à domicile, en ambulatoire ou dans des établissements de soins. Ces derniers, qu'il s'agisse de cliniques privées, d'établissements médico-sociaux (EMS), ou d'hôpitaux, concentrent les ressources techniques et mettent en commun les expériences de tous les professionnels de la santé. Les fournisseurs de soins

bénéficient d'autre part de l'apport en matériel et en produits thérapeutiques mis au point par le secteur industriel, aussi actif sur le plan de la recherche.

Les fournisseurs sont aussi regroupés en associations qui ont différents rôles : défendre leurs intérêts (H+ les Hôpitaux de suisse, Fédération des médecins suisses FMH), définir les politiques professionnelles (Association suisse des Infirmières et Infirmiers ASI), assurer la formation continue (Sociétés cantonales de médecine, sociétés de spécialistes, ACM, SS) ou participer à l'élaboration de directives éthiques (Académie Suisse des Sciences Médicales).

Les fournisseurs de prestations représentent un acteur important de l'activité économique, tant par le nombre de personnes qui en vivent que par l'importance du volume financier qui en découle (actuellement 10% du produit intérieur brut de la Suisse).

c- l'Assureur :

Il joue un rôle de banquier en encaissant les primes d'assurances. Il fixe le montant des cotisations, encaisse les primes des usagers, rembourse une partie des frais et constitue des réserves. L'assureur négocie également les conventions tarifaires, surveille les fournisseurs de prestations auxquels il demande des renseignements justificatifs. Regroupés en concordat, les assureurs, à l'instar de la FMH (Fédération des Médecins Helvétiques), exercent également une activité de lobbying auprès de certaines commissions fédérales.

d- L'Etat :

Il exerce une fonction régulatrice entre les partenaires. Il légifère, exerce des contrôles et assure aussi une partie du financement du système de santé. Son rôle est de veiller au respect des lois et d'assurer l'accès aux soins et leur qualité. Il subventionne les hôpitaux publics, la formation professionnelle ainsi que la recherche via les Universités et le Fonds National de la Recherche.

Au niveau cantonal, l'Etat exerce son rôle de police sanitaire en accordant les droits de pratique (médecin cantonal), mais aussi en contrôlant les denrées alimentaires et la qualité de l'air. Il subventionne en grande partie les hôpitaux et les soins à domicile. Il subventionne les primes d'assurance des assurés à faible revenu, garantissant ainsi l'accessibilité aux soins. Toutes ces activités sont réglées par des lois sanitaires cantonales, dont les modalités varient d'un canton à l'autre.

Au niveau fédéral, plusieurs offices sont actifs dans le secteur sanitaire. l'office fédéral des assurances sociales (OFAS) vérifie les comptes et statistiques de ces assurances. L'office fédéral de la santé publique (OFSP) émet des recommandations à l'intention des médecins cantonaux et des praticiens, il met également en place des campagnes de prévention. L'office fédéral de la statistique (OFS) collecte de manière anonyme les informations sanitaires provenant des hôpitaux publics qui ont l'obligation de coder les diagnostics relatifs aux patients hospitalisés, et en diffuse les résultats. L'office fédéral de l'éducation et de la

science (OFES) est actif dans le secteur de la formation et subventionne la participation helvétique aux projets de recherche européens.

Enfin, de nombreuses organisations internationales exercent également des activités supra-étatiques dans le secteur sanitaire en proposant des recommandations qui sont prises en compte dans les programmes préventifs ou les lois nationales (Organisation Mondiale de la Santé).

2.1.3 Problèmes et difficultés :

En Suisse, la santé représente une part croissante du PIB: 1960 3,3%, 1980 7,2 %. Depuis 1997, ce chiffre dépasse les 10 %. Cette augmentation peut être expliquée par des raisons liées à la demande (vieillesse de la population,...), des raisons liées à l'offre (démographie médicale, progrès médico-technique,..) et par des raisons liées au financement.

a) Raisons liées à la demande :

Il s'agit principalement du vieillissement de la population : avec l'âge, la morbidité s'accroît et le recours aux soins augmente, les coûts augmentent à leur tour. Mentionnons aussi les exigences accrues des patients dues à l'efficacité de la médecine moderne, "plus la médecine s'améliore, plus il y aura de malades". Le libre choix du prestataire de soins favorise les visites multiples et inutiles.

b) Raisons liées à l'offre:

Le progrès médical est dominé par des technologies nouvelles, qui font que ce qui était impossible devient possible. C'est ainsi que des besoins nouveaux, couverts par les caisses, sont créés, par exemple : les prothèses de la hanche, les pontages, et autres²³.

c) Raisons liées au financement :

A côté du progrès médico-technique, le médecin est rémunéré à l'acte pour chaque prestation fournie. S'il pense en terme d'économie et renonce à fournir certaines prestations, il est en quelque sorte puni puisque ses revenus baissent. Il gagne donc davantage d'argent non pas lorsque son style de traitement est efficace, mais lorsqu'il fournit des prestations plus nombreuses et plus complexes (liberté de prescription) ce qui induit des coûts supplémentaires. L'augmentation de la démographie médicale, contrairement à ce qui se passe dans le marché classique, augmente la dépense sanitaire. En effet, les soins ambulatoires représentent 10% des coûts de la LAMal et ont augmenté de 13,7 % en 1999 suite au transfert de certains soins hospitaliers vers l'ambulatoire, les médicaments représentent 20% des coûts de la LAMal et ont augmenté de 6,7 % en 1999.

²³ Société des médecins du canton de Berne. Bulletin 4/00.

2.1.4 Conclusion :

D'une manière générale, la LAMal en comparaison avec les autres pays, garantit un accès universel et équitable aux services de santé et une meilleure qualité des soins, alors que l'expansion continue de la dépense sanitaire devant des ressources limitées commence à devenir un fardeau lourd sur l'économie. Ainsi, conscients de cette crise, tous les acteurs responsables se mobilisent pour trouver une solution visant la maîtrise des coûts. Chose qui n'est pas facile dans un contexte d'intérêts divergents des acteurs. On d'une part les économistes qui soutiennent l'idée que le système doit être bâti sur des principes du marché, à l'instar du modèle américain, en mettant en place des organes dits HMO qui produisent et fournissent les soins en même temps . De son côté, le corps médical et social craint de perdre ses intérêts économiques et professionnels et défend les principes de la sécurité sociale traditionnelle (solidarité entre générations, droits de l'homme...).

Notre travail de recherche suivant a pour but de confronter les taux de recours au remplacement total de la hanche primaire ICD-9-CM code 8151 dans le Canton de Vaud à ceux trouvés dans les pays rationnant cette procédure par divers moyens.

2.2 Etude comparative de l'utilisation du RTHP.

2.2.1 Introduction :

Notre objectif est de comparer, entre divers pays, les taux d'arthroplasties complètes et primaires de la hanche, pratiquées sur des patients hospitalisés pour 100.000 habitants.

Cette opération est connue sous différents codes, le code 93.51 de la classification du Canada, le code NFB40 de la classification scandinave et le code ICD-9-CM 8151 de la classification internationale. C'est ce dernier qui est retenu en Suisse.

L'arthroplastie de la hanche peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de la vie liés à l'état de santé. Ces vingt dernières années, les taux d'interventions chirurgicales ont augmenté considérablement. Une forte variation internationale du taux d'arthroplasties totales de la hanche primaires pourrait dépendre de nombreux facteurs : l'accès aux services, le profil des pratiques des prestataires de soins et les préférences du patient.

2.2.2 Méthode :

Nous avons mené une recherche de données statistiques par Internet, sur l'intervention chirurgicale électorale du remplacement total de la hanche (ICD-9-CM 8151), et par courrier électronique (email) auprès d'une dizaine de centres nationaux d'informations sanitaires (Service cantonal de recherche et

d'informations statistiques de l'Etat de Vaud SCRIS, New Zealand Health Information Service NZHIS, le National Research and Development Centre for Welfare and Health STAKES, Institut canadien d'information sur la santé CIHI, National centre for health statistics US, Statistics Iceland- Information Service, statistic Danmark, Statistic Finland, Statistic Norway, NHS Département de la santé, Germany federal office of health statistics). Le contenu du message e-mail concernait la consultation des données sur les taux d'utilisation du Remplacement Total de la hanche ICD-9-CM 8151 par sexe et par groupe d'âge pour l'année 1999-2000. Pour les répondants, qui n'ont pas ces taux, on a envoyé un deuxième e-mail pour avoir le nombre des arthroplasties totales de la hanche primaire par sexe et par âge ainsi que la distribution de leurs population bénéficiaires par âge et par sexe ; données nécessaires pour le calcul des taux spécifiques. Une fois obtenu les taux spécifiques pour chaque pays, nous avons procédé à une comparaison de ces populations avec la population du Canton de Vaud, en utilisant la méthode de standardisation directe afin de neutraliser l'effet de l'âge et du sexe. La population standard de référence choisie est la population européenne ; elle a en effet les mêmes caractéristiques que celles des pays étudiés ici, ce qui permet d'avoir des résultats corrects. Le total de la population standard correspond à la somme des habitants suivant les classes d'âge retenues pour la comparaison. Tous ces pays, comme il est démontré dans la première partie, se caractérisaient par des listes d'attentes très longues pour ce type de chirurgie et la plupart d'entre eux ont élaboré des critères de priorité et d'accès à la salle d'opération. Après avoir calculé pour le Canton de Vaud les taux spécifiques du RTH, nous allons comparer ces taux avec les autres pays pour savoir s'il y a une variation significative ou un rapprochement dans l'utilisation de cette procédure.

2.2.3 Résultats :

Le taux de réponse au message est de 100 %, alors que le taux de réponse avec les données est de 30 % (SCRIS, NZHIS, STAKES) :

Pour le Canton de Vaud, on a obtenu du SCRIS des données sur le nombre d'utilisations du RTHP et la répartition de la population vaudoise. Ensuite, nous avons calculé les taux totaux et spécifiques par âge et par sexe pour l'année 2000.

Pour la Nouvelle Zélande, le NZHIS nous a fourni une table des taux d'utilisation du RTHP totaux et spécifiques par âge et sexe pour l'année 2000.

Pour les pays scandinaves, nous avons obtenu du service des statistiques de la Finlande, du STAKES, des informations sur le nombre d'utilisation de ce type de chirurgie par sexe et par âge ainsi que la répartition de leur population. Le service des statistiques sanitaires du Danemark propose d'écrire au chirurgien chef, dr.med.Ulf.Lucht au département d'orthopédie. Le service des statistiques de l'Islande et celui de la Norvège nous ont affirmé que ces données sont disponibles sur le site Internet "NOMESCO". Ce dernier nous a été utile pour calculer les taux d'utilisation du RTH pour tous les pays scandinaves pour l'année 1999/2000, à l'exception de l'Islande dont le nombre des remplacements total de la hanche

concerne l'année 1998. La répartition de la population de chaque pays par âge et par sexe, est obtenue en utilisant le site <http://esa.un.org/unpp>.

Ces pays utilisent une classification des diagnostics et procédures différente de la classification internationale. Le RTHP est sous le code NFB40 de cette classification.

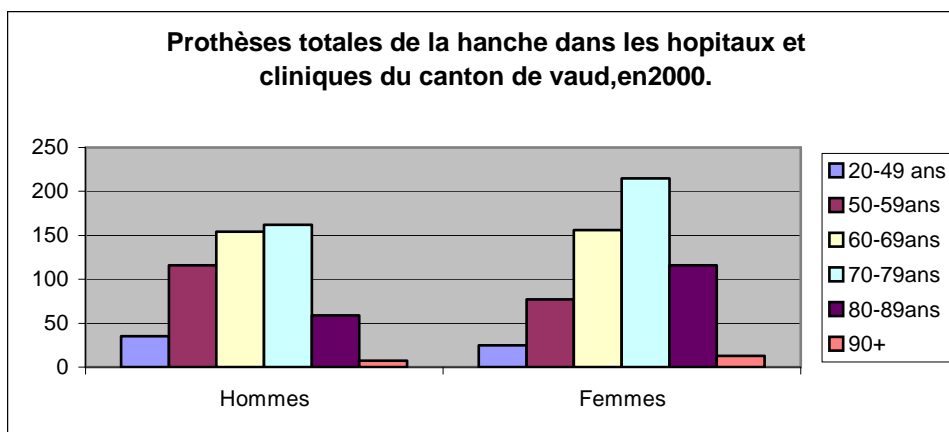
Pour le Canada, depuis 1995 le registre des remplacements articulaires rassemble les informations sur tous les remplacements totaux de la hanche et du genou et jusqu'au 1^{er} avril 2000 il n'est pas possible de faire une différenciation entre primary total hip replacement et révisions. En effet, le tableau reçu du CIHI contient les taux d'utilisation du RTHP ainsi que les révisions. Dans leur classification des procédures médicales, il utilise le code 93.51 pour désigner ce type de chirurgie.

Concernant les Etats-Unis, le National center for health statistics, a proposé de consulter le site www.phc4.org pour les données hospitalières ou www.ahrq.gov/data/hcup de Healthcare Cost And Utilization Project. Ce site contient un guide de décharges hospitalières suivant le diagnostic, la procédure d'intervention, l'âge et le sexe, l'année... Effectivement nous avons obtenu une table contenant des taux de décharge pour le RTHP ICD-9-CM 8151 par classe d'âge et par sexe pour l'année 2000.

Pour l'Angleterre, nous n'avons pu obtenir ni les nombres, ni les taux d'utilisation RTHP par l'âge et par sexe au niveau national, car la création d'un centre de registre national des arthroplasties de la hanche n'était prévue que pour le mois d'avril 2003. Par contre, nous avons obtenu le taux général d'utilisation de cette chirurgie qu'est de 80,84 pour 100000 habitants.

a) Interprétation des données du SCRIS :

Pour les quatre dernières années (1998-2001) dans les hôpitaux et cliniques privées de l'Etat de Vaud, on ne relève pas une variation remarquable du volume des prothèses totales de la hanche avec en moyenne 1086 prothèses par an. Mais, il existe une différence entre les classes d'âge et entre sexes (voir le graphique année 2001, Hommes (1) Femmes (2)).



On constate une augmentation de l'utilisation du RTH avec l'âge pour les deux sexes avec un niveau maximum entre 70-79 ans. Ensuite, à partir de cet'âge, cela commence à diminuer. Pour les deux premières classes d'âge (20-49 ans et 50-59ans), le nombre absolu des prothèses subites par les hommes est supérieur à celui des femmes.

b) Calcul des taux spécifiques:

A partir des données statistiques du SCRIS sur le volume d'utilisation des RTHP et la structure de la population Vaudoise, nous avons calculé le taux brut et les taux spécifiques par l'âge et par sexe des RTHP comme suit:

Nous reportons ci-après les RTHP des hôpitaux et cliniques privées du canton de Vaud par sexe et par l'âge pour l'année 2000 :

Classe d'âges	Hommes	Femmes	Total
20-49 ans	42	22	64
50-59 ans	104	97	201
60-69 ans	163	166	329
70-79 ans	143	230	373
80-89 ans	51	95	146
autres	6	20	26
Total	509	630	1'139

Source : obtenu du SCRIS: Statistique Vaud (statistique médicale OFS)

Puis nous avons obtenu la distribution de la population vaudoise par sexe et groupe d'âge pour l'année 2000:

classes d'ages	Hommes	Femmes	total
20-49 ans	131749	134529	266278
50-59 ans	39246	41434	80680
60-69 ans	25753	29198	54951
70-79 ans	18320	25888	44208
80-89 ans	7638	14525	22163
autres	1084	3270	4354
total	223790	248844	472634

Source : SCRIS

Et pour obtenir les taux spécifiques, nous avons calculé le rapport X_{ij}/ Y_{ij} avec :

-X: nombre des RTHP (numérateur)

-Y: effectif de la population (dénominateur).

-i : classe d'âge.

-j : sexe.

Nous avons obtenu des taux spécifiques par âge et par sexe des RTHP dans le canton de Vaud pour 100.000 résidants:

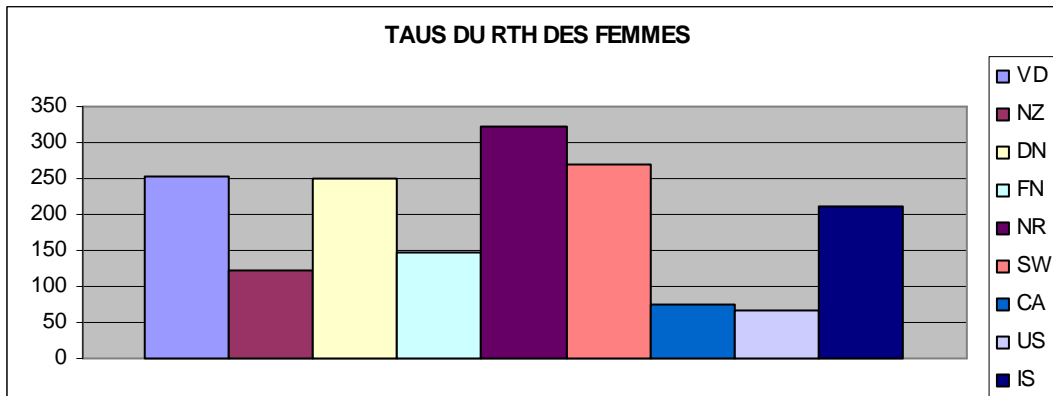
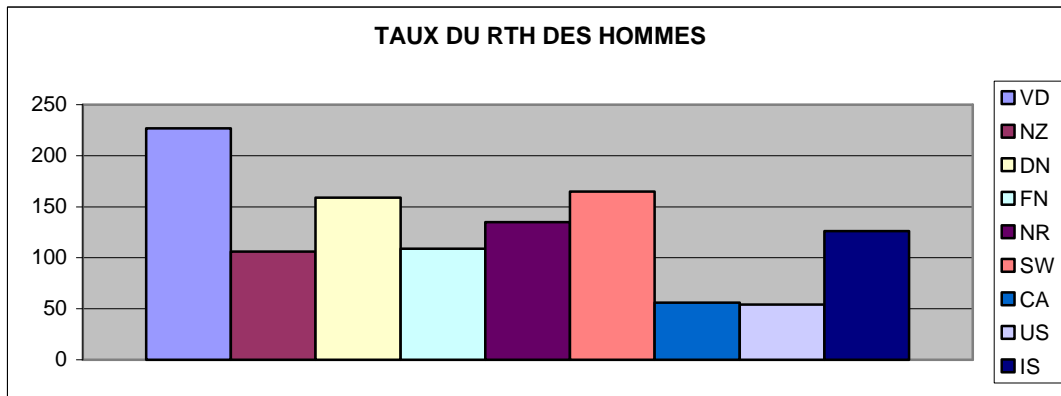
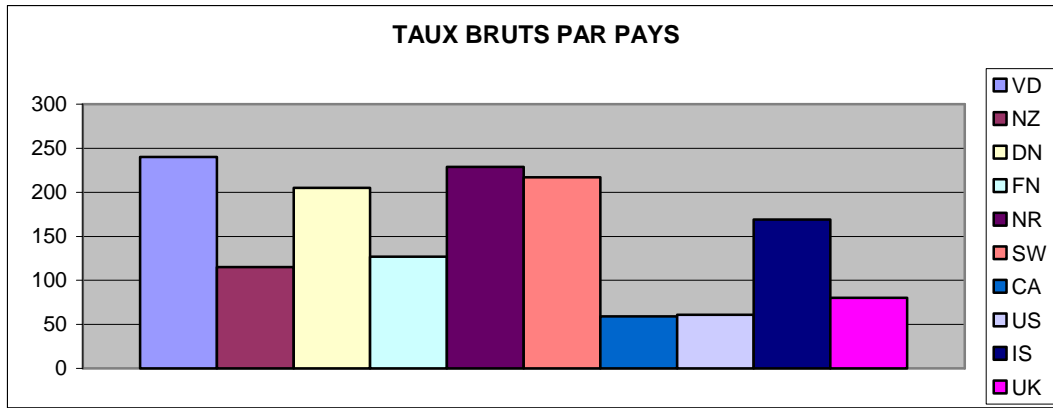
<classes d'âges	Hommes	Femmes	Total
20-49 ans	31,87	16,35	24,00
50-59 ans	264,995	234,1	249,13
60-69 ans	632,93	568,53	598,7
70-79 ans	780,56	888,44	843,73
80-89 ans	667,7	654,0,	658,75
autres	553,5	611,6	597,0
Total	227,44	253,17	240,98

On constate une forte variation entre les groupes d'âge et relativement moyenne entre sexes. La classe d'âge 70-79 ans atteint un taux maximum de 843,73/100.000 particulièrement chez le sexe féminin avec 888,44/100000. Pour la classe d'âge 20-49 ans le taux enregistré est 24/100000, celui hommes est supérieur de moitié des femmes respectivement 31,87 et 16,35.

c) Comparaison internationale :

pays	taux bruts	hommes	femmes
VD	240,98	227,44	253,17
NZ	115,31	106,1	123,6
DAN	205,04	159,5	250,0
FIN	127,27	109,6	146,36
NOR	229,39	135,6	323,13
SW	217,78	165,5	270,01
CA	59,7	55,9	75,0
US	61,0	54,0	68,0
IS	169,0	126,5	211,29
UK	80,84	***	*****

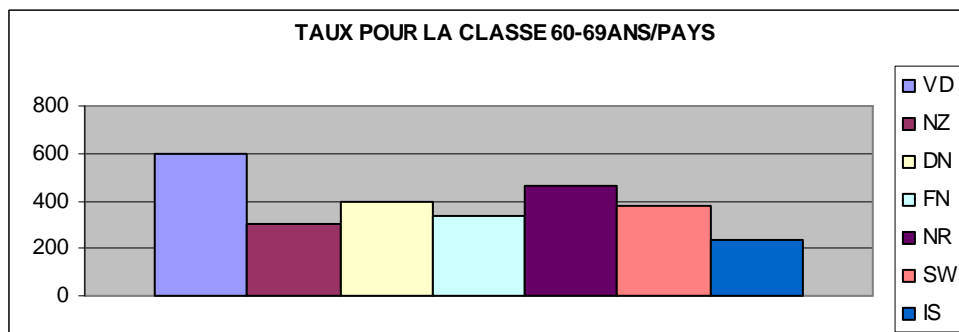
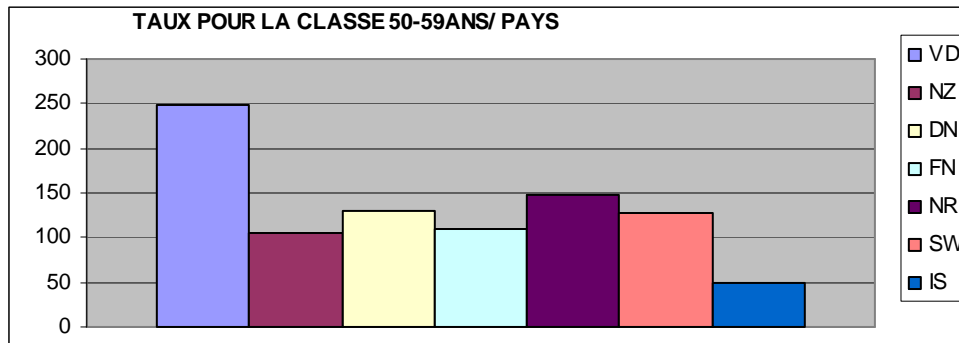
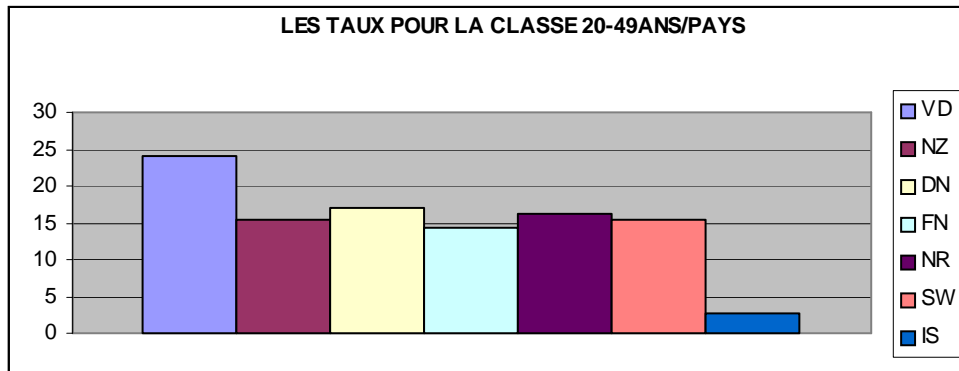
Source: NOMESCO,SCRIS,NZHIS,magazine Procédures classification séries 13No151, département de la santé UK, année 2000.

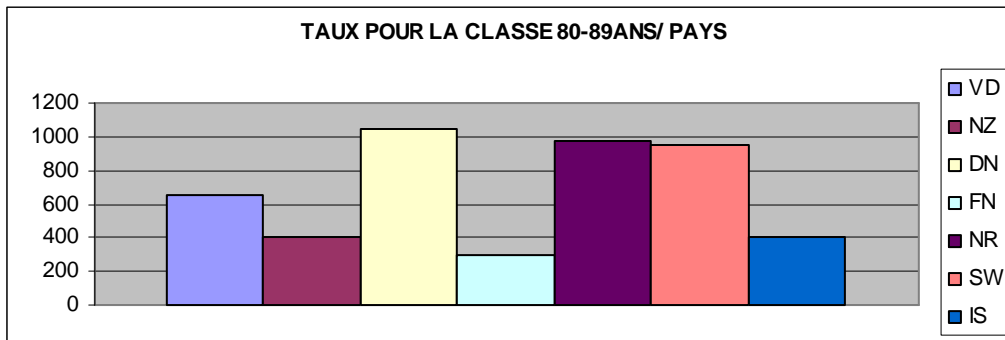
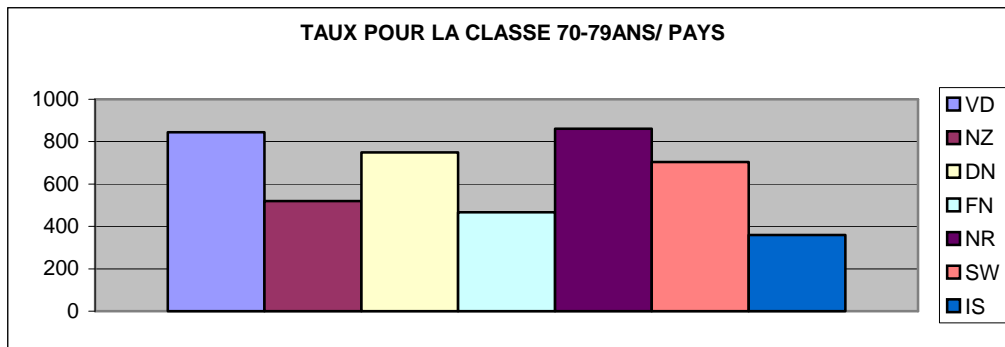


Le Canton de Vaud a un taux brut élevé, il est suivi par les pays scandinaves. Les taux faibles sont ceux du Canada et des USA. Pour les hommes seulement, le Canton de Vaud enregistre un taux supérieur à celui des autres pays, alors que pour les femmes la Norvège suivie par la Suède ont les taux les plus élevés.

d) Comparaison par tranche d'âge :

classes	VD	NZ	DN	FI	NR	SW	IS
20-49 ans	24,00	15,4	17,16	14,43	16,18	15,31	2,62
50-59 ans	249,13	105,4	129,71	109,38	147,94	127,79	49,26
60-69 ans	598,7	303,3	394,77	333,85	465,07	380,34	232,27
70-79 ans	843,73	520,2	749,79	466,38	860,66	703,35	360,0
80-89 ans	658,75	409,6	1047,8	292,11	969,98	953,56	402,8





Pour les classes d'ages 20-49 ans, 50-59 ans et 60-69 ans, le Canton de Vaud précède les autres pays en terme de taux de RTHP . Pour la classe 70-79 ans c'est la Norvège suivie par le Canton de Vaud. Alors que le Danemark puis la Norvège et la Suède ont des taux d'interventions plus élevés que celui enregistré par le Canton de Vaud, respectivement 1047.8 -969.98 -953.56 et 658.75 (par 100000) pour leur populations âgées de 80 à 89ans.

e) Standardisation directe par l'âge:

Dans notre exemple, nous avons choisi comme population de référence la population européenne (P), le résultat obtenu est comme suit :

1-VD :

age-group	P*1000	Tx/age/100000	n attendus
20-49 ans	319879	24,00	76771
50-59 ans	82828	249,13	206349
60-69 ans	73620	598,7	440763
70-79 ans	52234	843,73	440714
80-89 ans	18290	658,75	120485
Total	546851	240,98	1285082

Taux standardisé de remplacement total de la hanche : $Tx Sd = 1285082 / 546851 \cdot 1000 = 234.9$ pour 100.000 H/an.

2- La Nouvelle Zélande :

age-group	P*1000	Tx/age/100000	n attendus
20-49 ans	319879	15,4	49261
50-59 ans	82828	105,4	87300
60-69 ans	73620	303,3	223289
70-79 ans	52234	520,2	271662
80-89 ans	18290	409,6	74916
Total	546851	115,31	706428

Taux standardisé de RTH : $Tx Sd = 706428/546851000 = 129.18$ pour 100.000 H/an.

3- Le Danemark :

age-group	P*1000	Tx/age/100000	n attendus
20-49 ans	319879	17,16	54891
50-59 ans	82828	129,71	107436
60-69 ans	73620	394,77	290629
70-79 ans	52234	749,79	391645
80-89 ans	18290	1047,8	191496
Total	546851	205,04	1036097

Taux standardisé de RTH : $Tx Sd = 1036097 / 546851000 = 189.46$ pour 100.000 H/an.

4- La Finlande :

age-group	P*1000	Tx/age/100000	n attendus
20-49 ans	319879	14,43	46158
50-59 ans	82828	109,38	90597
60-69 ans	73620	333,85	245434
70-79 ans	52234	466,38	243855
80-89 ans	18290	292,11	53426
Total	546851	127,98	679470

Taux standardisé de RTH : $Tx Sd = 124.25$ pour 100.000 H/an.

5- La Norvège :

age-group	P*1000	Tx/age/100000	n attendus
20-49 ans	319879	16,18	51756
50-59 ans	82828	147,94	122535
60-69 ans	73620	465,07	342385
70-79 ans	52234	860,66	449557
80-89 ans	18290	969,98	177409
Total	546851	229,39	1143642

Taux standardisé de RTH : $Tx Sd = 209.13$ pour 100.000 H/an.

6- La Suède :

age-group	P*1000	Tx/age/100000	n attendus
20-49 ans	319879	15,31	48973
50-59 ans	82828	127,79	105846
60-69 ans	73620	380,34	280006
70-79 ans	52234	703,35	367388
80-89 ans	18290	953,56	174406
Total	546851	217,78	976619

Taux standardisé de RTH :Tx Sd = 178.58 pour 100.000 H/an.

7- Le canada :

age-group	P*1000	Tx/age/100000	n attendus
20-45 ans	267970	5,6	15006
45-54 ans	98038	43,2	42352
55-64 ans	77019	131,9	101588
65-74 ans	63769	318,2	202913
75-84 ans	32630	440,2	143637
85+	10597	272,25	28850
Total	550023	65,45	534346

Taux de standardisé de RTH : Tx Sd = 97.15 pour 100.000 H/ an .

Note: *** Data includes both Primary and Revision procedures, since Revisions were not coded separately by institutions until April 2000

8- Les Etats-Unis :

age-group	P*1000	Tx/age/100000	n attendus
20-44	267970	11,72	31406
45-64	175057	83,4	145997
65-84	96399	296,6	285919
85+	10597	217,35	23032
Total	550023		486354

Taux standardisé :Tx Sd de RTH = 88.42 pour 100000 H/an.

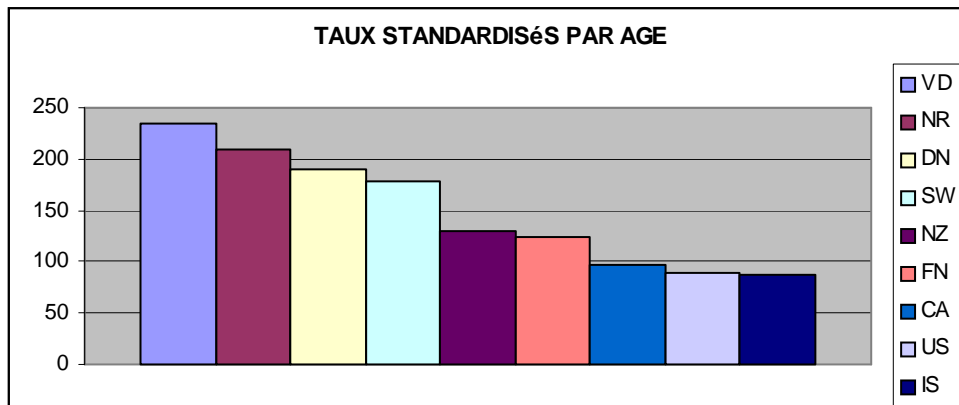
9- l' Islande :

age-group	P*1000	Tx/age/100000	n attendus
20-49 ans	319879	2.62	8380
50-59 ans	82828	49.26	40801
60-69 ans	73620	232.27	170997
70-79 ans	52234	360	188042
80-89 ans	18290	402.8	73672
Total	546851		481892

Taux de standardisé de RTH: Tx Sd = 88.12 pour 100.000 H/an.

10-Les taux standardisés de RTH obtenus par pays:

Etat de Vaud	234.9
Norvège	209.13
Danemark	189.46
Suède	178.58
La Nouvelle Zélande	129.18
Finlande	124.25
Canada	97.15
USA	88.42
Islande	88.12



Le taux standardisé de RTHP vaudois est le plus élevé suivi par les pays scandinaves. Les taux inférieurs sont ceux du Canada, US et de l'Islande.

f) Standardisation directe par sexe :

Remarque : nous n'avons pas pu traiter les Etats-Unis ici à cause de l'absence des taux spécifiques par sexe de chaque classe d'âge .

1)-Pour les Hommes :

SH : population de référence : population européenne masculine.

1-Canton de Vaud :

age-group	SH*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	160891	31.87	5127596.17
50-59	40001	264.995	10600065
60-69	33126	632.93	20966439.2
70-79	19963	780.56	15582319.3
80+	6241	667.7	4167115.7
Total	260222	227.44	56443535.3
Tx Sd = 216.905317			

2-La Nouvelle Zélande :

age-group	SH*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	160891	14.7	2365097.7
50-59	40001	106.4	4256106.4
60-69	33126	320.5	10616883
70-79	19963	471.2	9406565.6
80+	6241	364.1	2272348.1
Total	260222	106.1	28917000.8
Tx Sd = 111.124351			

3-Danemark :

age-group	SH*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	160891	18.1619423	2922093.05
50-59	40001	127.938504	5117668.09
60-69	33126	371.895338	12319405
70-79	19963	674.937204	13473771.4
80+	6241	803.356627	5013748.71
Total	260222	159.481617	38846686.2
Tx Sd = 149.282867			

4-Finlande :

age-group	SH*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	160891	13.2420938	2130533.71
50-59	40001	119.540281	4781730.77
60-69	33126	344.857922	11423763.5
70-79	19963	384.32877	7672355.24
80+	6241	306.372549	1912071.08
Total	260222	109.600865	27920454.3
Tx sd = 107.29475			

5-Norvège :

age-group	SH*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	160891	12.2135838	1965055.71
50-59	40001	110.145593	4405933.87
60-69	33126	308.654677	10224494.8
70-79	19963	575.574678	11490197.3
80+	6241	703.547245	4390838.35
Total	260222	135.598054	32476520.1
Tx sd = 124.80313			

6- Suède :

age-group	SH*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	160891	13.4689765	2167037.09
50-59	40001	120.465931	4818757.71
60-69	33126	341.305525	11306086.8
70-79	19963	599.501962	11967857.7
80+	6241	785.989277	4905359.08
Total	260222	165.546797	35165098.4
Tx Sd = 135.134994			

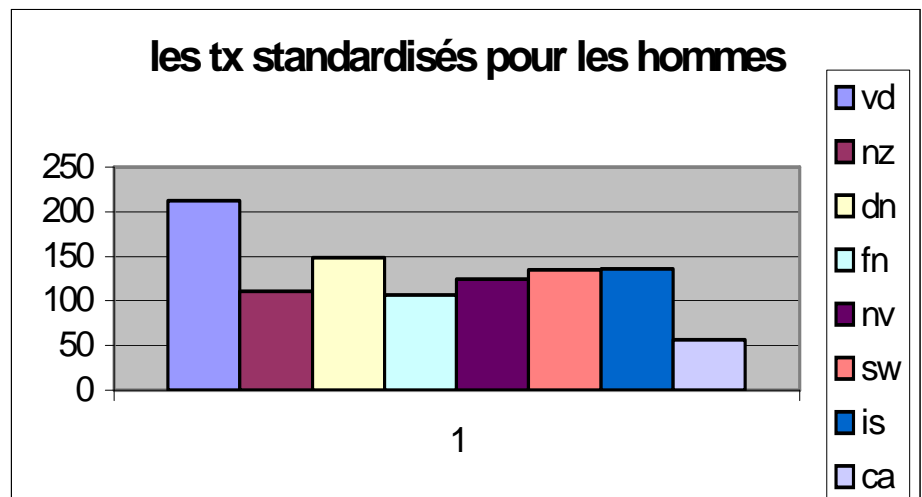
7- l'Islande :

age-group	SH*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	160891	7.99513896	1286345.9
50-59	40001	76.1140327	3044637.42
60-69	33126	411.870314	13643616
70-79	19963	638.297872	12742340.4
80+	6241	755.235153	4713422.59
Total	260222	126.527141	35430362.3
Tx Sd = 136.15437			

8- Canada :

age-group	SH*1000	Tx/sexe100000	n attendus
<45	226106	5.7	1288804.2
45-64	83997	77.7	6526566.9
65-84	38099	296.74	11305497.3
85+	2776	205	569080
Total	350978	55.9	19689948.4
Tx Sd = 56.1002352			

VD	216.905317
NZ	111.124351
DN	149.282867
FN	107.29475
NV	124.80313
SW	135.134994
Is	136.15437
Ca	56.1002352



On constate que le taux standardisé des hommes obtenu pour le Canton de Vaud est le plus élevé que celui des autres pays enregistrant une valeur de 216,9 pour 100000 hommes.

2)-Pour les Femmes :

Hf : population de référence : population européenne féminine.

1-Canton de Vaud :

age-group	Sf*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	158989	16.35	2599470.15
50-59	42826	234.1	10025566.6
60-69	40493	568.53	23021485.3
70-79	32270	888.44	28669958.8
80+	15221	654	9954534
Total	289799	253.17	74271014.8
Tx Sd = 256.284579			

2- La Nouvelle Zélande :

age-group	Sf*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	158989	16.1	2559722.9
50-59	42826	105.4	4513860.4
60-69	40493	286.8	11613392.4
70-79	32270	560.8	18097016
80+	15221	410	6240610
Total	289799	123.6	43024601.7
Tx Sd = 148.463596			

3- Danemark :

age-group	Sf*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	158989	16.1765731	2571897.18
50-59	42826	131.482794	5630882.16
60-69	40493	417.657032	16912186.2
70-79	32270	824.596883	26609741.4
80+	15221	1292.24371	19669241.5
Total	289799	250.612242	71393948.4
Tx Sd = 246.35678			

4- La Finlande :

age-group	Sf*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	158989	15.6202074	2483441.16
50-59	42826	99.2302724	4249635.65
60-69	40493	322.860466	13073588.8
70-79	32270	548.435592	17698016.6
80+	15221	130.156977	1981119.35
Total	289799	146.367324	39485801.6
Tx Sd = 136.252373			

5- La Norvège :

age-group	Sf*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	158989	20.1533575	3204162.15
50-59	42826	185.750249	7954940.18
60-69	40493	621.493453	25166134.4
70-79	32270	1145.03817	36950381.7
80+	15221	1236.41378	18819454.1
Total	289799	323.137796	92095072.5
Tx Sd = 317.789477			

6- la Suède :

age-group	Sf*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	158989	17.1656514	2729149.75
50-59	42826	135.123051	5786779.8
60-69	40493	419.375131	16981757.2
70-79	32270	807.217113	26048896.2
80+	15221	1121.13764	17064836
Total	289799	270.017592	68611419
Tx Sd = 236.755196			

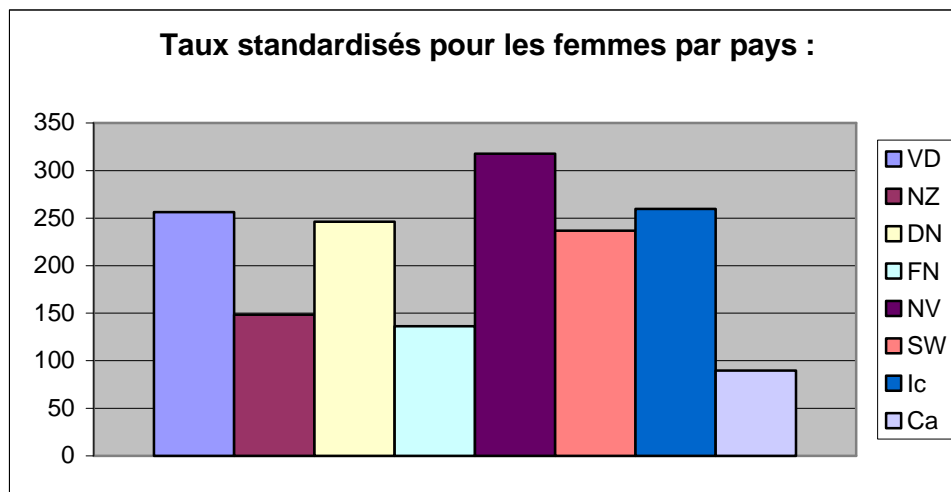
7- l'Islande :

age-group	Sf*1000	Tx/sexe100000	n attendus
20-49	158989	14.697957	2336813.48
50-59	42826	121.741621	5213706.67
60-69	40493	514.891469	20849500.3
70-79	32270	792.006823	25558060.2
80+	15221	1396.04811	21249248.3
Total	289799	211.299954	75207328.9
Tx Sd = 259.515488			

8- Le Canada :

age-group	Sf*1000	Tx/sexe100000	n attendus
<45	219149	5.5	1205319.5
45-64	91059	78.43	7141757.37
65-84	58297	397.66	23182385
85+	7822	289	2260558
Total	376327	75	33790019.9
Tx Sd = 89.7889864			

VD	256.284579
NZ	148.463596
DN	246.35678
FN	136.252373
NV	317.789477
SW	236.755196
Is	259.515488
Ca	89.7889864



Pour les femmes, le taux standardisé enregistré par la Norvège est le plus élevé suivi de celui enregistré par l'Islande et le Canton de Vaud, respectivement 317.78, 259.5 et 256.28 (pour 100000 femmes).

2.2.4 Discussion :

L'augmentation avec l'âge de l'utilisation des RTHP dans le Canton de Vaud pourrait être expliquée par plusieurs facteurs : le vieillissement de la population et les facteurs de risque de la maladie arthrosique qui augmentent avec l'âge. On peut attribuer la baisse du recours à l'opération après l'âge de 79 ans aux facteurs :

- Liés au patient : Son désir ou son refus de subir l'opération;
- A ceux liés à l'hôpital et au médecin : refus d'opérer des patients de plus de 79 ans...;
- A ceux liés aux effets de la distribution de la population.

Pour les deux premières classes d'âge 20-49 et 50-59 ans, le nombre des hommes qui ont subi l'opération est supérieur à celui des femmes. Ceci peut être expliqué par une différence dans l'accès à la chirurgie entre sexes ou parce que la maladie se manifeste de plus chez les hommes que chez les femmes à ce niveau d'âge. Par contre à partir de 60 ans, les femmes connaissent des taux d'intervention plus élevés que les hommes car la maladie de l'arthrose se manifeste souvent à partir de cette classe d'âge. A partir de 79 ans, le nombre des interventions diminue pour les deux sexes, peut être à cause d'une limitation de l'accès aux soins.

Nous constatons une forte variation entre les groupes d'âge et une variation relative entre sexes. La classe 20-49 ans enregistre un taux de 24/100.000 alors que la classe 70-79 ans atteint un taux maximum de 843,73/100.000. Ceci suppose que l'avancé en l'âge contribue à augmenter le recours à la chirurgie électorique de la hanche. Parfois, le fait d'avancer l'argument que la durée de vie d'une prothèse est de 10 ans et qu'il est judicieux de la retarder pour un patient jeune peut expliquer le faible taux d'intervention pour cette classe d'âge.

Le tableau obtenu pour la NZ indique une augmentation de l'utilisation du RTHP avec l'âge atteignant un seuil maximum pour la classe d'âge 70-79 ans de 520,2/100000, ensuite elle diminue pour la classe suivante atteignant 409,6/100000 (voir annexe). Ce résultat est le produit du rationnement de l'accès à cette procédure sur la base des critères cliniques pré-établis et conventionnels (voir la première partie). Le tableau obtenu pour la Finlande indique, lui aussi, une augmentation de l'utilisation du RTHP avec l'âge atteignant un taux maximum pour la classe d'âge 70-79 ans de 466,38/100000 habitants, puis elle diminue pour la classe 80-89 ans atteignant 292,11/100000 (voir annexe). Ces taux moyennement faibles, en comparaison avec les autres pays ci-dessous, expliquent le comportement des médecins généralistes qui décident dans l'envoi à cette procédure en fonction de l'âge, de la présence d'autres maladies...(voir la première partie). Le tableau obtenu pour le Canada contient des taux d'intervention pour le RTHP atteignant 440,2/100000 pour la classe d'âge 75-84 ans et 272,25/100000 pour la classe d'âge 85 ans et plus (voir annexe). Ce résultat place le Canada, sachant que ce pays a élaboré des critères cliniques d'adéquations et d'urgences pour gérer la priorité dans la liste d'attente, parmi les pays à faible taux

d'intervention pour le RTHP avec UK et US. Ce dernier a des taux d'intervention très faibles en comparaison avec les autres pays. Dans le tableau obtenu pour les US (voir annexe), la classe d'âge 65-84 ans atteint un taux élevé de 296,6/100000. Ce résultat est expliqué par un fort assainissement des finances de la santé pour maîtriser les coûts dans ce pays. Les comparaisons ci-dessous montrent clairement des variations et rapprochement dans l'utilisation de cette procédure entre divers pays.

Quand nous faisons la comparaison des taux d'utilisation de RTHP entre pays, nous pouvons distinguer trois groupes des taux d'interventions :

-groupe de pays à taux d'intervention supérieur à 200/100000 : il s'agit du Canton de Vaud 240,98 pour 100000 habitants, la Norvège (229,39/100000), la Suède (217,78/100000), le Danemark (205,04/100000). Nous constatons que le Canton de Vaud a un taux brut plus élevé que les autres. Ceci suggère que la demande de ce type de chirurgie est satisfaite dans ce pays, sachant que les autres pays connaissaient des problèmes d'accès qui se traduisent par des listes d'attente très longue et la définition des critères de priorité pour l'opération (voir Graphique).

-groupe de pays à taux d'intervention compris entre 100 et 200/100000 : il s'agit de l'Islande avec 169/100000habitants, la Nouvelle Zélande (115,31/100000) et la Finlande (127,27/100000). Ces taux sont moyennement faibles à cause du mécanisme de rationnement présent dans ces pays pour accéder à la chirurgie élective du remplacement total de la hanche.

-groupe de pays à taux d'intervention inférieur à 100/100000 : il s'agit de l'Angleterre avec 80,84/100000habitants, les Etats –Unis (61/100000) et le Canada (59,7/100000). Ces taux très faibles d'intervention expliquent l'intensité des mécanismes de rationnement dans ces pays pour maîtriser les coûts de la santé.

Mais quand nous procédons à la comparaison par sexe, c'est la Norvège et la Suède qui ont des taux supérieurs pour le sexe féminin. Ces résultats peuvent être dus au poids statistique de la population féminine de ces pays. Et comme ces derniers rationnent les soins sur la base de critères cliniques et non pas par sexe, les femmes peuvent être exposées aux risques de la maladie de l'arthrose plus que les hommes, et donc subissent plus que les hommes l'opération. Ce rapprochement dans l'utilisation du RTH nous conduit à poser l'hypothèse d'un rationnement implicite, puisqu'il n'est pas explicite dans le Canton de Vaud. Alors que ce dernier a un taux d'intervention nettement très élevé pour le sexe masculin (227,44/100000).

Pour apporter un peu d'éclaircissement à cette question de rationnement implicite, nous avons procédé à une comparaison des taux par classe d'âge. Pour les trois premières classes d'âge (20-49 ans, 50-59 ans et 60-69 ans), le Canton de Vaud précède les autres pays en terme de taux de RTHP. Cette forte intervention enregistrée au niveau de ces classes d'âge, en comparaison avec les autres pays, peut signifier une priorité accordée à ces classes en raison de leurs âges moyennement jeune et adéquat pour la chirurgie ou on se basant sur l'argument

de l'espérance de vie d'une prothèse, qui est de 10 ans et la possibilité des éventuelles révisions dans le future.

Pour la classe 70-79 ans, ce sont la Norvège suivi par le Canton de Vaud qui indiquent les taux les plus élevés respectivement 860,66 et 843,73 (pour 100000). Ensuite, le Danemark et la Suède avec 749,79 et 703,35 (pour 100000).

Pour la classe 80-89 ans, ce sont le Danemark puis la Norvège et la Suède qui ont les taux d'intervention plus élevés que celui enregistré par le Canton de Vaud respectivement 1047.8, 969.98, 953.56 et 658.75 (pour 100000 habitants). Ces taux sont supérieurs à ceux de la classe précédente à l'exception du Canton de Vaud, la Finlande, la Nouvelle Zélande, les Etats-unis et le Canada qui connaissent une diminution dans l'utilisation de RTHP pour cette classe d'âge. Cette diminution peut être expliquée par le rationnement par l'âge particulièrement aux USA et la Finlande. La NZ octroie la priorité sur la base des critères cliniques.

Pour mieux comparer l'utilisation de cette procédure entre ces populations et avoir de meilleurs résultats, nous avons utilisé dans un premier temps la méthode de standardisation directe (MSD) par l'âge, afin de neutraliser l'effet de l'âge. Ensuite, la méthode de standardisation directe est appliquée séparément pour les hommes et pour les femmes.

En effet, l'objectif de la standardisation est d'éliminer l'effet d'un tiers facteur (le plus souvent l'âge et le sexe) dans les comparaisons entre différentes populations. On procède ainsi au calcul du taux standardisé (par standardisation directe) en utilisant le poids des strates (groupes d'âge) de la population de référence à la place des poids de la population sous étude. La structure d'âge est ainsi rendue artificiellement la même pour toutes les populations utilisant le même standard. L'objectif de la standardisation (pour l'âge et sexe) vise donc uniquement la comparaison des taux entre différentes populations après ajustement selon l'âge.

Le résultat de la comparaison par MSD pour l'âge confirme la place du premier rang dans l'utilisation de RTHP pour le Canton de Vaud (234.9/100000), suivi par la Norvège (209.13/100000). Alors que le groupe de pays à taux d'intervention standardisé compris entre 100 et 200/100000 est : le Danemark (189,46/100000), la suède (178,58/100000), la Nouvelle Zélande (129,18/100000) et la Finlande (124,25/100000). Le groupe de pays à taux d'intervention standardisé faible est : le Canada (97,15/100000), les Etats-Unis (88,42/100000) et l'Islande (88,12/100000).

Le taux d'intervention standardisé le plus élevé est celui, au niveau des hommes par la MSD par sexe, du Canton de Vaud (216.13/100000hs), suivi par le Danemark (149.28/100000hs). Et le taux le plus faible est celui du Canada (56,10/100000).

Alors que le taux standardisé obtenu pour les femmes est de 256.28 (par 100000hs) pour le Canton de Vaud, derrière la Norvège et l'Islande respectivement 317.78 et 259.51 (par 100000hs). Ensuite, le Danemark (246,35/100000) et la Suède (236,75/100000). Nous constatons, ainsi, un rapprochement clair dans les

taux standardisés d'utilisation de RTHP pour le sexe féminin. Ceci nous conduit à poser la question de la présence des problèmes d'accès, similaires aux problèmes des pays scandinaves, à la chirurgie pour le sexe féminin dans le Canton de Vaud. La Nouvelle Zélande, la Finlande et le Canada ont des taux d'intervention standardisés respectivement 148,46/100000 et 136,25/100000 et 89,78/100000.

2.2.5 Conclusion :

Tous les pays examinés plus haut, à l'exception du Canton de Vaud, utilisent explicitement ou implicitement des mécanismes de rationnement pour gérer l'accès à la chirurgie élective de la hanche. D'après le résultat de notre étude, le rapprochement dans les taux standardisés du remplacement total de la hanche et celui obtenu pour le Canton de Vaud, nous conduit à poser l'hypothèse pour ce canton de l'existence de problèmes d'accès à ce type de chirurgie, particulièrement pour le sexe féminin.

Compte tenu de ce qui précède de cette situation, la conduite des enquêtes auprès d'un échantillon représentatif de médecins orthopédistes, des études rétrospectives sur des échantillons de patients atteints par la maladie de l'osteoarthrose ou à partir des registres hospitaliers pour le remplacement total de la hanche primaire nous apparaît le moyen pertinent pour vérifier l'existence de problèmes d'accès à ce type d'opération.

Conclusion :

Le rationnement des soins de santé est une réalité et un moyen de maîtrise des coûts induits par la croissance de la demande dans tous les systèmes de santé.

Dans un système libéral, basé sur le marché, comme les HMO des Etats-Unis, le mécanisme de rationnement est le prix des biens et services de santé qui détermine les bénéficiaires en fonction des moyens dont ils disposent pour les acquérir. L'accès aux soins de santé n'est pas fixé sur la base des critères préétablis et conventionnels, mais il dépend des lois de marché.

Dans les systèmes financés par un budget global, comme le NHS britannique, la méthode dite de rationnement prolongé est utilisée. Elle consiste à imposer un contrôle des dépenses rigoureux par limitation des engagements budgétaires pour les maintenir à un niveau abordable. Le responsable du budget prend les décisions de rationnement. L'inconvénient de cette technique est qu'elle entraîne généralement une dégradation du niveau et de la qualité des soins, des listes d'attente très longues alors que les groupes vulnérables risquent de rester à l'écart.

Le mécanisme de rationnement le plus judicieux consiste donc à rationner les soins conformément à des priorités fixées selon des critères préétablis et explicites, comme on l'a vu plus haut. Cette méthode appliquée pour la première fois au milieu des années 1980 est maintenant en vigueur en Nouvelle-Zélande, en Suède, en Norvège, en Angleterre, dans l'Oregon (Etats-unis)... . Tous utilisent une combinaison de critères sociaux, politiques et de rentabilité. Les priorités fixées constituent un net progrès par rapport à la démarche classique qui consiste en une maîtrise passive des dépenses.

Concernant le Canton de Vaud en Suisse, Notre travail de recherche ci-dessus montre un rapprochement dans les taux de recours au remplacement total de la hanche primaire ICD-9-CM code 8151, particulièrement le taux standardisé féminin, avec ceux trouvés dans les pays rationnant cette procédure. Mais cette étude a plusieurs limites.

En effet, les différences des systèmes de santé engendrent des différences dans les résultats de santé. Le mode de financement des médecins et des hôpitaux joue un rôle majeur dans l'accès aux soins. Dans les systèmes de santé de type bevrIDGE, les hôpitaux sont financés par un budget fixe et les médecins par capitation, ces deux modes de financement sont efficaces pour maîtriser les coûts de la santé mais ils entraînent des listes d'attente et rationnement de l'accès aux soins.

Alors que dans le Canton de Vaud et jusqu'au 2003, les médecins sont financés à l'acte et les hôpitaux par un budget prospectif lié à l'activité. Ces modes de financement présentent un avantage et un inconvénient. L'avantage c'est qu'ils engendrent la satisfaction des fournisseurs de soins et celle des patients (absence des listes d'attente très longues) et l'inconvénient c'est qu'ils augmentent la dépense et les coûts de la santé. Cette augmentation des coûts est comblée par une augmentation des recettes (ex : les primes d'assurance).

Table des matières :

INTRODUCTION :	2
1. RATIONNEMENT DE LA CHIRURGIE ELECTIVE DU REMPLACEMENT TOTAL DE LA HANCHE DANS LES SYSTEMES DE SANTE :	4
1.1 LE SYSTEME ANGLAIS :.....	5
1.1.1 <i>Définition</i> :.....	5
1.1.2 <i>le financement du système</i> :.....	5
1.1.3 <i>problèmes et difficultés : rareté et rationnement</i> :.....	6
_Toc61621283	
1.1.4 <i>le rationnement du remplacement total de la hanche</i> :.....	7
1.2 LA NOUVELLE ZELANDE :.....	7
1.2.1 <i>Définition</i> :.....	7
1.2.2 <i>financement du système</i> :.....	8
1.2.3 <i>Problèmes et difficultés</i> :.....	8
1.2.4 <i>Rationnement du remplacement total de la hanche</i> :.....	9
<i>Tableau : Critères de priorités pour le remplacement total de la hanche (score max 100).</i>	10
1.3 LE SYSTEME DE SANTE DES ETATS-UNIS :.....	11
1.3.1 <i>Définition</i> :.....	11
1.3.2 <i>Problèmes et difficultés</i> :.....	12
1.3.3 <i>Rationnement du remplacement total de la hanche</i> :.....	13
1.4 LE SYSTEME CANADIEN :	13
1.4.1 <i>Définition</i> :.....	13
1.4.2 <i>Le financement du système</i> :.....	14
1.4.3 <i>Les problèmes et difficultés</i> :.....	14
1.4.4- <i>Rationnement du remplacement total de la hanche</i> :.....	15
1.5 LE SYSTEME DE SANTE DE LA FINLANDE :.....	16
1.5.1 <i>Définition</i> :.....	16
1.5.1 <i>Le financement du système</i> :.....	16
1.5.3 <i>problèmes et difficultés</i> :.....	17
1.5.4 <i>Rationnement du remplacement total de la hanche</i> :.....	17
2. LE SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE ET L UTILISATION DU RTHP DANS LE CANTON DE VAUD.	20
2.1 SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE :.....	21
2.1.1 <i>Définition</i> :.....	21
2.1.2 <i>Organisation et financement</i> :.....	21
2.1.3 <i>Problèmes et difficultés</i> :.....	24
2.1.4 <i>Conclusion</i> :.....	25
2.2 ETUDE COMPARATIVE DE L UTILISATION DU RTHP.	25
2.2.1 <i>Introduction</i> :.....	25
2.2.2 <i>Méthode</i> :.....	25
2.2.3 <i>Résultats</i> :.....	26
2- <i>La Nouvelle Zélande</i> :.....	33
3- <i>Le Danemark</i> :.....	33

<i>5- La Norvège :</i>	<i>33</i>
<i>6- La Suède :</i>	<i>34</i>
<i>7- Le Canada :</i>	<i>34</i>
<i>8- Les Etats-Unis :</i>	<i>34</i>
<i>9- L'Islande :</i>	<i>34</i>
<i>10- Les taux standardisés de RTH obtenus par pays:</i>	<i>35</i>
<i>1)-Pour les Hommes :</i>	<i>35</i>
<i>2.2.4 Discussion :</i>	<i>41</i>
<i>2.2.5 Conclusion :</i>	<i>44</i>
CONCLUSION GENERALE:	44
TABLE DES MATIÈRES :	46

Abréviations :

ASI : Association suisse des Infirmières et Infirmiers.

ACM : Associations Cantonales de Médecine.

ASSM : Académie Suisse des Sciences Médicales

Ca : Canada.

CIHI : Institut canadien d'information sur la santé.

DN : Denmark.

DHBs : District Health Boards

EMS : Etablissement Médicaux-Sociaux.

FN : Finlande.

F.F.S : Fee-For-Service.

FMH : Fédération des Médecins Suisses.

GP : Général Practitioner.

GK : Gate Keeper.

H+ : Hôpitaux Suisses.

HMO : Health Management Organisation.

Is : Islande.

IPAs : Independent Practitioners Associations.

LAMal : Loi sur l'Assurance Maladie

OECD : Organisation for Economic Cooperation and Development

OFAS : l'Office Fédéral des Assurances Sociales.

OFSP : l'Office Fédéral de la Santé Publique.

OFS : l'Office Fédéral des Statistiques.

OFES : l'Office Fédéral de l'Enseignement et la Science.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

NR : Norvège.

NZ : Nouvelle Zélande

NZH P : Population Générale d'Europe.

NHS : National Health Service Britannique.

P : Population Générale d'Europe.

PCOs : Primary Care Organisation.

PIB : Produit Intérieur Brut.

RTH : Remplacement Total de la Hanche.

RTHP : Remplacement Total de la Hanche Primaire

SH : Population d'Europe masculine.

SF : Population d'Europe féminine.

TAKES : le National Research and Development Centre for Welfare and Health

SCRIS : Service cantonal de recherche et d'informations statistiques de l'Etat de Vaud.

SS : Société des Spécialistes.

SW : Suède.

TSSC : Transfert Social et Santé Canadienne.

Tx : Taux.

Tx Sd : Taux Standardisé.

VD : Canton de Vaud.

US , USA : Etats-Unis d'amérique.

UK : Angleterre.

Annexe :

Canton de Vaud			
Classes d'âge	Hommes	Femmes	Total
20-49 ans	31,87	16,35	24
50-59 ans	264,995	234,1	249,13
60-69 ans	632,93	568,53	598,7
70-79 ans	780,56	888,44	843,73
80-89 ans	667,7	654,0,	658,75
autres	553,5	611,6	597
Total	227,44	253,17	240,98

Nouvelle Zélande			
<classes d'âges	Hommes	Femmes	Total
20-49 ans	14,7	16,1	15,4
50-59 ans	106,4	105,4	105,4
60-69 ans	320,5	286,8	303,3
70-79 ans	471,2	560,8	520,2
80-89 ans	364,1	410	409,6
Total	106,1	123,6	115,31

Danemark			
<classes d'âges	Hommes	Femmes	Total
20-49 ans	18,1619423	16,1765731	17,16
50-59 ans	127,938504	131,482794	129,71
60-69 ans	371,895338	417,657032	394,77
70-79 ans	674,937204	824,596883	749,79
80-89 ans	803,356627	1292,24371	1047,8
Total	159,481617	250,612242	205,04

Finlande			
<classes d'ages	Hommes	Femmes	Total
20-49 ans	13,2420938	15,6202074	14,43
50-59 ans	119,540281	99,2302724	109,38
60-69 ans	344,857922	322,860466	333,85
70-79 ans	384,32877	548,435592	466,38
80-89 ans	306,372549	130,156977	292,11
Total	109,600865	146,367324	127,27

Norvège			
<classes d'ages	Hommes	Femmes	Total
20-49 ans	12,2135838	20,1533575	16,18
50-59 ans	110,145593	185,750249	147,94
60-69 ans	308,654677	621,493453	465,07
70-79 ans	575,574678	1145,03817	860,66
80-89 ans	703,547245	1236,41378	969,98
Total	135,598054	323,137796	229,39

Suède			
<classes d'ages	Hommes	Femmes	Total
20-49 ans	13,4689765	17,1656514	15,31
50-59 ans	120,465931	135,123051	127,79
60-69 ans	341,305525	419,375131	380,34
70-79 ans	599,501962	807,217113	703,35
80-89 ans	785,989277	1121,13764	953,56
Total	165,546797	270,017592	217,78

Islande			
<classes d'ages	Hommes	Femmes	Total

20-49 ans	7,99513896	14,697957	2,62
50-59 ans	76,1140327	121,741621	49,26
60-69 ans	411,870314	514,891469	232,27
70-79 ans	638,297872	792,006823	360
80-89 ans	755,235153	1396,04811	402,8
Total	126,527141	211,299954	169

Canada			
<classes d'ages	Hommes	Femmes	Total
20-45 ans	5,7	5,5	5,6
45-64 ans	77,7	78,43	87,55
65-84 ans	296,74	397,66	379,2
85 ans +	205	289	272,25
Total	55,9	75	59,7

Etats-Unis	
classes d'age	taux /100000
20-44ans	11,72
45-64ans	83,4
65-84ans	296,6
85+ans	217,35
hommes	54
femmes	68
total	61