



Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas

***Analyse des effets de la LAMal:
Le «catalogue des prestations»
est-il suffisant pour que tous
accèdent à des soins de qualité?***

Rapport de recherche n° 12/00

ASPECTS DE LA SECURITE SOCIALE

L'Office fédéral des assurances sociales publie dans sa série „Aspects de la sécurité sociale“ des articles de fond et des rapports de recherches sur des sujets d'actualité dans le domaine de la sécurité sociale pour les rendre accessibles au grand public et encourager la discussion. Les analyses présentées par les auteurs ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Office fédéral des assurances sociales.

Auteurs: Marc Polikowski, Régine Lauffer, Delphine Renard,
Brigitte Santos-Eggimann
Institut Universitaire de Médecine Sociale et
Préventive de Lausanne

Renseignements: Claudine Marcuard
Office fédéral des assurances sociales
Division Assurance maladie et accidents
Effingerstrasse 20
3003 Berne
Tél. 031/322 90 17
E-mail: claudine.marcuard@bsv.admin.ch
Internet: www.ofas.admin.ch

ISBN: 3-905340-19-4

Copyright: Office fédéral des assurances sociales
CH – 3003 Berne
Reproduction d'extraits autorisée – excepté à des fins
commerciales – avec mention de la source; copie à
l'Office fédéral des assurances sociales.

Diffusion: OFCL/OCFIM, 3003 Berne, www.admin.ch/edmoz

Numéro de commande: 318.010.12/00 f 12.00 400

ANALYSE DES EFFETS DE LA LAMal :

**LE «CATALOGUE DES PRESTATIONS» EST-IL SUFFISANT
POUR QUE TOUS ACCEDENT A DES SOINS DE QUALITE ?**

Marc POLIKOWSKI
Régine LAUFFER
Delphine RENARD
Brigitte SANTOS-EGGIMANN

Lausanne
Octobre 2000

Une version du présent rapport complétée de tableaux et de synthèses de la littérature peut être commandée auprès de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive - 17, rue du Bugnon - 1005 Lausanne, (tél. 021/314.72.62).

Référence: Polikowski M, Lauffer R, Renard D, Santos-Eggimann B. Etendue des prestations de l'assurance-maladie sociale: le catalogue des prestations est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité ? Raisons de santé. No. 58. In press 2000.

Avant propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Un des buts fixés par le Conseil fédéral pour la révision de la loi sur l'assurance maladie était de renforcer la solidarité. La solidarité entre malades et bien portants passe par la couverture des coûts des mesures nécessaires à la guérison ou à l'amélioration de l'état de santé. Elle est un des corollaires à l'obligation de s'assurer. C'est pourquoi, dès l'introduction de la nouvelle loi, le "catalogue" des prestations se devait d'être complété, en particulier en y incluant certaines mesures de prévention, la couverture obligatoire de l'accident, celle des prestations fournies dans les établissements médico-sociaux et des soins dentaires liés à une maladie.

Un des volets de l'analyse des effets de loi a donc examiné si les prestations prises en charge au titre de l'assurance-maladie obligatoire permettaient que tous accèdent à des soins de qualité.

L'étude menée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne a abordé sous deux angles qui se complètent puisque nous avons ainsi un éclairage international et l'examen de la correspondance entre les prestations prises en charge et les recommandations de "bonne pratique médicale". Les résultats très détaillés et d'une très bonne qualité qui vous sont présentés sous une forme condensée pour en faciliter la lecture montrent, que, à l'exception des frais dentaires non liés à une maladie et de la prise en charge de l'aide ménagère à domicile, notre "panier de prestations" permet à chacun d'avoir soigné qui lui sont nécessaires.

Claudine Marcuard, cheffe de projet
Division Assurance maladie et accidents

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Eines der Ziele des Bundes bei der Revision der Krankenversicherung bestand darin, die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden zu stärken, was über eine Deckung der Kosten für alle Massnahmen erreicht werden soll, die für eine Heilung oder für eine Verbesserung des Gesundheitszustands nötig sind. Dies ist eine Konsequenz aus dem Versicherungsobligatorium. Daher musste der "Leistungskatalog" seit seiner Einführung, des neuen Gesetzes kontinuierlich ergänzt werden, insbesondere um gewisse Präventionsmassnahmen, die obligatorische Deckung von Unfallkosten, die Leistungen in Pflegeheimen sowie zahnmedizinische Leistungen, sofern sie durch eine Erkrankung bedingt sind.

In einem Teilprojekt der Wirkungsanalyse des KVG ging es denn auch darum zu prüfen, ob die Leistungen der obligatorischen Grundversicherung allen Versicherten Zugang zu einer qualitativ angemessenen medizinischen Versorgung gewähren.

Die Studie des Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne nahm die Frage aus zwei unterschiedlichen Blickwinkeln auf, einerseits durch einen internationalen Vergleich und andererseits durch eine Gegenüberstellung der angebotenen mit den im Sinne der "best medical practice" empfohlenen Leistungen. Die sehr detaillierten und qualitativ hochstehenden Resultate der Studie, die Ihnen hier der Lesbarkeit halber zusammengefasst vorgelegt werden, zeigen, dass - abgesehen von den Kosten für zahnmedizinische Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit einer Erkrankung stehen und der Übernahme von Entschädigungen für Haushaltshilfen - unser "Leistungskatalog" allen Versicherten die notwendige Pflege ermöglicht.

Claudine Marcuard, Projektleiterin
Abteilung Kranken und Unfallversicherung

Remerciements

Nous remercions les personnes suivantes pour leur aide précieuse dans la réalisation de ce rapport :

- Mme Claudine Marcuard, Office fédéral des assurances sociales, Berne
- Drs Pedro Koch et Felix Gurtner, Office fédéral des assurances sociales, Berne
- M. Dominique Sprumont, Institut du Droit de la Santé, Neuchâtel
- Mme Ariane Ayer, Institut du Droit de la Santé, Neuchâtel
- Mme Béatrice Desplands, Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques, Lausanne
- Prof. Fred Paccaud, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
- Dr Bernard Burnand, PD & MER, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
- Mme Nicole Chavaz Cirilli, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
- Dr Anne Rosselet, cheffe de clinique adjointe, Division spécialisée d'hématologie, Lausanne-CHUV
- Dr Rolf Frischknecht, médecin-associé, service de rhumatologie et rééducation fonctionnelle, Lausanne-CHUV
- Dr François Lüthi, médecin-assistant, Département de médecine interne, Lausanne-CHUV
- Mme Marie-Claude Monney Hunkeler, sage-femme, Fribourg
- Mme Ruth Brauen, sage-femme, Lausanne

ainsi que toutes les personnes mentionnées dans les chapitres « collaborations établies, sources et références » respectifs de chaque pays dans la partie II.2.

ANALYSE DES EFFETS DE LA LAMal : LE «CATALOGUE DES PRESTATIONS» EST-IL SUFFISANT POUR QUE TOUS ACCEDENT A DES SOINS DE QUALITE ?

RESUME

La loi suisse sur l'assurance-maladie est l'instrument central de régulation dont dispose la Confédération en matière de politique de santé, l'organisation des services de santé étant du ressort des cantons. Cette loi stipule en particulier quelles personnes doivent être couvertes par l'assurance-maladie sociale et quelles sont les prestations obligatoirement à charge des caisses-maladie dans ce cadre.

Parmi les modifications intervenues au 1^{er} janvier 1996 lors de la révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), on relève que non seulement l'obligation est faite aux caisses-maladie de couvrir l'ensemble des prestations prévues par un «catalogue» définissant l'étendue de l'assurance-maladie sociale, mais encore il leur est désormais interdit de rembourser dans le cadre de l'assurance-maladie sociale toute prestation n'y figurant pas. Les frais liés aux prestations non prévues par le «catalogue» des prestations sont assumés par les patients, soit directement, soit par le biais d'assurances complémentaires privées.

Pour éviter le développement d'une médecine à deux vitesses, le «catalogue» des prestations à charge de l'assurance-maladie doit dès lors couvrir exhaustivement la pratique médicale jugée efficace, laissant au champ de l'assurance complémentaire privée les prestations dites de confort.

Le projet «Prestations de l'assurance-maladie sociale» est l'un des projets partiels élaborés par l'OFAS dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. Le but de l'étude réalisée par l'Unité des services de santé de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne est de vérifier si le «catalogue» des prestations couvertes par l'assurance-maladie sociale est suffisant pour permettre l'accès à des soins de qualité.

Deux approches complémentaires sont adoptées pour répondre à la question du caractère suffisant du «catalogue» suisse des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale: d'une part, la comparaison des «catalogues» de prestations remboursées en Suisse et à l'étranger et, d'autre part, l'examen de la couverture de problèmes de santé utilisés comme traceurs.

Quelques pays ont cherché à définir un «panier de prestations de base»; dans les faits, il n'existe pas de «catalogue» définitif s'appliquant à une population générale, définissant de façon explicite et détaillée l'ensemble des prestations assurées. En revanche, il existe des formes variées de «catalogues» partiellement explicites. Le «catalogue» suisse ne fait pas exception, qui contient des sections implicites (par ex. relativement aux prestations effectuées par les médecins) et des listes explicites positives ou négatives (cf. annexe 1 de l'OPAS). La comparaison internationale a porté sur cinq pays, choisis en fonction de la richesse de la documentation disponible, de l'existence d'un «catalogue» ou d'une ébauche de «catalogue» de prestations, et de leur proximité: la France, l'Allemagne, Israël, les Pays-Bas et le Luxembourg.

De cette comparaison il ressort, parmi les particularités du «catalogue» suisse, le remboursement et l'autonomie de prescription accordés aux chiropraticiens, une couverture relativement large des conseils nutritionnels, la prise en charge de quelques prestations préventives liées à la maternité (participation aux cours collectifs de préparation à l'accouchement et conseils en cas d'allaitement), ainsi qu'une contribution aux frais de sauvetage (les frais de transport en ambulance étant en revanche plutôt moins bien couverts que dans les autres pays sélectionnés).

En revanche le «catalogue» suisse connaît, par rapport à ceux des pays mentionnés, quelques restrictions majeures qui lui sont propres: il s'agit notamment de l'exclusion très large des frais de médecine dentaire, de l'exclusion des prestations fournies par les psychologues et les neuropsychologues ainsi que de l'absence de remboursement concernant les aides à domicile rendues nécessaires par la maladie ou l'accident. Sur ce dernier point, il faut relever l'existence dans certains pays d'une assurance-dépendance ayant précisément pour mission de couvrir ce type de prestations dont le développement suit l'évolution démographique et le mouvement de désinstitutionnalisation. Parmi les prestations spéciales figurant dans l'annexe 1 de l'OPAS, la Suisse se caractérise en particulier par l'exclusion de prestations relevant de la médecine de la reproduction et de la chirurgie des troubles de l'érection.

Parmi les différences observées par rapport aux autres pays mentionnés, on note l'existence d'une franchise prévue en Suisse pour l'ensemble des prestations et dont on peut craindre qu'elle ne constitue pour les assurés, en particulier pour ceux dont la consommation de soins est minimale, une barrière financière efficace à l'accès aux prestations de prévention.

Par ailleurs, le «catalogue» suisse, s'il couvre un large éventail de prestations, subordonne en général le remboursement à la prescription médicale, voire à sa réalisation par un médecin. Cette dernière condition ne constitue pas en soi une barrière à l'accès aux prestations, à la condition que la profession médicale soit suffisamment disponible et formée pour répondre à la demande de prestations qui pourraient, parfois, être assumées par d'autres professions soignantes.

Enfin, on relève que la participation aux frais de médicaments prévue par la LAMal est uniforme pour l'ensemble de la pharmacopée, pour autant que les produits ne soient pas explicitement exclus. La comparaison avec d'autres pays est compliquée par l'approche plus nuancée adoptée par exemple en France et au Luxembourg. Ces pays appliquent en effet un remboursement différencié selon l'appréciation du «service médical rendu» qui présente un certain intérêt.

Le deuxième volet de l'analyse a consisté à sélectionner quelques affections courantes, puis à étudier la mesure dans laquelle des prestations qui leur sont associées sont couvertes par le «catalogue» suisse. Cette approche se réfère à la méthodologie des traceurs, développée par Kessner et al. dans un contexte d'assurance de qualité. Cinq «conditions-traceurs» ont été choisies en sorte d'étudier, par leur combinaison, la couverture de problèmes ou d'états de santé concernant les deux sexes et un large éventail d'âges: l'accident vasculaire cérébral ischémique, la fracture de hanche, l'obésité, la leucémie aiguë, ainsi que la grossesse normale et les soins au nouveau-né en bonne santé. Leur sélection a été guidée en particulier par la possibilité d'étudier, par leur intermédiaire, l'ensemble des domaines de l'activité de soins (prévention primaire et secondaire, évaluation, traitement, réadaptation, suites de soins). Ces

conditions-traceurs connaissent une prévalence élevée en Suisse, à l'exception de la leucémie aiguë qui ouvre l'opportunité d'étudier la couverture de prestations relevant de la médecine de pointe (protocoles d'évaluation et de traitement avancés, greffes, etc.).

Pour chaque traceur, une série de prestations ont été choisies pour faire l'objet d'une revue partielle de littérature, axée sur l'identification d'un jeu de prestations pour lesquelles la littérature est convergente dans le sens d'une recommandation positive. La couverture de ces prestations prévue par la LAMal a ensuite été analysée. L'étude par traceurs n'est par définition pas exhaustive. Son rôle n'est pas de détailler chaque prestation qui serait couverte, ou non, par le «catalogue» des prestations mais de mettre en évidence des domaines lacunaires de ce «catalogue». En outre, la revue de littérature n'a pas été réalisée en sorte de détecter des prestations qui seraient inefficaces ou devraient être écartées du «catalogue» des prestations sur la base d'une argumentation économique.

De l'ensemble des traceurs, la leucémie aiguë est sans doute l'affection pour laquelle les prestations étudiées sont les plus systématiquement couvertes par l'assurance-maladie de base. Cependant, ce constat est à mettre en relation avec les domaines d'activité analysés par ce traceur: les prestations étudiées pour la leucémie aiguë se situent en effet essentiellement dans les sphères de l'évaluation et du traitement. Ces deux domaines, qui relèvent avant tout de la responsabilité médicale, sont ceux pour lesquels la couverture des prestations est aussi la plus complète si l'on considère l'ensemble des autres traceurs.

En revanche, les domaines dans lesquels s'inscrivent les compétences d'autres professions soignantes (prévention, réadaptation, suites de soins) sont ceux pour lesquels les traceurs mettent davantage en évidence une couverture parfois incomplète. Ce constat reflète par ailleurs les limites de la littérature consultée, qui est en général moins abondante, et surtout souvent moins rigoureuse, dès que l'on quitte l'évaluation d'interventions strictement médicales. Les faiblesses de la littérature peuvent cependant être contournées par la mise en place de projets pilote, visant à définir la place à donner à certaines prestations, à l'exemple de l'évaluation consacrée au dépistage de l'ostéoporose actuellement en cours.

Des affections telles que l'accident vasculaire cérébral ou la fracture de hanche requièrent des interventions multiples, dont la coordination constitue une prestation en soi. Alors que la multidisciplinarité est valorisée en milieu hospitalier, notamment par la création d'unités de réadaptation ou d'unités de soins spécialisées (cf. «stroke units»), sa place et en particulier le remboursement des prestations de coordination qu'elle nécessite paraît absente du «catalogue» prévu par la LAMal. Il est ainsi difficile de trouver un cadre au remboursement d'activités s'inscrivant dans un programme de prévention (par ex. programmes formels d'exercice physique) ou de réadaptation alors que le «catalogue» prévoit le remboursement d'activités ponctuelles (par ex. gymnastique médicale). Cette lacune pourrait compromettre le développement de formes de prise en charge multidisciplinaire ambulatoire.

Parmi les prestations ne figurant pas dans le «catalogue» suisse, deux traceurs mettent enfin en évidence les aides à domicile. Or le maintien d'un niveau acceptable d'hygiène pour une personne handicapée vivant à son domicile nécessite souvent que des prestations telles que la livraison de repas préparés, l'entretien du linge et du ménage soient fournies.

En conclusion:

Le «catalogue» suisse résulte d'une option prise de reconnaître la compétence médicale pour ce qui a trait à l'assurance-maladie, en réservant au corps médical le droit presque exclusif de prescrire, et parfois de traiter, à charge de l'assurance. Sous cet angle, le «catalogue» suisse n'écarte réellement qu'une seule catégorie de prestations médicales en cas de maladie, celles effectuées par les médecins-dentistes. Pour le reste, on peut admettre que le contenu actuel du «catalogue» des prestations est suffisant pour éviter le développement d'une médecine à deux vitesses dans les champs de l'évaluation et du traitement des maladies. Ce n'est en revanche pas le cas si l'on se réfère à la prévention dans la mesure où des personnes consommant peu de soins peuvent être amenées à renoncer à des prestations préventives non libérées de franchise. On peut craindre également le développement d'une médecine à deux vitesses si l'exercice de certaines activités est limité aux médecins (du moins du point de vue du remboursement) et que le nombre de médecins formés à ces activités est trop restreint; l'accès aux prestations de psychothérapie et de réadaptation ambulatoire pourrait être concerné.

S'il est logique qu'un «catalogue» de base de l'assurance-maladie couvre prioritairement les traitements médicaux réputés efficaces dans le cadre de la maladie, les choix implicites ou explicites se situent au-delà de ce champ. Deux questions sous-tendent la plupart des choix relatifs aux marges du «catalogue» des prestations. La première est de savoir dans quelle mesure le «catalogue» de l'assurance obligatoire doit inclure ou non des prestations efficaces «dans l'absolu», ou doit au contraire se limiter à la couverture des prestations reconnues comme efficaces en comparaison de l'évolution naturelle, d'un placebo ou d'autres thérapies. La seconde question est de savoir dans quelle mesure le «catalogue» de l'assurance obligatoire doit inclure ou non des prestations certainement efficaces, mais qui ne relèvent pas des compétences des professions de la santé.

Si le champ couvert par l'assurance-maladie doit dépasser celui d'une médecine fondée sur des principes scientifiques, le développement d'une médecine à deux vitesses pourrait résulter de l'inclusion, dans le «catalogue», de prestations dont l'efficacité n'est pas prouvée, bien que leur désirabilité soit grande, et de l'exclusion simultanée de prestations efficaces mais dont la nature ne requiert pas les compétences particulières des professions soignantes. Un arbitrage relatif aux élargissements du «catalogue» paraît alors nécessaire car les rapports de force entre les différents groupes de population concernés par ces prestations sont souvent faussés; par exemple, les consommateurs de médecines parallèles et de prestations d'aide à domicile ne se situent pas dans les mêmes classes d'âge et leur capacité à exprimer leurs préférences est sans doute inégale. Il est souhaitable que cet arbitrage résulte d'un examen soigneux des conséquences prévisibles du renoncement à la couverture de telles prestations sur la santé de la population.

WIRKUNGSANALYSE KVG: IST DER «LEISTUNGSKATALOG» AUSREICHEND, UM DER GANZEN BEVÖLKERUNG DIE ALS WIRKSAM ANERKANNTE PFLEGE ZU BIETEN ?

ZUSAMMENFASSUNG

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz ist das zentrale Regulierungsinstrument, über das die Eidgenossenschaft in Sachen Gesundheitspolitik verfügt, während die Organisation des Sanitätswesens im Aufgabenbereich der Kantone liegt. Dieses Gesetz bestimmt insbesondere wer obligatorisch grundversichert wird und welche Leistungen von den Krankenkassen in diesem Rahmen vergütet werden müssen.

Neu im revidierten Krankenversicherungsgesetz ist u. a., dass die Krankenkassen seit dem 1. Januar 1996 nicht nur dazu verpflichtet sind, all jene Leistungen abzudecken, die in einem «Katalog» beschrieben werden, der die ganze Spannweite der sozialen Krankenversicherung umfasst, sondern es ist ihnen von nun an auch verboten, im Rahmen der sozialen Krankenversicherung die im «Katalog» nicht enthaltenen Leistungen abzudecken. Für die Kosten der Leistungen, die vom «Katalog» ausgeschlossen sind, kommt der Patient selbst auf, entweder direkt oder über private Zusatzversicherungen.

Um eine Zweiklassenmedizin zu vermeiden, muss der «Leistungskatalog» der sozialen Krankenversicherung somit die als wirksam erachteten Leistungen umfassend abdecken, während die sogenannten Komfortleistungen von den privaten Zusatzversicherungen übernommen werden.

Das Projekt «Leistungen der sozialen Krankenversicherung» ist eines der Teilprojekte, die im Rahmen der Wirkungsanalyse des KVG vom Bundesamt für Sozialversicherungen ausgearbeitet wurden. Das Ziel der Studie, die von der Abteilung Gesundheitsdienste des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne durchgeführt wurde, ist zu überprüfen, ob der Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung ausreicht, um der ganzen Bevölkerung die als wirksam anerkannten Gesundheitsleistungen zu bieten.

Zwei komplementäre Ansätze sollen uns zur Beantwortung der Frage nach dem «ausreichend» weiterhelfen: zum einen wird der «Leistungskatalog» der Schweiz mit jenem anderer Länder verglichen, und zum anderen wird die Vergütung von Gesundheitsproblemen (*tracer*) analysiert.

Einige Länder haben versucht, einen «Korb der Grundleistungen» zu definieren; faktisch gibt es aber keinen abschliessenden Katalog, der sich an eine ganze Bevölkerung richtet, und der ausdrücklich und im einzelnen alle versicherten Leistungen definiert. Es gibt hingegen verschiedene Formen von teilweise expliziten Katalogen. Der schweizerische «Katalog» ist keine Ausnahme, da er implizite Abschnitte enthält (z.B. die von einem Arzt oder Chiropraktiker erbrachten Leistungen), und explizite positive oder negative Listen (siehe Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung). Für den internationalen Vergleich wurden fünf Länder einbezogen, die wegen des Ausmasses an verfügbarer Dokumentation, des Bestehens eines Katalogs

oder Ansatzes eines Leistungskataloges, sowie ihrer geographischen Nähe gewählt wurden: Frankreich, Deutschland, Israel, die Niederlande und Luxemburg.

Dieser Vergleich hebt folgende Besonderheiten des schweizerischen «Katalogs» hervor: die Vergütung und die Verordnungsautonomie zugunsten der Chiropraktiker, eine relativ breite Vergütung der Ernährungsberatung, die Kostenübernahme einiger präventiver Leistungen in Verbindung mit der Mutterschaft (Beitrag für kollektive Geburtsvorbereitung und Stillberatung), sowie ein Beitrag für Rettungs- oder Bergungskosten (die Kosten eines Transportes im Krankenwagen sind hingegen eher schlechter abgedeckt als in den anderen ausgewählten Ländern).

Der schweizerische «Katalog» beinhaltet indessen, im Vergleich zu den oben genannten Ländern, einige wichtige und besondere Einschränkungen: es handelt sich hierbei um den weitläufigen Ausschluss der mit der Zahnmedizin verbundenen Kosten, den Ausschluss der von Psychologen und Neuropsychologen erbrachten Leistungen, sowie die Nichterstattung der Kosten von Aushilfe im Haushalt, die im Krankheitsfall oder nach einem Unfall benötigt werden könnte. Was diesen letzten Punkt betrifft, sei auf die in einigen Ländern bestehende Pflegeversicherung hingewiesen, die eben jene Leistungen abdeckt, deren Zunahme mit der demographischen Entwicklung und der «Desinstitutionalisierungsbewegung» einher geht. Unter den speziellen Leistungen des Anhanges 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung hebt sich die Schweiz besonders dadurch ab, dass Fortpflanzungsmedizin und Chirurgie bei erektiler Dysfunktion von einer Vergütung ausgeschlossen sind.

Im Unterschied zu den anderen erwähnten Ländern gilt die Franchise in der Schweiz für alle Leistungen (mit Ausnahme der Mutterschaft). Es kann somit befürchtet werden, dass sie eine wirksame finanzielle Schranke für die Versicherten darstellt und den Zugang zu vorsorglichen Leistungen erschwert, besonders für jene, die Pflegeleistungen äusserst selten in Anspruch nehmen.

Im übrigen macht der zwar breit gefasste schweizerische «Katalog» die Vergütung von der ärztlichen Verordnung, oft sogar von der ärztlichen Ausführung der Leistung abhängig. Letztere Voraussetzung stellt an sich keine Einschränkung für den Zugang zu den Leistungen dar, vorausgesetzt, dass die Ärzteschaft zahlreich und ausgebildet genug ist, um der Nachfrage nach Leistungen gerecht zu werden, die teilweise von anderen Pflegeberufen übernommen werden könnten.

Schliesslich zeigt sich, dass im KVG für alle Medikamente eine einheitliche Kostenbeteiligung vorgesehen ist, sofern das Medikament nicht ausdrücklich ausgeschlossen wurde. Der Vergleich mit anderen Ländern zeigt, dass Frankreich und Luxemburg differenzierter vorgehen. In diesen Ländern wird das Medikament nach Bewertung des «erbrachten medizinischen Nutzens» erstattet, was von gewissem Interesse ist.

Im zweiten Teil der Studie geht es um die Leistungsvergütung bei einigen geläufigen Erkrankungen durch den schweizerischen «Katalog». Dabei wird die Methode der *tracers* angewendet, die von Kessner et al. im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung entwickelt wurde. Um die Vergütung bei Erkrankungen bzw. Gesundheitszuständen für beide Geschlechter und für alle Altersklassen analysieren zu können, wurden fünf *tracers* ausgewählt: ischämischer cerebrovaskulärer Insult, Hüftfraktur, Adipositas, akute Leukämie, sowie die normale Schwangerschaft und die Pflege des gesunden Neugeborenen. Die *tracers* wurden so gewählt,

dass sie zusammen einen guten Überblick über die verschiedenen Leistungsbereiche (Primär- und Sekundärprävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge) bieten. Mit Ausnahme der akuten Leukämie ist die Prävalenz der *tracers* in der Schweiz hoch. Die Wahl der akuten Leukämie rechtfertigt sich dadurch, dass sie einen Einblick in die hochtechnisierte Medizin und deren Kostenübernahme erlaubt (Evaluationsprotokolle, fortschrittliche Behandlungsmethoden, Transplantationen, usw.).

Für jeden *tracer* wurde eine Reihe von Leistungen ausgewählt, die ihrerseits einer partiellen Literaturdurchsicht unterzogen wurden. Diese Durchsicht beschränkte sich auf die Identifizierung von Leistungen, für die sich die Literatur einstimmig im Sinne einer positiven Empfehlung ausspricht. Dann wurde die Vergütung dieser Leistungen durch das KVG untersucht. Die *tracers*-Methode ist zwangsläufig nicht umfassend. Sie soll nicht etwa die Einzelheiten aller erstatteten oder nicht erstatteten Leistungen des Katalogs schildern, sondern vielmehr auf Lücken des «Katalogs» hinweisen. Im übrigen diene die Revue der Literatur nicht dazu, unwirksame oder unwirtschaftliche Leistungen zu finden.

Von allen *tracers* ist wahrscheinlich die akute Leukämie die Erkrankung, für welche die ausgewählten Leistungen am häufigsten von der Grundversicherung abgedeckt werden. Dabei gilt es zu beachten, welche Leistungsbereiche bei diesem *tracer* im Zentrum standen, nämlich hauptsächlich jene der Diagnostik und der Behandlung. Die Leistungen dieser beiden Bereiche werden mehrheitlich von Ärzten erbracht, und sie werden auch bei den anderen *tracers* am besten vergütet.

Dagegen zeigen die Bereiche, in denen Kompetenzen anderer Pflegeberufe gefragt sind (Prävention, Rehabilitation, Nachsorge), schon eher eine unvollständige Kostenabdeckung. Es zeigt sich auch, dass die vorhandene Literatur, sowie vor allem deren Qualität, nachlassen, sobald man den Bereich der rein ärztlichen Leistungen verlässt. Lücken in der Literatur können jedoch durch Pilotprojekte geschlossen werden, welche den genauen Stellenwert einiger Leistungen evaluieren, wie zum Beispiel die laufende Untersuchung im Rahmen der Studie zur Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos.

Erkrankungen wie der ischämische cerebrovaskuläre Insult oder die Hüftfraktur verlangen vielfältige Eingriffe, deren Koordination eine Leistung *per se* ist. Während im Spital auf die Multidisziplinarität geachtet wird, u. a. mit der Schaffung von Abteilungen für Rehabilitation und spezialisierte Pflege (siehe «stroke units»), scheint der KVG-Katalog die Kostenübernahme der notwendigen Leistungskoordination nicht vorzusehen. So ist es zum Beispiel schwierig, einen gesetzlichen Rahmen für die Übernahme von Präventions- (formelle Trainingsprogramme) oder Rehabilitationsprogrammen zu finden, während einzelne Leistungen ausdrücklich erwähnt sind (z. B. Krankengymnastik). Es könnte sein, dass dadurch die Übernahme der ambulanten multidisziplinären Patientenbetreuung gefährdet ist.

Schliesslich machen zwei *tracers* die fehlende Kostenerstattung der Aushilfen im Haushalt im schweizerischen «Katalog» deutlich. Dabei verlangt ein zu Hause lebender behinderter Mensch ein Mindestmass an Hygiene und somit oft auch Leistungen wie Verpflegungsdienste, Hilfe bei der Wäsche und im Haushalt.

Schlussfolgerung:

Der schweizerische «Leistungskatalog» geht vom Grundsatz der ärztlichen Kompetenz für die Krankenversicherung aus, wodurch den Ärzten das fast exklusive Verordnungs- und Behandlungsrecht zu Lasten der Versicherung eingeräumt wird. So gesehen sind nur die zahnärztlichen Leistungen im Krankheitsfall vom «Katalog» ausgeschlossen. Sonst kann behauptet werden, dass der derzeitige Inhalt des Leistungskatalogs im Bereich Diagnostik und Behandlung ausreichend ist, um eine Zweiklassenmedizin zu verhindern. Anders sieht es im Bereich der Prävention aus, wo Versicherte, die wenig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, auf vorsorgliche Massnahmen womöglich verzichten, weil sie für die Franchise selbst aufkommen müssten. Man kann auch dann eine Zweiklassenmedizin befürchten, wenn eine Leistung nur Ärzten vorenthalten ist (zumindest was die Kostenübernahme betrifft) und die Anzahl der dafür ausgebildeten Ärzte zu gering ist; dies könnte bei psychotherapeutischen sowie ambulanten Rehabilitationsleistungen der Fall sein.

Es ist durchaus verständlich, dass ein Grundleistungskatalog der Krankenversicherung hauptsächlich die als wirksam erachteten medizinischen Leistungen im Krankheitsfall beinhaltet; es gibt jedoch explizite oder implizite Entscheidungen, die in die Randbereiche des Leistungskatalogs fallen und hier zwei Fragen aufwerfen. Erstens, ob der «Katalog» der obligatorischen Krankenversicherung «absolut» wirksame Leistungen beinhalten sollte, oder im Gegenteil nur solche, die im Vergleich zur natürlichen Entwicklung, zu einem Placebo oder zu anderen Therapien als wirksam angesehen werden. Zweitens, ob der «Katalog» der obligatorischen Krankenversicherung Leistungen enthalten sollte, die zwar sicher wirksam sind, jedoch nicht die Kompetenz der Gesundheitsberufe benötigen.

Falls die Krankenversicherung mehr abdecken soll als nur eine auf wissenschaftlichen Prinzipien beruhende Medizin, könnte es zu einer Zweiklassenmedizin kommen; dann nämlich, wenn Leistungen in den «Katalog» aufgenommen würden, die zwar wünschenswert sind, deren Wirksamkeit jedoch nicht nachgewiesen ist, und wenn zugleich wirksame Leistungen ausgeschlossen würden, weil sie keine besonderen Kompetenzen der Pflegeberufe erfordern. Wenn der «Katalog» erweitert werden soll, scheint daher eine Arbitrage notwendig, da die Bevölkerungsgruppen, die von den jeweiligen Leistungen profitieren könnten, in einem ungleichen Kräfteverhältnis stehen. So gehören zum Beispiel die Komplementärmedizin nachfragenden Personen und jene, die Aushilfe im Haushalt beanspruchen, verschiedenen Altersklassen an, und es ist anzunehmen, dass diese ihre Wünsche nicht gleich lautstark geltend machen können. Es bleibt zu wünschen, dass ein Verzicht auf Kostenübernahme solcher Leistungen nur dann erfolgt, wenn die vorhersehbaren Konsequenzen auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung sorgfältig geprüft worden sind.

TABLE DES MATIERES

RESUME	i-iv
ZUSAMMENFASSUNG	iv-viii
I. INTRODUCTION	1
I.1 CONTEXTE	1
I.2 DEFINITION ET LIMITES DU MANDAT	2
I.3 LE «CATALOGUE» DES PRESTATIONS	3
I.3.1 COMPOSITION ACTUELLE	3
I.3.2 PARTICIPATION D'AUTRES ASSURANCES SOCIALES ET DES POUVOIRS PUBLICS	4
I.4 APPROCHES METHODOLOGIQUES	5
I.4.1 COMPARAISON INTERNATIONALE	5
I.4.2 ETUDE DE CONDITIONS-TRACEURS	6
II. ANALYSE PAR COMPARAISON INTERNATIONALE	7
II.1 METHODES	7
II.1.1 CHOIX DES PAYS	7
II.1.2 OBJET ET LIMITES DE LA COMPARAISON	9
II.1.3 RECHERCHE DE DOCUMENTATION ET COLLABORATIONS	9
II.2 RESULTATS	10
II.2.1 SUISSE	10
II.2.2 FRANCE	15
II.2.3 ALLEMAGNE	19
II.2.4 ISRAËL	24
II.2.5 PAYS-BAS	27
II.2.6 LUXEMBOURG	31
II.2.7 COMPARAISON INTERNATIONALE DES PRESTATIONS GÉNÉRALES, PAR CATÉGORIE	34
II.2.8 COMPARAISON INTERNATIONALE DES PRESTATIONS SPÉCIALES	44
II.3 DISCUSSION	51
III. ANALYSE PAR CONDITIONS TRACEURS	56
III.1 METHODES	56
III.1.1 MÉTHODOLOGIE ET CHOIX DES TRACEURS	56
III.1.2 STRATÉGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	60
III.1.3 CRITÈRES DE CHOIX DES DOCUMENTS	63
III.1.4 VARIATIONS MÉTHODOLOGIQUES ET PARTICULARITÉS	64
III.1.5 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	65
III.2 RESULTATS	67
III.2.1 ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (ISCHÉMIQUE)	67
III.2.2 FRACTURE DE HANCHE	73
III.2.3 OBÉSITÉ	76
III.2.4 LEUCÉMIE AIGUË (LA)	78
III.2.5 GROSSESSE NORMALE ET NOUVEAU-NÉ EN BONNE SANTÉ	81
III.3 DISCUSSION	86
IV. CONCLUSIONS	89

I. INTRODUCTION

I.1 CONTEXTE

La loi suisse sur l'assurance-maladie est l'instrument central de régulation dont dispose la Confédération en matière de politique de santé, l'organisation des services de santé étant du ressort des cantons. Cette loi stipule en particulier quelles personnes doivent être couvertes par l'assurance-maladie sociale et quelles sont les prestations obligatoirement à charge des caisses-maladie dans ce cadre.

La révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1996, comprend plusieurs mesures visant à étendre la population assurée et à favoriser la solidarité entre assurés. Elle intervient en outre dans un contexte de croissance des coûts de la santé et de stagnation économique et poursuit à la fois des objectifs d'extension des prestations et de maîtrise des coûts. En conséquence, la loi renforce les incitatifs financiers destinés à responsabiliser les assurés et surtout à limiter leur consommation de soins (augmentation de l'étendue de la franchise obligatoire et de la participation aux frais médicaux, qui ne sont pas réassurables). La LAMal limite en outre l'accès aux soins collectivement financés aux seules prestations jugées efficaces, appropriées et économiques. Dès lors, la LAMal non seulement définit le «catalogue» des prestations à charge de l'assurance maladie sociale, mais elle exclut également le remboursement par les caisses-maladie de toute prestation n'y figurant pas. Les frais liés aux prestations non prévues par le «catalogue» des prestations sont assumés par les patients, soit directement, soit par le biais d'assurances complémentaires privées.

L'interdiction du remboursement «à bien plaire» des prestations ne figurant pas dans le «catalogue» (une pratique tolérée dans la version antérieure de la loi sur l'assurance-maladie) vise à garantir à tous un même accès aux soins, en évitant l'arbitraire des décisions prises par les caisses-maladie. Le but poursuivi par la LAMal étant l'égalité de traitement, le contenu du «catalogue» des prestations a acquis une importance cruciale dans la mesure où ce dernier définit complètement le champ de l'accès aux soins dans le cadre de l'assurance-maladie sociale. Pour éviter le développement d'une médecine à deux vitesses, le «catalogue» des prestations à charge de l'assurance-maladie doit couvrir exhaustivement la pratique médicale jugée efficace, laissant au champ de l'assurance complémentaire privée les prestations dites de confort.

Le contenu d'un «catalogue» des prestations connaît des bornes supérieure et inférieure. La borne supérieure est fixée par le caractère efficace, économique et approprié des prestations; celles qui ne remplissent pas ces conditions devraient être exclues du «catalogue». Les travaux de la Commission fédérale des prestations (CFP), dont la mission est de préavisier sur la base de ces critères quant aux prestations à inclure ou exclure du «catalogue», s'y réfèrent, la décision finale appartenant au domaine politique. La borne inférieure est définie par la capacité du «catalogue» à couvrir l'entier d'une pratique médicale de qualité; elle fait l'objet du présent rapport.

I.2 DEFINITION ET LIMITES DU MANDAT

Le projet «prestations de l'assurance-maladie sociale» est l'un des projets partiels élaborés par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. On relève parmi les questions primordiales abordées dans le Plan de réalisation de l'analyse des effets de la LAMal¹ la préoccupation suivante: «Le besoin en soins de base de qualité est-il satisfait par les prestations de l'assurance de base, ou des assurances complémentaires sont-elles nécessaires pour satisfaire ce besoin?».

Le but du projet réalisé par l'Unité des services de santé de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne est de vérifier si les prestations couvertes par l'assurance-maladie sociale (cf. section I.3) répondent à l'un des trois objectifs centraux de la loi, à savoir l'accès à des soins de qualité. Parallèlement à ce projet, un mandat d'analyse juridique est confié à l'Institut du droit de la santé de l'Université de Neuchâtel (M. Dominique Sprumont).

Deux approches complémentaires sont adoptées pour répondre à la question du caractère suffisant du «catalogue» suisse des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale: d'une part, la comparaison des «catalogues» des prestations remboursées en Suisse et à l'étranger (cf. chapitre II) et, d'autre part, l'examen de la couverture par le «catalogue» des prestations de problèmes de santé utilisés comme traceurs (cf. chapitre III).

Les limites respectives de ces deux approches sont relevées dans les sections méthodologiques (II.1 et III.1) du présent rapport. Il convient en outre de relever que l'analyse réalisée ici porte exclusivement sur la notion de «catalogue» **suffisant**. D'autres propriétés des prestations ne sont pas abordées, telles que leur caractère nécessaire ou approprié. En effet, ces notions se réfèrent à l'application de prestations dans des situations individuelles; en l'absence d'information contextuelle et individuelle détaillée, il n'est pas possible de porter un jugement sur le caractère approprié (et souvent également sur le caractère efficace) des interventions médicales réalisées en faveur d'un patient donné. L'analyse du «catalogue» des prestations se limite en conséquence à vérifier, à un niveau global:

- dans quelle mesure certaines prestations couvertes dans d'autres pays pourraient n'avoir pas été prévues par le «catalogue» suisse, et
- si le «catalogue» suisse couvre certaines prestations recommandées par la littérature médicale pour la prise en charge d'affections sélectionnées.

Les limites du premier volet de l'analyse (comparaison internationale) sont fixées par la disponibilité relative des «catalogues» de prestations d'autres pays, par leur degré de détail et de lisibilité, et par leur diversité de forme et de contenu. Ces limites ne peuvent être dépassées que par la collaboration bénévole de partenaires dans les pays concernés, pour une comparaison nécessitant de leur part un investissement certain en temps.

Dans le second volet de l'analyse (approche par traceurs), un nombre restreint de problèmes de santé sont sélectionnés; en outre, il n'est pas envisageable d'étudier exhaustivement la multitude des interventions applicables à chacun de ces problèmes de santé. Des choix doivent en conséquence être effectués. L'approche par traceurs n'a pas pour vocation l'analyse de

¹ OFAS, p. 17, éd. déc. 1998

chacune des prestations contenues dans, ou peut-être négligées par, le «catalogue» des prestations; elle a essentiellement pour fonction de mettre en évidence d'éventuels domaines de faiblesse de la couverture offerte par l'assurance-maladie sociale, sans prétendre à l'exhaustivité.

I.3 LE «CATALOGUE» DES PRESTATIONS

I.3.1 Composition actuelle

La loi précise, dans un «catalogue» intégré à l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), les prestations remboursées en Suisse par l'assurance-maladie sociale. Le terme de «catalogue» est trompeur et devrait être utilisé avec précaution, car il pourrait faire croire en l'existence d'une liste explicite et exhaustive des prestations couvertes par l'assurance de base, ce qui n'est vrai que pour certaines catégories de prestations (voir tableau, page suivante).

Les prestations les plus importantes, soit celles fournies quotidiennement par les médecins au cabinet et dans les hôpitaux, n'ont volontairement pas été énumérées dans une liste positive². Leur remboursement est en principe systématique, à moins que leur caractère efficace, approprié et économique n'ait pas (ou pas encore) été prouvé. La pratique montre que la plupart des prestations se sont imposées d'elles-mêmes, au vu des résultats positifs obtenus auprès des utilisateurs, davantage que comme résultat d'une évaluation rigoureuse. Toutefois, quelques rares technologies médicales ont fait (ou font) l'objet d'une contestation, qui mène à une évaluation par la Commission fédérale des prestations (CFP) et à une décision de remboursement - ou de non remboursement - par le Département fédéral de l'intérieur. Cette décision, parfois assortie de certaines conditions, figure dès lors dans l'annexe 1 de l'OPAS. A ce jour, et depuis 1967, environ 160 prestations ont été évaluées par la CFP.

En outre, certaines prestations médicales échappent au «principe de confiance» dont bénéficie l'activité des médecins en général. Il s'agit essentiellement des mesures de prévention et des prestations spécifiques en cas de maternité, qui font l'objet d'une liste positive, explicitée dans l'OPAS. La psychothérapie représente un cas particulier, dans la mesure où son remboursement est soumis à des limitations d'indications et de durée précisées dans l'OPAS, sans qu'il s'agisse d'une liste positive à proprement parler.

D'autres prestations fournies par des médecins ou d'autres catégories professionnelles font l'objet d'une liste positive, définie précisément pour celles figurant au chiffre 1.1 du tableau ci-après, et moins précisément pour les cas particuliers énumérés au chiffre 4.

² Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie, du 6.11.1991. Feuille fédérale. 144^e année. Vol. I, p. 141.

Prestations médicales selon la LAMal³

	Types de prestations	Source
1. Liste positive	Analyses	Liste des analyses (LAna)
	Médicaments	Liste des médicaments avec tarif (LMT), liste des spécialités (LS)
	Moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques	Liste des moyens et appareils (LiMA)
	1.1 Prestations définies	OPAS art. 4
	Certaines prestations des chiropraticiens (analyses, médicaments, moyens et appareils)	OPAS art. 5
	Prestations des physiothérapeutes	OPAS art. 7
	Soins à domicile	OPAS art. 9b
	Conseils nutritionnels	OPAS art. 10
	Prestations des logopédistes-orthophonistes	OPAS art. 12
	Mesures de prévention	OPAS art. 13 à 15
Prestations spécifiques en cas de maternité	OPAS art. 16	
Prestations des sages-femmes	OPAS art. 17 à 19a	
Soins dentaires		
2. Liste non positive	Prestations évaluées par la CFP (env. 160)	Annexe 1 de l'OPAS
3. Pas de liste	Toutes les prestations des médecins et chiropraticiens ne figurant pas dans l'OPAS	
4. Cas particuliers	Psychothérapie	OPAS art. 2 et 3
	Prestations des ergothérapeutes	OPAS art. 6
	Cures balnéaires	OPAS art. 25
	Transport	OPAS art. 26
	Sauvetage	OPAS art. 27

I.3.2 Participation d'autres assurances sociales et des pouvoirs publics

L'assurance-maladie fait partie d'un ensemble d'assurances sociales constituant la sécurité sociale du pays. Bien que les prestations en matière de santé soient essentiellement du ressort de l'assurance-maladie (environ 90%), d'autres branches sont également concernées. Il s'agit en particulier de l'assurance-accidents et maladies professionnelles, de l'assurance invalidité (AI), de l'assurance vieillesse et survivants (AVS), des prestations complémentaires à l'AVS/AI (PC) et de l'assurance militaire fédérale.

Ces assurances fournissent des prestations dans des domaines variés. La liste des moyens et appareils de l'AI, par exemple, est beaucoup plus étendue que celle de l'assurance-maladie. Elle comprend, entre autres, des fournitures orthopédiques, des appareils acoustiques, des chiens-guides pour aveugles, des fauteuils roulants, des perruques, des chaussures sur mesure et supports plantaires, etc. L'assurance-maladie peut toutefois prendre en charge ces prestations à titre subsidiaire, aux mêmes conditions qu'appliquerait l'assurance sociale correspondante.

³ Adapté du Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale et économique des prestations médicales, OFAS, éd. 1998, Annexe II, Tableau 1, p. 115.

Par ailleurs, il faut également garder à l'esprit que les dépenses de santé sont aussi prises en charge par les assurances privées et les patients eux-mêmes (environ 30%), ainsi que directement par les cantons et les communes (environ 25%).

Par conséquent, il conviendra de rester prudent dans l'interprétation des éventuelles différences de couverture émergeant de la comparaison internationale. Ainsi, par exemple, les moyens auxiliaires pris en charge par l'assurance-maladie allemande peuvent paraître beaucoup plus nombreux qu'en Suisse si l'on ne tient pas compte de la liste des moyens et appareils de l'AVS/AI/PC. De même, l'adaptation du domicile d'une personne handicapée, par exemple après un accident vasculaire cérébral, ne fait pas partie du «catalogue» de prestations de l'assurance-maladie, contrairement à ce qui figure dans la législation hollandaise. En réalité, l'assuré suisse pourra tout de même bénéficier d'une aide financière extérieure, mais elle sera accordée par l'AI. Un problème se pose néanmoins pour les personnes ne pouvant plus bénéficier des prestations de l'AI pour des raisons d'âge, car les prestations de l'AVS et des PC sont moins étendues que celles de l'AI.

I.4 APPROCHES METHODOLOGIQUES

I.4.1 Comparaison internationale

Ce volet consiste à comparer le contenu du «catalogue» des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale suisse à celui, plus ou moins explicite, d'autres pays. Dans cette comparaison, l'accent est mis sur les prestations qui ne seraient pas systématiquement couvertes dans tous les pays examinés, ou qui le seraient par une contribution variable de l'assurance sociale.

Les pays étudiés dans cette section ont été sélectionnés sur la base de la documentation disponible (en particulier, l'analyse comparative nécessite l'existence de liste(s) plus ou moins explicites de prestations à charge de l'assurance sociale) et de critères tels que la proximité ou la diversité d'organisation des systèmes sanitaires.

Les prestations générales dont le remboursement est prévu par les «catalogues» en Suisse et dans chacun des pays choisis sont d'abord examinées. Dans un second temps, l'analyse porte plus particulièrement sur la couverture, dans les pays sélectionnés pour la comparaison, des prestations ayant fait l'objet en Suisse d'une décision explicite de remboursement ou d'exclusion du «catalogue» (prestations spéciales). Des listes négatives ou limitatives sont en outre recherchées dans les pays étudiés. La comparaison internationale permet ainsi d'apprécier l'entier du «catalogue» des prestations prévu par la LAMal, dans la mesure où il est explicite.

I.4.2 Etude de conditions-traceurs

Les traceurs sont des affections ou états de santé courants, sélectionnés pour mettre en lumière différents aspects de l'activité sanitaire. Le choix des traceurs est guidé par le souci de permettre une étude de prestations variées, intéressant plusieurs groupes de population.

Pour chaque traceur, une multitude de prestations pourraient en principe être analysées; une sélection est d'abord opérée dans le but principal de couvrir, avec l'ensemble des traceurs, un large éventail de prestations sans redondances. Par définition, l'approche par traceurs étudie un choix de prestations, et non la totalité des prestations médicales ou la totalité du «catalogue» des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale.

La littérature médicale est ensuite étudiée afin d'identifier, pour chaque traceur, des prestations jugées en général pertinentes pour la prévention, l'évaluation, le traitement, la réadaptation ou les suites de soins. Sur ce point, nous devons rendre le lecteur attentif aux limites particulières de cette consultation de littérature, qui ne doit pas être interprétée au-delà du contexte spécifique de notre démarche. La littérature médicale actuelle, marquée par le mouvement de «médecine fondée sur les preuves», voit se multiplier les recommandations pour la pratique médicale et de nombreuses sociétés médicales développent leurs propres directives au moyen de longues procédures de revue systématique et de consultation. Notre revue de la littérature effectuée pour chaque traceur est partielle, de même que le jugement porté sur le niveau de preuve relatif à l'efficacité des prestations. Les synthèses de littérature réalisées dans le cadre de ce projet n'ont en aucun cas la vocation de constituer une référence pour la pratique médicale (toutes les prestations pertinentes relatives à un traceur ne sont en effet pas nécessairement étudiées) et ne sauraient être considérées comme une évaluation complète de l'efficacité de chaque prestation étudiée. L'accent a été mis sur l'identification des prestations clairement recommandées par la littérature récente et le fait que cette dernière soit insuffisante pour démontrer l'efficacité de certaines des prestations étudiées ne traduit souvent que la pauvreté de la recherche scientifique sur certains aspects de la pratique médicale.

Enfin, pour chaque traceur, la mesure dans laquelle les prestations sélectionnées sont couvertes par le «catalogue» prévu par la LAMal est étudiée.

II. ANALYSE PAR COMPARAISON INTERNATIONALE

II.1 METHODES

II.1.1 Choix des pays

La comparaison internationale supposait la sélection de 4 à 6 pays répondant aux critères suivants:

1. Existence d'une liste explicite et documentée des prestations remboursées;
2. Proximité géographique de la Suisse;
3. Diversité des modes d'organisation de leur système de santé.

Après une présélection d'une vingtaine de pays, nous en avons contacté onze pour en retenir finalement cinq. Il s'agit des pays suivants:

- France
- Allemagne
- Israël
- Pays-Bas
- Luxembourg.

Les critères 2 et 3 de sélection des pays sont ainsi respectés, à l'exception des points suivants: tout d'abord, le choix d'Israël s'impose, malgré l'éloignement géographique, en raison de l'existence dans ce pays d'un «catalogue» de prestations explicite et exhaustif, ce qui rend la comparaison particulièrement aisée. Ensuite, aucun pays à système de santé d'inspiration beveridgienne (Royaume-Uni, pays scandinaves) n'a été retenu, ni aucun pays à organisation mixte (Espagne, Italie). Pour les premiers, le choix s'explique par le fait que la responsabilité politique de définir le catalogue de prestations est souvent déléguée aux autorités locales. C'est dire qu'il existe plusieurs catalogues différents selon la région du pays concerné. Dès lors, la comparaison doit se limiter à un comté suédois ou une région norvégienne, et elle en perd de sa représentativité. Quant aux pays méditerranéens, ils ont été écartés en raison du problème de l'accessibilité des soins. Dans ces pays, en effet, les assurés ne bénéficient pas toujours des soins auxquels ils auraient théoriquement droit. Comme au Royaume-Uni ou en Nouvelle-Zélande, les listes d'attente sont longues, si bien que bon nombre d'assurés préfèrent contracter une assurance privée pour obtenir des prestations dans de meilleures conditions.

Le choix des pays finalement retenus a été dicté par les considérations suivantes:

- De par sa proximité et sa langue, le choix de la France est logique. Ce pays a édité plusieurs listes positives. De plus, nous avons bénéficié de l'aide précieuse de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), dont l'une des missions est de donner un avis sur le remboursement des actes, prestations et fournitures.

- En Allemagne, un «catalogue» de prestations est disponible, mais la loi reste très générale dans la définition des prestations. De plus, elle laisse aux caisses une certaine marge de manœuvre dans trois domaines précis: les cures, les soins à domicile et l'aide à domicile. Comme pour la France, la proximité et la langue de ce pays en font néanmoins un sujet de comparaison intéressant.
- Une liste explicite et documentée des prestations remboursées n'existe que dans de très rares pays. Tous ceux qui parlaient d'en créer une se sont heurtés à des difficultés de mise en œuvre pratique, malgré des études préliminaires détaillées, menées par des commissions parlementaires et des comités de professionnels. Ceci est par exemple le cas de la Nouvelle-Zélande, de la Suède, de la Province de Québec et des Pays-Bas. Seul Israël a défini un «panier» de prestations obligatoires dans sa loi sur l'assurance-maladie de 1995, ce qui, comme mentionné plus haut, a motivé son inclusion dans l'étude.
- Avec le rapport de la commission Dekker, les Pays-Bas étaient sans doute le pays le plus proche de la création d'un «catalogue» explicite et exhaustif. Le gouvernement a finalement rejeté la création d'un tel «catalogue», lui préférant l'introduction de critères de priorisation. Nous avons néanmoins choisi d'inclure les Pays-Bas dans notre comparaison, notamment en raison de la qualité des sources disponibles.
- Le Luxembourg répond à tous les critères de sélection et, de par sa petite taille, il permet d'aborder le remboursement des prestations effectuées à l'étranger, problème qui se pose aussi ponctuellement en Suisse. Bien que la nomenclature luxembourgeoise représente en réalité un tarif, nous l'avons assimilée dans ce cas, et contrairement au tarif suisse, à un «catalogue» de prestations obligatoires dans la mesure où toutes les prestations qui y figurent sont également celles qui sont remboursées par l'assurance-maladie, hormis celles qui sont précédées du sigle APCM ou ACM (autorisation [préalable] du conseil médical requise).

Un paramètre important dans la comparaison internationale des prestations de santé est sans aucun doute la part des dépenses nationales en matière de santé. Comme précisé plus haut, il est vrai que l'assurance-maladie n'est qu'un agent payeur parmi d'autres (pouvoirs publics, autres assurances et les assurés eux-mêmes). Cependant, il nous paraît intéressant de relever l'évolution des dépenses nationales en matière de santé dans les pays choisis pour notre comparaison. En Israël, la part est de 8.4% du produit national brut (PNB) en 1998 (base de données de l'OMS, Office régional pour l'Europe).

Evolution des dépenses nationales en matière de santé dans cinq pays européens (Allemagne, Suisse, France, Pays-Bas, Luxembourg) entre 1975 et 1998

Source: Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE), Paris

Pays	Part des dépenses nationales en matière de santé (en % du PNB)					
	1975	1980	1985	1990	1995	1998
Allemagne	9.0	9.0	9.5	8.2	10.4	10.6
Suisse	7.0	7.3	8.1	8.4	9.7	10.2
France	7.0	7.6	8.5	8.9	9.8	9.6
Pays-Bas	7.5	7.5	7.9	8.3	8.8	8.6
Luxembourg	5.1	6.2	6.1	6.6	7.0	7.0

II.1.2 Objet et limites de la comparaison

L'objet de l'analyse par comparaison internationale est d'étudier dans un premier temps la couverture des **prestations générales**, qui pour chaque pays est confrontée à celle prévue par le «catalogue» suisse. L'ensemble du «catalogue» est examiné. Exception faite des aides visuelles et auditives, il ne sera cependant pas entré dans le détail des listes positives des moyens et appareils, médicaments et analyses; certaines de ces prestations particulières seront abordées ponctuellement dans l'examen des problèmes de santé.

La comparaison des prestations générales se fait d'abord indépendamment pour chaque pays considéré, et par type de prestations. Dans un second temps, un commentaire met en évidence, pour chaque catégorie de prestations, les différences observées à travers les six «catalogues» analysés. L'intérêt de la comparaison des prestations générales est en particulier de signaler des catégories de prestations qui seraient remboursées dans les autres pays sélectionnés mais écartées par le «catalogue» suisse.

L'analyse se poursuit par l'examen de la couverture, dans chacun des six pays, des prestations ayant fait l'objet d'une décision explicite (ci-après «**prestations spéciales**»), soit:

- celles qui ont été évaluées par la Commission fédérale des prestations, listées dans l'annexe 1 de l'OPAS;
- celles qui figurent sur une liste négative d'un autre pays (pour autant que nous en disposions).

L'intérêt d'une telle démarche réside dans l'identification des prestations qui sont les plus susceptibles de poser problème.

II.1.3 Recherche de documentation et collaborations

La recherche de documentation s'est déroulée en plusieurs phases:

Tout d'abord, la recherche de littérature préliminaire qui avait permis d'identifier les pays à inclure dans la comparaison a été intensifiée afin de préciser le fonctionnement du système de santé de chaque pays, fonctionnement dont un bref descriptif est présenté au début de chaque partie consacrée aux différents pays de la comparaison. La recherche s'est faite à la fois de manière manuelle et informatisée (cette deuxième modalité au moyen de la banque de données Medline).

Dans un deuxième temps, des contacts ont été établis dans chaque pays avec des personnes compétentes dans le domaine des prestations de l'assurance-maladie. Pour identifier ces personnes, nous avons bénéficié de la collaboration de Mme Claudine Marquard et du Dr Pedro Koch, respectivement adjointe scientifique et chef de la section prestations médicales de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Les collaborations établies dans chaque pays, ainsi que les sources et références utilisées, sont indiquées en tête des chapitres spécifiques.

Les personnes de contact ont alors été sollicitées, soit pour nous indiquer le niveau de couverture, par l'assurance-maladie sociale de leur pays, des prestations générales pour

lesquelles nous ne disposions pas de l'information nécessaire, ainsi que celui des prestations figurant dans l'annexe 1 de l'OPAS, soit pour compléter et valider les informations que nous avons tirées des documents officiels déjà en notre possession. Une traduction anglaise des documents officiels a été utilisée pour les Pays-Bas et Israël.

II.2 RESULTATS

II.2.1 Suisse

II.2.1.1 Collaborations établies, sources et références

Les sources à disposition pour la connaissance du système de santé et du «catalogue» de prestations suisse sont de très bonne qualité.

Ce chapitre a été préparé sur la base des textes de loi, disponibles en format papier auprès de l'Office fédéral central des imprimés et du matériel, CH-3003 Bern, ainsi qu'en format électronique sur le site Internet de la Confédération. Les références sont:

- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), RS⁴ 832.10: http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/index.html;
- Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), RS 832.102: http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_102/index.html;
- Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), RS 832.112.31: http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_112_31/index.html.

Par ailleurs, pour les questions relatives au remboursement, nous avons bénéficié de l'aide de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), et en particulier de Mme Claudine Marcuard (Commission des principes), Dr Pedro Koch et Jörg Schürer (Commission des prestations), Dr Gertrud Mäder (Commission des analyses), Dr Reinhard Kämpf, Evelin Asen et Dominique Marcuard (Commission des médicaments), Dr Stefan Otto (Commission des moyens et appareils), ainsi que de la publication de l'OFAS «Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale et économique des prestations médicales», édition 1998.

Autres sources:

- M. Jean-Pierre Desjacques⁵, coordinateur des fédérations cantonales au Concordat des assureurs-maladies suisses (CAMS), Soleure;
- Mme Béatrice Desplands, professeur à l'Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques (EESP), Lausanne;
- Mme Jacqueline Deck, juriste au Bureau Central d'Aide Sociale, Genève;

⁴ Recueil systématique des lois fédérales.

⁵ A titre privé.

- Mmes Suzanne Peyron et Muriel Baudraz, Office des finances, Hospices Cantonaux, Lausanne;
- M. A. Sollberger, fondé de pouvoir, caisse-maladie SUPRA, Lausanne;
- Registre Suisse des Donneurs de Moëlle, Berne;
- Association Suisse des Neuropsychologues, Zurich.

Des documents publiés⁶ ont complété les informations obtenues par ces sources.

II.2.1.2 Historique

1890: première loi sur l'assurance sociale en cas d'accident et de maladie;

1914: loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMA);

1946: loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS);

1952: loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture du 20 juin 1952 (LFA)⁷;

1959: loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI);

1964: première révision partielle importante de la LAMA;

1965: loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC);

1981: loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA);

1982: loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP);

⁶ Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique:

- Perneger TV, Etter JF. Impact des HMO sur les coûts et la qualité des soins. Rev Med Suisse Romande 1995;115:971-6.
- Dreifuss R. Le printemps de la LAMal. Rev Med Suisse Romande 1996;116:549-52.
- Perneger TV, Etter JF, Gaspoz JM, Raetzo MA, Schaller P. Nouveaux modèles d'assurance-maladie et gestion des soins. Soz Präventivmed 1996;41:47-57.
- Perneger TV, Etter JF, Rougemont A. Switching Swiss enrollees from indemnity health insurance to managed care: the effect on health status and satisfaction with care. Am J Public Health 1996;86(3):388-93.
- L'assurance-maladie en Suisse. Etat au 1^{er} janvier 1997. Publication de l'OFAS (97.105).
- Perneger TV, Etter JF. Introducing managed care in Switzerland: impact on use of health services. Public Health 1997;111(6):417-22.
- Bisig B, Gutzwiller F, Domenighetti G. Incidence of operations in Switzerland related to insurance status. Swiss Surg 1998;4(3):109-116.
- Perneger TV, Etter JF. Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. J Epidemiol Community Health 1998;52:370-6.
- Tableaux synoptiques concernant la sécurité sociale suisse. Etat au 1^{er} janvier 1999. Publication de l'OFAS (99.165).
- Sommer JH, Burgi M, Theiss R. A randomized experiment of the effects of including alternative medicine in the mandatory benefit package of health insurance funds in Switzerland. Complement Ther Med 1999;7(2):54-61.

⁷ Il existe, parallèlement au régime fédéral, 26 régimes cantonaux d'allocations familiales destinées aux salariés (dans certains cantons, également aux indépendants ou aux personnes sans activité lucrative).

1991: après l'échec de plusieurs tentatives de révision, un nouveau projet de loi sur l'assurance-maladie est proposé par quatre experts indépendants;

1994: adoption par le Parlement de la nouvelle loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal);

1996: entrée en vigueur de la LAMal.

La nécessité de réformer la LAMA découlait de plusieurs facteurs, en particulier l'accroissement du coût des soins et l'existence de groupes de risques séparés. En effet, dans l'ancien système, les risques ne se répartissaient pas de façon uniforme entre toutes les caisses. D'une part, il était possible à l'assureur de conclure des assurances collectives; d'autre part, le montant des primes était calculé en fonction de l'âge de l'assuré à son entrée dans la caisse et les caisses étaient autorisées à fixer un âge maximal d'entrée, ainsi que des réserves (exclusion de l'assurance pour cause de maladie préexistante par exemple). Le caractère facultatif de l'assurance-maladie rendait impossible à l'Etat d'imposer la suppression de ces réserves et d'instaurer un libre-passage intégral d'une caisse à l'autre. Enfin, les subventions fédérales étaient versées par capitation, sans différenciation selon les revenus des assurés (système de l'arrosoir).

II.2.1.3 Organisation actuelle

Le système de sécurité sociale est géré par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Il s'organise autour des trois grands piliers que sont:

- 1^{er} pilier: l'assurance-pensions de base (assurance-vieillesse, prestations aux survivants et assurance-invalidité), avec ses prestations complémentaires dans le cas où les rentes ne suffisent pas à couvrir les besoins vitaux;
- 2^e pilier: la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité;
- 3^e pilier: la prévoyance individuelle liée.

Les autres types d'assurance existants sont l'assurance-maladie, l'assurance-accidents et maladies professionnelles, et les allocations familiales. L'assurance-chômage est du ressort de l'Office fédéral du développement économique et de l'emploi (OFDE).

L'assurance-maladie sociale, régie par la LAMal, comporte deux volets:

1. assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, dite assurance des soins, obligatoire pour toutes les personnes domiciliées en Suisse;
2. assurance d'indemnités journalières, facultative⁸.

L'assurance-maladie sociale couvre de plus les prestations en nature en cas de maternité. En cas d'accident, elle remplit une fonction subsidiaire, i.e. elle peut prendre en charge des frais non couverts par une assurance-accidents spécifique.

Il s'agit d'une assurance individuelle. Les primes ne sont pas proportionnelles au revenu de l'assuré.

⁸ Ce deuxième volet ne sera pas traité ici.

La loi sur l'assurance maladie s'applique exclusivement à une assurance dite de base dont les prestations sont définies selon une liste positive. L'assurance de base peut être élargie par une assurance dite complémentaire, régie quant à elle par le droit des assurances privées.

Il existe une pluralité d'assureurs, caisses-maladie ou institutions d'assurance privées. Les caisses-maladie sont définies comme des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif. Elles gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (DFI). Les autres assureurs sont régis par la loi sur la surveillance des assurances (LSA). Pour l'assurance-maladie sociale, ils doivent bénéficier d'une autorisation de pratiquer. Tous les assureurs doivent pratiquer d'une manière totalement distincte les uns des autres et sans rechercher de profit.

Une institution commune assume les tâches obligatoirement partagées, comme les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolubles, ou d'autres tâches qui lui sont confiées par le Conseil fédéral.

Les assureurs sont enfin contraints par la loi à gérer en commun et avec les cantons une institution dont le but est d'encourager la prévention des maladies et la promotion de la santé.

Plusieurs organismes sont chargés de la surveillance. Le Conseil fédéral veille à l'application de la loi et édicte les dispositions à cet effet. Les cantons sont chargés du contrôle de l'affiliation de chaque personne. L'OFAS est chargé d'appliquer la loi et ses dispositions d'exécution à l'égard des assureurs. L'Office fédéral des assurances privées (OFAP) surveille la pratique des assurances autres que l'assurance-maladie sociale, en particulier l'assurance complémentaire.

Toute décision d'un assureur peut être attaquée dans les 30 jours. Cette procédure est gratuite. Le tribunal des assurances compétent est le tribunal cantonal. La dernière instance de recours est le Tribunal fédéral des assurances (TFA).

II.2.1.4 Financement

Il existe trois sources de financement:

1. la prime individuelle;
2. la participation aux frais;
3. les subsides des pouvoirs publics.

Il s'agit d'un système de tiers-garant. Les ressources de l'assurance ne peuvent être affectées à d'autres fins (principe de mutualité): toute recherche de profit de la part des caisses-maladie dans le cadre de l'assurance-maladie sociale est donc interdite.

PRIME INDIVIDUELLE

Chaque assureur fixe lui-même les primes nécessaires à couvrir ses dépenses. Les assurés auprès d'un même assureur paient tous la même prime, indépendamment d'aucun paramètre (âge, sexe, revenu, etc.).

Un échelonnement régional des primes est autorisé, pour lequel le lieu de domicile est déterminant. Il ne peut aller au-delà de trois niveaux par canton.

Il existe plusieurs exceptions à cette règle. D'une part, l'assureur a le devoir de fixer des primes plus basses pour les assurés de moins de 18 ans révolus, et il est autorisé à le faire pour les assurés de moins de 25 ans révolus qui sont encore en formation; d'autre part, il existe des formes particulières d'assurance pour lesquelles les primes sont réduites: citons, parmi celles-ci, l'assurance de type *HMO (health maintenance organization)*, où le choix de l'assuré est limité aux prestataires désignés par l'assureur en fonction de leurs prestations plus avantageuses.

PARTICIPATION AUX COÛTS

La participation aux coûts par l'assuré a lieu à plusieurs niveaux:

- a. paiement d'un montant annuel fixe (franchise);
- b. paiement de 10% des coûts dépassant la franchise (quote-part), jusqu'à concurrence d'un montant annuel fixe (actuellement, 600.-);
- c. contribution quotidienne fixe aux frais de séjour hospitalier (actuellement, 10.-).

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne des prestations particulières pour lesquelles la participation est plus élevée, et fixe le montant de cette dernière. La participation peut aussi être augmentée lorsque la prestation a été fournie pour une certaine durée ou a atteint un volume déterminé.

La participation peut être réduite ou supprimée en cas de maladies graves ou de traitements de longue durée. Aucune participation n'est exigée en cas de maternité. La participation aux frais n'est pas réassurable par des assurances complémentaires.

REDUCTION DE PRIME

Le système actuel de subsides vise à réduire les primes des assurés de condition économique modeste. Ces réductions de prime sont accordées par les cantons; pour ce faire, ces derniers reçoivent des subsides annuels de la Confédération, auxquels ils doivent apporter un complément minimal.

II.2.1.5 Description du «catalogue» des prestations

Le «catalogue» des prestations suisse est présenté de manière détaillée dans le chapitre I.3 de ce rapport. Rappelons qu'il est composé de parties implicites et explicites. Les parties implicites concernent la plus grande partie des prestations des médecins et chiropraticiens. Quelque 160 prestations examinées par la Commission fédérale des prestations font l'objet d'une décision de remboursement explicite - négative ou positive, voire conditionnelle. Les listes positives concernent les médicaments, les analyses et les moyens et appareils, ainsi qu'un groupe de prestations comprenant la physiothérapie, les soins à domicile, les soins dentaires, les conseils nutritionnels, la logopédie, les mesures de prévention, les prestations spécifiques de la maternité et celles des sages-femmes. Bien qu'expressément mentionné dans l'OPAS, un autre groupe de prestations est défini de manière plus générale: psychothérapie, ergothérapie, cures balnéaires, transport et sauvetage.

II.2.2 France

II.2.2.1 Collaborations établies, sources et références

Ce chapitre a été préparé sur la base de renseignements de bonne qualité et très complets, obtenus grâce à:

- ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), Paris: Prof Yves Matillon, Directeur Général de l'Agence, Dr Marie-Josée Moquet, Chargée de la Mission Nomenclature;
- CNAMTS (Caisse Nationale d'assurance-maladie des Travailleurs Salariés), Paris: Dr Bertille Roche-Apaire, médecin-conseil à l'échelon national du Service Médical;
- Dr Emmanuel Rusch, Département de Santé Publique, Faculté Lariboisière-Saint Louis, Paris.

Des documents publiés⁹ ont complété les informations obtenues par ces sources.

II.2.2.2 Historique

1920: définition des principes sur lesquels repose la médecine libérale (voir plus loin);

1945: création du système de sécurité sociale;

⁹ Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique:

- La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de 7 pays de l'OCDE. OCDE, Paris, 1992.
- Feldbaum E, Hughesman H. Health care systems: cost containment versus quality. Financial Times Management Reports 1994.
- de Kervasdoué J. The French reforms: a rich area for health services research. J Health Serv Res Policy 1997;2(4):197-9.
- Le Pen C. Pharmaceutical economy and the economic assessment of drugs in France. Soc Sci Med 1997;45(4):635-43.
- Commission européenne. MISSOC. La protection sociale dans les États membres de l'Union européenne. Situation au 1^{er} janvier 1998 et évolution.
- Mitchell P. France gets smart with health à la carte. Lancet 1998;351:736.
- Sorum PC. Striking against managed care. The last gasp of La médecine libérale? JAMA 1999;280(7):659-64.
- Dorozynski A. France abandons fines to control health costs. BMJ 1999;318:76.
- French healthcare reform - CNAM submits revised plan. PharmacoEconomics and Outcomes News 1999;223:11.
- Site Internet du Ministère de l'emploi et de la solidarité, <http://www.sante.gouv.fr/index.htm> et notamment:
 - Aubry M. L'assurance-maladie. Discours du 12 février 1999.
 - La couverture maladie universelle. Dossier de presse du 21 juillet 1999.
 - Politique du médicament: deux ans d'action continue. Dossier de presse du 21 juillet 1999.
 - Communiqué du 17 septembre 1999 concernant l'évaluation des médicaments.
 - Communiqué du 22 septembre 1999 concernant les cures thermales.

1960: entrée en vigueur d'un barème de rémunération des médecins appelé nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), applicable à l'échelle nationale aux médecins libéraux. Les médecins ayant signé cette convention sont appelés médecins conventionnés et représentent la très grande majorité des médecins;

1971: introduction d'un numerus clausus pour les étudiants en médecine, intervenant à la fin de la première année d'études;

1979: introduction de budgets prospectifs dans le secteur hospitalier;

1981: les médecins se répartissent désormais en deux catégories (secteurs 1 et 2). Dans le secteur 1, les médecins s'en tiennent strictement au barème et jouissent en échange de certains avantages sociaux. Dans le secteur 2, ils établissent eux-mêmes leurs honoraires («avec tact et modération»), mais sont tenus de cotiser au titre de leur retraite et de leur assurance-maladie. En 1990, 26% des médecins, pour la plupart des généralistes et spécialistes de grandes villes, avaient choisi d'exercer dans le secteur 2;

années 90: les taux de croissance des dépenses sont négociés avec les médecins et d'autres professions médicales (biologistes, radiologistes, hôpitaux privés etc.);

1990: établissement de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, remplacée actuellement par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES);

1991: loi sur la réforme hospitalière. Cette loi introduit la planification régionale des soins, élargit l'autonomie de gestion des hôpitaux publics et oblige les hôpitaux privés à s'accorder avec les caisses-maladie sur le volume des soins;

1993: première publication de «références médicales opposables» (recommandations cliniques de bonne pratique médicale, visant concrètement à interdire les pratiques jugées inappropriées). Introduction de dossiers médicaux personnels que le patient doit présenter à chaque consultation médicale, dans le but d'assurer une meilleure coordination des soins;

1996: le premier ministre Alain Juppé institue par décret un plan de régulation des dépenses, visant à étendre les mesures déjà en œuvre et en introduisant deux nouvelles, à savoir l'établissement de réseaux de santé (où le généraliste joue le rôle de *gatekeeper*), et l'introduction de budgets prospectifs globaux pour le domaine ambulatoire;

1997: le mouvement de protestation suscité par le plan Juppé culmine en mars avec une grève nationale de 5 semaines des médecins. En mai, le gouvernement Juppé est remplacé par une majorité socialiste, avec Lionel Jospin comme premier ministre; les réformes se poursuivent à un rythme ralenti. Création dans chacune des 23 régions du pays d'une Agence d'hospitalisation régionale, avec pour but de réduire les inégalités régionales, et de fixer les prix hospitaliers sur la base de DRGs (*diagnosis-related groups*);

1998: Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, présente à l'Assemblée nationale un projet de loi de financement de la sécurité sociale, visant à l'établissement d'une couverture universelle et à la maîtrise des coûts par divers moyens;

1999: entrée en vigueur du droit de substitution pour les pharmaciens encourageant le développement des médicaments génériques.

II.2.2.3 Organisation actuelle

L'ensemble de la population est couvert (en principe¹⁰) par un système d'assurance-maladie obligatoire. Il existe une caisse-maladie principale et deux caisses accessoires. Le régime général d'assurance-maladie couvre 80% de la population, pour la plupart des personnes salariées. Il existe des régimes particuliers pour les agriculteurs, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires, les cheminots, les mineurs etc.

Les patients s'acquittent directement de leurs factures et se font ensuite rembourser par leur caisse (système du tiers-garant). Le remboursement s'effectue après déduction de la participation. Le taux de la participation varie selon la prestation considérée. La plupart des assurés contractent une assurance complémentaire, qui couvre également la participation, auprès d'assureurs privés (compagnies d'assurance à but en général non lucratif). Il est à noter que le taux de paiement direct par l'assuré est l'un des plus élevés d'Europe: 14% des coûts totaux de la santé en 1997.

Les soins ambulatoires sont organisés selon les principes de la médecine libérale: libre choix du médecin, liberté de prescription et de traitement, libre détermination des honoraires et paiement direct par le patient.

Le secteur hospitalier est divisé en secteur public (la majorité des lits) et secteur privé (hôpitaux à buts lucratif et non lucratif).

Les prix des médicaments sont soumis à deux régimes, l'un concernant les médicaments ambulatoires remboursables, l'autre les médicaments ambulatoires non remboursables et les médicaments hospitaliers. Tout nouveau médicament arrivant sur le marché suit un processus en trois étapes: homologation par l'Agence du médicament, évaluation de l'amélioration représentée par ce médicament sur le plan médical par la Commission de la transparence (le résultat de cette évaluation fixe le taux de remboursement), et enfin établissement du prix de vente par le Comité économique. La consommation de médicaments est la plus élevée du monde, et les dépenses par personne en matière de médicaments sont parmi les plus élevées d'Europe.

II.2.2.4 Financement

Les caisses-maladie sont financées par une contribution sociale obligatoire, payée par les employeurs (13% du salaire sous le régime général) et les salariés (7% du salaire sous le régime général). Les soins aux chômeurs et aux malades chroniques sont financés par l'Etat grâce à l'impôt général.

¹⁰ En réalité, les problèmes d'accès aux soins sont réels pour une frange importante de la population: en 1997, 20% de la population (10 millions de personnes) n'avaient pas d'assurance complémentaire qui couvre les participations (dont les taux sont élevés); de plus, il était estimé en 1999 que 700'000 personnes n'avaient pas accès au régime de base obligatoire et étaient couvertes par le biais de l'assurance personnelle, régime qui s'accompagne de lenteurs dans l'affiliation et de risques de rupture de droits; en 1999 toujours, il était estimé que 150'000 personnes environ ne bénéficiaient d'aucune couverture. La loi exclusion de 1999 vise à assurer une couverture maladie universelle.

Le système de sécurité sociale est en grave crise financière et traverse actuellement une période d'intenses réformes (voir historique).

II.2.2.5 Description du «catalogue» des prestations

La France ne possède pas de «catalogue» explicite et exhaustif des prestations obligatoirement à charge des caisses maladie. Des listes positives existent cependant pour:

- les prestations médicales réalisées dans le secteur libéral (nomenclature générale des actes professionnels), actuellement en cours de modification;
- les prestations des médecins-dentistes, en grande partie obsolète et également en cours de modification;
- les moyens et appareils (tarif interministériel des prestations sanitaires);
- les médicaments, dont la liste est publiée dans les «fiches de transparence», contenant également les limitations de prescription et les coûts par jour ou par mois;
- les vaccinations;
- les analyses (nomenclature des actes de biologie médicale).

Toutes les prestations médicales réalisées dans le secteur hospitalier public peuvent être remboursées dans le cadre du budget global. L'assurance-maladie en a une connaissance imparfaite. Les seules limites sont représentées par la loi de protection des personnes, dite Loi Huriet, et l'enveloppe financière que constitue la dotation globale d'un établissement hospitalier: depuis 1982, l'assurance-maladie ne rembourse plus de forfait journalier, mais alloue à l'établissement hospitalier une enveloppe budgétaire mensuelle correspondant au douzième du montant de l'année précédente, majorée de 1 à 2% chaque année. La dotation budgétaire couvre ainsi tous les frais hospitaliers, y compris la recherche et l'enseignement, sans que l'assurance-maladie puisse connaître le détail des prestations offertes.

II.2.2.6 Commentaire sur les prestations générales

Les renseignements obtenus pour la France sont de bonne qualité; ils émanent de sources autorisées et bien informées. Ils n'ont été que légèrement remaniés pour faciliter la comparaison.

En faisant abstraction de la participation aux frais des assurés, on constate à partir de la comparaison des prestations générales que sont couverts en Suisse et non en France essentiellement:

- les conseils nutritionnels prodigués par un diététicien indépendant;
- l'ergothérapie pratiquée par un ergothérapeute indépendant;
- la chiropratique;
- les prestations de sauvetage.

A l'inverse, deux domaines paraissent mieux couverts en France:

- la médecine dentaire;
- les montures de lunettes.

Il faut toutefois tenir compte dans la comparaison de l'importance de la participation aux frais. En moyenne, ceux-ci sont en effet plus élevés en France qu'en Suisse. Cela se voit particulièrement dans les domaines de la médecine ambulatoire, de l'hospitalisation, des médicaments, des analyses, de la physiothérapie, de la logopédie, de la prévention non liée à la maternité, ainsi que des 4 premiers mois de la grossesse. Il faut cependant signaler l'exemption en France de la participation aux frais pour les patients souffrant d'une des 30 affections définies comme « affections de longue durée » (hypertension artérielle sévère, diabète, SIDA, etc.), notamment dans la réadaptation, la logopédie et la psychothérapie, ainsi que la possibilité de réassurer la participation.

Selon le plan stratégique de la Caisse nationale d'assurance-maladie française, rendu public en juillet 1999¹¹, plusieurs nouveautés pourraient intervenir prochainement. Ainsi, il est possible qu'à l'avenir les soins dentaires prophylactiques annuels soient remboursés intégralement chez les <20 ans et les soins bisannuels partiellement chez les >20 ans. Pour ceux qui ne se soumettraient pas à ces soins prophylactiques, les prothèses et l'ortho-dentisterie faciale ne seraient plus remboursées. De même, il est prévu de mieux rembourser les soins palliatifs à domicile, ainsi que de rembourser de manière préférentielle les assurés qui seraient d'accord d'adhérer à un réseau d'opticiens agréés.

II.2.3 Allemagne

II.2.3.1 Collaborations établies, sources et références

Ce chapitre a été préparé sur la base de renseignements de bonne qualité, obtenus grâce à plusieurs sources différentes:

- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln: Dr Heinrich Weichmann, Referent, Dr Andreas Köhler;
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln: Dr Gerhard Brenner, Mitglied der Geschäftsführung, Maria Rita Meyer;
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen: Dr Friedrich Kruse, Fachgebietsleiter Chirurgische/Orthopädische Versorgung, K. Wilting;
- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)-Bundesverband, Bonn: Dr Bernhard Egger, Dr Partsch;
- Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), Siegburg: Paul Raffauf, Thomas Ballast, M. Materna;
- Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf: Dr Josef Düllings, Referent Finanzierung/Planung.

¹¹ Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés. Plan stratégique du 12 juillet 1999: des soins de qualité pour tous. URL: <http://www.cnamts.fr/act/pst/sompst.htm>.

Références de base:

- Sozialgesetzbuch fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung, également disponible sur le site Internet: <http://www.rententips.de/gesetze/sgbv/index.html>;
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) mit den Vertragsgebührenordnungen, Stand 1.7.1997. Deutscher Ärzte-Verlag;
- Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Sozialversicherungs- und anderen Kostenträgern sowie Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Stand Oktober 1998. Deutscher Ärzte-Verlag.

Des documents publiés¹² ont complété les informations obtenues par ces sources.

¹² Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique:

- La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de 7 pays de l'OCDE. OCDE, Paris, 1992.
- Feldbaum E, Hughesman H. Health care systems: cost containment versus quality. Financial Times Management Reports 1994.
- La nouvelle assurance de soins de la République fédérale d'Allemagne. Sécurité sociale 1995;1:45-7.
- Wysong JA, Abel T. Risk equalization, competition, and choice: A preliminary assessment of the 1993 German health reforms. Soz Präventivmed 1996;41:212-23.
- Gesundheit in Deutschland. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, janvier 1997.
- Kur-Wegweiser für das Arzt-Patienten-Gespräch: Kuren in Deutschland mit Abrechnungshilfen. Deutscher Bäderverband, Bonn, 1997.
- Graf von der Schulenburg JM, Uber A. Current issues in German health care. Pharmacoeconomics 1997;12(5):517-23.
- Hörgeräte und Batterien. Informationsblatt Nr. 27-11 vom 5.5.1997. Bundesministerium für Gesundheit.
- Wahner-Roedler DL, Knuth P, Juchems RH. The German health care system. Mayo Clin Proc 1997;72(11):1061-8.
- Schneider M, Beckmann M, Biene-Dietrich P, Gabanyi M, Hofman U, Köse et al. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersicht 1997.
- Brillen und Kontaktlinsen. Informationsblatt Nr. 27-10 vom 16.3.1998. Bundesministerium für Gesundheit.
- Freeman R. Competition in context: the politics of health care reform in Europe. Int J Qual Health Care 1998;10(5):395-401.
- Geraedts M. Do we really want managed care? Gesundheitswesen 1998; 60(8-9): 473-81.
- Jost T. German health care reform: the next steps. J Health Polit Polic Law 1998;23(4):697-711.
- Kamke K. The German health care system and health care reform. Health Policy 1998;43(2):171-94.
- Scholte M, Doherty J: German health care system slow to change. Manag Care Q 1998;6(2):68-70.
- Winkelhake O, Jürgen J. Risk equalization, competition and choice in Germany: A reply to Wysong and Abel. Soz Präventivmed 1998;43:3-4.
- Wysong JA, Abel T. Competition and «cream skimming» in Germany: incentives and opportunities. Soz Präventivmed 1998;43(1):5-6.
- Zweifel P. Managed care in Germany and Switzerland. Two approaches to a common problem. Pharmacoeconomics 1998;14 (Suppl 1):1-8.
- Cooper-Mahkorn, D. German doctors strike against health budget cuts. BMJ 1999;318: 76.
- Gesetzliche Krankenversicherung: Bald fällt die Klappe. Finanztest 9/99:78-85.
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Gesundheitsreform 2000: Kabinettsentwurf. KVNO extra, September 1999.

II.2.3.2 Historique

1883: première législation sur l'assurance-maladie (création du 1^{er} pilier): le chancelier Otto von Bismarck jette les bases d'un système de santé dans lequel le financement est public mais les prestataires autonomes;

1884: législation sur l'assurance-accidents (2^e pilier);

1889: législation sur l'assurance-vieillesse et invalidité (3^e pilier, appelée aujourd'hui assurance-retraite);

1927: législation sur l'assurance-chômage (4^e pilier);

1977: introduction d'une enveloppe budgétaire ambulatoire globale, par laquelle les caisses-maladie paient les médecins constitués en associations. Certaines prestations sont exclues de la liste soumise à remboursement;

1986: décision selon laquelle les dépenses d'exploitation des hôpitaux sont désormais financées par dotations budgétaires globales prospectives, les hôpitaux étant tenus de fonctionner dans de bonnes conditions de rentabilité. L'installation de nouveaux médecins est restreinte dans certaines zones et pour certaines spécialités;

1^{er} janvier 1989: entrée en vigueur de la *Gesundheitsreformgesetz*. Cette nouvelle loi est née de réformes destinées à encourager la concurrence et à augmenter la rentabilité. Les prestations préventives sont exclues de la palette des prestations et de nouvelles prestations (pour les personnes fonctionnellement dépendantes) sont ajoutées. Ces dernières seront bientôt remplacées par la loi sur l'assurance des soins (voir ci-dessous, 1994);

1989: établissement d'une liste de produits pharmaceutiques non remboursables, publication des prix de médicaments comparables, encouragement à la prescription de médicaments génériques, contrôle des marges bénéficiaires des pharmaciens;

octobre 90: après la réunification, le système de santé de la RDA (services de santé à la fois fournis et financés par les pouvoirs publics) est transformé pour l'harmoniser avec celui de la RFA;

1^{er} janvier 1993: entrée en vigueur de la *Gesundheitsstrukturgesetz*. Les coûts de la santé ne sont autorisés à croître que dans la mesure où ils sont compensés par une même croissance des cotisations. Il est introduit un taux fixe de médecins par nombre d'habitants, et les assurés sont autorisés à changer de caisse-maladie. Le système de paiement à l'acte est remplacé par un mélange entre paiement à la capitation et paiement par ensemble de services (*service complex payment*);

1994: introduction d'une nouvelle assurance dite assurance de soins, destinée à couvrir le risque de dépendance fonctionnelle (5^e pilier);

pour l'avenir: d'autres réformes sont prévues, destinées à stabiliser la situation financière, en particulier en renforçant la responsabilité individuelle.

II.2.3.3 Organisation actuelle

Le système de sécurité sociale en Allemagne repose sur cinq grands piliers qui couvrent respectivement la maladie, les accidents, l'invalidité et le revenu de vieillesse, le chômage et enfin la dépendance en matière de soins. En ce qui concerne l'assurance-maladie, la réglementation des services de santé est partagée entre l'Etat, les Länder et l'administration locale. L'assurance-maladie est régie par la loi sur l'assurance-maladie (*Recht der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV], Sozialgesetzbuch V*). C'est le département n° 2 du ministère de la Santé (*Bundesministerium für Gesundheit*) qui est chargé des questions relatives à l'assurance-maladie.

Le système de santé se compose d'un ensemble d'organisations publiques et privées (caisses-maladie, professions soignantes, hôpitaux et autres prestataires) travaillant dans le cadre légal défini par l'Etat.

Les caisses-maladie régies par la loi, au nombre de 873 en 1995, assurent 90% de la population en 1997. Elles sont obligées par la loi de proposer un certain nombre de prestations qui se sont multipliées avec le temps; elles sont autorisées à proposer des prestations supplémentaires facultatives, et se livrent à une vive concurrence pour attirer les assurés volontaires (la majorité de la population étant couverte à titre obligatoire). L'assuré est libre de choisir son médecin et la caisse-maladie paie directement les prestataires pour les prestations fournies à ses membres (système du tiers-payant). Le reste de la population est assuré soit par des organisations d'utilité publique (diverses organisations de prévoyance sociale souvent liées à la profession: paysans, marins, mineurs...), soit par des assureurs privés. Il existe une cinquantaine d'assureurs privés à but essentiellement non lucratif. Leurs prestations doivent être au moins aussi généreuses que les prestations minimales servies par le régime obligatoire. Ils peuvent donc remplacer l'assurance de base; le plus souvent, toutefois, ils la complètent. Contrairement à ce qui se passe avec les caisses-maladie régies par la loi, l'assuré paie de sa poche les prestations, qui lui sont ensuite remboursées partiellement ou dans leur intégralité (système du tiers-garant).

Les soins ambulatoires et hospitaliers sont très séparés, la plupart des hôpitaux n'offrant pas de services de consultations externes. Les associations entre médecins se développent; les médecins touchent des honoraires plus élevés pour les patients privés. Ils sont organisés en associations qui reçoivent des caisses-maladie un montant forfaitaire prospectif. Les associations des médecins de caisse (*kassenärztliche Vereinigungen*) redistribuent ce montant aux médecins en fonction de leur activité et d'un barème d'honoraires (système de valeurs relatives ou points). Les tarifs sont négociés dans les limites d'un taux maximal de progression des dépenses qui vise à maintenir constants les taux de cotisation.

Les hôpitaux publics et les hôpitaux privés appartenant à des institutions religieuses emploient des médecins salariés. Ils reçoivent des caisses-maladie un forfait journalier incluant la rémunération des médecins. Les hôpitaux privés appartenant à des médecins emploient des médecins rémunérés à l'acte. Ils reçoivent des caisses un forfait journalier ne comprenant pas cette rémunération. Les maisons de repos et les résidences pour personnes âgées sont mises à disposition, en dehors du système d'assurance obligatoire, par des collectivités locales et des organisations bénévoles.

II.2.3.4 Financement

Le financement des services de santé dépend pour une petite partie de subsides fédéraux, mais est principalement assuré par des cotisations perçues sur les salaires. Ces cotisations sont proportionnelles au revenu, avec un plafond; elles sont payées à parts égales par l'employé et par l'employeur. Le montant des cotisations est fixé par les caisses-maladie et correspondait en 1995 à 13.2% du salaire brut. Les enfants et le (la) conjoint(e) de la personne assurée sont automatiquement inclus dans l'assurance et ne paient pas de cotisations, sauf s'ils exercent eux-mêmes une activité soumise à assurance obligatoire ou si leur revenu personnel est élevé. Les membres des forces armées et de la police reçoivent des soins gratuits. Une caisse de sécurité sociale finance les cotisations des chômeurs, des pensionnés d'Etat et des personnes handicapées.

Comme mentionné plus haut, les dépenses d'exploitation des hôpitaux sont financées par les caisses-maladie et les assureurs privés, mais leurs dépenses d'investissement sont financées par les gouvernements des Länder. Les maisons de repos et les résidences pour personnes âgées sont financées par des paiements privés faisant souvent l'objet de prestations d'aide sociale.

Finalement, les prestations couvertes par l'assurance des soins sont financées, depuis le 1^{er} janvier 1995, par un taux uniforme de 1% perçu sur les recettes sujettes à cotisation (salaire brut des employés). Depuis le 1^{er} juillet 1996, ce taux a été relevé à 1.7% pour les prestations de soins en institutions. Les cotisations sont payées à parts égales par les employeurs et les employés (décision assortie de la suppression d'un jour férié).

II.2.3.5 Description du «catalogue» des prestations

Un «catalogue» des prestations existe en Allemagne, mais, à l'instar du «catalogue» suisse, il est à la fois implicite et explicite. En effet, la loi sur l'assurance-maladie (*gesetzliche Krankenversicherung, GKV*) reste générale dans bon nombre de domaines. D'autres sources¹³ nous ont permis de préciser le remboursement de certaines prestations, mais il est très fastidieux de se faire une image précise et exhaustive du «catalogue». Les prestations hospitalières, en particulier, peuvent toutes être prises en charge dans le cadre du budget global. De plus, la loi accorde expressément une marge de manœuvre aux caisses-maladie dans les domaines des cures, des soins à domicile et de l'aide à domicile. Certaines prestations figurent sur une liste négative. Il s'agit en particulier de médicaments (pour lesquels il n'existe pas de liste positive), ainsi que d'une vingtaine de prestations-limites, examinées par une commission fédérale regroupant médecins et assureurs.

II.2.3.6 Commentaire sur les prestations générales

La qualité des renseignements obtenus pour l'Allemagne peut être qualifiée de bonne. Les sources sont des textes de loi et des documents officiels; de plus, elles ont été, pour la plupart, validées par une personne qualifiée¹⁴.

¹³ Voir «Collaborations établies, sources et références».

¹⁴ Voir section «Collaborations établies, sources et références».

En faisant abstraction de la participation aux frais des assurés, on constate que les prestations couvertes en Suisse et non en Allemagne sont au nombre de quatre:

- Chiropratique;
- Conseils nutritionnels;
- Piles des appareils acoustiques;
- Ultrasons de routine pendant la grossesse (2 en Suisse, 1 en Allemagne).

A l'inverse, cinq domaines paraissent mieux couverts en Allemagne:

- Soins dentaires;
- Psychothérapie par psychologues;
- Lunettes (pas de limitation de fréquence en Allemagne, la seule limitation concernant l'augmentation du trouble de la réfraction chez les personnes de >14 ans);
- Cures préventives;
- Aide à domicile.

Comme en Suède, aux Pays-Bas et en Autriche, les participations aux frais en Allemagne sont en-dessous de la moyenne avec un «catalogue» de prestations relativement large. Par ailleurs, le volume représenté par les prestations non remboursées en Allemagne, mais remboursées en Suisse, est très faible, comparativement aux prestations prises en charge en Allemagne, mais pas en Suisse.

Les cures préventives sont une particularité allemande. Même si les conditions nécessaires à se voir rembourser une cure sont devenues plus strictes ces dernières années, les caisses-maladie sont toujours libres d'inclure dans leur catalogue des cures préventives, notamment pour jeunes mères venant d'accoucher. En pratique, une jeune mère peut ainsi bénéficier d'un séjour de 3 semaines dans une station climatique reconnue (qui peut être thermale ou non¹⁵), dans le but de prévenir ou de soigner un état d'épuisement suivant l'accouchement. Bien que la loi rende cette prestation facultative, elle est offerte par la plupart des caisses-maladie.

Enfin, même s'il s'agit d'une prestation en espèces, l'indemnité funéraire fait également partie des prestations offertes par l'Allemagne. Seul le Luxembourg prévoit cette même prestation.

II.2.4 Israël

II.2.4.1 Collaborations établies, sources et références

Ce chapitre a été préparé sur la base de références de bonne qualité, mais non validées. Les renseignements ont été fournis par:

- Dr David Chinitz, Hebrew University-Hadassah, School of Public Health and Community Medicine, Jerusalem;

¹⁵ «Badekurort» et «Luftkurort».

- Dr Boaz Lev, Ministry of Health, Associate Director General, Jerusalem;
- Joël Hanhart, cand med, Université de Lausanne (traduction du «catalogue» des prestations d'hébreu en français).

Références de base:

- National Health Insurance Law, 5754-1994 (version anglaise);
- «Panier de prestations de santé» (version en hébreu).

Des documents publiés¹⁶ ont complété les informations obtenues par ces sources.

II.2.4.2 Historique

Avant la création de l'Etat d'Israël, sous mandat anglais, les services de santé sont dispensés par trois entités différentes, à savoir le gouvernement anglais, des organisations privées bénévoles et un certain nombre de caisses-maladie, la plus importante étant (à l'époque et aujourd'hui encore) le *General Sick Fund (KHC)* créé en 1921 par la Fédération des travailleurs hébreux (*Histadrut*).

1948: création de l'Etat d'Israël et du Ministère de la Santé, ce dernier héritant des fonctions du gouvernement et de certaines des organisations privées;

années 80: le KHC connaît une crise financière;

1990: soumission du rapport de la Commission d'enquête Netanyahu;

1995: entrée en vigueur d'une nouvelle loi sur l'assurance-maladie (*National health insurance law, NHI*), comprenant un paquet de prestations de base et rendant l'assurance de base obligatoire.

II.2.4.3 Organisation actuelle

La loi institue un régime de couverture universelle. Le Ministère de la Santé définit un ensemble de services de base que les caisses-maladie sont obligées de prendre en charge et qui est le même pour toutes les caisses-maladie. Les caisses-maladie elles-mêmes dispensent les services de santé; le Ministère a un rôle de réglementation uniquement. Les caisses-maladie

¹⁶ Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique:

- Chinitz D, Israeli A: Health reform and rationing in Israel. *Health Affairs*, 1997;16(5):205-10.
- Chinitz D, Shalev C, Galai N, Israeli A. Israel's basic basket of services: the importance of being explicitly implicit. *BMJ* 1998;317:1005-7.
- Gross R, Rosen B, Chinitz D. Evaluating the Israeli health care reforms: strategy, challenges and lessons. *Health Policy* 1998;45:99-117.
- Israeli A, Ashkenazi Y, Chinitz D. Israel - A health system in transition. *The Physician Executive* 1998; mars-avril, 39-42.
- Shmueli A. Supplemental health insurance ownership in Israel: an empirical analysis and some implications. *Soc Sci Med* 1998;46(7):821-9.
- Siegel-Itzkovitch, J. Israel restricts fertility treatment. *BMJ* 1999;318:88.

sont autorisées à offrir des assurances complémentaires. La loi garantit le libre passage entre les caisses. Les assurés peuvent s'adresser directement à un spécialiste s'ils le désirent.

La prise en charge ambulatoire est réalisée d'une part par des cabinets de soins primaires où travaillent des généralistes et des pédiatres (et parfois quelques spécialistes), d'autre part par des cabinets de spécialistes. Israël compte 47 hôpitaux généraux dont le budget se fait par dotation prospective plafonnée, qui tient compte des performances de l'année précédente; les prix sont réglementés par le Ministère de la santé, sur la base d'un forfait journalier auquel s'ajoute un paiement complémentaire, déterminé par DRGs, pour 15 procédures importantes.

II.2.4.4 Financement

Le financement repose sur la taxation. Le gouvernement (par le biais du *National Insurance Institute*) récolte les primes et les redistribue aux caisses-maladie selon une formule à la capitation qui se base sur l'âge de l'assuré.

De 1990 à 1993, les dépenses de santé représentaient 7,8% du PNB (moyenne pour les pays de l'OCDE à cette même époque: 8%). En 1998, elles étaient de 8.4%.

II.2.4.5 Description du «catalogue» des prestations

Le «catalogue» des prestations israélien se veut explicite et exhaustif. En effet, il comprend de nombreuses prestations, énumérées sous forme de liste paraissant très détaillée. Cependant, il faut relativiser son caractère exhaustif, car il reste lui aussi évasif et général dans certains domaines. Il faut signaler, en particulier, que nous avons souvent trouvé la formulation «kégon», équivalent hébreu du mot «tel que» en français, introduisant une liste de prestations qui ne saurait donc par définition pas être exhaustive. Certains traitements médicaux sont mentionnés de manière très brève, comme par exemple: «traitement de l'énurésie», sans expliciter si toutes les formes de traitement (matelas avertisseur, pharmacothérapie, psychothérapie, physiothérapie) sont comprises, ou encore, dans le chapitre «activités opératoires», «toute intervention curative dans tous les systèmes du corps, et transplantation d'organe», sans préciser les exceptions éventuelles.

II.2.4.6 Commentaire sur les prestations générales

La qualité des renseignements obtenus pour Israël peut être qualifiée de moyenne. La source est certes officielle, mais nous n'avons pas pu la faire valider dans sa version traduite en français. Certaines prestations non retrouvées dans le document israélien original sont peut-être néanmoins prises en charge, soit par l'assurance-maladie, soit par d'autres voies.

En faisant abstraction de la participation aux frais des assurés, on constate que les prestations suivantes sont couvertes en Suisse et ne le sont pas nécessairement en Israël:

- Chiropratique;
- Sauvetage en ambulance si le patient n'est pas hospitalisé;
- Consultation aux urgences d'un hôpital sans raison valable;
- Balnéothérapie (sauf cures au bord de la Mer Morte en cas de psoriasis);

- Soins à l'étranger (couverture incertaine).

A l'inverse, le «catalogue» israélien prévoit une couverture plus complète:

- Des soins dentaires aux patients psychiatriques et trisomiques¹⁷, des soins dentaires prophylactiques;
- De la psychothérapie par les psychologues, du traitement par les neuropsychologues;
- De l'aide à domicile.

Les participations aux frais sont en outre moins élevées (voire nulles) en Israël pour les prestations médicales ambulatoires, les médicaments, les analyses, les conseils nutritionnels, la physiothérapie, la logopédie, la réadaptation et les soins à domicile.

II.2.5 Pays-Bas

II.2.5.1 Collaborations établies, sources et références

Ce chapitre a été préparé sur la base de renseignements de bonne qualité, obtenus de:

- National Sickness Fund Council (College voor Zorgverzekeringen¹⁸), Amstelveen: Dr Josee Hulshof, Dr Marc Sprenger, Director, Dr R. Langenberg, Cure Division;
- Dutch Institute for Quality Improvement of Healthcare, Utrecht: Cees van Zwieten, library.

Référence de base:

Ministry of Health, Welfare and Sport. Health insurance in the Netherlands. Fourth Edition. Situation as at 1st January 1998.

Des documents publiés¹⁹ ont complété les informations par ces sources.

¹⁷ Sauf si les affections dentaires sont causées par ces maladies ou leurs séquelles.

¹⁸ Autrefois appelé «Ziekenfondsraad».

¹⁹ Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique:

- Schrijvers AJ. The Netherlands introduce some competition into the health services. *JAMA* 1991;266(16):2215-7.
- La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de 7 pays de l'OCDE. OCDE, Paris, 1992.
- A report by the Government Committee on «Choices in Health care», The Netherlands, 1992.
- Tymstra T, Andela M. Opinions of Dutch physicians, nurses and citizens on health care policy, rationing, and technology. *JAMA* 1993;270(24):2995-9.
- Honigsbaum F, Calltorp J, Ham C, Holmström S. Priority setting processes for healthcare. Radcliffe medical press, Oxford and New-York, 1995.
- Klein R. Priorities and rationing: pragmatism or principles? Time for Britain to follow the Netherlands, New Zealand, and Sweden's lead and get serious. *BMJ* 1995;311(7008):761-2.
- Kieke O. Why, when and how should patients be charged? *J Health Serv Res Policy* 1998; 3(3):131-3.
- Kulu-Glasgow I, Delnoij D, de Bakker D. Self-referral in a gate-keeping system: patients' reasons for skipping the general practitioner. *Health Policy* 1998;45:221-38.
- Lamers LM. Risk-adjusted capitation payments: developing a diagnostic cost groups classification for the Dutch situation. *Health Policy* 1998;45:15-32.

II.2.5.2 Historique

1941: sous occupation allemande, introduction d'une assurance obligatoire pour les travailleurs et leurs familles (*Sickness Benefits Act*);

1966: entrée en vigueur du *Health Insurance Act (HIA)*;

1968: entrée en vigueur du *Exceptional Medical Expenses Act (EMEA)*;

années 70: émergence de trois objectifs majeurs, à savoir la maîtrise des coûts, la promotion des services de première ligne et l'harmonisation de la distribution géographique des ressources;

1974-1986: le gouvernement propose des solutions basées sur la régionalisation, solutions auxquelles s'opposent aussi bien les hôpitaux que les caisses-maladie;

1983: introduction de budgets annuels prospectifs pour les hôpitaux;

1986: publication du rapport Dekker par une nouvelle coalition gouvernementale (démocrates-chrétiens et conservateurs). Ce rapport propose d'instaurer un régime unique d'assurance de base, destiné à couvrir 85% des dépenses de la santé, et complété par une assurance privée facultative destinée à couvrir les prestations telles que physiothérapie, soins dentaires et médicaments. Il vise également à affranchir le marché des réglementations gouvernementales et à encourager la concurrence entre prestataires. En 1986 également, entrée en vigueur du *Medical Insurance Act (MIA)*, qui réglemente l'accès aux assurances privées;

1989: les assureurs privés sont obligés d'offrir aux adhérents de plus de 65 ans une couverture de base pour des primes fixes, inférieures au montant habituel;

1990: après un nouveau changement dans la coalition gouvernementale (démocrates-chrétiens et socialistes), les réformes suivantes sont réalisées: régime uniforme d'assurance-maladie national (assurance de base) pour tous les résidents néerlandais, intégration dans un même régime des services de santé et des services sociaux, et glissement déterminé d'une intervention directe des pouvoirs publics vers un régime de «concurrence gérée», aussi bien sur le marché de l'assurance-maladie que sur celui des soins;

1991: l'ensemble des soins et services considérés comme essentiels, soit 95% environ de tous les soins et services, sont regroupés en une palette de prestations de base (basic insurance package). Application d'un prix de référence pour les médicaments; si le fabricant pratique des prix plus élevés, le patient paie la différence dans les cas où de tels médicaments ont été prescrits par le médecin;

1992: publication du rapport du *Choices in Health Care Committee* (ou rapport Dunning), chargé d'examiner les moyens de limiter l'introduction de nouvelles technologies médicales et

-
- MacLeod, Stuart M, Bienenstock J. Evidence-based rationing: Dutch pragmatism or government insensitivity? *Can Med Ass J* 1998;158(2):213-4.
 - Scholten GRM, Roex AJM, Sindram JW. Cost-control and medical specialist payment: the Dutch alternative. *Int J Health Plann Mgmt* 1998;13:69-82.
 - Ministry of Health, Welfare and Sport. Health insurance in the Netherlands. Fourth Edition. Situation as at 1st January 1998.
 - Pays-Bas: «Privatisation» de l'assurance-maladie sociale couvrant les travailleurs. Sécurité sociale 1999, numéro 1.

de gagner le soutien du public aux mesures destinées à résoudre les problèmes de rationnement. Ce rapport définit quatre critères de choix des prestations essentielles: leur capacité à permettre à des individus de fonctionner dans la société, leur efficacité, leur caractère économique, et le fait qu'elles relèvent ou non de la responsabilité individuelle;

1994: sont retirés de la palette de prestations les médicaments homéopathiques, ceux de la médecine anthroposophe et les médicaments ne faisant pas l'objet d'une ordonnance médicale (*over-the-counter drugs*).

1998: entrée en vigueur du *Health Insurance Restructuring Act*, visant en particulier à améliorer la situation des personnes âgées de plus de 65 ans.

II.2.5.3 Organisation actuelle

Le gouvernement régleme les tarifs des médecins, les budgets hospitaliers, l'utilisation de la technologie médicale et l'approvisionnement en lits d'hôpital. Les prestations sont réparties en trois grandes catégories: les services de base (*basic care*) qui sont des activités de prévention, les services de première ligne (*primary care*) et les services hospitaliers (*hospital care*), y compris les prestations dispensées par des spécialistes. L'accès aux spécialistes n'est possible que sur avis du médecin généraliste (choisi par le patient mais ayant établi un contrat avec la caisse-maladie de ce même patient, et chez qui le patient est inscrit) qui joue le rôle de *gatekeeper*.

Une quarantaine de caisses-maladie (*Ziekenfonds*), organisations privées à but non lucratif, couvrent les services de santé selon trois régimes d'assurance.

Le premier régime concerne toutes les personnes ayant un revenu inférieur à un certain seuil ou bénéficiant de la sécurité sociale; il leur garantit la couverture des traitements médicaux, des hospitalisations et des médicaments. Il existe tout un éventail de programmes d'assurance, dont le plus important est régi par le *HIA*. Les médecins généralistes reçoivent un paiement à la capitation pour cette catégorie de patients. Toutes les personnes ayant un revenu supérieur à ce même seuil sont obligées par la loi à contracter une assurance privée; les médecins généralistes sont rémunérés à l'acte (*fee-for-services*) pour cette autre catégorie de patients. Au 1^{er} janvier 1998, 64% de la population était assurée par le régime réglementé par le *HIA*, 31% avait une assurance privée (dont 14% bénéficiait d'une couverture standard selon le *HIA*), et 5% était assurée par le régime des fonctionnaires.

Le deuxième régime, réglementé par le *EMEA*, couvre les soins à long terme et les soins dont le coût est élevé, c'est-à-dire les dépenses médicales dans les secteurs de la santé mentale (soins extra-hospitaliers, hôpitaux psychiatriques et institutions pour handicapés mentaux), des soins à domicile et des *nursing homes*, mais sous condition de participation financière des assurés. Il couvre tous les résidents néerlandais, quelle que soit leur nationalité, ainsi que tous les non-résidents soumis à impôt. Les spécialistes sont rémunérés à l'acte pour tous les patients.

Le troisième régime couvre des prestations considérées comme moins nécessaires, comme les lunettes, une partie des soins dentaires, la médecine parallèle et l'hospitalisation dans une division autre que commune. Il est offert uniquement par des assurances privées.

II.2.5.4 Financement

Le financement est basé pour sa plus grande part sur des déductions salariales partiellement proportionnelles au revenu. L'employé paie à la fois un montant mensuel fixe et 1.2% du salaire, alors que l'employeur paie 5.6% du salaire (chiffres valables pour 1998). Une caisse générale d'assurance obligatoire répartit les cotisations.

D'autre part, le gouvernement verse des subsides dont le montant est déterminé chaque année.

II.2.5.5 Description du «catalogue» des prestations

Les Pays-Bas connaissent deux régimes d'assurance-maladie sociale: la loi sur les caisses d'assurance-maladie (HIA) et la loi générale sur les frais exceptionnels de maladie (EMEA). Les prestations prises en charge par ces deux régimes font l'objet d'un «catalogue» exhaustif, mais, comme dans les autres pays de la comparaison, seulement en partie explicite. La plupart des prestations médicales sont a priori remboursées, à moins qu'elles soient considérées comme inappropriées. Les guidelines édictées par des autorités médicales [(par exemple le *Dutch Institute for Quality Improvement in Healthcare (CBO)*, ou le *Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*], servent de référence au *National Sickness Fund Council (College voor Zorgverzekeringen*²⁰) dans ses décisions de prise en charge.

II.2.5.6 Commentaire sur les prestations générales

La qualité des renseignements obtenus pour les Pays-Bas peut être qualifiée de bonne. Des informations de plusieurs sources ont été regroupées et, de plus, elles ont été validées par une personne compétente. Il se peut néanmoins que des erreurs se soient glissées par endroits, en raison de malentendus dus essentiellement à des problèmes de langue.

En faisant abstraction de la participation aux frais des assurés, on constate que les prestations couvertes en Suisse et non aux Pays-Bas sont les suivantes:

- Chiropratique;
- Conseils nutritionnels en pratique indépendante;
- Physiothérapie (au-delà de 9 séances);
- Lunettes et verres de contact;
- Balnéothérapie.

A l'inverse, onze domaines paraissent mieux couverts aux Pays-Bas:

- Soins dentaires (prévention, orthodontie, soins dentaires aux enfants de <18 ans, prothèses pour patients handicapés physiques ou mentaux);
- Psychothérapie par psychologues;
- Adaptation du domicile;
- Centre multidisciplinaire spécialisé en audiologie, comprenant un soutien psychosocial;

²⁰ Autrefois appelé *Ziekenfondsraad*.

- Aide à domicile dans le cadre de soins post-natals;
- Ultrasons en nombre illimité pendant la grossesse;
- Fécondation in vitro;
- Soins intensifs à domicile;
- Foyers-logements pour handicapés mentaux;
- Soins individuels pour handicapés mentaux;
- Encadrement en cas d'habitation autonome de certaines catégories d'assurés.

Aux Pays-Bas comme en Suisse, les participations aux frais représentent une quote-part identique pour presque toutes les catégories de prestations. Les exceptions ne concernent que les soins de maternité en Suisse, alors qu'aux Pays-Bas, la participation est nulle pour trois catégories: la maternité, les prestations de médecine de famille et certains soins dentaires.

La quote-part est plus élevée aux Pays-Bas (20%) qu'en Suisse (10%). Cependant, il faut relativiser ce déséquilibre: le plafond annuel pour le calcul de la quote-part aux Pays-Bas est de 140.-, voire 70.- pour certains groupes d'assurés défavorisés, alors qu'en Suisse, il est de 600.- pour les adultes et de 300.- pour les enfants. De plus, la Suisse connaît une franchise minimale de 230.-/an pour les assurés adultes, les Pays-Bas n'en ont pas.

II.2.6 Luxembourg

II.2.6.1 Collaborations établies, sources et références

Ce chapitre a été préparé sur la base de renseignements de bonne qualité, obtenus de:

- Ministère de la sécurité sociale, Luxembourg: Romain Fehr, Inspecteur principal, ainsi que le site Internet <http://www.etat.lu/MSS/maladie/prestsan.htm>;
- Dr Norbert Watgen, administrateur du Contrôle médical, Union des caisses-maladie.

Références de base:

- «Aperçu sur la législation de la sécurité sociale» du Ministère de la sécurité sociale et de l'Inspection générale de la sécurité sociale du Grand-Duché du Luxembourg, éd. novembre 1998;
- Nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes et tarifs 1999;
- Nomenclatures des actes et services des professions de santé et tarifs 1999;
- Liste des médicaments à usage humain, 3^{ème} éd. 1998.

Des documents publiés²¹ ont complété les informations obtenues par ces sources.

²¹ Les références sont présentées par ordre chronologique et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique:

- Metz H: The health care system of the Grand Duchy of Luxembourg. Bull Soc Sci Med 1996;2:13-25.

II.2.6.2 Historique

1901: première loi luxembourgeoise en matière d'assurances sociales, concernant l'assurance obligatoire des ouvriers contre les maladies.

1974: les neuf caisses-maladie s'associent en Union dans le but de mieux répartir les risques. Loi du 2 mai 1974 visant à uniformiser les conditions de financement et les prestations des différentes caisses-maladie, et prévoyant une participation accrue de l'Etat au financement des dépenses et la création d'un fonds de gros risques.

1977: Loi du 20 avril 1977 assimilant le régime de la caisse-maladie agricole aux autres régimes de caisses-maladie.

1978: Loi du 27 juillet 1978 uniformisant pour tous les assurés (sauf les exploitants agricoles) le taux de cotisation et le plafond cotisable.

1979: Loi du 23 avril 1979 introduisant les principales dispositions du code des assurances sociales dans le régime des professions indépendantes.

1990-91: réforme de la sécurité sociale destinée à limiter l'explosion des coûts dans le secteur de la santé. Cette réforme introduit en particulier la méthode du financement prospectif par allocations budgétaires.

1995: entrée en vigueur du nouveau système de financement des hôpitaux par budget prévisionnel.

1996-97: présentation à la Chambre des députés d'un projet de loi prévoyant l'introduction d'une assurance-dépendance largement calquée sur le modèle allemand. La loi est entrée en vigueur en 1999.

II.2.6.3 Organisation actuelle

L'assurance-maladie est obligatoire, et 97% environ de la population sont inscrits auprès de l'une des neuf caisses-maladie. Il est possible de contracter une assurance complémentaire destinée à couvrir tout ou partie des risques non couverts par l'assurance obligatoire. L'Union des caisses-maladie négocie régulièrement les tarifs autorisés avec les associations des différents prestataires de soins.

II.2.6.4 Financement

Le financement a une double origine: 60% du financement provient des contributions des assurés et 40% des subventions de l'Etat. L'Etat couvre également les risques importants (gros risques).

-
- Ministère de la sécurité sociale. Projet de loi portant introduction d'une assurance-dépendance. Session ordinaire 1996-97 de la Chambre des députés.
 - Lair ML. Nouvelles orientations hospitalières au Grand-Duché de Luxembourg. Epistula Alass 1999, avril, 29-30.
 - Luxembourg: Introduction d'une assurance-dépendance. Sécurité Sociale 1999;1:47.

II.2.6.5 Description du «catalogue» des prestations

Les prestations de santé remboursées par les caisses-maladie figurent de manière explicite et exhaustive, du moins dans les domaines des prestations de médecins, de dentistes, et de certaines professions de la santé, dans les différentes nomenclatures citées plus haut. Certaines prestations sont assorties de limitations, d'autres sont soumises à autorisation (préalable ou non) par le Conseil médical de la caisse-maladie. La question du remboursement des prestations ne se trouvant pas dans les nomenclatures (soins à l'étranger, réadaptation, soins à domicile, etc.) sont réglées par la loi sur l'assurance-maladie, dont nous avons utilisé l'aperçu cité ci-dessus.

II.2.6.6 Commentaire sur les prestations générales

La qualité des renseignements obtenus pour le Luxembourg peut être qualifiée de bonne. Les sources sont des tarifs (nomenclatures) et des documents officiels, et de plus, elles ont été, pour la plupart, validées par une personne qualifiée²².

En faisant abstraction de la participation aux frais des assurés, on constate que les prestations couvertes en Suisse et non au Luxembourg sont au nombre de quatre:

- Chiropratique;
- Conseils nutritionnels;
- Ergothérapie (seuls les psychomotriciens sont remboursés);
- Prévention (sauf mammographies, vaccination contre l'hépatite B)²³.

A l'inverse, sept domaines paraissent mieux couverts au Luxembourg:

- Soins dentaires: prévention, orthodontie, soins conservateurs, extractions, prothèses;
- Psychothérapie par les psychologues;
- Montures de lunettes;
- Aide à domicile²⁴;
- Adaptation du logement;
- Ultrasons de routine pendant la grossesse (trois contre deux en Suisse);
- Hébergement d'une personne accompagnante lors de soins à l'étranger.

Les participations aux frais sont très variables au Luxembourg. Elles sont tantôt moins importantes qu'en Suisse, comme pour les consultations de médecins (sauf en ce qui concerne la première consultation), l'hospitalisation, les analyses, la logopédie, les orthèses et prothèses, les lunettes, les soins à domicile, les transports; et tantôt plus importantes, comme

²² Voir «Collaborations établies, sources et références».

²³ Le Luxembourg ne fait pas de distinction entre prestations curatives et préventives. Il se peut que des prestations préventives soient remboursées, sans être expressément mentionnées comme préventives.

²⁴ Prise en charge par la nouvelle assurance-dépendance (depuis 1999).

pour les médicaments (participation variable de 0 à 100%, mais en moyenne de 20%) et les huit premières séances de physiothérapie.

II.2.7 Comparaison internationale des prestations générales, par catégorie

Dans cette partie, nous passons en revue les prestations catégorie par catégorie, afin de mettre en évidence les similitudes et les différences de couverture entre les six pays choisis pour la comparaison. L'unité monétaire utilisée est le franc suisse. Les taux de conversion sont ceux de mai 2000.

II.2.7.1 Médecins

Le remboursement des consultations et visites de médecins est assuré dans les six pays. La seule exception concerne la consultation abusive des urgences d'un hôpital en Israël. Dans cette situation, la totalité des frais de la consultation est à la charge de l'assuré.

La différence réside dans la participation aux frais des assurés. L'Allemagne est le seul pays inclus dans notre comparaison²⁵ à ne pas imposer de participation aux frais en cas de consultation d'un médecin, qu'il soit spécialiste ou généraliste. Les Pays-Bas réservent la participation aux seuls spécialistes (20%), la consultation d'un généraliste étant remboursée intégralement. Israël exige une faible participation, mais exclusivement pour les visites à domicile. Au Luxembourg, les assurés paient 20% pour la première consultation, puis 5% pour les suivantes, aucune participation pour les consultations en rapport avec la grossesse. La participation est de 10% en Suisse, en plus de la franchise de 230.-/an. En France, la participation s'élève à 30% pour la consultation d'un médecin installé, à 25% pour les consultations aux urgences d'un hôpital et à 20% pour les soins dispensés au cours d'une hospitalisation.

II.2.7.2 Hospitalisation

Tous les pays étudiés remboursent l'hospitalisation sans limite de durée. Dans ce domaine, l'Allemagne²⁶ et Israël²⁷ se distinguent des autres pays en ne demandant aucune participation aux frais de l'assuré.

Le séjour hospitalier lié à la maternité est remboursé intégralement par tous les pays, sauf pendant les cinq premiers mois de la grossesse en France (participation de 30%).

La participation de l'assuré aux frais de l'hospitalisation va de 5.60 à 17.-/jour. Elle est la plus faible aux Pays-Bas, suivis du Luxembourg, de la Suisse, puis de la France. La Suisse (quote-

²⁵ Avec le Royaume-Uni et la province d'Ontario au Canada, qui font partie de la comparaison de 18 pays dans Schneider M, Beckmann M, Biene-Dietrich P, Gabanyi M, Hofmann U, Köse A et al. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersicht 1997, BASYS.

²⁶ En Allemagne, le changement de gouvernement a entraîné l'abolition du *Notopfer* (sacrifice d'urgence) de 12.-/jour, qu'il était au contraire prévu d'augmenter sous l'ancien gouvernement.

²⁷ Exception faite des longs séjours, pour lesquels Israël demande une participation de 26.-/jour.

part et franchise habituelles) et la France (quote-part de 20% les 30 premiers jours) exigent encore des participations supplémentaires, sauf exceptions²⁸.

Pour une comparaison objective, il faut tenir compte du fait que les frais hospitaliers sont partagés entre l'assurance-maladie et les pouvoirs publics selon une répartition propre à chaque pays.

II.2.7.3 Médicaments

La plupart des médicaments sont remboursés par tous les pays. Cependant, la participation aux frais varie d'un pays à l'autre.

Israël semble rembourser intégralement un grand nombre de médicaments, mais le «catalogue» n'est pas suffisamment détaillé pour tirer des conclusions. L'Allemagne n'exige aucune participation des enfants, alors que les adultes ne paient que 6.40 à 8.- par emballage, selon la taille de celui-ci. Il n'existe pas de liste positive dans ce pays, mais certaines classes médicamenteuses figurent sur une liste négative. En Suisse, les médicaments sont soumis à la quote-part de 10% et aux 230.- de franchise annuelle. Certaines spécialités sont remboursées conditionnellement. Les Pays-Bas exigent une participation de 20%, voire davantage si le prix du médicament dépasse le prix fixé par convention. Au Luxembourg, la participation est aussi de 20% pour la plupart des préparations, mais certaines sont prises en charge intégralement, à 40%, ou pas du tout. Le taux de remboursement de chaque médicament est clairement indiqué dans la nomenclature. Le même système est appliqué en France, où les médicaments sont évalués en fonction du service médical rendu et remboursés à raison de 0, 35, 65 ou 100% (en moyenne 28%).

II.2.7.4 Analyses

Trois pays remboursent intégralement les analyses médicalement justifiées: l'Allemagne, le Luxembourg²⁹ et Israël³⁰. La participation est de 10% en Suisse, en plus de la franchise annuelle de 230.-, de 20% aux Pays-Bas, et de 40% en France. Dans ce dernier pays, les analyses faites au cabinet du médecin ne sont pas remboursées.

II.2.7.5 Soins dentaires

Dans ce domaine, il existe d'importantes différences de couverture entre les six pays étudiés pour la comparaison.

Les pays dans lesquels les soins dentaires sont les mieux couverts sont l'Allemagne, le Luxembourg et les Pays-Bas. Les soins dentaires prophylactiques y sont remboursés intégralement pour les assurés de tous âges et ils représentent même une condition de prise en charge de traitements ultérieurs: ainsi, l'Allemagne offre un bonus de 10 à 15% aux assurés qui peuvent faire la preuve de consultations préventives régulières chez le dentiste, le

²⁸ En France, pas de participation pour les accidents du travail et maladies professionnelles, maladies d'une certaine gravité, maternité.

²⁹ Sauf les analyses à des fins de recherche.

³⁰ Sauf l'alpha-fœto-protéine pendant la grossesse en Israël (participation de l'assuré: 12.-).

Luxembourg 20%. Les soins dentaires prophylactiques sont partiellement remboursés en Israël.

L'orthodontie est remboursée intégralement pour les assurés jusqu'à l'âge de 18 ans aux Pays-Bas, partiellement en Allemagne (participation de 10-20%), au Luxembourg (20% + 53.-) et en France (60%, seulement pour les assurés âgés de moins de 16 ans). Les prothèses sont prises en charge intégralement au Luxembourg, partiellement aux Pays-Bas³¹ (participation de 20%), en Allemagne (35 à 50% selon le bonus) et en France (85%).

Certains groupes de patients bénéficient d'un remboursement préférentiel des soins dentaires: les enfants (voir ci-dessus), les «patients avec un handicap physique ou mental» aux Pays-Bas, les «patients psychiatriques, trisomiques, et anticoagulés» en Israël.

En France, la participation aux frais de traitement conservateur est, comme pour les autres actes médicaux, de 30%.

En cas de traitement lié à une radiothérapie ou une chimiothérapie, Israël distingue les soins «pré-traitement» des soins «post-traitement». Le remboursement est de 50% pour les premiers, de 100% pour les deuxièmes. L'orthodontie et les prothèses ne sont pas prises en charge.

Même si le «catalogue» de prestations suisse a été élargi dans la LAMal, le remboursement des soins dentaires reste très partiel en comparaison avec les cinq autres pays. La prévention, l'orthodontie et les prothèses ne sont pas prises en charge, sauf circonstances particulières comme suite de maladie et d'accident, préalable au traitement d'une maladie ou de ses séquelles.

II.2.7.6 Conseils nutritionnels

Seuls la Suisse et Israël mentionnent expressément les conseils nutritionnels par des diététiciens dans leur «catalogue». Le remboursement semble être intégral en Israël, alors que cette prestation est soumise à la participation aux frais habituelle en Suisse (10% de quote-part et franchise de 230.-/an). Elle y est de plus réservée à certaines indications.

Les autres pays remboursent les conseils nutritionnels uniquement en tant que prestation comprise dans le forfait hospitalier, mais pas en tant que consultation ambulatoire.

II.2.7.7 Physiothérapie

La seule différence de remboursement concerne ici la participation aux frais. En effet, la physiothérapie est prise en charge partout. Aucun des six pays choisis ne la rembourse intégralement³², sauf Israël, pour autant qu'elle soit effectuée par un prestataire reconnu, et l'Allemagne, mais seulement pour les enfants (15% de participation pour les adultes).

³¹ Si l'assuré peut attester d'une consultation dentaire préventive au cours des deux années écoulées.

³² Des 18 pays inclus dans la comparaison de BASYS, seul le Royaume-Uni ne demande pas de participation aux frais en matière de physiothérapie (Schneider M, Beckmann M, Biene-Dietrich P, Gabanyi M, Hofmann U, Köse A et al. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersicht 1997, BASYS, p. 51).

La Suisse prend en charge la physiothérapie avec la participation aux frais habituelle. Le nombre de séances est limité à douze, mais il peut-être prolongé si nécessaire. Le Luxembourg exige une participation de 20%, mais seulement pour les huit premières séances. Au-delà, le remboursement est intégral, sauf pour les massages, le fango, l'électrothérapie et les ultrasons, où la participation de 20% est maintenue. Par opposition, les Pays-Bas ne remboursent plus du tout la physiothérapie au-delà de neuf séances, alors que les assurés paient 20% de participation pour les neuf premières. En France, la participation est élevée (40%), mais il n'y a pas de limite de durée.

II.2.7.8 Ergothérapie

L'Allemagne prend en charge intégralement dix séances, qu'elles aient lieu à l'hôpital, au cabinet d'un ergothérapeute ou même à domicile. Le remboursement est également intégral aux Pays-Bas, mais seulement pour les prestations nécessitées par des affections de longue durée sous le régime de l'EMEA; les assurés paient 20% pour les consultations ambulatoires sous le HIA. Le Luxembourg ne mentionne pas expressément l'ergothérapie, mais les prestations de rééducation par des psychomotriciens sont prises en charge intégralement, alors qu'une participation de 20% est exigée si l'indication au traitement est la relaxation. En France, l'ergothérapie n'est prise en charge que si elle fait partie de prestations hospitalières, dans le cadre du budget global. L'ergothérapie est entièrement couverte en Israël.

En Suisse, l'ergothérapie est prise en charge à raison de douze séances (ou plus sur prescription justifiée), mais avec la participation aux frais habituelle.

II.2.7.9 Chiropraticiens

La Suisse est le seul pays à rembourser les prestations des chiropraticiens, déduction faite de la participation aux frais habituelle. En Allemagne, la chiropratique n'est remboursée que si elle est pratiquée par un médecin qui aurait acquis une formation complémentaire dans ce domaine. Les quatre autres pays ne la prennent pas en charge.

II.2.7.10 Logopédie

En principe, les six pays remboursent la logopédie si elle est médicalement indiquée.

La prise en charge est complète au Luxembourg (huit séances ou plus), en France pour les affections de longue durée (sans limitation de la durée) et en Israël, pour autant que le prestataire soit reconnu. La participation aux frais est de 10% en Suisse, en plus des 230.- de franchise annuelle (12 séances, voire 24, mais au plus 60 séances/an), 15% en Allemagne (10 séances, voire 20), 20% aux Pays-Bas, 40% en France, sauf pour les affections de longue durée (pas de limitation du nombre de séances). La dyslexie n'est pas une indication à la logopédie reconnue aux Pays-Bas, ni le bégaiement chez les enfants âgés de plus de 6 ans en Israël (participation de 50% exigée).

II.2.7.11 Psychothérapie

Les six pays remboursent la psychothérapie, mais en limitant le traitement aux seules indications médicalement justifiées.

Aucune participation aux frais n'est demandée en Allemagne (25 séances ou plus), aux Pays-Bas (90 séances ou plus, mais seulement après un délai de 52 semaines), en France (seulement les affections de longue durée) ni en Israël (séances pendant moins de 2 ans). Au Luxembourg, les patients paient 20% de participation pour la première consultation, puis 5% pour les suivantes. En Suisse, la participation se monte aux 10% de quote-part habituelle et aux 230.- de franchise annuelle (60 séances en 2 ans). Pour les affections qui ne sont pas considérées comme de longue durée en France, les assurés paient 30% de participation.

Seules la Suisse et la France ne remboursent pas les psychothérapies effectuées par des psychologues, ni les traitements de neuropsychologues. La participation aux frais pour les prestations de psychologues est nulle en Allemagne³³ et au Luxembourg, le nombre de séances annuelles étant cependant limité à six au Luxembourg. Aux Pays-Bas, contrairement à la psychothérapie médicale, les assurés paient 14.- par séance de psychothérapie effectuée par un psychologue, mais au maximum 630.-/an.

II.2.7.12 Réadaptation et rééducation fonctionnelle

Les six pays prennent en charge les frais de réadaptation, dans une certaine mesure au moins. La comparaison est difficile dans ce domaine où la prise en charge dépend largement de la nature des indications reconnues dans chaque pays.

En Israël, le remboursement des mesures de réadaptation serait intégral durant trois mois. La France n'exige pas non plus de participation, mais seulement pour les affections de longue durée; pour les autres affections, l'assuré paie 30% des frais médicaux et 40% des frais de physiothérapie. Aux Pays-Bas, seuls 5.60.-/jour sont demandés pour la réadaptation hospitalière. En Allemagne, l'assuré reçoit de la caisse une contribution de 12.-/j aux frais d'hébergement, le reste étant à sa charge. Les soins médicaux sont intégralement remboursés, alors que sa participation se monte à 15% pour les médicaments et la fourniture de moyens et appareils. La durée de la réadaptation est limitée, sauf exception justifiée, à 3 semaines par période de 4 ans. Au Luxembourg, la participation aux frais est variable et la durée des prestations est limitée à 3 mois, voire davantage si la caisse donne son accord.

II.2.7.13 Moyens et appareils

Le domaine des moyens et appareils est typiquement celui qui rend très difficile une comparaison objective. En effet, les sources de financement sont multiples: outre l'assurance-maladie, les partenaires payeurs peuvent être d'autres branches de l'assurance sociale, voire les pouvoirs publics, à des degrés divers suivant les pays.

³³ L'ancien gouvernement avait prévu une participation de 10%, mais cette mesure n'est pas entrée en vigueur avec l'arrivée au pouvoir de la nouvelle coalition.

Une participation aux frais est appliquée dans tous les pays de la comparaison. Les moyens et appareils sont remis en prêt ou en vente, le plus souvent à des prix fixés par convention avec les fournisseurs, qui sont tenus de mettre à disposition des assurés un modèle au moins au prix convenu. Généralement, les frais dépassant ce montant sont à la charge de l'assuré. De plus, il existe une participation sous forme de quote-part: 10% pour la Suisse (en plus de la franchise annuelle de 230.-), 10-100% en Israël, 20% pour certains articles en Allemagne (bandages, semelles orthopédiques, moyens de compression), 20% pour les prothèses aux Pays-Bas. Au Luxembourg, les orthèses, épithèses et prothèses, ainsi que les chaussures orthopédiques ne sont pas soumises à une quote-part supplémentaire. Aux Pays-Bas, c'est l'assurance-maladie qui intervient pour le remboursement des frais liés à l'adaptation du domicile, y compris les modifications apportées au système de chauffage, dans les situations justifiées médicalement. Au Luxembourg, ces frais peuvent être pris en charge par l'assurance-dépendance (voir Soins à domicile et EMS).

II.2.7.14 Aides visuelles

Le seul pays à avoir exclu les lunettes du «catalogue» de prestations est les Pays-Bas, en 1989. Sur demande justifiée, les patients souffrant de certaines affections médicales peuvent néanmoins se voir rembourser tout ou partie des frais.

Les autres pays remboursent les aides visuelles à des degrés divers: 50% en Israël (voire plus pour les jeunes âgés de moins de 16 ans³⁴). En France, la caisse rembourse partiellement les lunettes³⁵ (y compris les montures³⁶) et les lentilles³⁷, avec une limite de fréquence d'une paire par année, le remboursement étant plus généreux pour les jeunes âgés de moins de 16 ans. En Allemagne, les lunettes et les lentilles sont partiellement remboursées, sans restriction de fréquence, mais avec une restriction d'indication pour les assurés âgés de moins de 14 ans³⁸; les montures n'y sont plus remboursées depuis 1997. Au Luxembourg, les lunettes, les montures³⁹ et les lentilles sont partiellement remboursées, avec une limite de fréquence d'une paire tous les deux ans pour les assurés âgés de moins de 14 ans. En Suisse, les lunettes⁴⁰ et les lentilles⁴¹ sont partiellement remboursées, avec une limite de fréquence d'une paire de lunettes par année pour les jeunes âgés de moins de 18 ans et une tous les 5 ans pour les adultes; le remboursement des lentilles est plus ou moins généreux suivant l'indication, avec une limite de fréquence d'une paire par année. La quote-part de 10% et la franchise annuelle de 230.- s'ajoutent aux frais dépassant le tarif fixé. Les montures de lunettes ne sont pas remboursées.

II.2.7.15 Aides auditives

Les six pays étudiés remboursent les appareils acoustiques à des degrés divers.

³⁴ Subventionnement par les pouvoirs publics.

³⁵ 80.- chez les <16 ans, maximum 1x/an.

³⁶ 50.- chez les <16 ans, 20.- >16 ans.

³⁷ 70.-/oeil, maximum 1x/an.

³⁸ Si augmentation du handicap visuel de 0.5 dioptries.

³⁹ 64.- par monture.

⁴⁰ 200.-

⁴¹ 200.- 300.- ou 700.-, maximum 1x/an.

Ce sont les Pays-Bas qui couvrent le mieux ce type de prestation, puisque l'assuré bénéficie du remboursement complet de l'appareil, ainsi que du remboursement partiel, déduction faite d'une participation de 20%, de prestations d'un centre audiolinguistique multidisciplinaire, incluant un examen audiolinguistique, un counselling professionnel et un soutien psychosocial. En Allemagne, l'assuré de tout âge est intégralement remboursé pour les frais d'appareils monaural et binaural, mais il doit payer lui-même les piles⁴². En France, l'adulte a la totalité des frais de l'appareil binaural à sa charge, alors qu'il reçoit une contribution de la caisse de 350.- pour un appareil monaural; l'enfant âgé de moins de 16 ans est intégralement remboursé, autant pour l'appareil monaural que binaural. Tous les assurés reçoivent en outre un forfait de 65.- pour l'entretien, la réparation et les piles. En Israël, c'est le Ministère de la santé qui subventionne les appareils acoustiques, mais seulement pour les enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans. En Suisse, l'appareillage monaural ou binaural est pris en charge, de même que les piles, mais seulement subsidiairement à d'autres assurances sociales. La participation aux frais habituelle s'applique aux aides auditives.

II.2.7.16 Prévention

Il est difficile de faire une comparaison internationale rigoureuse de la vingtaine de mesures préventives énumérées dans le «catalogue» suisse. En effet, il est le seul à lister ces mesures de manière groupée dans la loi sur l'assurance-maladie. En outre, il est vraisemblable qu'un certain nombre de prestations préventives sont remboursées par d'autres pays sans figurer explicitement dans leur «catalogue» respectif.

Ainsi, le Luxembourg ne distingue pas entre mesures préventives et curatives; seuls des programmes spécifiques de prévention sont remboursés expressément, comme la campagne de dépistage du cancer du sein par mammographie et la vaccination des pré-adolescents contre l'hépatite B. Ces prestations sont entièrement remboursées. La France demande une participation de 30% pour les mesures préventives⁴³, comme c'est le cas pour les mesures médicales en général. En Allemagne et aux Pays-Bas, les mêmes prestations qu'en Suisse sont intégralement prises en charge, alors qu'en Suisse, ces mesures sont soumises à la participation aux frais habituelle. De plus, l'Allemagne offre des prestations préventives supplémentaires par rapport à la Suisse⁴⁴. Les cures préventives pour jeunes mères représentent une particularité de la législation allemande, qui laisse aux caisses la liberté de rembourser cette prestation à ses assurées. Une participation de 15% est prévue pour les moyens et appareils et les médicaments préventifs. Israël semble rembourser l'intégralité des frais liés à la prévention, sauf en ce qui concerne les soins préventifs chez la personne âgée, les soins de médecine de famille fournis dans les dispensaires et les soins de prophylaxie dentaire.

⁴² Depuis 1990, les moyens et appareils à prix très bas (comme les piles) ne sont plus remboursés.

⁴³ Sauf les prestations en rapport avec la maternité.

⁴⁴ La prophylaxie de la carie dentaire par fluor, le dépistage bisannuel de maladies cardio-vasculaires et rénales chez les adultes de >35 ans, le dépistage annuel du cancer chez l'homme de >45 ans, le dépistage annuel du cancer chez la femme de >20 ans, un examen de bonne santé de l'enfant d'âge préscolaire de plus que la Suisse et un examen de bonne santé chez l'enfant de >10 ans.

II.2.7.17 Soins à domicile et établissements médico-sociaux (EMS)

Les soins à domicile et les séjours en EMS sont pris en charge par les six pays étudiés. Deux pays ont instauré une nouvelle forme d'assurance, dite assurance-dépendance, destinée à décharger l'assurance-maladie des cas chroniques: l'Allemagne depuis 1994 et le Luxembourg depuis 1999. Ses prestations comprennent les soins à domicile, l'aide ménagère à domicile, le séjour en centre de jour ou de nuit, ainsi qu'en institution. Des prestations en espèces sont aussi offertes. En Allemagne, les soins à domicile remboursés par l'assurance-maladie sont variables, puisque la loi laisse aux caisses une certaine marge de manœuvre - et une concurrence certaine - dans ce domaine. Le minimum légal est de 4 semaines, incluant les soins infirmiers, mais pas les soins de base.

Selon le «catalogue» de prestations, les soins à domicile et les soins de longue durée en institution sont fournis sans participation aux frais et sans limitation de durée, du moins à notre connaissance. Il est possible que d'éventuelles restrictions au remboursement n'apparaissent pas dans le «catalogue».

En matière de soins à domicile, la France paie des forfaits aux assurés, alors que les patients hollandais et suisses connaissent une participation aux frais de respectivement 20% et 10% (plus franchise annuelle de 230.- pour la Suisse). En Suisse, la durée des soins à domicile est limitée à 3 mois⁴⁵, mais elle peut être prolongée de 3 mois supplémentaires.

L'aide à domicile est remboursée par l'intermédiaire de l'assurance-dépendance en Allemagne⁴⁶ et au Luxembourg. En Israël, c'est également une autre loi qui couvre l'aide à domicile, mais au plus 16 heures hebdomadaires. Les Pays-Bas sont le seul pays de notre comparaison à offrir le remboursement de l'aide à domicile par l'assurance-maladie, déduction faite de 20% de participation, sauf les 10 jours d'aide à domicile (80 heures au maximum) faisant partie du «paquet» des soins post-natales, qui sont pris en charge intégralement.

La prise en charge des frais d'EMS est difficile à comparer, car elle est le plus souvent partagée entre plusieurs agents payeurs, dont l'assurance-maladie, les pouvoirs publics et le patient lui-même ou sa famille. En Allemagne et au Luxembourg, ces prestations sont du domaine de l'assurance-dépendance. Aux Pays-Bas, c'est l'EMEA qui définit les prestations de ce type; elles comprennent des soins en institution pour handicaps physiques ou psychiques, des appartements protégés, ainsi que des séjours dans un centre spécialement aménagé à Arnhem, incluant toutes les prestations nécessaires aux soins pour les personnes handicapées⁴⁷. En Suisse, la part des frais d'EMS à la charge de l'assurance-maladie diffère selon le canton. La part de l'assurance-maladie en France est de 32.5%, celle des pouvoirs publics de 9.3%, alors que les usagers doivent supporter 58.2% des frais.

⁴⁵ 6 mois pour les affections de longue durée (idem pour la prolongation).

⁴⁶ L'assurance-maladie allemande rembourse également l'aide à domicile, mais à certaines conditions très précises. Les caisses ont toutefois la possibilité d'offrir plus de prestations dans ce domaine.

⁴⁷ Soins médicaux et infirmiers, physiothérapie, logopédie, ergothérapie, soins dentaires, médicaments et pansements, fauteuils roulants et voitures pour handicapés.

II.2.7.18 Maternité

Dans le domaine de la maternité, les assurées des six pays étudiés n'ont pas de frais d'hospitalisation à leur charge, sauf en France, où une participation de 30% est exigée pour les cinq premiers mois, ainsi qu'au Luxembourg, où les frais dépassant 315.-/jour doivent être payés par la patiente. Des séances de préparation à l'accouchement sont expressément remboursées en Suisse (100.-) et en France (8 séances). Les conseils en cas d'allaitement ne sont remboursés qu'en Suisse (3 séances). Des forfaits sont prévus pour le matériel d'allaitement au Luxembourg, alors qu'en Suisse, il est pris en charge jusqu'à concurrence des prix fixés dans la LiMA. Les prestations des sages-femmes au Luxembourg sont soumises à une participation de 20%, lorsque ces prestations sont hors forfait d'accouchement. Le forfait se monte à 940.-.

Le nombre d'ultrasons de routine remboursés pendant la grossesse est variable: 1 en Allemagne, 2 en Suisse, 3 en France et au Luxembourg, en nombre illimité en Israël et aux Pays-Bas. Tous les pays prennent en charge des ultrasons supplémentaires en cas de pathologie.

L'aide à domicile dans le post-partum n'est remboursée qu'en Allemagne et aux Pays-Bas.

II.2.7.19 Balnéothérapie

Tous les pays, sauf les Pays-Bas et Israël, remboursent au moins partiellement les frais médicaux liés à une cure thermale. Trois pays remboursent en plus une partie des frais d'hébergement: 6.-/jour au Luxembourg, 10.-/jour en Suisse et 12.-/jour en Allemagne, pour une durée maximale de trois semaines dans ces trois pays. L'Allemagne ne rembourse une cure que tous les quatre ans.

La participation aux frais sur les prestations médicales est nulle en Allemagne, de 10% plus franchise annuelle de 230.- en Suisse et de 20% en France. La thalassothérapie n'est remboursée nulle part, si l'on excepte la thérapie climatique au bord de la Mer Morte pour les assurés israéliens souffrant de psoriasis. En Suisse, cette dernière a été expressément exclue en 1997 du «catalogue» de prestations par la Commission fédérale des prestations.

II.2.7.20 Transports

Tous les pays contribuent aux frais de transports. Le remboursement est intégral pour les affections de longue durée en France, en Israël⁴⁸ et au Luxembourg⁴⁹. Dans ces deux derniers pays, les indications reconnues - outre l'urgence - sont l'hémodialyse et le traitement de chimio- ou de radiothérapie pour un cancer. D'autres affections peuvent être reconnues au Luxembourg, après autorisation de la caisse. Les assurés allemands paient 20.-/trajet, les hollandais 20% des frais, avec un plafond annuel de 100.-, les suisses 50% ou davantage, si la somme annuelle de 500.- leur a déjà été versée. En revanche, en Suisse, les frais de transfert entre hôpitaux sont inclus dans le forfait hospitalier.

⁴⁸ En Israël, participation aux frais de 50% si le transport est effectué en ambulance ou en taxi.

⁴⁹ Au Luxembourg, au maximum 400 km, ou 800.- pour les trajets hors de l'Union européenne.

Les participations aux coûts mentionnées ci-dessus sont valables pour les transports urgents et non urgents. L'exception concerne Israël, qui fait payer 50% des frais d'ambulance médicalisée à l'assuré s'il s'avère qu'il n'est pas hospitalisé, voire même l'intégralité des frais d'ambulance non médicalisée.

II.2.7.21 Sauvetage

La Suisse est le seul pays à prendre expressément en charge les frais de sauvetage (à l'intérieur de ses frontières), au moins partiellement. Le remboursement est limité à 50% des frais et au plus 5000.-/an. Il est cependant possible que les autres pays ne distinguent pas entre transport d'urgence et sauvetage. Dans ce cas, les frais de sauvetage y seraient remboursés de la même manière que les transports. Le Luxembourg rembourse expressément les frais de rapatriement au pays après une maladie ou un accident survenu à l'étranger. Aux Pays-Bas, il faut l'accord de la caisse pour prendre en charge la part des frais liés au trajet hors du pays. En France, l'assurance-maladie ne contribue en rien aux frais de sauvetage.

II.2.7.22 Soins à l'étranger

Tous les pays remboursent les soins à l'étranger médicalement justifiés, sauf Israël, où cette prestation n'est pas comprise dans le «catalogue» pourtant exhaustif. Bien que la situation géopolitique d'Israël puisse expliquer cette lacune, il n'est pas exclu que des situations particulières autorisent malgré tout la prise en charge de soins à l'étranger.

La hauteur du remboursement varie du simple au double du tarif appliqué dans le pays de résidence de l'assuré: simple en France, en Allemagne et au Luxembourg⁵⁰, double en Suisse et au Luxembourg⁵¹.

II.2.7.23 Participation aux coûts

Seuls deux pays ont choisi une quote-part unique pour toutes les catégories de prestations⁵²: 10% en Suisse, 20% aux Pays-Bas. Le plafond annuel est de 600.- (300.- pour les mineurs) en Suisse, 140.- (70.- pour les défavorisés) aux Pays-Bas. La Suisse est en outre seule à demander chaque année une participation aux frais supplémentaire correspondant au montant de la franchise fixée par le gouvernement (230.- actuellement).

Tous les autres pays fixent une participation aux frais variable, soit une quote-part allant de 5 à 80% selon la nature de la prestation, soit un montant aléatoire dépassant un forfait convenu, soit une participation fixe par jour.

⁵⁰ Si les soins sont fournis dans un pays ayant un accord particulier avec le Luxembourg.

⁵¹ Si les soins sont fournis dans un pays n'ayant pas d'accord particulier avec le Luxembourg.

⁵² Sauf pour la maternité en Suisse; sauf pour la maternité, les consultations de généralistes et les soins dentaires aux Pays-Bas.

II.2.7.24 Indemnité funéraire

Bien qu'il s'agisse d'une prestation en espèces, dont il n'est pas question ailleurs dans ce rapport, il est intéressant de relever que l'assurance-maladie offre cette prestation dans deux des six pays étudiés: le Luxembourg (1'500.-) et l'Allemagne (1'700.-). Au Luxembourg, la prestation est réduite à 750.- si le décès touche un enfant âgé de moins de 6 ans et à 300.- s'il s'agit d'un mort-né.

II.2.8 Comparaison internationale des prestations spéciales

Après avoir passé en revue les prestations générales, nous examinerons dans ce chapitre les prestations dont l'efficacité, l'adéquation et l'économicité est (ou a été) controversée au point de figurer dans des listes documentées. Ces prestations représentent sans doute une part non négligeable des dépenses de l'assurance-maladie, soit par leur fréquence, soit par leur caractère particulièrement onéreux.

II.2.8.1 Prestations controversées en Suisse

En Suisse, une liste de prestations controversées se trouve dans l'une des ordonnances d'application de la loi sur l'assurance-maladie. L'annexe 1 de l'OPAS énumère en effet quelque 160 prestations, que le Conseil fédéral, sur préavis d'une commission de spécialistes (Commission fédérale des prestations), a expressément désignées comme remboursées, remboursées à certaines conditions, ou non remboursées par l'assurance sociale.

La majorité des décisions de remboursement datent d'avant l'entrée en vigueur de la LAMal, puisque la CFP donne des préavis au Conseil fédéral depuis plus de trente ans. Cependant, le système des commissions étant actuellement maintenu⁵³, les décisions de remboursement antérieures à 1996 font partie intégrante du «catalogue» de la nouvelle loi.

Des experts ont été sollicités afin de nous fournir des renseignements sur la prise en charge, dans leur pays, des prestations figurant dans l'annexe 1 de l'OPAS. Cependant, la comparaison s'est avérée plus difficile que prévue. Il existe plusieurs raisons à ces difficultés:

a) Diversité des prestations

Les prestations de l'annexe 1 de l'OPAS relèvent de domaines très disparates, puisqu'elles concernent dix domaines aussi différents que la chirurgie et ses sous-spécialités, la médecine interne et ses sous-spécialités, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et la psychiatrie de l'enfant, la dermatologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la psychiatrie, la radiologie et les médecines complémentaires. Il est difficile de réunir en une seule personne l'expertise suffisante pour pouvoir répondre à des questions concernant des domaines aussi variés.

⁵³ «Le principe actuel qui veut que le Conseil fédéral s'entoure de spécialistes pour déterminer, en détail, le catalogue des prestations à la charge de l'assurance des soins est maintenu. [...] Ce système permet, en effet, au Conseil fédéral d'établir un catalogue à la fois adapté à l'évolution de la science médicale et satisfaisant aux exigences de prise en charge par l'assurance sociale. Il convient de le maintenir.» Message du Conseil fédéral du 6.11.1991 concernant la révision de l'assurance-maladie. Feuille fédérale. 144^e année. Vol. I, p. 143.

b) Complexité des prestations

La nature même des prestations est complexe. Il s'agit souvent de nouvelles technologies, peu connues, très spécialisées, auxquelles nos interlocuteurs étrangers ont eu parfois de la peine à trouver des équivalences dans leur pays.

c) Disponibilité de nos interlocuteurs étrangers

Il va de soi que les travaux de traduction, de recherche et de rédaction exigent beaucoup de temps si l'on veut disposer de renseignements fiables; ils requièrent en outre une connaissance approfondie de terminologies professionnelles complexes. Malgré leur bonne volonté, les personnes contactées dans les cinq autres pays n'ont pas toujours pu trouver la disponibilité nécessaire. En effet, leurs compétences dans les domaines asséurologique, juridique et médical en font des personnes extrêmement sollicitées. Ces compétences n'étant précisément pas fréquentes, il était difficile de trouver des remplaçants suffisamment qualifiés pour cette tâche.

d) Problèmes de langue

La comparaison englobe six pays, dont quatre pays non francophones. Si les documents suisses existent en allemand et en français, ce qui a permis l'envoi d'une version allemande de l'annexe 1 de l'OPAS en Allemagne et au Luxembourg, nous avons dû traduire ce même document en anglais pour Israël et les Pays-Bas. Même si l'anglais représente une langue universelle, le problème linguistique s'ajoute incontestablement aux difficultés citées plus haut.

En conséquence, la comparaison internationale des prestations controversées en Suisse se limitera dans ce rapport à cinq des six pays choisis, qui sont la Suisse, la France, l'Allemagne, le Luxembourg et Israël.

Bien qu'ils soient très lacunaires, les renseignements émanant d'Israël ont été conservés pour la comparaison, car certaines prestations de l'annexe 1 sont expressément mentionnées dans le «catalogue» israélien.

Les Pays-Bas ont été définitivement écartés; en effet, les spécialistes hollandais que nous avons contacté au *College voor Zorgverzekeringen*⁵⁴, compétents en matière de décisions de remboursement aux Pays-Bas, étaient trop peu disponibles pour répondre à notre attente.

II.2.8.2 Commentaire

Tout d'abord, nous présentons quelques commentaires généraux; ensuite, nous rappelons les prestations remboursées, respectivement exclues, par un pays uniquement; finalement, nous commentons les prestations particulièrement couvertes, ou au contraire exclues, par la Suisse uniquement.

⁵⁴ Autrefois appelé *Ziekenfondsraad*.

CONCLUSIONS GENERALES

- Il y a plus de points de convergence que de divergence entre les cinq pays.
- Les points convergents concernent aussi bien les décisions positives que négatives.
- Les points divergents ne concernent pas toujours le même pays.
- Il n'y a pas de tendance nette au remboursement préférentiel selon l'une des dix spécialités (chirurgie, médecine interne, ophtalmologie, radiologie, etc.), ni en Suisse, ni dans les autres pays.
- C'est en Suisse et, dans une moindre mesure, en Allemagne que les conditions de remboursement sont les plus explicites. En France et au Luxembourg, les indications sont moins souvent formalisées; dans ces deux pays, les prestations controversées sont en général remboursées de cas en cas, après examen par le service médical de la caisse-maladie.

PRESTATIONS SPECIALES REMBOURSEES. RESPECTIVEMENT EXCLUES PAR UN SEUL PAYS

Le tableau ci-après énumère les prestations remboursées par un seul pays, ainsi que celles qu'un seul pays ne rembourse pas. Il montre que le «catalogue» de chaque pays en comporte un nombre à peu près équivalent.

Sur la base de ces résultats, il serait hasardeux d'affirmer que les prestations qui ne sont remboursées que par un seul pays devraient être exclues du «catalogue» de prestations, ou au contraire que celles qu'un seul pays ne rembourse pas sont injustement écartées du «catalogue». En effet, les critères d'efficacité, d'économicité et d'adéquation, qui dictent les choix de remboursement en Suisse, ne sont probablement pas toujours les seuls à avoir été pris en considération dans les pays étudiés. On ne peut nier que des facteurs culturels (tradition du thermalisme, incitant au remboursement des cures pour mères venant d'accoucher en Allemagne), géographiques (proximité de la Mer Morte, incitant au remboursement des cures pour psoriasis en Israël) et politiques (environnement hostile, incitant au remboursement de la fécondation in vitro chez les femmes célibataires en Israël, ou décisions ayant mené à l'inclusion de la médecine complémentaire en Suisse) expliquent au moins en partie certaines caractéristiques des «catalogues» de chaque pays. Pour vaste qu'elle soit, cette comparaison permet néanmoins d'identifier des domaines où un pays, et en particulier la Suisse, sort manifestement du lot.

PAYS	Prestation remboursée par ce pays seulement	Prestation non remboursée par ce pays seulement
Suisse	<ul style="list-style-type: none"> • Multiple Sleep Latency Test, Maintenance of Wakefulness Test, et actigraphie • thérapie par le jeu et la peinture chez les enfants • psychodrame 	<ul style="list-style-type: none"> • transplantation cœur-poumon et transplantation isolée du pancréas • prothèses péniennes ou chirurgie de revascularisation pour troubles de l'érection • insémination artificielle pour d'autres indications que la stérilité d'origine cervicale, fécondation in vitro et transfert d'embryon
France	<ul style="list-style-type: none"> • traitement de l'obésité par ballonnet intragastrique • protection des hanches pour prévenir les fractures du col du fémur 	<ul style="list-style-type: none"> • test respiratoire à l'urée ¹³C pour évidence de Helicobacter pylori • enregistrement de l'électrocardiogramme par télémetrie, surveillance téléphonique des stimulateurs cardiaques • perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale-alpha • stérilisation du conjoint d'une patiente • chirurgie réfractive pour le traitement de l'anisométrie • aérosols soniques • TENS • ostéodensitométrie
Allemagne	<ul style="list-style-type: none"> • cure de tablier graisseux dans la chirurgie de l'obésité⁵⁵ (omentectomie) • électroneuromodulation des racines sacrées pour le traitement de l'incontinence urinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • ablation non chirurgicale de l'endomètre • embolisation des hémangiomes du visage • traitement au laser d'un naevus teleangiectaticus et de condylomes acuminés • ostéodensitométrie avant une fracture chez un patient à risque
Luxembourg	<ul style="list-style-type: none"> • greffe allogénique d'un équivalent de peau humaine bicouche vivant • injection intra-articulaire de lubrifiants ou viscosupplémentation avec injection de substance hyaline dans le traitement de l'arthrose • traitement par excimer-laser pour corriger la myopie 	<ul style="list-style-type: none"> • hémodyalyse ou nutrition entérale ou nutrition parentérale à domicile • insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion continue • réadaptation de patients souffrant de maladies cardio-vasculaires • résection curative d'un foyer épileptogène • cryoneurolyse • traitement orthoptique • tomographie par émission de positrons • médecine complémentaire
Israël	<ul style="list-style-type: none"> • thérapie climatique au bord de la Mer Morte • fécondation in vitro pour les femmes sans enfants désirées de fonder un foyer monoparental 	

⁵⁵ Alors que le traitement médicamenteux de l'obésité n'est pas pris en charge.

PRESTATIONS PARTICULIERES REMBOURSEES EN SUISSE

Parmi les 160 prestations comparées, seules trois prestations, dont il faut par ailleurs relativiser l'importance, ne sont prises en charge qu'en Suisse. Cinq autres prestations prises en charge en Suisse ne le sont que par un seul des autres pays (le pays est alors indiqué entre parenthèses après la prestation).

- Multiple Sleep Latency Test, Maintenance of Wakefulness Test, et actigraphie

Les trois prestations diagnostiques de la médecine du sommeil, plus économiques que la polysomnographie, sont remboursées depuis le 1.1.2000 seulement, après une première décision négative en 1997. Il est possible que ce changement reflète l'adaptation rapide de la Suisse à l'évolution de la médecine et que les autres pays vont suivre.

- Thérapie par le jeu et la peinture chez les enfants

La thérapie par le jeu et la peinture chez les enfants, prise en charge en Suisse depuis 1974, fait l'objet d'un «projet modèle» en Allemagne, consistant en une prise en charge expérimentale, limitée dans le temps et autorisée par la loi. Ce type de décision correspond en quelque sorte à la disposition «Oui, en évaluation», également limitée dans le temps, dans le «catalogue» suisse.

- Psychodrame

Le psychodrame, remboursé en Suisse depuis la décision de 1976, confirmée en 1996, semble être la seule prestation dont on puisse réellement affirmer que la Suisse est la seule à la prendre en charge.

- Greffe par épiderme autologue de culture (LUX)

En Suisse, la greffe par épiderme autologue de culture est remboursée pour une période limitée à trois ans, récemment prolongée d'une année supplémentaire, et seulement dans deux centres universitaires. L'Allemagne ne la prend pas en charge, mais la considère comme étant «en évaluation». Il s'agit donc d'une technique prometteuse, mais encore en évaluation.

- Traitement médical de l'obésité (F)

Le traitement médical de l'obésité soulève le problème du remboursement de médicaments dits de confort, en particulier pour certaines de leurs indications, comme le Xenical® (obésité), le Viagra® (dysfonction érectile) ou encore le Propécia® (alopécie), qui ont suscité beaucoup de réactions dans les médias. Sans vouloir prendre position dans ce débat, nous remarquons que la question est également controversée dans les autres pays, mais qu'il existe une tendance vers un non-remboursement par l'assurance-maladie sociale, voire un remboursement limité à certaines indications très précises. Parmi les pays prenant en charge le Xenical® et le Viagra® se trouvent l'Autriche, la Suède et le Royaume-Uni⁵⁶. En Suisse, seul le Xenical® est pris en charge, pour des indications très strictes. Cette controverse illustre la difficulté qu'il y a à prendre des décisions sous la pression médiatique.

⁵⁶ Communication personnelle de l'OFAS, sur la base d'une enquête auprès d'Etats européens de l'UE/AELE. Division Affaires internationales, avril 1999.

- Ostéodensitométrie pour la prévention de l'ostéoporose par DEXA (LUX) ou pQCT (RFA), ultrasonographie osseuse (LUX), marqueurs de la résorption et de la formation osseuse (F)

Les prestations en rapport avec l'ostéoporose sont remboursées mais, comme pour la greffe par épiderme autologue de culture, l'ostéodensitométrie préventive, l'ultrasonographie osseuse et les marqueurs biologiques du renouvellement osseux ne sont pris en charge que pour une durée limitée et dans le cadre d'une étude multi-centrique agréée par la CFP. L'approche suisse paraît plus logique et plus économique à long terme que celle des autres pays, dans la mesure où la prise en compte de plusieurs paramètres intervenant dans la densité de la masse osseuse permettra probablement de mieux cibler la population à traiter que le résultat d'un seul de ces examens.

PRESTATIONS PARTICULIERES EXCLUES DU «CATALOGUE» SUISSE

Les prestations non prises en charge par la Suisse, mais remboursées par deux au moins des autres pays, sont les suivantes:

- Transplantation coeur-poumon et transplantation isolée du pancréas

Ces interventions plutôt rares sont, avec la greffe allogénique d'un équivalent de peau humaine, les seules greffes expressément non prises en charge en Suisse. Il est vraisemblable que le législateur ait préféré réserver ces technologies hautement spécialisées à des pays dont le réservoir de patients est plus vaste, compte tenu du fait que le taux de réussite de telles greffes dépend en grande partie de l'expertise du centre de transplantation. Il est cependant intéressant de constater qu'un pays encore plus petit que la Suisse, le Luxembourg, laisse ouverte la possibilité d'une prise en charge des greffes d'organe, quelles qu'elles soient, sous réserve de l'approbation de la caisse-maladie. Cette voie, pour pragmatique qu'elle soit, comporte un risque d'inéquité dans le traitement des assurés; l'attitude suisse a le mérite de traiter tous les assurés de la même façon.

- Prothèses péniennes pour troubles de l'érection et chirurgie de revascularisation pour troubles de l'érection; insémination artificielle pour d'autres indications que la stérilité d'origine cervicale et FIVETE (fécondation in vitro et transfert d'embryon⁵⁷)

Dans certains domaines de la médecine, les notions d'efficacité et d'adéquation se laissent difficilement mesurer. La médecine de la reproduction en est un exemple caractéristique: comment affirmer qu'il est approprié ou économique d'offrir la possibilité à un couple stérile d'avoir des enfants? La réponse à cette question fait intervenir également des arguments d'ordres philosophique, religieux, culturel et démographique. En excluant la fécondation in vitro de son «catalogue» de prestations, la Suisse se démarque des autres pays étudiés; cette décision paraît toutefois relever autant de l'éthique que d'une évaluation scientifique au sens des trois critères de la loi.

Si la Suisse est le seul pays à ne pas prendre en charge le traitement chirurgical des troubles de l'érection, elle respecte une certaine logique dans la mesure où elle ne rembourse pas non plus le traitement médicamenteux; la plupart des autres pays prennent en charge la chirurgie, mais pas le traitement médicamenteux.

⁵⁷ Egalement pris en charge en Israël.

- LDL-aphérèse en cas d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (F, RFA)

Cette technologie spécialisée ne représente qu'un très faible pourcentage du volume global des prestations médicales.

- Décompression au laser d'une hernie discale (F, RFA)

L'annexe 1 de l'OPAS contient une dizaine de prestations utilisant le laser, dont certaines sont remboursées, d'autres pas. Etant donné que le laser représente une alternative à une thérapie existante (chirurgie), il paraît probable que la majorité des décisions aient été prises sur la base d'une analyse comparative portant surtout sur les caractères approprié et économique de cette nouvelle technologie. L'intervention sur la hernie discale est, avec les opérations ophtalmologiques de la réfraction, parmi les rares interventions utilisant le laser où il existe une différence de prise en charge entre les pays.

Concernant la prise en charge des prestations de médecine complémentaire, les résultats de la comparaison internationale sont contrastés: le Luxembourg - et les Pays-Bas - ne prennent en charge aucune des cinq disciplines de médecine complémentaire remboursées en Suisse depuis 1999⁵⁸. L'acupuncture, déjà remboursée en Suisse depuis 1981⁵⁹, est également exclue de leur «catalogue». En revanche, l'Allemagne et la France prennent en charge plusieurs disciplines de la médecine complémentaire. La France n'exige pas de qualification particulière des prestataires, mais les préparations phytothérapeutiques et les médicaments anthroposopes sont laissés à la charge des assurés.

Relevons enfin que, si la Suisse n'est en effet pas seule à prendre en charge une médecine particulièrement controversée, la restriction dont elle assortit cette prise en charge (pratique de la médecine complémentaire par des médecins qualifiés) est inexistante en France et en Allemagne, où des prestataires non médecins peuvent également être reconnus.

PRESTATIONS EXCLUES DE LA COUVERTURE A L'ETRANGER

Les listes négatives sont beaucoup plus difficiles à repérer dans les autres pays étudiés qu'en Suisse. La seule liste que nous ayons pu retenir est éditée par l'Allemagne, sous la forme de directives élaborées par une commission fédérale de médecins et de représentants des caisses-maladie; elle rassemble les prestations suivantes (le signe (-) désigne les prestations qui sont également explicitement non remboursées en Suisse; le signe (+) celles qui sont explicitement remboursées en Suisse):

- Traitements non reconnus, car considérés comme ne remplissant pas les critères de prestations suffisantes, appropriées et économiques⁶⁰:
- Electro-acupuncture selon Voll
- Mesure du pH gastrique par application d'une sonde spéciale (*Heidelberger Kapsel*)
- Insufflation intravasculaire ou infiltration parentérale d'oxygène et d'autres gaz
- Thérapie à l'ozone
- Traitement au laser à basse énergie (*Soft- and Midpower laser*)
- Traitement à l'oxygène selon Von Ardenne
- Thérapie immuno-augmentative

⁵⁸ Acupuncture, médecine anthroposope, médecine chinoise, homéopathie, thérapie neurale, phytothérapie.

⁵⁹ Seulement comme une consultation de 15 à 20 minutes.

⁶⁰ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) vom 4.12.1990, Anlage 2.

- Traitement par auto-vaccination lymphocytaire chez un patient HIV
- Traitement par champ magnétique sans utilisation d'implants
- Immunothérapie autohomologue selon Kief
- Traitement Haifa
- Traitement Doman-Delcato, respectivement BIBIC
- Chirurgie de la réfraction en ophtalmologie (ex.: kératotomie radiaire, kératomilieusis)⁶¹(-)
- Traitement de la prostate par hyperthermie
- Ablation transurétrale de la prostate à l'aide d'un laser (-)
- Traitement par oxygène hyperbare (+)
- Biorésonance, Mora-Thérapie et analogues
- Traitement *Autologue Target Cytokine* selon Klehr

- Traitements non reconnus par manque de documentation⁶²:

- Balnéo-photothérapie combinée
- Thermo-thérapie de la prostate (par exemple TUMT, par micro-ondes)
- UVA₁-thérapie sélective à haute dose

- Traitements non reconnus⁶³:

- Hydrothérapie du colon
- Lithotritie extracorporelle par ondes de choc de maladies orthopédiques, chirurgicales ou dans le traitement de la douleur
- *Pulse signal therapy*
- Ultrason pulsé à faible dose

Pour les quelques prestations figurant à la fois dans l'annexe 1 de l'OPAS et dans la liste négative allemande, on ne relève pas de divergence fondamentale au sujet du remboursement de la chirurgie de la réfraction (ophtalmologie), puisque la kératotomie radiaire, pratiquée plus couramment que l'intervention pour anisométrie, n'est remboursée dans aucun des deux pays. La seule réelle différence concerne le traitement par oxygène hyperbare, que la Suisse prend en charge dans certaines situations, alors que l'Allemagne ne le rembourse pas.

II.3 DISCUSSION

Dans la partie *Analyse par comparaison internationale* de ce rapport, le «catalogue» des prestations de l'assurance-maladie sociale suisse a été examiné en distinguant les prestations générales et spéciales.

La comparaison des prestations générales a permis de relever les différences et les similitudes de couverture des prestations courantes, alors que l'analyse des prestations spéciales s'est intéressée à identifier les prestations-limites.

⁶¹ Seule indication remboursée en Suisse: pour le traitement de l'anisométrie.

⁶² Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) vom 4.12.1990, Anlage 3.

⁶³ Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Anlage B der Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen.

Globalement, la Suisse se situe dans la moyenne des autres pays: elle offre une large palette de prestations, avec une participation aux frais modérée. Les assurés peuvent compter sur un système de santé de bonne qualité, sans problème d'accessibilité aux soins.

A l'analyse plus détaillée, quelques différences de couverture apparaissent tout de même, aussi bien dans le sens d'une prise en charge moins généreuse que plus généreuse. Ci-dessous, nous évoquons tout d'abord les trois prestations les mieux remboursées en Suisse, puis nous rappelons et discutons les catégories de prestations qui apparaissent comme étant insuffisamment couvertes par rapport aux autres pays. Nous revenons brièvement sur les prestations-limites, avant de conclure sur des enseignements à tirer de la comparaison internationale en général.

Parmi les catégories de prestations mieux couvertes qu'à l'étranger, la **chiropratique** est indiscutablement une prestation typiquement suisse; aucun autre pays ne la rembourse. Seule l'Allemagne reconnaît la chiropratique, mais seulement si elle est pratiquée par un médecin ayant acquis une formation complémentaire dans ce domaine. On peut donc s'étonner qu'en Suisse, les chiropraticiens soient reconnus comme prestataires de soins au même titre que les médecins, alors que les autres fournisseurs de soins travaillent sur prescription ou sur mandat médical. La question se pose également de savoir pourquoi l'ostéopathe ne serait pas reconnu de la même manière que le chiropraticien. Une hypothèse serait que le chiropraticien limite ses prestations à un domaine précis, à savoir le rachis, alors que l'ostéopathe fournit des soins également dans toutes les autres indications habituellement réservées au médecin.

Les **conseils nutritionnels** sont en général mieux couverts en Suisse qu'à l'étranger, car les autres pays ne remboursent les conseils nutritionnels que dans le cadre de l'hospitalisation. Il faut relever que l'inclusion des prestations de diététiciens indépendants dans le «catalogue» des prestations est récente, puisqu'elle n'était pas prévue dans le projet de loi initial. Bien qu'il nous semble qu'elle comble une certaine lacune, nous pensons que cette mesure serait encore plus heureuse du point de vue de la médecine préventive si les conseils nutritionnels remboursés à un patient obèse l'étaient *avant* la survenue de complications, et non pas seulement lorsque les complications difficilement réversibles de l'obésité sont déjà là.

Les prestations en matière de **maternité** ont été complétées en Suisse par les cours collectifs de préparation à l'accouchement et les conseils en cas d'allaitement. En cela, le «catalogue» suisse est plus généreux que celui des autres pays, sauf en ce qui concerne les cours de préparation à l'accouchement en France, remboursées à raison de huit séances contre un forfait de 100.- en Suisse. Ces innovations dénotent probablement une volonté politique que nous saluons en tant que mesure de prévention.

La Suisse a choisi de couvrir moins largement les frais de transport que les autres pays, mais elle est la seule à contribuer substantiellement aux **frais de sauvetage**. Même si la prise en charge des frais de transport représente une innovation de taille par rapport au «catalogue» de la LAMA, on peut se demander s'il n'aurait pas été préférable d'envisager la prise en charge intégrale des frais de transport, comme le prévoyait à l'origine le projet Schoch⁶⁴, quitte à renoncer à couvrir les frais de sauvetage. Par cette mesure, le «catalogue» suisse serait en tout cas dans la ligne des autres pays. Une autre voie à étudier serait l'exemple israélien: ainsi, une partie des frais de transport en ambulance pourraient être laissés à la charge de l'assuré, s'il

⁶⁴ Message du Conseil fédéral du 6.11.1991 concernant la révision de l'assurance-maladie. Feuille fédérale. 144^e année. Vol. I, p. 135.

s'avère que celui-ci a fait appel aux services d'urgence de manière abusive. Une telle disposition devrait naturellement faire l'objet d'une définition stricte.

Dans d'autres domaines, les prestations suisses sont moins complètes qu'à l'étranger:

Malgré l'extension du «catalogue» de prestations à certains **soins dentaires**, force est de constater que ceux-ci restent nettement moins bien pris en charge en Suisse que dans tous les autres pays de la comparaison. Or, l'impact sur la santé générale d'une mauvaise hygiène dentaire (atteintes nutritionnelle, infectieuse et psychique) est reconnu comme non négligeable. Il est probable qu'une meilleure couverture a été empêchée par la crainte d'une forte augmentation des coûts. Au vu de la comparaison internationale, il pourrait pourtant être intéressant de s'inspirer de la pratique, courante à l'étranger, de rembourser plus largement les assurés qui se sont soumis à des contrôles dentaires réguliers. Ces consultations prophylactiques seraient alors prises en charge sans participation aux frais dissuasive. Par ailleurs, il ne faut pas négliger le fait que les personnes âgées vivant en institution risquent d'être les premières à souffrir d'un mauvais accès aux soins dentaires, de par leur choix en pratique limité du médecin et du médecin-dentiste.

La psychothérapie effectuée par des psychothérapeutes non médecins n'est pas inscrite comme remboursée dans la loi en Suisse, car les **psychothérapeutes**, ni d'ailleurs les **neuropsychologues**, ne font partie des prestataires reconnus. En réalité, la psychothérapie déléguée peut néanmoins être remboursée sur la base d'une jurisprudence datant d'avant l'introduction de la LAMal et confirmée par le TFA sous le régime de la nouvelle loi. Selon les termes de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances, la psychothérapie déléguée doit remplir les conditions suivantes pour être remboursée: le psychothérapeute doit être engagé et salarié par un médecin, la psychothérapie doit être pratiquée au cabinet du médecin et sous sa surveillance, la facture est établie au nom du médecin, le médecin est responsable de la qualité du traitement. En comparaison internationale, la situation paraît plus favorable aux psychothérapeutes - et aux neuropsychologues - à l'étranger. Il convient de remarquer qu'en Allemagne, la prise en charge s'est faite sous la pression d'une forte demande que les médecins psychiatres n'arrivaient plus à satisfaire. La situation est différente aux Pays-Bas, où le remboursement généreux des prestations psycho-sociales par le régime de l'EMEA semble constituer le fruit d'une politique très soucieuse de la santé mentale de sa population.

Si l'introduction des **soins à domicile** dans le «catalogue» de prestations suisse a comblé une lacune qu'on ne relève nulle part ailleurs, **l'aide à domicile** est restée exclue de la couverture. Seuls trois des cinq pays étudiés la prennent en charge dans certaines conditions, dont deux par une nouvelle forme d'assurance, l'assurance-dépendance. Peut-être serait-il temps, en Suisse, de songer également à la création d'une nouvelle assurance, destinée en priorité aux soins de patients chroniques et dépendants, qui permettrait de décharger l'assurance-maladie des frais liés aux différentes formes d'aide à domicile (ou en institution). Comme nous l'avons évoqué au paragraphe précédent, les Pays-Bas se distinguent par leurs prestations dans le domaine social. L'aide à domicile, notamment pour les mères venant d'accoucher, y est entièrement financée par l'assurance-maladie.

La question du nombre des **ultrasons de routine pendant la grossesse** nous paraît en réalité assez théorique, car la pratique montre que les ultrasons supplémentaires sont assez facilement remboursés au titre de LAMal, art. 25, al. 1. A ce propos, et bien que quatre des six pays fixent un nombre limite d'ultrasons dans leur «catalogue», la Suisse ne se distingue pas des autres pays.

Pour la plupart des autres prestations, la prise en charge en Suisse ne diffère pas de manière importante de celle des autres pays. Parmi les innovations de la LAMal non mentionnées plus haut, le séjour hospitalier sans limite de durée, y compris les frais d'hôtellerie, est remboursé de la même manière dans tous les autres pays.

A quelques exceptions près, la prise en charge de ce que nous avons nommé **prestations spéciales** en raison de leur mention explicite dans l'annexe 1 de l'OPAS, est relativement comparable dans les cinq pays étudiés: les principales interventions chirurgicales, les traitements au laser, les greffes de moelle, mais aussi toutes sortes d'autres prestations dans des domaines aussi variés que la psychiatrie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, etc. connaissent un remboursement globalement similaire. Les différences de taille concernant la Suisse se situent dans le domaine de la médecine de reproduction et la chirurgie des troubles de l'érection. Nous avons déjà fait allusion au caractère multifactoriel de ce choix dans la discussion des prestations spéciales.

Plus encore que les différences de prise en charge, la manière d'aborder l'évaluation des **technologies nouvelles et contestées** en Suisse, décrite dans le manuel d'évaluation spécialement conçu à cet effet, frappe l'observateur. En effet, l'approche systématique de cette démarche, selon les méthodes du *health technology assessment*, constitue une base rationnelle et la plus équitable possible, qui contraste avec les méthodes plus artisanales d'une époque pas si éloignée. Même s'il s'agit d'une procédure longue et fastidieuse pour le demandeur, celui-ci a désormais l'assurance que son dossier sera traité avec tout le sérieux nécessaire.

Les mesures de **prévention** sont prises en charge de manière semblable dans tous les pays, sauf au Luxembourg, qui ne distingue pas entre curatif et préventif. On peut cependant regretter qu'en Suisse, les mesures de prévention ne soient pas exemptées de toute participation aux frais de l'assuré, ou au moins de la franchise. En effet, un assuré «faible consommateur» de soins médicaux est pénalisé par rapport au «fort consommateur» par le fait qu'il doit payer lui-même les prestations préventives tant qu'il n'a pas atteint le niveau de sa franchise annuelle. «L'assuré modèle» est même doublement pénalisé, car c'est précisément le «faible consommateur» qui choisit le plus souvent une franchise plus élevée. Une telle libération de la participation aux frais, telle que l'a d'ailleurs souhaitée le Conseil fédéral en 1991⁶⁵, permettrait d'augmenter le recours par l'assuré à des mesures préventives recommandées, si l'on en croit une étude récente⁶⁶.

Par rapport à l'ancienne loi, la LAMal a inscrit le principe de la prise en charge des mesures médicales de la réadaptation. Cependant, c'est en vain que le citoyen curieux cherchera l'ordonnance citant les mesures concrètes promises par le Conseil fédéral dans son message de 1991. Il persiste donc, dans le remboursement de la réadaptation, un certain flou qui n'est dissipé que pour les mesures de réadaptation cardio-vasculaire, expressément mentionnées dans l'annexe 1 de l'OPAS. Peut-être faudrait-il s'inspirer du modèle néerlandais, qui décrit en détail les mesures de réadaptation prises en charge sous le régime de l'EMEA.

La nomenclature française et luxembourgeoise des médicaments nous semble être très intéressante pour la Suisse. Pourquoi en effet ne pas reprendre le système de remboursement échelonné des médicaments, selon le service médical rendu, allant de 0 à 100%? Cela éviterait notamment de prendre des décisions péremptoires dans le cas de médicaments controversés. Bien entendu, cette innovation équivaldrait à supprimer la règle de la quote-part fixe de 10%

⁶⁵ Message du Conseil fédéral du 6.11.1991 concernant la révision de l'assurance-maladie. Feuille fédérale. 144^e année. Vol. I, p. 178.

⁶⁶ Solanki G, Halpin Schauffler H. Cost-sharing and the utilization of clinical preventive services. *Am J Prev Med* 1999;17(2):127-33.

pour toutes les prestations. A cela, nous pouvons répondre par deux remarques: d'une part, le Conseil fédéral a la possibilité de fixer un taux de participation différent, puisqu'il l'a déjà fait pour les frais de transport et de sauvetage (50%) ainsi que les prestations de maternité (0%); d'autre part, l'autre pays de la comparaison qui a choisi une quote-part fixe, les Pays-Bas, connaît également des exceptions dans son «catalogue». L'une de ces exceptions à la quote-part aux Pays-Bas mérite d'être rappelée ici: la consultation d'un médecin généraliste. Cette mesure nous paraît digne d'être étudiée en Suisse également, car elle permettrait de renforcer le rôle de *gatekeeper* du médecin de famille, comme certaines formes d'assurance le pratiquent déjà (réseaux de santé), dans l'optique d'une meilleure maîtrise des coûts.

Finalement, le choix résolu des Pays-Bas d'instaurer une participation aux frais élevée (mais avec un plafond annuel nettement plus bas qu'en Suisse), de suspendre le remboursement des lunettes, mais de prendre en charge des prestations originales comme des centres audiologiques et de conseil génétique, des prestations psychosociales étendues, des soins de qualité aux personnes handicapées, ainsi que des frais d'adaptation au logement, méritent pour le moins d'être étudiées attentivement, à défaut d'être copiées.

III. ANALYSE PAR CONDITIONS TRACEURS

III.1 METHODES

III.1.1 Méthodologie et choix des traceurs

La méthodologie des traceurs, dont ce chapitre s'inspire, a été décrite par Kessner et al.⁶⁷ dans un contexte d'assurance de qualité. Il s'agit à l'origine d'une démarche dont le but est d'étudier les différentes facettes d'un micro-système sanitaire (par exemple, une HMO) par l'intermédiaire d'une sélection de traceurs. Ces derniers sont des affections médicales nécessitant une variété d'interventions pour leur prise en charge et reflétant les problèmes de santé des différentes catégories de population (par exemple enfants, adultes, personnes âgées) s'adressant au système. Les traceurs sont utilisés comme des indicateurs permettant de détecter d'éventuels défauts de qualité dans la prise en charge de certains sous-groupes de la population servie par le système, ou dans certaines activités de soins particulières. Une fois les indicateurs sélectionnés, un échantillon de dossiers (par exemple, de dossiers de patients suivis pour une infection urinaire) est examiné pour chaque traceur, afin de mettre en évidence de possibles lacunes dans la prise en charge. L'analyse de qualité est donc réalisée au niveau des processus cliniques.

L'approche décrite par Kessner et al. a été ici adaptée de plusieurs points de vue. D'abord, l'objet d'étude n'est pas un système sanitaire mais un «**catalogue**» de prestations. Les traceurs ont cependant été sélectionnés selon des critères analogues: il s'agit de problèmes ou états de santé largement répandus dans la population suisse qui permettent, par leur complémentarité, d'examiner différents types de besoins et plusieurs catégories de prestations. Le set de traceurs choisis constitue un ensemble de problèmes de santé touchant une population variée et toutes les catégories de services de santé. Les **critères de choix des traceurs** sont au nombre de quatre:

- a) prises ensemble, les affections étudiées concernent toutes les catégories de la population, telles que définies par l'âge et le sexe;
- b) chaque affection est caractérisée par une forte prévalence ou par des soins fréquents et/ou coûteux;
- c) les types de soins nécessaires à la prise en charge sont bien définis (ex. réadaptation, prévention, etc.) et la prise en charge met en jeu des secteurs du système de santé facilement identifiables (ex. hôpital, soins à domicile, etc.);
- d) les recommandations de prise en charge font l'objet d'un niveau de consensus raisonnable.

⁶⁷ Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. *New Engl J Med* 1973;288(4):189-94.

En outre, pour chaque classe définie par l'âge et le sexe, deux traceurs au moins devaient être pertinents et chaque catégorie de service de santé devait être requise pour au moins deux traceurs. Au total, les cinq traceurs suivants ont été sélectionnés en sorte de répondre à ces conditions:

1. accident vasculaire cérébral ischémique;
2. fracture de hanche;
3. obésité;
4. leucémie aiguë;
5. grossesse normale et nouveau-né en bonne santé.

Alors que les quatre premiers traceurs constituent des atteintes à la santé, le cinquième est un état physiologique qui, s'il ne relève pas de la maladie, nécessite des prestations d'ordre médical et paramédical dont la couverture est prévue par l'assurance-maladie sociale. Le terme de «conditions-traceurs» se réfère ainsi à la fois aux états maladifs et à la grossesse normale. La leucémie aiguë a été sélectionnée non en raison de sa prévalence, mais pour l'opportunité qu'elle offre d'étudier des prestations relevant de la médecine de pointe.

Les groupes d'âge considérés sont les enfants (0 à 16 ans), les jeunes adultes (16 à 40 ans), les personnes d'âge moyen (41 à 65 ans) et les personnes âgées (65 ans ou plus) et le tableau suivant illustre les catégories d'âge et de sexe représentées par chacune de ces conditions-traceurs.

Groupes d'âge et de sexe représentés par les conditions-traceurs

Age (années)	Conditions-traceurs				
	<i>AVC ischémique</i>	<i>Fracture de hanche</i>	<i>Obésité</i>	<i>Leucémie aiguë</i>	<i>Grossesse et soins aux nouveau-nés</i>
Femme:					
0-15			+	+	+
16-40			+	+	+
41-65	+		+	+	
>65	+	+	+	+	
Homme:					
0-15			+	+	+
16-40			+	+	
41-65	+		+	+	
>65	+	+	+	+	

Les prestations nécessaires à la couverture des traceurs relèvent de la prévention (primaire ou secondaire), de l'évaluation (investigations et bilan diagnostique), du traitement ambulatoire ou hospitalier, de la réadaptation et des suites de soins. Le tableau suivant illustre les domaines dont chaque condition-traceur permet l'investigation.

Catégories de prestations concernées par les conditions-traceurs

Catégorie de prestation	Conditions-traceurs				
	<i>AVC ischémique</i>	<i>Fracture de hanche</i>	<i>Obésité</i>	<i>Leucémie aiguë</i>	<i>Grossesse et soins aux nouveau-nés</i>
a) Prévention:					
• primaire	+	+	+		+
• secondaire	+	+	+		+
b) Evaluation:					
• consultation ambulatoire	+	+	+	+	+
• laboratoire	+	+	+	+	+
• autres méthodes diagnostiques	+	+	+	+	+
c) Traitement:					
• ambulatoire			+		+
• hospitalier	+	+	+	+	+
d) Réadaptation	+	+			
e) Suite de soins					
• soins à domicile	+	+			
• institutionnalisation	+	+			

Dans la théorie de l'évaluation de la qualité des soins, différents niveaux sont traditionnellement décrits. Un premier niveau est l'évaluation des structures (hôpitaux, équipements, personnels, etc.) disponibles; un second niveau est l'évaluation des processus de soins et se réfère à l'excellence des activités; le troisième niveau est l'évaluation des résultats obtenus (état de santé résultant des activités de soins). En principe, des résultats de bonne qualité résultent d'activités adéquates, qui requièrent elles-mêmes un accès suffisant à des structures appropriées. Bien que des structures suffisantes ne garantissent pas la conduite d'activités adéquates et l'obtention de bons résultats, l'accès aux services de santé apparaît comme une condition nécessaire à la qualité des soins. La méthode décrite par Kessner et al. s'attache à évaluer des processus de soins, sur la base d'un examen de dossiers médicaux. La démarche adoptée ici s'en écarte pour évaluer, en amont des activités de soins, le «catalogue» des prestations qui peut être considéré comme un élément essentiellement structurel. En effet, la disponibilité des services de santé se définit non seulement par leur existence réelle mais également par l'absence de barrière financière entravant l'accès en cas de maladie. Le «catalogue» suisse des prestations est l'instrument permettant en théorie d'abolir les barrières financières, et c'est précisément cette fonction qui rend son contenu crucial pour éviter le développement d'une «médecine à deux vitesses». L'étude de son contenu est en conséquence une démarche d'évaluation de structure.

A l'examen d'un échantillon de dossiers tel que décrit par Kessner se substitue ici, pour chaque traceur, une **étude de la littérature médicale**. Son but est de mettre en évidence une série de prestations relevant de la prévention, de l'évaluation, du traitement, de la réadaptation ou des suites de soins, dont la littérature s'accorde à reconnaître la valeur (au moins dans

certaines circonstances) et qui de ce fait devraient impérativement être couvertes par le «catalogue» des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale.

La majeure partie de la documentation constituant la base du projet a été recueillie par la recherche sur Internet et associée à une consultation de bases de données médicales (cf. III.1.2). La recherche en bibliothèque de la littérature grise n'a délibérément pas été entreprise; toutefois, des articles pertinents découverts lors de lectures personnelles ou transmis par de tierces personnes ont été intégrés. Les documents ont été choisis en fonction de leur qualité méthodologique et leur niveau de preuve scientifique. Pour chaque traceur, des synthèses thématiques de la littérature consultée ont été préparées.

Considérant le contexte actuel d'engouement pour l'étude de la littérature médicale aux fins de développement de guidelines, les auteurs tiennent à rendre le lecteur attentif aux limites de leur analyse de la littérature.

Les synthèses de littérature entreprises constituent l'une des étapes nécessaires dans une démarche d'analyse du «catalogue» des prestations qui reste axée sur la question de son caractère suffisant. Elles ne constituent en aucun cas des recommandations pour la pratique clinique, pour deux motifs au moins:

- **Certaines prestations nécessaires à la prise en charge des conditions-traceurs n'ont pas été étudiées (cf. section III.1.4);**
- **Le jugement porté dans les synthèses quant au niveau de preuve d'efficacité peu convainquant pour certaines prestations ne doit pas conduire à considérer ces prestations comme superflues; la littérature médicale est, dans ces cas, très souvent lacunaire ou de qualité insuffisante pour conclure à l'efficacité. Elle l'est davantage encore pour conclure à l'inefficacité. Il faut en effet reconnaître que l'absence de démonstration statistique de l'efficacité d'une prestation ne signifie en général pas que cette prestation est inefficace car non seulement la puissance des études est souvent faible, mais encore les pratiques habituelles d'analyse statistique dans le domaine médical font que les chercheurs se satisfont arbitrairement d'une erreur de type II nettement supérieure à l'erreur de type I (en général, une puissance de 80 % est considérée comme satisfaisante alors que la limite de signification statistique des tests comparatifs est fixée à 5%; la motivation de ces valeurs implicitement adoptées par la communauté scientifique relève du volume considérable d'observations nécessaire pour obtenir une puissance supérieure, ce qui implique des difficultés logistiques et économiques).**

Les recommandations contenues dans les synthèses ont ensuite fait l'objet d'une **confrontation avec l'énoncé de la LAMal**. Il est ensuite aisé de vérifier si les prestations recommandées par la littérature sont prises en charge par l'assurance de base.

Chaque membre du groupe de travail a traité un traceur dans sa totalité, à l'exception des synthèses relatives au traceur *accident cérébral vasculaire ischémique* qui ont été élaborées par deux personnes. Malgré un important souci de rigueur méthodologique, on ne peut

éliminer la subjectivité du chercheur ainsi que certaines variations mineures dans sa méthodologie. Cette problématique sera développée dans les chapitres: variations méthodologiques et limitations.

Remarque: Par souci de simplification, le groupe de travail n'a choisi que la forme masculine des noms. Il est entendu que la forme masculine comprend aussi les personnes de sexe féminin.

III.1.2 Stratégie de la recherche documentaire

La recherche de la littérature a été réalisée selon trois volets:

Le premier volet consiste en la consultation des banques de données spécialisées en matière de recommandations (définies plus précisément dans le chapitre III.1.3). Il s'agit d'une recherche non automatisée, par simple visite des sites et par consultation de leur table des matières. La liste des banques de données consultées, avec leur adresse Internet, est la suivante:

Liste des banques de données consultées

Guidelines

a) International

– WHO: <http://www.who.dk>

b) Royaume Uni

- SIGN: <http://www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm>
- St.George's, London: <http://www.sghms.ac.uk/depts/phs/hceu/guides.htm>
- RCOG: http://tupac.onlinemagic.com/rcog/guidelines/c_guidelines.html
- NHS Centre for Reviews and Dissemination, The University of York: <http://www.york.ac.uk/inst/crd>

c) Allemagne

– AWMF: http://www.rz.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/II_list.htm

d) Pays Bas

– NHG: Dutch College of G.P., PO Box 3231, 3502 GE Utrecht

e) France

– ANAES Publications: <http://www.anaes.fr/anaes/framedef.nsf/1a499439fc79b169c12565990035c2ee/71e60e94c17622aec125667f0023974b?OpenDocument>

f) Etats Unis

- National Guideline Clearinghouse: <http://www.guideline.gov>
- National Comprehensive Cancer Network: <http://www.cancernetwork.com/indexes/nccn.htm#Guidelines>

- American Association of Clinical Endocrinologists: <http://www.aace.com>
- The Agency for Health Care Policy and Research: <http://www.ahrp.gov/qual>
- National Stroke Association: <http://www.stroke.org>
- American Heart Association Journals Collections: <http://www.strokeaha.org>

g) Canada

- Clinical Practice Guidelines index-Alberta Medical Association: <http://www.amda.ab.ca/cpg/search.html>
- Association médicale canadienne: <http://www.cma.ca/cpgs/index.asp>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care: <http://www.ctfphc.org/guide.htm>
- McMaster: <http://www.infoward.ualberta.ca/cpg>
- SOGC: http://sogc.medical.org/sogc_docs/common/guide/guideindex.htm

h) Nouvelle Zélande

- NZGG: <http://www.nzgg.org.nz/index.cfm>

Health technology assessment

a) International

- INAHTA: <http://www.inahta.org>

b) Suède

- SBU: <http://www.sbu.se/sbu-site/index.html>

c) Québec

- CETS: <http://www.msss.gouv.qc.ca/cets>

d) Royaume Uni

- NHS: <http://www.soton.ac.uk/~hta/htapubs.htm>
- NHS R&D Health Technology Assessment Programme: <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm>

e) Canada

- CCOHTA: <http://www.ccohta.ca/pubs/index-f.html>

Bases de données

- Cochrane Library: CD-ROM issues 3-4, 1999
issue 1, 2000

Le deuxième volet consiste en l'interrogation de deux banques de données de littérature scientifique, The Cochrane Library et Medline. Le support de Cochrane Library utilisé est un CD ROM, éditions 3-4, 1999 pour les traceurs *grossesse* et *obésité*, puis édition 1, 2000 pour les trois autres traceurs. L'accès à Medline est offert par le serveur de l'Université de Lausanne. La recherche au sein de ces sites s'est faite d'une manière automatisée, c'est-à-dire par l'utilisation systématique de mots-clés spécifiques du traceur étudié. La liste de ces

mots-clés est mentionnée dans les documents relatifs à chaque traceur. Dans Medline, ces mots-clés sont utilisés en association avec d'autres mots-clés qui permettent d'accéder au type de publication désiré (*guidelines, recommendations, reviews*, i.e. l'ensemble des publications regroupant les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, décisions médicales, revues de synthèse, revues systématiques et méta-analyses). La liste de ce deuxième type de mots-clés est la suivante:

**Liste des mots-clés permettant d'accéder aux publications de type
«guidelines, recommandations, reviews»**

guidelines:	(clinical adj2 guideline\$.tw. ou
	guideline.pt. ou
	"practice guideline\$.tw. ou
	"performance standard\$.mp. ou
	"practice standard\$.mp. ou
	"practice policy".mp. ou
	"treatment policy".mp. ou
	"reference standard\$.mp. ou
	"quality assessment\$.mp.
ou	
recommandations:	"clinical practice".mp. ou
	consensus.mp. ou
	"controlled clinical trial\$.pt. ou
	"controlled study".mp. ou
	"double-blind method\$.mp. ou
	protocole\$.mp. ou
	"randomized controlled trial\$.mp. ou
	recommendation\$.mp.
ou	
reviews:	"critical review\$.mp. ou
	review\$.pt.

Cette recherche se limite en principe à la littérature publiée entre 1996 et 2000, avec un élargissement jusqu'en 1993 dans les cas où aucun document n'avait été trouvé entre 1996 et 2000.

Le troisième volet consiste en une recherche manuelle non systématique, prenant en considération les documents transmis par des tiers, ainsi que des publications importantes (par ex. ouvrages de référence). Des recommandations suisses ont été recherchées dans une littérature qui n'est pas toujours indexée dans les bases de données consultées ou auprès des sociétés médicales suisses suivantes:

Condition-traceur	Contact	Transmission
1. AVC ischémique	Société suisse de neurologie	Pas de réponse, mais intégration dans l'analyse de ce traceur des recommandations relatives à la prévention et à l'évaluation récemment publiées dans le Bulletin des Médecins Suisses
2. Fracture de hanche	Société suisse d'orthopédie	Groupe de travail, en cours
3. Obésité	Société suisse d'endocrinologie	Pas de guidelines disponibles
4. Leucémie aiguë	Société suisse d'oncologie médicale et pédiatrique	Pas de guidelines disponibles
5. Grossesse normale	Société suisse de gynécologie et obstétrique	Pas de guidelines disponibles
et n.-né en bonne santé	Société suisse de pédiatrie	Groupe de travail, en cours, résultats attendus en janvier 2001

III.1.3 Critères de choix des documents

Notre recherche de littérature prend comme «gold standard» des recommandations pour la pratique clinique (RPC) ou *guidelines* en anglais. La qualité de leur niveau de preuve est évaluée de A à X: niveau de preuve jugé bon (A), acceptable (B), moyen (C) et inconnu (X). Une recommandation de niveau A pourrait dans certains cas suffire à elle seule pour l'argumentation finale. Toutefois, le groupe de travail s'est vite rendu compte de l'insuffisance de la qualité des RPC: rares sont celles qui satisfont aux exigences posées par l'Institute of Medicine⁶⁸. L'évaluation de la qualité des RPC elles-mêmes, qui aurait pu se faire de façon objective à l'aide de check-lists (ex. St George's Hospital Check-list⁶⁹), n'a pas été entreprise, mais l'on n'aurait guère pu espérer un meilleur résultat que celui des RPC allemandes⁷⁰, australiennes⁷¹ ou finlandaises⁷² (cf. chapitre III.3.1). Les appréciations A, B et C sont donc reprises telles quelles quand elles figurent explicitement à la fin de la recommandation; si cela n'est pas le cas, la recommandation est classée X. Des conférences de consensus, groupements d'experts, sociétés médicales, etc. (panel, statement, task force, etc.) sont considérés comme RPC.

⁶⁸ Field, Lohr, editors. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington (DC): National academic Press; 1992.

⁶⁹ Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G, editors. Appraisal instrument for clinical guidelines. London: St George's Hospital Medical School; 1997.

⁷⁰ Helou A, Perleth M, Bitzer EM, Dörning H, Schwartz FW. Methodische Qualität ärztlicher Leitlinien in Deutschland. Z Ärztl Fortbild Qual Sich 1998;92:421-28.

⁷¹ Ward JE, Grieco V. Why we need guidelines for guidelines: a study of the quality of clinical practice guidelines in Australia. MJA 1996;165:574-6.

⁷² Varonen H, Mäkelä M. Practice guidelines in Finland: availability and quality. Qual Health Care 1997;6:75-79.

Au vu des difficultés décrites ci-dessus concernant les recommandations, la recherche pour chaque thème a également porté sur des revues systématiques, des études et d'autres publications dont le niveau de preuve a été évalué de I à Vb: étude contrôlée et randomisée (ou revue systématique d'essais cliniques randomisés et contrôlés, RCT) (I), étude contrôlée mais non randomisée (II), étude de cohorte prospective (III), étude de cohorte rétrospective ou étude cas-témoin (IV), revue non systématique ou sans méthodologie déclarée (Va), autre publication, opinion d'expert (Vb). Les RCT ont été retenues sans évaluer rigoureusement leur qualité au moyen d'une échelle de qualité reconnue⁷³.

Lorsqu'un grand nombre de revues (Va) étaient disponibles, c'est la littérature la plus récente et/ou s'appuyant sur un plus grand nombre de références qui a été sélectionnée de préférence.

La grille d'appréciation de la qualité méthodologique et du niveau de preuve scientifique est résumée comme suit:

Catégories de qualité méthodologique et de niveau de preuve⁷⁴

Code	Source
RPC	Guideline
- RPC A	- A: preuves solides (I)
- RPC B	- B: preuves acceptables (II ou III)
- RPC C	- C: preuves moyennes (IV ou V)
- RPC X	- X: preuves inconnues
I	RCT ou revue systématique de RCT
II	Etude contrôlée non randomisée
III	Etude de cohorte prospective
IV	Etude de cohorte rétrospective ou étude cas-témoin
Va	Revue non systématique ou sans méthodologie déclarée
Vb	Autre publication, opinion d'expert

III.1.4 Variations méthodologiques et particularités

Des variations méthodologiques existent à trois niveaux: la subjectivité de chaque membre du groupe de travail, les variations inhérentes à la méthode elle-même, et les différences en ce qui concerne la documentation disponible.

Il est naturel et inévitable que la subjectivité des différents membres du groupe joue un rôle, et engendre certaines variations. La subjectivité intervient dans le choix des thèmes traités pour un traceur, dans le choix des documents retenus, dans l'appréciation de la qualité de preuve de certains documents pour lesquels la méthodologie n'est pas clairement explicite, et enfin dans

⁷³ Moher D, Jadad AR, Tugwell P. Assessing the quality of randomized controlled trials. *Int J Tech Ass Health Care* 1996;12:195-208.

⁷⁴ Tableau inspiré principalement par: Cornuz J. Les recommandations pour la pratique clinique du département de médecine du CHUV. *Méd et Hyg* 1999;57:1040.

le choix des informations retenues pour la synthèse. La différence de style de chaque membre du groupe se reflète aussi dans la rédaction.

Les variations inhérentes à la méthode choisie touchent au point suivant: il arrive parfois que la recherche automatisée par un mot-clé spécifique pour un thème fasse apparaître un document qui traite d'un tout autre thème. Deux conséquences méthodologiques en découlent: d'une part, le contenu d'un document peut n'avoir aucun rapport avec le mot-clé par lequel il a été trouvé; d'autre part, ces documents trouvés "par surprise" peuvent finir par former un chapitre entier, pour lequel une recherche automatisée n'avait pas été prévue à l'origine, mais dont le thème a été jugé a posteriori important à traiter.

L'abondance et la qualité de la documentation trouvée par Internet n'est pas identique pour chaque sujet. Certains thèmes sont largement documentés par des RPC de bonne qualité, alors que pour d'autres la littérature reste muette. Dans le cas des traceurs *accident cérébral vasculaire ischémique* et *fracture de la hanche*, une recherche automatisée n'a pas été jugée utile sur certains thèmes, car un ensemble de documents importants et de bonne qualité avaient déjà été rassemblés par la recherche non automatisée ou par la recherche manuelle⁷⁵.

Les autres motifs justifiant d'écarter certaines prestations de l'analyse sont:

- le fait qu'elles aient déjà été abordées dans le cadre d'un autre traceur;
- que leur remboursement soit évident (par ex. les différentes techniques opératoires pour le traceur fracture de hanche, ou les actes médicaux techniques intervenant en cours d'accouchement qui sont pris en charge globalement, pour le traceur grossesse);
- ou encore qu'elles relèvent d'un thème trop complexe et/ou peu spécifique du traceur étudié (par ex. évaluation et traitement des syncopes, ou neurochirurgie, dans le cadre de l'AVC ischémique).

Dans le cas du traceur *accident cérébral vasculaire ischémique*, certains documents datant d'avant 1996 ont été retenus en raison de leur provenance suisse.

III.1.5 Présentation des résultats

Le chapitre III.2 présente l'analyse de chaque traceur séparément. Sont exposés successivement:

- un bref rappel de l'épidémiologie et de l'intérêt que présente le traceur pour l'étude du «catalogue» des prestations;
- la liste numérotée des thèmes de recherche abordés pour ce traceur. Les thèmes de recherche sont regroupés selon les domaines d'activité (prévention, évaluation, traitement, etc.) explorés par le traceur. Il faut cependant relever que les prestations énoncées, et les thèmes dont elles relèvent, sont souvent difficiles à situer dans une et une seule catégorie. Par exemple, la détection de l'hypertension artérielle relève autant de la *prévention primaire* de l'ictus que de la *prévention secondaire*, et le classement est en conséquence un peu arbitraire. En outre, le *traitement* de l'hypertension artérielle chez un sujet

⁷⁵ Ce choix a été confirmé par une recherche automatisée effectuée pour deux des thèmes en question, recherche qui n'a en effet pas abouti à des références de meilleure qualité.

asymptomatique sera considéré dans ce rapport comme relevant de la *prévention primaire* car la condition de référence est l'ictus (et non l'hypertension). Sont donc classés:

- sous *prévention primaire* les prestations visant à éviter l'apparition de la condition-traceur;
- sous *prévention secondaire* celles visant à éviter la récurrence ou les complications liées à la condition-traceur;
- sous *évaluation* tout examen lié à la condition-traceur effectué dans un but de bilan ou de détection d'anomalies;
- sous *traitement* les interventions visant à rétablir la santé ou à corriger les déséquilibres ou carences liés à la condition-traceur;
- sous *réadaptation* les interventions visant à recouvrer un meilleur état fonctionnel, ou à réhabiliter le patient dans son environnement;
- et enfin sous *suites de soins* les interventions chroniques sans perspectives de guérison ou de réadaptation, dont la finalité est en particulier d'assurer le maintien de conditions d'hygiène satisfaisantes.

La classification des interventions en amont et pendant la grossesse est également problématique, la terminologie évoquant en général des états pathologiques alors que le traceur considéré est la grossesse normale. Les notions de prévention primaire et secondaire sont en particulier précisées dans la présentation de ce traceur (cf. chapitre III.2.5);

- un commentaire résultant des synthèses de la littérature et de leur confrontation au « catalogue » des prestations suisse.

Le lecteur intéressé par un thème spécifique se référera au rapport détaillé et à ses annexes présentant les synthèses de littérature et leurs sources⁷⁶.

⁷⁶ Polikowski M, Lauffer R, Renard D, Santos-Eggimann B. Etendue des prestations de l'assurance-maladie sociale: le catalogue des prestations est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité ? Raisons de santé. No. 58. In press 2000.

III.2 RESULTATS

III.2.1 Accident Vasculaire Cérébral (ischémique)

L'AVC, ou ictus, est d'origine ischémique (83%) ou hémorragique (17%)⁷⁷. Nous avons choisi de ne traiter ici que l'ictus ischémique. Il touche 25% plus d'hommes que de femmes et représente la troisième cause de décès dans les pays industrialisés⁷⁸. Dans une étude néerlandaise sur les coûts de la santé, l'ictus figure en septième position, juste devant la grossesse, devancé seulement par des maladies chroniques (surtout psychiatriques) et les traitements dentaires⁷⁹. L'incidence de l'ictus augmente avec l'âge, mais un tiers des patients considérés ont moins de 65 ans⁸⁰. Les jeunes sont concernés principalement en cas de déficits en anticoagulants naturels. En Israël, on rapporte une incidence, tous ictus confondus, de 0.1/1'000 pour les personnes de 17-49 ans⁸¹. En France, la classe d'âge des 55-64 ans connaît une incidence annuelle située entre 2 et 4/1'000, alors que ce taux atteint 15/1'000 pour les personnes de plus de 75 ans⁸². En termes de mortalité, toutes maladies cérébrovasculaires confondues, la comparaison internationale montre que la mortalité est comparativement peu élevée en Suisse, surtout dans la classe d'âge des 35-64 ans, où elle est la plus faible parmi les 58 pays étudiés: 17.4/100'000 pour les hommes et 10.3/100'000 pour les femmes⁸³.

a) Prévention

La prévention s'attache à éviter l'apparition des facteurs de risque, à les détecter et à éviter leur progression. Nous étudierons dans ce domaine le remboursement des activités de dépistage, de conseil et de traitement. Les activités de prévention secondaire, comprises comme celles destinées à prévenir les récurrences, sont traitées ensemble avec les activités de prévention primaire.

b) Evaluation

Les mesures d'évaluation d'un ictus ischémique sont coûteuses: elles incluent les analyses de laboratoire, l'ECG et les examens radiologiques. La présence d'une éventuelle fibrillation auriculaire engendrera des coûts supplémentaires (tests thyroïdiens, échocardiographie, etc.) de même que celle d'une sténose carotidienne significative.

⁷⁷ Castillo V, Bogousslavsky J, Ghika-Schmid F. Etiology and mechanism in cerebral infarction. *Schweiz Med Wochenschr* 1996;126:489-92.

⁷⁸ Wolf PA, Lewis A. Conner lecture. Contributions of epidemiology to the prevention of stroke. *Circulation* 1993;88(5):2471-8.

⁷⁹ Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, van der Maas PJ. Demographic and epidemiological determinants of health care costs in Netherlands: cost of illness study. *BMJ* 1998;317(7151):11-5.

⁸⁰ *ibid.*

⁸¹ Rozenhul-Sorokin N, Ronen R, Tamir A, Geva H, Eldar R. Stroke in the young in Israel. Incidence and outcomes. *Stroke* 1996;27(5):838-41.

⁸² Zuber M, Mas JC. Epidemiology of cerebral infarction. *Ann Radiol* 1994;37(1-2):7-10.

⁸³ La Vecchia C, Levi F, Tacchini F, Negri E. Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular disease. *Soz Präventivmed* 1993;(Suppl 1):S3-S71.

c) Traitement

Le traitement sera essentiellement hospitalier. Certaines nouvelles formes de traitement (thrombolyse, chirurgie) sont déjà appliquées dans de grands centres et on commence même à parler de «télémédecine⁸⁴». L'hospitalisation des patients atteints d'un ictus peut être très longue, dépassant souvent le temps nécessaire aux seuls soins aigus, en raison de la réadaptation qui ne peut pas toujours se faire dans un centre de traitement et de réadaptation (indisponibilité), et encore moins à domicile. En Grande-Bretagne, les unités hospitalières spécialisées suscitent un grand intérêt⁸⁵.

d) Réadaptation

La réadaptation nécessite un large spectre de prestations (physiothérapie, ergothérapie, logopédie, neuropsychologie, divers moyens et appareils), dont une partie sont inhérentes au lieu de traitement (transports des patients pour venir en consultation à l'hôpital ou chez un spécialiste, aménagement du domicile). Des recommandations de bonne qualité existent dans ce domaine.

e) Suite de soins

Parmi les survivants d'un ictus, 16% restent institutionnalisés, 31% ont besoin de soins à domicile et 71% sont limités dans l'exercice de leur profession⁸⁶.

En résumé, l'ictus ischémique est une affection fréquente qui engendre des coûts importants. Elle touche surtout (mais pas seulement) les personnes âgées. La légère prépondérance masculine répond à la prépondérance féminine dans l'épidémiologie de la fracture de hanche. Avec le vieillissement de la population, on s'attend à une augmentation de 30% de l'incidence des ictus⁸⁷. Les types de soins sont bien définis et concernent à la fois les domaines ambulatoire, hospitalier et institutionnel. Les recommandations dans ce domaine sont nombreuses et récentes⁸⁸.

III.2.1.1 Liste des thèmes de recherche

Prévention primaire:

- 1) Détection, évaluation et traitement de l'hypertension artérielle
 - a- Mesure de la TA
 - b- Evaluation de l'HTA
 - c- Traitement non pharmacologique de l'HTA
 - d- Traitement pharmacologique de l'HTA
 - e- Suivi multidisciplinaire
- 2) Cessation du tabagisme
 - a- Counselling lors de consultations médicales répétées
 - b- Programme de cessation du tabagisme

⁸⁴ Levine SR, Gorman M. «Telestroke»: the application of telemedicine for stroke. *Stroke* 1999;30(2):464-9.

⁸⁵ Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ* 1997;314(7088):1151-9.

⁸⁶ Stähelin HB, Evison J, Seiler WO. Prevention of cerebrovascular insults. *Schweiz Med Wochenschr* 1994;124(45):1995-2004.

⁸⁷ Wood WA, Hewer RL. The prevention and management of stroke. *J Publ Health Med* 1996;18(4):423-31.

⁸⁸ Bogousslavsky J. Consensus in Stroke management? *BMJ* 1999;318(7177):140-1.

- c- Traitement pharmacologique
 - d- Prévention du tabagisme et encouragement à la cessation du tabagisme à l'échelle de la santé publique
- 3) Antiplaquettaires et anticoagulation
- a- Traitement médicamenteux
 - b- Analyses de laboratoire
- 4) Diabète
- a- Dépistage du diabète chez les personnes à risque (glycémie)
 - b- Hémoglobine glycosylée (HbA1c)
 - c- Glycémie capillaire et veineuse, analyses d'urine
 - d- Autres examens de laboratoire
 - e- Consultation auprès d'un diététicien, enseignement diabétique
 - f- Programmes d'activité physique
- 5) Hyperlipidémie
- a- Cholestérol total
 - b- HDL-cholestérol
 - c- LDL-cholestérol
 - d- Triglycérides
 - e- Dosages optionnels
 - f- Conseils nutritionnels
 - g- Traitement médicamenteux
- 6) Conseils et traitements en matière de consommation d'alcool
- a- Par l'anamnèse et l'examen clinique
 - b- Par le dosage biologique
 - c- Counselling (cessation ou modération de la consommation d'alcool)
 - d- Thérapie comportementale
 - e- Psychothérapie, individuelle ou en groupe
 - f- Programme de cessation formel
 - g- Pharmacothérapie
- 7) Conseils et traitements en matière d'exercice physique
- a- Counselling médical, encouragement à augmenter l'activité physique
 - b- Électrocardiogramme de repos et d'effort
 - c- Programme formel d'exercice physique, médicalement supervisé ou non
 - d- Mesures populationnelles (stratégies éducatives et comportementales, interventions au lieu de travail, à l'école et dans les établissements de soins, campagnes médiatiques)
- 8) Homocystéine
- a- Analyses
 - b- Traitement
- 9) Thrombophilie et autres facteurs thrombogènes
- a- Analyses de laboratoire
 - b- Prévention
 - c- Traitement
- 10) Hormonothérapie substitutive
- 11) Endartérectomie et autre chirurgie

- a- Prévention: dépistage
- b- Analyses et autres examens complémentaires
- c- Traitement

12) Syndrome des apnées du sommeil

- a- Polysomnographie
- b- Mesures générales
- c- Appareils intrabuccaux
- d- Médicaments
- e- Chirurgie

Prévention secondaire:

- 1) Traitement anti-épileptique

Évaluation:

- 1) Examen du liquide céphalo-rachidien
 - a- Ponction lombaire
 - b- Examen du liquide céphalo-rachidien
- 2) CT scan (tomographie axiale computerisée)
 - a- CT-scan cérébral
 - b- Angiographie-CT
- 3) Imagerie par résonance magnétique (IRM)
 - a- IRM
 - b- Angio-IRM
 - c- IRM par diffusion (DWI)
 - d- IRM par perfusion (PWI)
- 4) Tomographie par émission (PET, SPECT)
 - a- PET (tomographie par émission de positrons)
 - b- SPECT (tomographie computerisée par émission d'un photon)
- 5) Ultrason doppler
 - a- Doppler ou duplex carotidien, vertébral et transcrânien
 - b- Doppler couleur (*power Doppler*)
 - c- Agents de contraste (*echo-enhancing ultrasound*), par exemple Levovist
 - d- Harmonic imaging
 - e- Reconstruction 3D
- 6) Angiographie
- 7) Electrocardiogramme (ECG)
 - a- Electrocardiogramme (ECG)
 - b- ECG Holter (enregistrement de 24 heures)
- 8) Electroencéphalogramme (EEG)
- 9) Radiographie
 - a- Radiographie du thorax
 - b- Radiographie de la colonne cervicale
- 10) Echocardiographie
 - a- Echocardiographie transthoracique

- b- Echocardiographie transœsophagienne
- c- Test aux microbulles

11) Analyses de laboratoire

- a- Analyses de base
- b- Analyses complémentaires

Traitement:

- 1) Transfert rapide en ambulance
- 2) Anticoagulation / Antiagrégation
 - a- Héparine
 - b- Aspirine
 - c- Clopidogrel
 - d- Dipyridamole
 - e- Agents défibrinogénants (ancrod)
- 3) Thrombolyse
 - a- Thrombolyse intraveineuse
 - b- Thrombolyse intraartérielle
- 4) Agents neuroprotecteurs
- 5) Oxygène hyperbare
- 6) Stroke Units

Réadaptation:

- 1) Aides à la marche
- 2) Traitement de la douleur
- 3) Traitement de la dysphagie (prévention de la bronchoaspiration)
- 4) Ergothérapie
- 5) Traitement de l'incontinence urinaire
- 6) Logopédie
- 7) Neuropsychologie
- 8) Prévention et traitement de la spasticité
- 9) Lieu de la réadaptation
- 10) Traitement de la dépression
- 11) Orthèses, chaises roulantes
- 12) Physiothérapie

Suite de soins:

- 1) Aide au ménage
- 2) Groupes d'entraide
- 3) Aide informelle
- 4) Services de santé extra-hospitaliers
- 5) Soins à domicile
- 6) Institutionnalisation

III.2.1.2 Commentaire

La littérature est abondante pour la plupart des thèmes relatifs à l'AVC ischémique, en particulier pour ce qui concerne les aspects d'évaluation et de traitement, à l'exception de quelques méthodes avancées (par ex. dans le domaine de l'imagerie ou dans celui des agents neuroprotecteurs). En revanche, l'évaluation des interventions préventives, notamment multidisciplinaires, est plus lacunaire, de même que celle de certaines interventions de réadaptation (cf. traitement de l'incontinence urinaire, enseignement et soutien de la famille).

Les prestations clairement recommandées par la littératures sont en règle générale couvertes par le «catalogue» des prestations, dans la mesure où elles sont de nature médicale, réalisées par un médecin ou prescrites par ce dernier.

Parmi les prestations non couvertes par l'assurance de base, ou couvertes partiellement seulement, on note la limite mise au remboursement du transport en ambulance. Cette limite est particulièrement regrettable dans le cas de l'AVC ischémique dans la mesure où non seulement le transport en ambulance est justifié, mais encore il est absolument recommandé en sorte d'atteindre dans les meilleurs délais un centre spécialisé. En effet, la fenêtre temporelle pendant laquelle une thrombolyse intraveineuse peut être entreprise est très étroite et seuls les patients présentant des symptômes depuis moins de trois heures peuvent éventuellement bénéficier de ce traitement.

On relève d'autres limites du «catalogue» en ce qui concerne la prévention, relatives notamment aux approches multidisciplinaires (programmes formels d'exercice physique, programmes destinés aux alcooliques). La prise en charge des patients fumeurs est également lacunaire (non-remboursement du remplacement nicotinique) en comparaison de la couverture d'autres facteurs de risque peut-être davantage perçus comme relevant du traitement médical (diabète, hypertension).

Dans le champ de la réadaptation et des suites de soins, plusieurs prestations non inscrites dans le cadre de la LAMal sont en fait remboursées par d'autres branches de l'assurance sociale (par ex. aménagement du domicile, moyens auxiliaires nécessaires à la marche, chaise roulante). On relève cependant l'absence de remboursement des prestations fournies par des neuropsychologues indépendants, qui interviennent dans la phase de réadaptation.

Un problème particulier mis en évidence par l'AVC est la faiblesse du «catalogue» des prestations en ce qui concerne le soutien apporté à l'entourage, ainsi que l'absence de remboursement prévu pour les frais liés à la fréquentation de groupes de soutien. Les personnes handicapées regagnant leur domicile à la suite d'un AVC nécessitent un appui de la part de leur entourage; les prestations permettant aux proches d'acquérir les compétences nécessaires (enseignement, conseil) sont cruciales. La participation à des groupes de soutien est une mesure susceptible à la fois de soutenir l'entourage et de favoriser la réinsertion des patients.

Enfin, contrairement aux soins de base, les prestations d'aide à domicile ne sont pas prévues par le «catalogue» des prestations. Or certaines de ces prestations sont indispensables au maintien d'une hygiène acceptable (par ex. des repas préparés sont parfois nécessaires) et conditionnent la possibilité de vivre à domicile sans risque pour l'état de santé.

III.2.2 Fracture de hanche

La fracture de hanche est classée en fracture cervicale ou trochantérienne, cette dernière étant un peu plus fréquente. En Suisse, l'incidence annuelle enregistrée pour les personnes âgées de plus de 60 ans se situe entre 1.5 et 2/1'000 pour les hommes et de 4.5/1'000 pour les femmes⁸⁹. En raison des accidents de la route et du sport, les hommes sont certes davantage concernés dans les tranches d'âge plus jeunes⁹⁰ mais, globalement, une femme présente un risque deux fois plus élevé d'hospitalisation pour une fracture de hanche qu'un homme⁹¹, principalement à cause de l'ostéoporose. Dans le canton de Vaud, l'âge moyen au moment de la fracture est de 82 ans pour les femmes et de 74 ans pour les hommes⁹². A Genève, la mortalité à 1 an est de 23.8% et 17.9% des patients nécessitent un environnement protégé un an après la fracture⁹³.

a) Prévention

L'ostéoporose de toute origine constitue naturellement la cible la plus importante de la prévention. Comme la tendance aux chutes et le bilan gériatrique, elle doit faire l'objet de mesures plus intensives aux niveaux à la fois primaire, secondaire et tertiaire. Le dépistage de l'ostéoporose est un sujet d'actualité.

b) Evaluation

L'hospitalisation étant de règle, la consultation ambulatoire ne peut être examinée dans ce cas que sous l'angle de la prévention. Le bilan radiographique et étiologique, par exemple à la recherche d'une fracture pathologique, est essentiel.

c) Traitement

Les recommandations d'un récent article de Morrison⁹⁴ couvrent bien des points du traitement, notamment les médicaments (prophylaxie anti-thrombotique, antibiotiques, apports protéiques), les moyens et appareils (bas de compression) et certaines procédures hospitalières (sondage vésical). La partie ambulatoire du traitement concerne les prestations fournies sur prescription ou mandat médical, comme la physiothérapie ou l'ergothérapie.

d) Réadaptation

La réadaptation et la prévention tertiaire font aussi l'objet de recommandations de qualité dans la revue de Morrison. On peut y ajouter certains moyens et appareils rendus parfois nécessaires à court et à moyen terme (cannes, déambulateur), ainsi que les adaptations architecturales du domicile.

⁸⁹ Fujiwara NK, Marti B, Gutzwiller F. Hip fracture mortality and morbidity in Switzerland and Japan: a cross-cultural comparison. *Soz Präventivmed* 1993;38(1):8-14.

⁹⁰ Lustenberger A, Ganz R. Epidemiology of trochanteric femoral fractures over 2 decades (1972-1988). *Unfallchirurg* 1995;98(5):278-82.

⁹¹ Jéquier V, Burnand B, Vader JP, Paccaud F. Hip fracture incidence in the canton of Vaud, Switzerland, 1986-1991. *Osteopor Int* 1995;5(3):191-5.

⁹² *ibid.*

⁹³ Schurch MA, Rizzoli R, Mermillod B, Vasey H, Michel JP, Bonjour JP. A prospective study on socioeconomic aspects of fracture of the proximal femur. *J Bone Miner Res* 1996;11(12):1935-42.

⁹⁴ Morrison RS, Chassin MR, Siu AL. The medical consultant's role in caring for patients with hip fracture. *Ann Intern Med* 1998;128(12 Pt 1):1010-20.

e) Suite de soins

La prise en charge de la dépendance fonctionnelle peut être lourde, surtout en présence de comorbidités. Dans ce sens, il est crucial de déterminer la mesure dans laquelle les soins à domicile remboursés par l'assurance sociale suffisent à assurer une prise en charge de qualité et à éviter une institutionnalisation.

En résumé, comme l'accident vasculaire cérébral, la fracture de hanche permet d'étudier la palette presque complète des catégories de services de santé. De plus, les quatre critères sont respectés, et les recommandations disponibles sont de particulièrement bonne qualité.

III.2.2.1 Liste des thèmes de recherche

Prévention primaire:

- 1) Chutes / Évaluation ophtalmologique
- 2) Chutes / Entraînement de la coordination
- 3) Chutes / Entraînement de l'équilibre
- 4) Chutes / Prévention systématique de la tendance à chuter
- 5) Chutes / Détection et diminution d'une polypragmasie
- 6) Chutes / Aide à la marche
- 7) Chutes / Adaptation du domicile
- 8) Chutes / Protection des hanches
- 9) Ostéoporose / Densitométrie osseuse
- 10) Ostéoporose / Dosages de laboratoire (bilan sanguin pour le diagnostic de l'ostéoporose, marqueurs du remodelage osseux)
- 11) Ostéoporose / Ultrasonographie
- 12) Ostéoporose / Dépistage systématique de l'ostéoporose
- 13) Ostéoporose / Traitement de l'ostéoporose (calcium et vitamine D, biphosphonates, hormonothérapie de substitution, calcitonine, fluor)

Prévention secondaire:

- 1) Prévention d'événements thrombo-emboliques (héparines de faible poids moléculaire, coumarines, aspirine, bas de contention, appareil de massage péristaltique par pression séquentielle)
- 2) Prévention d'infections (antibiotiques prophylactiques)
- 3) Prévention des escarres (soins de la peau, coussins, cales, matelas d'eau - de gel - de mousse - d'air)

Évaluation:

- 1) Radiographie de la hanche, du bassin
- 2) CT
- 3) IRM
- 4) Ultrasonographie
- 5) Scintigraphie osseuse

Traitement:

- 1) Transfert en ambulance

- 2) Antalgie
- 3) Mise à l'extension
- 4) Traitement de la malnutrition

Réadaptation:

- 1) Ergothérapie
- 2) Physiothérapie
- 3) TENS
- 4) Prévention et traitement de la dépression
- 5) Réadaptation ambulatoire ou hospitalière - programme de prise en charge multidisciplinaire
- 6) Adaptation des chaussures et aides à la marche

Suite de soins:

- 1) Aide et soins à domicile
- 2) Institutionnalisation
- 3) Assistance sociale

III.2.2.2 Commentaire

Pour ce traceur, la littérature est abondante en ce qui concerne la prévention (ostéoporose, prévention des chutes) et le traitement. En revanche, des lacunes existent dans les domaines de la réadaptation et des suites de soins.

La plupart des prestations recommandées sont prévues par le «catalogue» suisse. Font exception essentiellement l'adaptation du domicile (qui peut cependant être couverte par l'AVS et l'AI), mais aussi certains équipements tels que matelas spéciaux, coussins, cales et chaussures adaptées.

Au chapitre de la prévention primaire, le dépistage de l'ostéoporose (ostéodensitométrie, marqueurs, ultrasonographie) est exemplaire dans la mesure où une prise en charge temporaire des prestations est prévue dans le cadre d'un projet de démonstration. Les conclusions de ce projet devraient permettre de définir une stratégie de remboursement respectueuse des critères d'économie et d'efficacité (définition de la population-cible, de la séquence des investigations, etc.).

La protection de hanche est une prestation particulière, faisant l'objet de recommandations unanimes mais qui n'est pas couverte par le «catalogue». La principale limite à son efficacité est une faible compliance. Cependant, comme pour de nombreuses autres prestations, son remboursement pourrait être prévu conditionnellement à une prescription médicale, le médecin traitant étant généralement en situation de pouvoir apprécier les chances de port effectif d'une protection.

En ce qui concerne les suites de soins, le commentaire relatif au non-remboursement de l'aide à domicile fait dans le contexte de l'AVC s'applique également à la fracture de hanche.

III.2.3 Obésité

Par son cortège de complications, l'obésité représente un problème majeur de santé publique concernant l'enfant, l'adulte et la personne âgée des deux sexes, avec une légère prépondérance masculine. En Suisse, trois personnes sur dix entre 20 et 64 ans présentent une surcharge pondérale, définie comme un indice de masse corporelle (BMI) >25, ou une obésité (BMI >30). La classe d'âge la plus touchée par la surcharge pondérale et l'obésité est celle de 55-64 ans pour les hommes, avec 60% de prévalence, et de 65-74 ans pour les femmes, avec 40% de prévalence⁹⁵. Si l'on ne considère que l'obésité au sens strict, la prévalence est de 14.6% pour les hommes et de 10.1% pour les femmes⁹⁶. Dans notre pays, la prévalence de l'obésité progresse moins rapidement qu'en Europe: +3.2% pour les hommes et -0.7% pour les femmes en Suisse⁹⁷, contre +10 à +40 % en Europe ces dix dernières années⁹⁸. D'après l'OMS, un pays développé dépense 2 à 7 % de son budget de la santé pour des problèmes liés à la surcharge pondérale et à l'obésité.

a) Prévention

Une approche préventive peut se faire à deux niveaux: d'une part, d'un point de vue de santé publique, des mesures peuvent être prises pour promouvoir l'exercice physique et une alimentation saine. Cette première approche répond à l'art. 19 de la LAMal relatif à la promotion de la santé. D'autre part, au niveau individuel, la prise en charge s'adresse sélectivement aux patients à risque et à ceux qui présentent déjà une surcharge pondérale; elle s'attachera à reconnaître et corriger les facteurs de risque cardio-vasculaires, à dépister les cancers liés à l'excès de poids et à prévenir les atteintes articulaires de surcharge.

b) Evaluation

L'évaluation du patient obèse relève de la consultation ambulatoire du généraliste, du pédiatre et de l'interniste, parfois du psychiatre, mais aussi de celle de la diététicienne si l'on considère l'enquête alimentaire; du laboratoire à la recherche d'une cause primaire non essentielle; des autres méthodes diagnostiques utilisées pour quantifier le tissu adipeux (waist-hip ratio, BMI, CT, IRM) ou pour diagnostiquer des affections associées à l'obésité ou qui en découlent.

c) Traitement

La notion de médicament de confort est au centre du débat en cours sur l'inclusion dans la LS du Xenical et du Reductil. Les autres modalités de traitement comprennent les conseils nutritionnels, la thérapie comportementale (à rapprocher de la psychothérapie), les groupes de soutien et la gymnastique de groupe, notamment pour enfants. Finalement, la chirurgie permet d'étudier l'hospitalisation.

d) Réadaptation

Seules les comorbidités feraient intervenir des mesures de réadaptation (ex: prothèse de genou pour gonarthrose), mais elles ne seront pas abordées ici, car elles dépassent le cadre de l'obésité proprement dite.

⁹⁵ Enquête sur la santé en Suisse, 1992/93, Office fédéral de la statistique.

⁹⁶ Wietlisbach V, Paccaud F, Rickenbach M, Gutzwiller F. Trends in cardiovascular risk factors (1984-1993) in a Swiss region: results of three population surveys. *Prev Med* 1997;26(4):523-33.

⁹⁷ *ibid.*

⁹⁸ Preventing and managing the Global Epidemic - Report of a WHO Consultation on Obesity, 3-5 June 1997, Geneva, WHO/NUT/NCD/98.1.

e) Suite de soins

Le contrôle du poids implique une modification du comportement et des habitudes alimentaires qui se poursuit à long terme, ce qui nécessite un accompagnement et une supervision durables.

En résumé, l'obésité est un problème de santé qui touche l'ensemble de la population, y compris les enfants. Les coûts engendrés sont importants. L'examen de la prévention et du traitement offre l'occasion d'analyser la couverture de prestations variées et controversées. Des recommandations récentes existent aux niveaux individuel⁹⁹ et de santé publique¹⁰⁰.

III.2.3.1 Liste des thèmes de recherche

Prévention:

- 1) Programmes de prévention primaire
- 2) Exercice physique (adultes, enfants)
- 3) Education pour une alimentation équilibrée

Évaluation:

- 1) Consultation médicale et bilan des comorbidités
- 2) Mesure de la masse grasse par bioimpédance
- 3) Mesure de l'indice de masse corporelle (*body-mass index*, BMI)
- 4) Mesure du tour de taille et du rapport tour de taille/tour de hanche (*waist hip ratio*, WHR)
- 5) Mesure de la masse grasse par les plis cutanés
- 6) Autres méthodes de mesure de la masse grasse (spectrométrie à infrarouges, ultrasons, hydrodensitométrie, DEXA, CT-scan)
- 7) Examens de laboratoire

Traitement:

- 1) Consultation médicale
- 2) Traitement amaigrissant
- 3) Exercice physique (adultes, enfants)
- 4) Conseils nutritionnels
- 5) Psychothérapie
- 6) Thérapie comportementale
- 7) Groupes de soutien
- 8) Traitement médicamenteux (indications, sibutramine, orlistat, fluoxétine)
- 9) Traitement chirurgical

Suite de soins:

- 1a) Suivi médical à long terme
- 1b) Psychothérapie

⁹⁹ Clinical guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. June 1998.

¹⁰⁰ Preventing and managing the Global Epidemic - Report of a WHO Consultation on Obesity, 3-5 June 1997, Geneva, WHO/NUT/NCD/98.1.

III.2.3.2 Commentaire

Pour ce traceur, il est souvent difficile de catégoriser les prestations en prévention, évaluation et traitement. Des prestations telles que la psychothérapie peuvent ainsi être considérées à la fois sur le plan de la prévention de l'obésité et sur celui du traitement de ses conséquences.

Si la littérature est unanime pour recommander l'installation de programmes de prévention, les éléments de leur contenu et la séquence des interventions à intégrer dans de tels programmes restent largement discutés.

La majorité des prestations clairement recommandées par la littérature sont couvertes par l'assurance de base. Toutefois, le remboursement des prestations reste conditionné à une stricte supervision médicale. Ainsi, l'exercice physique n'est remboursé que sur prescription médicale dans le cadre d'un traitement de physiothérapie (gymnastique médicale), une prestation telle que la gymnastique de groupe pour enfants obèses étant expressément exclue du «catalogue». La thérapie comportementale et la psychothérapie restent soumises à leur exercice par un médecin. Les frais de participation à des groupes de soutien ne sont pas remboursés. D'une façon générale, ces dispositions traduisent la volonté de ne couvrir, dans le cadre de l'assurance-maladie, la prise en charge de l'obésité (et de son risque) qu'à partir du moment où cette dernière est reconnue comme un problème d'ordre médical, devant en conséquence être géré dans une relation singulière entre un patient et son médecin.

Les traitements de l'obésité (conseil nutritionnel, traitements médicamenteux et chirurgicaux) ne sont remboursés qu'en présence de critères objectifs (BMI) ou d'affections concomitantes. Cette position est conforme aux recommandations de la littérature en ce qui concerne les traitements médicamenteux et chirurgicaux. En revanche, la limitation de l'accès au conseil nutritionnel par un diététicien aux seuls cas d'obésité majeure ne correspond pas aux recommandations et certains patients à risque pourraient bénéficier de ce type de conseil avant d'avoir atteint un stade auquel les complications de l'obésité deviennent fréquentes.

III.2.4 Leucémie aiguë (LA)

Les leucémies aiguës touchent les deux sexes et tous les âges. Elles sont classées en LLA (*leucémie lymphoblastique aiguë*), qui représente 80% des cas de leucémie aiguë chez l'enfant de moins de 15 ans, et en LANL (*leucémie aiguë non lymphoblastique* ou *leucémie myéloïde*), plus fréquente chez l'adulte. En Suisse, il n'existe pas de chiffres exacts concernant la LA, cependant le Registre des cancers neuchâtelois révèle une incidence annuelle de leucémies (aiguë et chronique) de 3.2/100'000, chiffre qui se retrouve sans grandes variations dans d'autres régions européennes¹⁰¹.

a) Prévention

Bien que certains facteurs de risque soient connus, la prévention n'est pas efficace ou elle ne diffère pas de celle qui s'adresse à la population générale (protection contre l'exposition aux radiations ionisantes et aux produits chimiques). Certains défauts chromosomiques, des

¹⁰¹ Levi F, Lucchini F, Boyle P, Negri E, La Vecchia C. Cancer incidence and mortality in Europe, 1988-92. J Epid Biostat 1998;3(3);295-373.

immunodéficiences congénitales et des troubles médullaires prédisposent à la LA, ce qui impose un suivi médical attentif, mais sans qu'il s'agisse de dépistage au sens propre du terme.

L'intérêt de ce traceur consiste surtout en une étude des méthodes diagnostiques et de traitement, car ces deux types de prestations engendrent des coûts importants, tout en restant acceptables en termes de QALY.

b) Evaluation

Outre l'hémogramme et le médullogramme, le diagnostic est presque toujours complété par un typage immunologique par cytométrie de flux et des analyses génétiques par PCR et d'autres méthodes, principalement en raison de l'importance pronostique de ces examens. Les frais occasionnés par les examens précédant le prélèvement de moelle sur le donneur doivent aussi être pris en compte.

c) Traitement

En ce qui concerne le traitement, trois grands groupes d'interventions doivent être distingués (chimiothérapie, radiothérapie, et greffe avec immunosuppression), mais on peut étendre l'analyse au traitement des complications (soins dentaires; antiviraux, antibiotiques et antiparasitaires; concentrés plaquettaires; facteurs de croissance des globules blancs; traitement des cancers induits; prise en charge psycho-sociale; etc.).

Depuis la première greffe de moelle allogénique en 1973 (1979 pour la Suisse), les indications se précisent et des recommandations paraissent une fois par an depuis 1990. Il est probable qu'outre le rapport coût/QALY favorable, le décès d'un garçon de 7 ans en attente d'une greffe de moelle en Oregon en 1989 (événement à l'origine d'une réforme de Medicaid) plaide en faveur d'une large couverture de cette pathologie par l'assurance de base. Un autre cas a provoqué un large débat sur le rationnement au Royaume-Uni: celui d'une fillette de 10 ans (Child B) souffrant d'une rechute de leucémie aiguë en 1995, un an après deux cycles de chimiothérapie et une greffe. L'autorité de santé et les tribunaux ayant refusé la prise en charge des frais occasionnés par une nouvelle chimiothérapie et une deuxième greffe, le père a fait traiter sa fille grâce à des fonds privés, mais elle est décédée en 1996.

d) Réadaptation

La réadaptation ne sera pas abordée dans le cadre du traceur LA.

e) Suite de traitement

Le décours de la LA est généralement caractérisé par la loi du tout ou rien: rémission ou décès. Toutefois, d'éventuelles récurrences et complications tardives liées au traitement imposent un suivi régulier, afin de dépister par exemple des atteintes cardiaques (cardiomyopathie aux anthracyclines), endocriniennes (agents alkylants et radiothérapie), hépatiques (Ara-C) et neurologiques (radiothérapie).

En résumé, la LA représente le deuxième traceur intéressant, entre autres, la population pédiatrique. La prévalence de cette affection est faible, mais elle occasionne des frais conséquents. Aux USA et au Royaume-Uni, la LA s'est révélée être un sujet particulièrement sensible suite à la médiatisation des cas de deux enfants qui se sont vu refuser un traitement pourtant voué à l'échec, et la Suisse a également connu des précédents. Ce choix permet d'aborder une médecine de pointe qui fait l'objet d'une intense recherche et utilise de nombreuses technologies nouvelles. Les recommandations existent pour certaines procédures, ainsi que pour la prise en charge globale. Il faut cependant relever qu'en raison des progrès

techniques permanents réalisés dans ce domaine et des délais habituels entre la recherche, la publication des résultats et leur interprétation, un décalage existe inévitablement entre toute synthèse de la littérature et les protocoles d'évaluation et de traitement appliqués actuellement par les oncologues.

III.2.4.1 Liste des thèmes de recherche

Évaluation

- 1) Personnes âgées et leucémie aiguë
- 2) Bilan sanguin pour le diagnostic hématologique
- 3) Bilan sanguin pour le diagnostic chimique
- 4) Examen de la moelle osseuse
- 5) Diagnostic par ponction lombaire
- 6) Diagnostic microbiologique
- 7) Diagnostic radiographique
- 8) Diagnostic par tomographie computerisée
- 9) Diagnostic par scintigraphie
- 10) Diagnostic par IRM
- 11) Diagnostic anatomo-pathologique
- 12) Diagnostic par microscopie électronique
- 13) Diagnostic par cytochimie
- 14) Diagnostic par immunophénotypage
- 15) Diagnostic par cytogénétique
- 16) Diagnostic par biologie moléculaire
- 17) Diagnostic par génétique moléculaire
- 18) Détermination des récepteurs aux cytokines
- 19) Recherche du human lymphocyte antigen (HLA)

Traitement

- 1) Chimiothérapie
- 2) Acide tout-trans rétinoïque (ATRA)
- 3) Radiothérapie
- 4) Allogreffe
- 5) Autogreffe
- 6) Thérapie génique
- 7) Immunothérapie
- 8) Autres transplantations
- 9) Antiémétiques
- 10) Diminution de la cardiotoxicité des anthracyclines: dexrazoxane
- 11) Analgésie
- 12) Nutrition parentérale
- 13) Antibiotiques, antiviraux, antifongiques
- 14) Allopurinol
- 15) Facteurs de croissance
- 16) Leukaphérèse
- 17) Transfusion
- 18) Isolement

- 19) Soins dentaires
- 20) Soins de la peau
- 21) Traitement de sauvetage
- 22) Traitement de postrémission
- 23) Traitement des rechutes

III.2.4.2 Commentaire

Certains thèmes relatifs à la LA n'ont pas été abordés, tels que le soutien psychologique (déjà traité dans le cadre de l'AVC), ou les avantages respectifs de différents agents chimiothérapeutiques. La littérature est assez abondante et couvre la grande majorité des thèmes choisis. Cependant, il faut relever l'extrême mouvance des recommandations pour un traceur sélectionné précisément en raison de l'opportunité d'examiner des prestations de médecine de pointe: les directives se périment très rapidement. Certains aspects de l'imagerie sont peu traités dans la littérature médicale; de même, les thèmes choisis pour analyser les aspects de soins infirmiers (soins de la peau et soins oro-dentaires) ont été dictés par la disponibilité de références.

La quasi-totalité des prestations relatives au diagnostic et au traitement de la LA est couverte par le «catalogue». Pour certains nouveaux agents chimiothérapeutiques, ne figurant pas encore sur la liste des spécialités, d'autres sources de financement sont engagées (en particulier l'industrie pharmaceutique par le biais de protocoles).

Certaines prestations peuvent être couvertes par d'autres branches de l'assurance sociale (par ex. AVS, AI intervenant dans le remboursement de moyens auxiliaires). Il reste cependant une situation floue en ce qui concerne les frais de laboratoire (typage HLA) lors de la recherche d'un donneur non-apparenté pour les patients susceptibles de recevoir une greffe de moelle. Ces frais sont assumés prospectivement par une fondation privée; leur remboursement rétroactif pose problème dans la mesure où cette fondation ne figure pas parmi les fournisseurs de prestations reconnus par la LAMal.

III.2.5 Grossesse normale et nouveau-né en bonne santé

Pour la grossesse, une seule catégorie de sexe est bien entendu concernée. Nous avons cependant choisi d'élargir le champ d'étude de ce traceur en incluant les soins aux nouveaux-nés en bonne santé. En Suisse, 83'316 femmes (11.7/1'000 habitants) ont mené leur grossesse à terme en 1996¹⁰², et 307 (0,37%) des enfants étaient mort-nés. Pour arriver au nombre total de grossesses en Suisse, il faut encore ajouter les interruptions volontaires de grossesse, estimées en 1994 à 1'1813¹⁰³ et les fausses-couches (chiffres non disponibles à notre connaissance). Au total, ce sont donc près de 100'000 femmes qui sont concernées par la grossesse en une année dans notre pays.

Le chapitre consacré à la grossesse est partagé en trois sections abordant successivement:

¹⁰² Office fédéral de la statistique, 1998.

¹⁰³ Dondénaz M, Gutzwiller F, Rey AM, Stamm H. Interruptions de grossesse en Suisse 1991-1994. Bulletin des médecins suisses 1996;77(8):308-314.

- la grossesse normale;
- les soins au nouveau-né en bonne santé;
- les soins post-partum.

a) Prévention

L'étude de ce traceur permet de mettre un accent particulier sur les notions de prévention primaire et secondaire, la grossesse constituant non une maladie mais un état de santé nécessitant des prestations couvertes dans le cadre de l'assurance-maladie sociale.

Si la grossesse est non désirée, on peut assimiler les conseils en matière d'éducation sexuelle et la contraception à de la prévention primaire et l'interruption volontaire de grossesse à de la prévention secondaire, mais nous avons choisi de ne pas traiter de ces sujets ici (les anticonceptionnels et le planning familial ne sont abordés que brièvement). Dans une grossesse désirée, la prévention primaire est par exemple représentée par le dosage de sérologies virales de la fille prépubère, et éventuellement par la vaccination. Sont ainsi classées sous prévention primaire les activités de prévention intervenant avant la conception, visant à favoriser la conception et l'évolution de la grossesse dans de bonnes conditions. Les prestations intervenant dès la conception (par exemple un cours de préparation à la naissance) sont considérées ici comme prévention secondaire.

Pour l'analyse des soins aux nouveaux-nés, les prestations de prévention décrites sont en général classées sous prévention primaire, dans la mesure où elles sont destinées aux nourrissons en bonne santé.

Pour l'analyse des soins post-partum, les prestations de prévention sont toutes classées sous prévention secondaire, par analogie avec les principes adoptés dans la section *Grossesse*.

b) Evaluation

Bien que la limite entre prévention et évaluation ne soit pas toujours nette, les examens de contrôle suivants sont abordés dans ce chapitre: consultations chez le gynécologue et la sage-femme, sérologies virales, hémogramme, urines, facteur Rhésus, *what if*, amniocentèse, biopsie des villosités chorales, ultrasons, CTG, etc.

c) Traitement

Concernant le traitement, les secteurs du système de santé sont facilement identifiables. Pour la grossesse normale, on séparera les actions entreprises en vue de la préservation de la santé maternelle de celles concernant plus précisément la santé de l'enfant, de la période pré-conceptionnelle (ex: acide folique) à l'hospitalisation néonatale. Les médicaments (fer, acide folique, anti-émétiques, corticoïdes et antibiotiques) font l'objet de nombreuses recommandations dans la base de données The Cochrane Library.

d) Réadaptation

Ce traceur ne permet pas d'aborder le chapitre de la réadaptation.

e) Suite de soins

Ce chapitre traite des visites et soins à domicile liés au post-partum immédiat: soins d'épisiotomie, rééducation du périnée, conseils en matière d'allaitement et soins aux nouveaux-nés, toutes prestations qui nécessitent de fréquentes visites à domicile.

En résumé, le traceur grossesse permet d'aborder la santé des femmes jeunes. Par ailleurs, l'extension de l'analyse aux nouveaux-nés a l'avantage de toucher une population pédiatrique différente de celle des autres traceurs. La fréquence de cet état de santé et les coûts qu'il engendre en font un traceur presque incontournable. Les recommandations sont nombreuses et l'OPAS contient un grand chapitre consacré à la maternité.

III.2.5.1 Liste des thèmes de recherche

GROSSESSE NORMALE

Prévention primaire:

- 1) Conseil pré-conceptionnel ou préimplantatoire
- 2) Planning familial, contraception
- 3) Prévention de la rubéole congénitale
- 4) Adjonction en acide folique et multivitamines en cas de projet de grossesse

Prévention secondaire:

- 1) Préparation à la naissance
- 2) Conseil diététique
- 3) Préparation physique
- 4) Conseil en matière de tabagisme
- 5) Prophylaxie par aspirine durant la grossesse
- 6) Traitement par corticostéroïdes durant la grossesse
- 7) Traitement préventif de l'alloimmunisation
- 8) Bas de contention et grossesse

Évaluation:

- 1) Nombre de consultations prénatales
- 2) Contrôle systématique de la tension lors de la consultation prénatale
- 3) Surveillance systématique du poids lors de la consultation prénatale
- 4) Mesure de la hauteur utérine lors de la consultation prénatale
- 5) Évaluation de la protéinurie lors de la consultation prénatale
- 6) Recherche systématique de la bactériurie lors de la consultation prénatale
- 7) Recherche systématique d'infection vaginale lors de la consultation prénatale
- 8) Recherche systématique d'infection à streptocoque B lors de la consultation prénatale
- 9) Recherche systématique du diabète lors de la consultation prénatale
- 10) Bilan sanguin (Hb/Ht, thrombocytes, groupe ABO et Rh, anticorps irréguliers) lors de la consultation prénatale
- 11) Recherche du cytomégalovirus durant la grossesse
- 12) Recherche systématique de l'hépatite B durant la grossesse
- 13) Recherche de l'herpès durant la grossesse
- 14) Recherche systématique de HIV durant la grossesse
- 15) Recherche systématique de la rubéole durant la grossesse
- 16) Recherche systématique de la syphilis durant la grossesse
- 17) Recherche systématique de la toxoplasmose durant la grossesse
- 18) Recherche systématique de la varicelle durant la grossesse
- 19) Recherche de la cholestase gravidique
- 20) Diagnostic de la grossesse par examens complémentaires (HCG sérique ou urinaire)
- 21) Diagnostic prénatal: l'alpha-foetoprotéine (seule)
- 22) Diagnostic prénatal: conditions d'âge pour le dépistage du syndrome de Down
- 23) Diagnostic prénatal: dépistage sérique du syndrome de Down
- 24) Diagnostic prénatal: prélèvement des villosités choriales

- 25) Diagnostic prénatal: amniocentèse
- 26) Diagnostic prénatal: autres méthodes
- 27) Diagnostic prénatal: conseil
- 28) Examen par doppler durant la grossesse
- 29) Cardiotocogramme
- 30) Échographie durant la grossesse
- 31) Surveillance du dépassement de terme
- 32) Pelvimétrie durant la grossesse

Traitement:

- 1) Traitement du vomissement gravidique
- 2) Supplémentation de routine en calcium durant la grossesse
- 3) Supplémentation de routine en fer durant la grossesse
- 4) Supplémentations diverses durant la grossesse (vitamine D, acide folique, magnésium, fibres, protéines)
- 5) Homéopathie et grossesse
- 6) Traitement des dorsalgies durant la grossesse (ostéopathie, physiothérapie)
- 7) Cerclage
- 8) Version par manoeuvre externe
- 9) Transport pendant la grossesse

SOINS AUX NOUVEAUX-NÉS EN BONNE SANTÉ

Prévention primaire:

- 1) Vaccination contre l'hépatite B
- 2) Vaccinations diverses (y c. tuberculose)
- 3) Traitement préventif de l'ophthalmia neonatorum
- 4) Administration préventive de vitamine K
- 5) Administration préventive de vitamine D

Prévention secondaire:

- 1) Prévention de la mort subite du nourrisson

Évaluation:

- 1) Premier examen du nouveau-né sain
- 2) Examen des hanches du nouveau-né: examen clinique et échographique
- 3) Autres examens diagnostiques: échographie cardiaque
- 4) Autres examens diagnostiques: dépistage de l'atrésie oesophagienne
- 5) Test de Guthrie
- 6) Dépistage sérique de l'ictère du nourrisson
- 7) Mesure systématique du pH (au cordon) chez le nouveau-né

Traitement:

- 1) Traitement de l'ictère du nourrisson
- 2) Transport du nouveau-né

SOINS POST-PARTUM

Prévention secondaire:

- 1) Prévention de l'hémorragie du post-partum
- 2) Prévention de la thrombose du post-partum
- 3) Post-partum et contraception
- 4) Prévention de la dépression du post-partum
- 5) Traitement préventif de l'alloimmunisation

Évaluation:

- 1) Autres moyens de diagnostic: le contenu utérin (échographie, IRM)

Traitement:

- 1) Rééducation périnéale du post-partum
- 2) Soins de l'épisiotomie
- 3) Traitement de l'anémie du post-partum
- 4) Supplémentation en calcium durant l'allaitement maternel
- 5) Suppression de la lactation
- 6) Tire-lait (manuel et électrique)
- 7) Allaitement maternel
- 8) Promotion de l'allaitement maternel
- 9) Traitement non-pharmacologique de l'engorgement bénin du sein et des crevasses

III.2.5.2 Commentaire

Les thèmes choisis pour traiter de la grossesse normale, des soins au nouveau-né en bonne santé et du suivi post-partum sont globalement bien couverts par la littérature. Cependant, sur beaucoup de thèmes, la qualité méthodologique de la recherche est limitée. Le consensus se fait en conséquence souvent sur des interventions largement pratiquées et dont une évaluation formelle serait difficilement acceptée.

En ce qui concerne la grossesse, les lacunes sont particulièrement évidentes pour les thèmes relatifs à la prévention (par ex. préparation à la naissance), probablement en raison de la difficulté d'apprécier les effets immédiats d'interventions sur le bien-être de la mère et de l'enfant. C'est entre autres grâce à l'intérêt particulier que le «*Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*» a accordé à la grossesse qu'une littérature de bonne qualité est disponible. La littérature reste cependant divergente dans ses recommandations sur des thèmes tels que le nombre de consultations prénatales, la fréquence du dépistage de la toxoplasmose pendant la grossesse, certains dépistages sériques, les supplémentations pendant la grossesse, ou encore le nombre adéquat d'échographies. Pour les soins aux nouveau-nés, le dépistage sérique de l'ictère physiologique et son éventuel traitement, ainsi que le mode, la quantité et la fréquence de l'administration préventive de vitamine K sont des domaines pour lesquels les connaissances restent limitées.

Parmi les prestations étudiées, celles qui sont clairement recommandées sont couvertes par l'assurance de base tant pour la grossesse que pour les soins au nouveau-né en bonne santé et le suivi post-partum.

Cependant, certaines prestations recommandées ne sont remboursées que partiellement ou sous condition. On relève en particulier le conseil préconceptionnel et préimplantatoire, le planning familial et la contraception (avant grossesse ou durant la période post-partum).

Les restrictions mises au remboursement de l'amniocentèse ou du prélèvement de villosités choriales correspondent aux recommandations de la littérature (critères d'âge ou risque équivalent à celui des mères de plus de 35 ans, ce dernier pouvant être cerné par des dosages sériques dont le remboursement est moins restrictif). D'autres prestations ne sont remboursées que sous conditions (Doppler, cardiocotogramme, échographies au-delà de deux examens) et sortent en conséquence de la présente analyse, qui se limite à la grossesse normale.

III.3 DISCUSSION

Le groupe de travail s'est heurté à deux limitations méthodologiques majeures: celles de la littérature d'une part, et celles de la méthode choisie d'autre part.

A l'époque de la médecine fondée sur des preuves («evidence-based medicine» ou EBM¹⁰⁴), on aurait pu espérer que la littérature scientifique disponible sur Internet permette aisément de trouver des recommandations scientifiques de bonne qualité pour les confronter avec la prise en charge par l'assurance de base. Mais le caractère encore incomplet et inconsistant de l'EBM a été relevé¹⁰⁵ et même si Sackett a probablement sous-estimé la proportion de procédures médicales dont l'efficacité est prouvée scientifiquement (10-20% des prestations effectuées)¹⁰⁶, il faut reconnaître que la littérature trouvée et retenue comporte des lacunes importantes aussi bien sur le plan de la quantité que de la qualité des preuves sous-tendant les recommandations. Dans une prise de position récente, Steurer a illustré cette limitation, liée à l'EBM elle-même: «bien que, pour un nombre croissant de prestations, la littérature permette de déterminer leur caractère efficace, économique et approprié, il faut admettre l'existence d'autres facteurs intervenant dans la question du caractère raisonnable d'une prestation: au niveau micro, la décision de fournir une prestation résulte de l'interaction entre le médecin et le patient, alors qu'au niveau macro, ceci est une décision de société. L'EBM ne fournit que les bases de décision nécessaires¹⁰⁷». Des trois critères d'efficacité, d'économicité et d'adéquation d'une prestation, c'est sans doute celui de l'efficacité qui est le mieux analysé par la littérature.

En ce qui concerne la méthode de recherche choisie, il est important de souligner qu'elle ne prétend nullement être une méta-analyse ou une revue systématique de la littérature pour chaque sujet traité. Le but est de réunir les prises de position de bonne qualité et/ou les plus documentées. Une revue systématique représente en effet un exercice long et délicat, exigeant beaucoup de minutie et d'expertise¹⁰⁸. En outre, on sait que Medline ne contient qu'environ un tiers des articles écrits dans le monde sur un sujet donné. Certes, The Cochrane Library

¹⁰⁴ Sackett DL. Evidence-based medicine. *Semin Perinatol* 1997;21(1):3-5.

¹⁰⁵ Rouse R. Evidence-based policy: rhetoric and reality. *J Health Serv Res Policy* 1998;3:251-3.

¹⁰⁶ Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence based. *Lancet* 1995;346:407-10.

¹⁰⁷ Steurer J. Evidence-based medicine: die Überprüfung der Wirksamkeit bestehender Massnahmen. *BMS* 1999;80(45):2670-1.

¹⁰⁸ Sidoti-Pinto C, Cornuz J. Protocole d'une revue systématique de la littérature: l'exemple des facteurs de risque de l'anévrisme de l'aorte abdominale. *Med et Hyg* 1998;56:284-9.

recrute des articles dans d'autres bases de données, mais elle reste encore très fragmentaire dans la plupart des sujets traités. De plus, il est certain que des études peut-être pertinentes n'ont pas été retenues - soit parce qu'elles n'ont pas été trouvées par la méthode de recherche choisie, soit parce qu'il n'y avait pas d'abstract disponible dans Medline - et que leur omission a quelque peu tronqué l'énoncé des recommandations finales.

Le groupe de travail a fait le choix de ne retenir que les recommandations positives. Il n'a délibérément pas répondu à la question de savoir si le «catalogue» de prestations contient des prestations non recommandées par la littérature. Le résultat de la recherche a donc tenté de mettre en évidence si le «catalogue» contient ce qui est recommandé.

A de rares exceptions près, les évaluations économiques des prestations n'ont pas été incluses; par conséquent, le présent rapport n'autorisera pas de jugement sur le caractère économique ou non du «catalogue» de prestations. Les études d'adéquation, comme celles utilisant la méthode RAND-UCLA, ont également été écartées, car elles sont actuellement encore trop peu nombreuses¹⁰⁹, et les guidelines seules n'ont très souvent pas la qualité suffisante pour pouvoir juger de l'adéquation des prestations¹¹⁰.

Le travail de recherche s'est volontairement limité aux études d'efficacité; ce faisant, il faut finalement signaler que nous avons choisi de retenir certaines guidelines malgré le fait que leurs auteurs les destinent exclusivement à un usage médical et non pas aux fins d'établir une politique de remboursement.

De l'ensemble des traceurs, la leucémie aiguë est sans doute l'affection pour laquelle les prestations étudiées sont les plus systématiquement couvertes par l'assurance-maladie de base. Cependant, ce constat est à mettre en relation avec les domaines d'activité analysés par ce traceur: les prestations étudiées pour la LA se situent en effet essentiellement dans les sphères de l'évaluation et du traitement. Ces deux domaines, qui relèvent avant tout de la responsabilité médicale, sont ceux pour lesquels la couverture des prestations est aussi la plus complète pour l'ensemble des autres traceurs.

En revanche, les domaines dans lesquels s'inscrivent les compétences d'autres professions soignantes (prévention, réadaptation, suites de soins) sont ceux dans lesquels les traceurs mettent davantage en évidence une couverture parfois incomplète. Ce constat reflète par ailleurs les limites de la littérature consultée, qui est en général moins abondante, et surtout souvent moins rigoureuse, dès que l'on quitte l'évaluation d'interventions strictement médicales. Les faiblesses de la littérature peuvent cependant être contournées par la mise en place de projets pilote, visant à définir la place à donner à certaines prestations, à l'exemple de l'évaluation consacrée au dépistage de l'ostéoporose actuellement en cours.

Le «catalogue» des prestations couvre en fait une grande variété de prestations; sa limite principale est liée au fait que le remboursement de la plupart des prestations est subordonnée à leur prescription médicale (par ex. physiothérapie), voire à leur exécution par un médecin (par ex. thérapie comportementale). Ce principe n'est pas en contradiction avec l'accès pour tous à des soins de qualité si les deux conditions suivantes sont remplies:

¹⁰⁹ Junod A. Les coûts de la santé: des choix à faire, des valeurs à préserver. *Med et Hyg* 1998;56(2227):1996-2002.

¹¹⁰ Froehlich F. Endoscopies: Too Many and Not Enough. *Endoscopy* 1997;29:652-4.

- la formation des médecins est suffisante pour permettre une prescription de qualité pour l'ensemble des prestations fournies par les autres professions soignantes, y compris dans les domaines de la prévention, de la réadaptation et des suites de soins;
- en ce qui concerne les prestations remboursées exclusivement lorsqu'elles sont fournies par les médecins: les médecins formés offrant de telles prestations sont en nombre suffisant pour éviter la constitution de files d'attente.

Des affections telles que l'AVC ou la fracture de hanche requièrent par ailleurs des interventions multiples, dont la coordination constitue une prestation en soi. De telles affections seront d'ailleurs de plus en plus fréquentes, en raison du vieillissement de la population et de la prévalence élevée d'affections chroniques au grand âge. Alors que la multidisciplinarité est valorisée en milieu hospitalier, notamment par la création d'unités de réadaptation ou d'unités de soins spécialisées (cf. «stroke units»), sa place et en particulier le remboursement des prestations de coordination qu'elle nécessite paraît absente du «catalogue» prévu par la LAMal. Il est ainsi difficile de trouver un cadre au remboursement d'activités s'inscrivant dans un programme de prévention (par ex. programmes formels d'exercice physique) ou de réadaptation alors que le «catalogue» prévoit le remboursement d'activités ponctuelles (par ex. gymnastique médicale). Cette lacune pourrait compromettre le développement de formes de prise en charge multidisciplinaire ambulatoire.

Parmi les prestations ne figurant pas dans le «catalogue» suisse, deux traceurs mettent en évidence les aides à domicile. Or, le maintien d'un niveau acceptable d'hygiène pour une personne handicapée vivant à son domicile nécessite souvent que des prestations telles que la livraison de repas préparés, l'entretien du linge et du ménage soient fournies. Fondamentalement, au même titre que les soins de base, de telles prestations ne peuvent pas être considérées comme superflues et leur indisponibilité peut rapidement se traduire par une dégradation de l'état de santé.

IV. CONCLUSIONS

Des deux volets de l'analyse, il ressort que:

1. Les prestations d'évaluation et de traitement faisant l'objet d'une recommandation positive dans la littérature médicale consultée sont à de rares exceptions près remboursées. Les prestations dont la couverture pourrait être améliorée se situent généralement dans les domaines de la prévention, de la réadaptation et des suites de soins.
2. Si le «catalogue» suisse couvre pratiquement l'ensemble des prestations fournies par les médecins, l'une des conditions posées pour le remboursement des prestations de la plupart des autres professions soignantes est leur prescription par le corps médical. Par ailleurs, certaines prestations couramment fournies par d'autres catégories professionnelles (notamment dans le champ de la psychiatrie) ne sont remboursées que dans la mesure où elles sont effectuées par un médecin. Le statut des autres professions soignantes est variable: les chiropraticiens et les sages-femmes disposent d'une certaine autonomie jusque dans la prescription. A l'opposé, les prestations des neuropsychologues indépendants ne sont pas reconnues. Le degré d'autonomie, et de remboursement, des professions soignantes paramédicales est l'une des principales différences relevées entre les «catalogues» des différents pays examinés. L'ouverture faite en Allemagne aux psychologues pour l'exercice de la psychothérapie résulte de la pression d'une demande que le corps médical ne suffisait pas à assumer; dans un tel cas, la restriction du remboursement à une seule catégorie professionnelle peut en effet constituer une barrière à l'accès aux soins.
3. La plupart des prestations exclues explicitement du «catalogue» suisse le sont souvent aussi dans les autres pays étudiés. Le «catalogue» suisse se caractérise cependant par l'absence de couverture dans deux domaines:
 - Bien que la santé des dents soit indispensable à la nutrition, et en conséquence au maintien de l'état de santé, les soins dentaires sont totalement écartés du «catalogue» suisse, à l'exception de ceux rendus nécessaires à la suite d'un accident et ceux résultant d'une maladie. Aucun des autres pays étudiés ne considère que les soins dentaires résultent a priori d'une négligence et devraient en conséquence être exclus de leur «catalogue»; certains pays abordent au contraire la question de la responsabilité personnelle en encourageant les contrôles réguliers et en réduisant, en cas de prestations de soins, la quote-part des assurés pouvant en faire état.
 - Le «catalogue» suisse prévoit le remboursement des soins de base. En revanche, les besoins en matière d'aide à domicile ne sont pas couverts par l'assurance-maladie sociale. Certains pays ont introduit une assurance-dépendance permettant de prendre en charge les besoins liés à la dépendance fonctionnelle chronique.
4. Une particularité de l'assurance-maladie en Suisse, par rapport à l'ensemble des autres pays considérés, est l'existence d'une franchise obligatoire s'appliquant aux prestations tant préventives que curatives. Cette exigence, conçue comme mesure de maîtrise des coûts, paraît entrer en contradiction avec son objectif dans deux circonstances:

- lorsque l'on attend de la prestation préventive un bénéfice au moins autant pour la communauté en général que pour l'individu qui s'y soumet en particulier (par ex. vaccination contre la rougeole);
- lorsque la prestation préventive est caractérisée par un bénéfice supérieur à son coût.

La soumission de telles prestations préventives à la franchise est contre-productive d'un point de vue de société; elle peut aussi, et ceci s'applique à toutes les prestations de prévention, constituer une barrière financière d'autant plus dissuasive que le résultat de la prestation n'est pas immédiatement mesurable (contrairement aux prestations d'ordre thérapeutique pour lesquelles le patient peut rapidement observer l'effet du traitement sur son bien-être).

Les limites posées à un catalogue de prestations pour des motifs économiques devraient être explicites. Le «catalogue» suisse résulte d'une option prise de reconnaître la compétence médicale pour ce qui a trait à l'assurance-maladie, en réservant au corps médical le droit presque exclusif de prescrire, et parfois de traiter, à charge de l'assurance. Sous cet angle, le «catalogue» suisse n'écarte réellement qu'une seule catégorie de prestations médicales en cas de maladie, celles effectuées par les médecins-dentistes. Pour le reste, on peut admettre que le contenu actuel du «catalogue» des prestations est suffisant pour éviter le développement d'une médecine à deux vitesses dans les champs de l'évaluation et du traitement des maladies. Ce n'est en revanche pas le cas si l'on se réfère à la prévention dans la mesure où des personnes consommant peu de soins peuvent être amenées à renoncer à des prestations préventives non libérées de franchise. On peut craindre également le développement d'une médecine à deux vitesses si l'exercice de certaines activités est limité aux médecins (du moins du point de vue du remboursement) et que le nombre de médecins formés à ces activités est trop restreint; l'accès aux prestations de psychothérapie et de réadaptation ambulatoire pourrait être concerné.

S'il est logique qu'un catalogue de base de l'assurance-maladie couvre prioritairement les traitements médicaux réputés efficaces dans le cadre de la maladie, les choix implicites ou explicites se situent au-delà de ce champ. Notre analyse montre qu'ils sont intervenus en particulier dans les domaines :

- des prestations paramédicales non prescrites par des médecins (actuellement exclues du «catalogue», à l'exception des prestations des chiropraticiens et des sages-femmes);
- des prestations de médecine complémentaire que leurs défenseurs refusent de soumettre à une évaluation répondant aux principes scientifiques (actuellement incluses, sous réserve d'une décision ultérieure qui devrait être fondée sur une évaluation);
- des prestations d'aide à domicile qui, bien qu'elles ne soient pas des prestations de soins, sont cependant rendues nécessaires par une maladie ou un accident et sont indispensables au maintien de l'état de santé (actuellement exclues);
- des prestations de prévention, dont le bénéfice pour l'individu est incertain mais dont l'efficacité est démontrée d'un point de vue de santé publique (actuellement incluses pour certaines d'entre elles, mais non libérées de franchise et de participation aux frais).

Deux questions sous-tendent la plupart des choix relatifs aux marges du «catalogue» des prestations.

La première est de savoir dans quelle mesure le «catalogue» de l'assurance obligatoire doit inclure ou non des prestations perçues comme efficaces «dans l'absolu», ou doit au contraire se limiter à la couverture des prestations reconnues comme efficaces en comparaison de l'évolution naturelle, d'un placebo ou d'autres thérapies. C'est à cette question que devra en particulier se référer l'évaluation des médecines parallèles. Si l'on accepte l'idée que ces pratiques n'ont pas à se soumettre aux critères habituels de l'évaluation scientifique, il convient de reconnaître que de nombreuses interventions ont un effet positif sur la santé, dans l'absolu. Les massages, les psychothérapies en vue du développement personnel, les activités de loisir, la prise de vacances en font probablement partie sans qu'il ait jamais été envisagé de les inclure parmi les prestations couvertes par l'assurance-maladie sociale.

La seconde question est de savoir dans quelle mesure le «catalogue» de l'assurance obligatoire doit inclure ou non des prestations certainement efficaces, mais qui ne relèvent pas des compétences des professions de la santé. Si le champ couvert par l'assurance-maladie doit dépasser celui d'une médecine fondée sur des principes scientifiques, le développement d'une médecine à deux vitesses pourrait résulter de l'inclusion, dans le «catalogue», de prestations de soins dont l'efficacité n'est pas prouvée, bien que leur désirabilité soit grande, et de l'exclusion simultanée de prestations efficaces mais dont la nature ne requiert pas les compétences particulières des professions soignantes. Un arbitrage relatif aux élargissements du «catalogue» paraît alors nécessaire car les rapports de force entre les différents groupes de population concernés par ces prestations sont souvent faussés; par exemple, les consommateurs de médecines parallèles et de prestations d'aide à domicile ne se situent pas dans les mêmes classes d'âge et leur capacité à exprimer leurs préférences est sans doute inégale. Il est souhaitable que cet arbitrage résulte d'un examen soigneux des conséquences prévisibles du renoncement à la couverture de telles prestations sur la santé de la population.

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. N° 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. N° 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

- | | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. N° 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. N° 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. N° 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	EDMZ* 318.010.6/99 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	EDMZ * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme. Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	EDMZ * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Nr. 3/00	EDMZ * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG. Nr. 4/00	EDMZ * 318.010.4/00 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00	EDMZ * 318.010.5/00 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00	OCFIM* 318.010.5/00 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misura della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00	EDMZ * 318.010.6/00 dfi
Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich; INFRAS, Zürich. Nr. 7/00	EDMZ* 318.010.7/00 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service". N° 8/00	EDMZ* 318.010.8/00 f
Rapport de recherche: Jacques-André Schneider, avocat, docteur en droit, chargé de cours, Université de Lausanne: A-propos des normes comptables IAS 19 et FER/RPC 16 et de la prévoyance professionnelle suisse. N° 9/00	EDMZ* 318.010.9/00 f
Forschungsbericht: Leo Aarts, Philipp de Jong (Aarts & de Jong B.V., Den Haag); Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-politik und Sozialforschung, Wien): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie. Nr. 10/00	EDMZ * 318.010.10/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS), Robert E. Leu (Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nr. 11/00	EDMZ * 318.010.11/00 d
Rapport de recherche: M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne): Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? N° 12/00	OCFIM* 318.010.12/00 f

- | |
|---|
| <p>* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern</p> <p>* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne</p> <p>* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna</p> <p>** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern</p> <p>** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne</p> <p>** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna</p> |
|---|