

# L'Observateur <sup>ocde</sup>

DOSSIER SPÉCIAL  
SUR LA SANTÉ

Le bilan

Le point de vue des ministres

L'avis des patients

L'ADN : une affaire personnelle

N° 229 – Novembre 2001

[www.observateurocde.org](http://www.observateurocde.org)



**Santé :  
le système  
souffre-t-il ?**

Norman  
Rockwell

OCDE

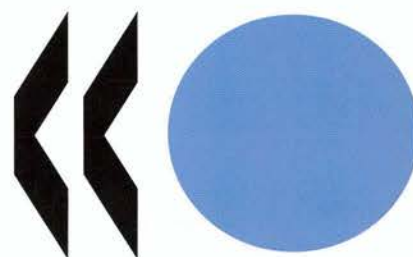


**L'innovation russe • e-campus • Le commerce mondial**



AGRICULTURE ET ALIMENTATION TRANSPORTS  
 ENERGIE COMPTES NATIONAUX ET STATISTIQUES  
 RETROSPECTIVES ECONOMIES EN TRANSITION  
 DEVELOPPEMENT ECONOMIE TERRITORIALE  
 ENSEIGNEMENT ET COMPETENCES FISCALITE  
 ECONOMIES EMERGENTES ENVIRONNEMENT  
 ECONOMIES EN TRANSITION GOUVERNANCE  
 ECONOMIE TERRITORIALE STATISTIQUE EMPLOI  
 QUESTIONS SOCIALES ENERGIE GOUVER  
 NANCE ENERGIE NUCLEAIRE TRANSPORTS  
 FISCALITE ENVIRONNEMENT ET DEVELOPPEMENT  
 DURABLE ETUDES PROSPECTIVES FINANCE ET  
 INVESTISSEMENT/ASSURANCE ET RETRAITES  
 STATISTIQUES FISCALITE SANTE GOUVERNANCE  
 INDUSTRIE SERVICES ET ECHANGES ENERGIE  
 QUESTIONS D'ECONOMIE GENERALE ET ETUDES  
 PROSPECTIVES ENSEIGNEMENT ET COMPETENCES  
 QUESTIONS SOCIALES/MIGRATIONS/SANTE  
 ENVIRONNEMENT SCIENCE ET TECHNOLOGIES DE  
 L'INFORMATION QUESTIONS SOCIALES/MIGRATIONS  
 STATISTIQUES: SOURCES ET METHODES INDUST  
 RIES SERVICES ET ECHANGES TRANSPORTS FISCALITE

# Source OECD



**Notre bibliothèque électronique et service  
 de statistiques adapté aux réseaux des institutions**

**[www.SourceOECD.org](http://www.SourceOECD.org)**

En association avec : Ivation Datasystems Inc.



[www.ivation.com](http://www.ivation.com)



# Sommaire

N° 229 – NOVEMBRE 2001

## COURRIER DES LECTEURS

- 2 Les perspectives économiques du Brésil ; Norman Rockwell

## ÉDITORIAUX

- 3 Pour un système de santé « parfait »  
*Donald J. Johnston*
- 4 Améliorer la performance des systèmes de santé  
*Gro Harlem Brundtland*

## EN BREF

- 6 La concurrence sous les projecteurs ; Verbatim : Anne Krueger ; La fiscalité des options ; Pléthore d'acier ; Favoriser la stabilité ; Turbulences en vue

## ÉCONOMIE

- 8 L'après 11 septembre  
Interview avec *Ignazio Visco*
- 10 Le déficit d'innovation en Russie  
*Mario Cervantes et Daniel Malkin*
- 11 Jours de gloire

## DOSSIER SPÉCIAL : Les soins de santé

- 13 Introduction
- 15 Dépenses de santé, quel avenir ?  
*Stéphane Jacobzone et Howard Oxley*
- 18 Être à la hauteur : Comment évaluer les soins de santé ?  
*Sheila Leatherman*
- 19 Chirurgie sous glace
- 21 Vies privées  
*Elettra Ronchi et Anne Carblanc*
- 23 Ce que font les ministres de l'OCDE  
Canada : Construire une qualité durable ; Finlande : Mieux que la norme ; Mexique : Une croisade nationale ; Nouvelle-Zélande : Les outils du progrès ; États-Unis : Un accès abordable
- 27 Soins de longue durée : Un défi complexe  
*Naoki Ikegami, John P. Hirdes et Iain Carpenter*
- 28 Man et Superman : Christopher Reeve
- 29 Quels patients sont les moins bien lotis ?  
*Angela Coulter*
- 31 Une aide professionnelle
- 31 Le Projet OCDE sur la santé
- 32 L'attente des usagers  
*Janne D. Graham*



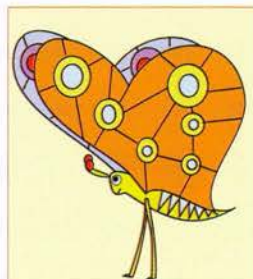
Les perspectives économiques après le 11 septembre, page 8



Le système de santé sous pression, pages 13-45



Allan Rock, ministre de Santé de Canada, voir Table ronde, page 23



Le comportement des entreprises, page 53

- 33 Améliorer la qualité des soins  
*Tim Kelsey*
- 35 Fécondité et changement social  
*Kajsa Sundström*
- 37 Éthique, Médecine, Économie et Pouvoir  
*David Khayat*
- 40 Dans l'oeil du cyclone  
*Brett Parris*
- 42 Assurance privée, santé publique  
*Nicole Tapay*
- 44 Le modèle néerlandais  
*Niek Klazinga, Diana Delnoij et Isik Kulu Glasgow*

## ÉCHANGES ET DÉVELOPPEMENT

- 47 À votre service : Le commerce dans l'économie mondiale  
*Julia Nielson*
- 49 Les enjeux de la libéralisation du commerce agricole  
*Jonathan Brooks et Carmel Cahill*
- 51 L'accès aux marchés : Une priorité pour le développement  
*Douglas Lippoldt*
- 53 Entreprises : Une conduite exemplaire  
*Barbara Fliess*

## SOCIÉTÉ

- 57 Le e-campus mondial : Bientôt une réalité ?  
*Donald Hirsch*
- 59 Les citoyens au coeur d'une bonne gouvernance  
*Joanne Caddy*

## OCDE.ORG

- 61 L'information à la source ; ocde.org fait peau neuve ; *L'Observateur*, toujours plus de lecteurs en ligne ; L'OCDE en statistiques
- 62 Calendrier

## LIVRES

- 64 La logique des écotaxes ; Le poids de la paperasse ; Tunnels, vue sur l'avenir ; Relancer l'éducation
- 66 Nouvelles publications

## BANQUE DE DONNÉES

- 69 Le poids des faits ; Les budgets de la recherche ; Barrières invisibles ; La bonne connexion
- 70 Indicateurs



## L'Observateur<sup>ocde</sup>

www.observateurocde.org  
© OCDE 2001

Abonnement 2001 :  
FF282 – US\$ 50 – € 43 – £ 30 – ¥ 5 900  
ISSN 0304-3398  
Tel. : +33 (0) 1 45 24 82 00  
Fax : +33 (0) 1 45 24 82 10  
sales@oecd.org

Créé en 1962  
Le magazine de l'Organisation de coopération  
et de développement économiques

Les éditions de l'OCDE  
2 rue André-Pascal  
75775 Paris, cedex 16, France  
observer@oecd.org  
www.oecd.org

Publié en français et en anglais  
par l'OCDE et Financial Times Business Ltd,  
Maple House, 149 Tottenham Court Road,  
London W1T 7LB. Tel. : +44 (0)20 7896 2525

RÉDACTEUR EN CHEF :

Rory Clarke

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT :

Sue Kendall-Bilicki

RÉDACTEUR STATISTIQUES

Eileen Capponi

ASSISTANTES :

Marie-Dominique Aponte, Alexandra Gaskell,

Alison Benney

RECHERCHE PHOTOGRAPHIQUE :

Silvia Thompson

VERSION INTERNET :

Rory Clarke, Sue Kendall-Bilicki

MARKETING :

Jill Colonna

LOGO ET CONCEPTION GRAPHIQUE :

Café Crème, Peggy King

CHEF DE PRODUCTION (FTB) :

Mhairi Swann

MISE EN PAGE (FTB) :

Celine Bijleveld, Kay Burton

GRAPHISTE (FTB) :

Gaelyn Quxley

RESPONSABLE D'ÉDITION (FTB) :

Angus Cushley

RESPONSABLE DE LA PUBLICITÉ (FTB) :

Adrian Northey, +44 (0)20 7896 2109

IMPRESSION :

PRÉ-PRESSE : Facsimile Graphics

IMPRESSION : St Ives

Les demandes de reproduction ou  
de traduction totales ou partielles  
des articles de l'Observateur de  
l'OCDE doivent être adressées au  
chef des éditions de l'OCDE :  
2 rue André-Pascal,  
75775 Paris, cedex 16, France.

Les articles reproduits ou traduits doivent  
être accompagnés de la mention

« Reproduit (ou traduit) de l'Observateur  
de l'OCDE » et de la date du numéro.

Les articles signés ne peuvent être  
reproduits ou traduits qu'avec leur  
signature. Deux exemplaires significatifs  
doivent être envoyés au rédacteur en  
chef. Les articles signés expriment  
l'opinion de leurs auteurs et non pas  
nécessairement celle de l'OCDE.

Toute correspondance doit être adressée  
au rédacteur en chef. La rédaction n'est  
pas tenue de rendre des manuscrits non  
solicités.

FT Business  
FINANCIAL TIMES

## Les perspectives économiques du Brésil

### Parcours difficile

Si je souscris globalement à certains des arguments invoqués dans l'article de Joaquim Oliveira et Tristan Price (« Brésil : Désormais plus qu'un simple potentiel », *L'Observateur de l'OCDE* 228, septembre 2001), je crains que les auteurs ne pêchent par excès d'optimisme.

L'horizon à long terme du Brésil s'est certainement amélioré depuis une dizaine d'années mais pour parvenir au but, nous nous heurtons hélas à une succession interminable de problèmes à court terme. Le chemin est semé d'embûches. Et les défis sont nombreux.

Premièrement, la croissance reste bridée par la situation de la balance des paiements – en dépit d'une dépréciation substantielle du real vis-à-vis du dollar ces trois dernières années. Tout hoquet de l'économie mondiale, toute aggravation de l'aversion pour le risque des investisseurs financiers mondiaux, etc... nous ramènent à cette réalité. Notre vulnérabilité face au financement extérieur continue de nous hanter, et avec elle le sentiment de ne pas avoir fait assez pour créer une « culture exportatrice » dans le secteur privé et pour convaincre nos partenaires commerciaux (États-Unis, Europe) d'abaisser leurs obstacles à l'importation de bon nombre de nos produits.

Deuxièmement, les taux d'intérêt réels qui avoisinent les 11 % à 12 % sont trop élevés ce qui rend presque impossible la gestion des finances du secteur public. Les auteurs ont absolument raison de rappeler que des contraintes budgétaires très strictes ont été imposées à tous les niveaux d'administration et que la politique budgétaire s'inscrit maintenant dans un cadre plus satisfaisant. Il n'en demeure pas moins que le déficit du secteur public reste dans une fourchette de 2 % à 3 % par an, conséquence de l'augmentation constante des obligations au titre

du service de la dette que le gonflement de l'excédent primaire ne parvient pas à compenser.

L'endettement du secteur public s'élève maintenant à environ 55 % à 60 % du PIB et, à l'approche des élections générales, la question de la restructuration de la dette ne manquera pas d'être évoquée. Il faut s'attendre à un regain de nervosité sur les marchés financiers locaux, d'instabilité, etc...

Troisièmement, l'incertitude sur le plan politique demeurera jusqu'aux prochaines élections générales prévues pour octobre 2002, dans un climat d'inquiétude quant à l'orientation qui sera donnée à la politique économique et à l'engagement du nouveau gouvernement en faveur de réformes favorables à la stabilité économique à long terme.

Je suis persuadé que le Brésil saura relever ces défis à sa manière. Mais la route est pleine d'ornières et « l'avenir radieux » n'est probablement pas pour demain.

Rodrigo Maciel,

Rio de Janeiro, Brésil

### Déjà vu

L'étude économique du Brésil réalisée par l'OCDE me semble résonner d'un écho ancien. Jeune journaliste, j'ai assisté à Rio de Janeiro sur les années 1980 à une conférence de presse au cours de laquelle le Brésil était présenté comme ayant « d'excellentes perspectives à long terme ». Cela m'avait fait penser à la formule célèbre de Harry Hopkins au moment de la Grande dépression : « Les gens ne se nourrissent pas à long terme ».

Le Brésil est un pays d'avenir au moins depuis que j'y suis arrivé en 1977. Le problème avec ce lendemain tant attendu est qu'il n'arrive jamais. Un obstacle se met toujours sur sa route. A la fin des années 1970, le Brésil a été freiné dans son élan par la crise de l'énergie mais les « perspectives à long terme » étaient bonnes. En 1982, ce fut le tour de la renégociation de la dette mais « à long terme » les perspectives étaient excellentes. Le Brésil a progressé dans les années 1990 jusqu'à ce que la crise mexicaine d'abord, la crise russe ensuite, et la crise asiatique

enfin viennent brouiller le tableau, mais « à long terme... ».

En vérité, le Brésil est vulnérable aujourd'hui non pas à cause d'un obstacle dont il faudrait se débarrasser mais parce que le changement n'est jamais mené à son terme. Les improvisations magistrales (Brasilia, le Plan Real) dissimulent mal la faiblesse des institutions.

Certains progrès sont maintenant des acquis mais d'autres ne résistent pas au temps. La Banque centrale et la Commission des valeurs mobilières (CVM) ont par exemple acquis une crédibilité bien méritée. Mais les tribunaux explosent et l'école va à vau-l'eau. C'est bien le paradoxe brésilien que les banques soient sûres mais que les rues ne le soient pas.

Dans *Raizes do Brasil*, l'historien Sergio Buarque de Hollanda écrit « Nous faisons confiance à un réseau de relations personnelles plutôt qu'au fonctionnement impersonnel d'institutions modernes ». Il a su comme personne décrire les espoirs à la mesure des déceptions de cette grande nation encore en devenir.

Tom Murphy, rédacteur en chef,  
AE-Brazil (www.aebrazil.com)

### À la une

#### Avant la piqûre Norman Rockwell (1894-1978)

La couverture de ce numéro s'inspire d'un tableau de Norman Rockwell réalisé pour la une du *Saturday Evening Post* du 15 mars 1958.

Sous le titre « Avant la piqûre » on voit un patient en train d'examiner le diplôme de son médecin avant de subir une piqûre. La une du *Post* allait être la vitrine de M. Rockwell pendant plus de 40 ans et faire de lui l'un des peintres les plus célèbres au monde du siècle dernier. Le *Saturday Evening Post* a été fondé aux États-Unis en 1728 par Benjamin Franklin. Il est aujourd'hui pour la Benjamin Franklin Literary & Medical Society « un outil précieux pour communiquer avec les usagers de la médecine et aider la recherche médicale à connaître des antécédents familiaux ».





# Pour un système de santé « parfait »

Donald J. Johnston, Secrétaire général de l'OCDE

« Prenez soin de votre santé et si vous êtes en bonne santé, remerciez le Seigneur ». Ainsi parlait Izaak Walton dans *Le parfait pêcheur à la ligne ou le divertissement du contemplatif* (*The Compleat Angler*), un ouvrage qui a fait date et qui doit figurer en bonne place dans la bibliothèque de tout amateur de pêche à la ligne. Walton vivait au XVII<sup>e</sup> siècle et à l'époque on estimait généralement que la santé était un bienfait qui ne s'achetait pas.

Comme nous le constatons autour de nous, parmi nos amis et les membres de notre famille, il existe bien un lien entre de bons gènes et la longévité. Mais l'époque de Walton est révolue et nous n'acceptons plus l'idée que les bienfaits de la santé et la longévité qui en résulte dépendent de Dieu et du hasard. L'état de santé de la population des pays de l'OCDE s'est considérablement amélioré au cours des siècles grâce à l'argent versé par les contribuables, à l'éducation, aux bonnes politiques publiques et aux progrès de la science. C'est la raison pour laquelle l'OCDE a lancé un ambitieux projet de trois ans destiné à mesurer et à analyser les performances des systèmes de santé dans ses

---

**Réjoignons-nous qu'un plus grand nombre d'entre nous vivent plus longtemps. Mais n'oublions pas que la longévité pose des défis majeurs à nos systèmes de santé et de sécurité sociale.**

---

pays membres. Quels facteurs ont une incidence sur les performances ? Pourquoi obtient-on des résultats si différents alors que les ressources mises en œuvre sont apparemment identiques ?

Les pays de l'OCDE consacrent en moyenne 8 % à 10 % de leur PIB à la santé, et ces dépenses augmenteront dans les années à venir avec les pressions croissantes exercées par les coûts et la demande. Si la santé est toujours la priorité essentielle de chaque individu, elle est aussi devenue une préoccupation majeure tant dans le domaine économique que dans le domaine social. Et c'est d'autant plus vrai depuis que l'on considère la qualité du « capital humain » comme le fondement de la croissance économique et de la prospérité dans toutes les économies avancées. Par conséquent, savoir combien et comment nous investissons pour offrir des soins de santé d'un niveau satisfaisant est aujourd'hui une préoccupation des pouvoirs publics et, du même coup, un impératif politique.

Comment se fait-il que l'espérance de vie des Canadiens dépasse légèrement celle des Américains alors que les dépenses consacrées par les États-Unis aux soins de santé sont presque deux fois plus élevées par habitant ? Pour quelle raison la France dont les dépenses par habitant sont inférieures à celles du Canada dispose-t-elle d'un plus grand nombre de lits d'hôpitaux et de médecins par habitant que le Canada ou les États-Unis ? Mesurons-nous les performances à l'aide des bons indicateurs ? Notre base d'information est-elle inadaptée ? L'espérance

de vie est une mesure utile du bien-être, mais on peut se demander si elle ne cache pas les failles dont souffrent peut-être nos systèmes de santé. La longévité soulève bien entendu des problèmes économiques auxquels les générations précédentes n'ont jamais été confrontées. S'il faut se réjouir qu'un plus grand nombre d'entre nous vivent plus longtemps, la longévité n'en pose pas moins des défis majeurs à nos systèmes de santé et de sécurité sociale. L'OCDE s'est engagée à fond dans tous ces domaines.

Le projet de l'OCDE sur la santé se focalise sur les principaux problèmes auxquels doivent répondre les politiques. Il s'agit en premier lieu de l'augmentation de la demande de services médicaux, qui résulte principalement du vieillissement de la population et de la rapidité de l'innovation et de la diffusion des technologies médicales. La deuxième préoccupation est d'assurer l'efficacité dans la fourniture des services de santé. Enfin, il faut relever le défi de l'équité et résoudre les problèmes d'inégalités en matière d'accès aux soins de santé et de prestations.

Pendant trois ans, le projet de l'OCDE sur la santé mesurera et analysera les performances des systèmes de santé afin d'expliquer les variations existant entre les pays membres. Il évaluera également l'efficacité des différents moyens utilisés pour intégrer la prise en charge à long terme dans les systèmes de santé, notamment pour les personnes âgées et les handicapés. Comme le montre le Dossier spécial présenté dans ce numéro, nous ferons appel à des experts éminents venus du monde entier et notamment d'autres organisations internationales. Les contributions apportées par les entreprises, les professionnels de la santé, les patients et les autres groupes de la société civile joueront toutes un rôle important et permettront à nos travaux de fournir aux responsables des politiques les éléments nécessaires pour étayer leurs réformes et améliorer leurs systèmes de santé. Mon espoir est qu'à l'avenir les pays de l'OCDE mettront l'accent sur la médecine préventive et sur le rôle décisif de l'éducation pour assurer le progrès de la santé. Grâce aux activités de prévention et de soins mises en place, nous serons dès lors en mesure d'emprunter le titre d'Izaak Walton et de rédiger *Le parfait système de santé*.

À mes yeux, le projet de l'OCDE sur la santé est l'un des plus importants entrepris par l'Organisation ces dernières années. Mesurer les performances en matière de santé est un volet essentiel de cet exercice et il était l'objet d'une conférence de haut niveau qui a réuni des ministres, des fonctionnaires et des experts internationaux à Ottawa début novembre. Notre objectif est on ne peut plus concret : aider les responsables des politiques publiques à relever les défis économiques du XXI<sup>e</sup> siècle dans le domaine de la santé. ■





# Améliorer la performance des systèmes de santé

Gro Harlem Brundtland, Directeur général, Organisation mondiale de la santé

L'année dernière, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a consacré son *Rapport 2000 sur la santé dans le monde* à l'amélioration de la performance des systèmes de santé. En effet, conscients que la bonne santé des nations est cruciale pour le développement humain et la croissance économique, nous avons jugé important d'analyser la performance des systèmes de santé et de partager nos connaissances avec les gouvernements et la communauté internationale.

Lenjeu est de mettre au point des systèmes de santé qui améliorent de façon équitable les résultats sanitaires, répondent aux attentes légitimes de la population et soient financièrement justes. Des études récentes montrent que la façon dont les systèmes de santé sont conçus, gérés et financés a des répercussions considérables sur la vie des gens. Nous savons qu'il est essentiel pour la prospérité mondiale et le bien-être des sociétés d'obtenir des résultats équitables sur le plan de la santé. Nous savons aussi qu'une meilleure santé est déterminante pour réduire la pauvreté, en particulier celle des presque trois milliards d'habitants de la planète qui vivent avec moins de US\$ 2 par jour.

Nos études montrent que la quasi-totalité des pays pourraient tirer un meilleur parti des moyens dont ils disposent dans le domaine de la santé. En réponse à de nombreuses demandes, l'OMS coopère étroitement avec un certain nombre d'états membres à une initiative de renforcement de l'efficacité des systèmes de santé.

Cette efficacité est l'objet d'un vif débat public partout dans le monde. Le *Rapport 2000 sur la santé dans le monde* a participé à ce débat tout en contribuant à le faire passer du terrain de l'opinion et de l'idéologie à celui des faits et du savoir. Pour la première fois il présente un indice composé de la performance des systèmes de santé. Sur la base de cinq indicateurs distincts, le rapport mesure la portée des améliorations de santé produites par les systèmes de santé et détermine si ces bénéfices sont répartis équitablement. Il examine dans quelle mesure les systèmes de santé répondent aux besoins légitimes des gens, et le degré d'équité de leur financement. Il rapporte ensuite la performance composée aux moyens disponibles, pour créer un indice d'efficacité. Ces indicateurs permettent de comparer la performance des systèmes de santé de 191 pays et de déterminer quels sont les types de politiques qui fonctionnent et ceux qui ne fonctionnent pas. Ils aident également les pays à suivre leur propre performance au fil des années.

Le rapport montre qu'il est possible d'améliorer sensiblement l'efficacité. La question que nous posons maintenant est celle-ci : quels sont les facteurs susceptibles de jouer un rôle décisif ? Quatre semblent se détacher : les inégalités sociales, les dépenses totales de santé inférieures à un seuil critique d'environ US\$ 60 par

habitant, l'ampleur de l'épidémie de VIH/SIDA et l'efficacité globale des gouvernements.

Nous avons également identifié trois domaines qui nous paraissent mériter d'être approfondis. Premièrement, il faut s'interroger sur ce qui se passerait si tous les pays maximisaient leur performance dans le cadre des moyens existants. Les premières études montrent que l'espérance de vie corrigée de l'incapacité pourrait passer de moins de 57 ans à environ 70 ans. En Afrique subsaharienne, le potentiel d'amélioration pourrait être encore plus spectaculaire – de 37,5 ans à 64 ans de vie sans incapacité – simplement en utilisant mieux les moyens existants.

Deuxièmement, l'efficacité globale du gouvernement semble être un facteur particulièrement important de la performance des systèmes de santé. Sur la base des premiers travaux réalisés, il semble possible d'augmenter jusqu'à 50 % l'indice de performance des systèmes de santé des pays les moins bien gouvernés uniquement en améliorant la gouvernance.

Troisièmement, les données du *Rapport 2000 sur la santé dans le monde* donnent à penser qu'une bonne performance est très difficile à réaliser si les dépenses totales de santé d'un pays sont inférieures à US\$ 60 par habitant. C'est un argument très fort pour une augmentation de l'aide au développement. En 2000, l'OMS a estimé que 41 pays étaient en dessous de ce seuil en 1997. Porter leurs dépenses de santé à US\$ 60 par habitant coûterait environ US\$ 6 milliards par an, soit moins d'un quart de 1 % du total des dépenses mondiales de santé. Mais le bénéfice potentiel serait une augmentation d'environ huit ans de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité dans ces 41 pays.

Poursuivant son action, l'OMS a lancé un processus de consultation sur le cadre, les méthodes et les sources de données utilisées pour évaluer la performance des systèmes de santé. Nous avons instauré un processus d'examen scientifique par les pairs afin d'orienter l'évolution dans ce domaine. Nous avons également organisé sur des sujets importants des consultations techniques qui ont fait appel aux meilleurs spécialistes mondiaux. Enfin, nous avons mis en place un Groupe consultatif pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé qui réunit des membres du Conseil exécutif de l'OMS et du Comité consultatif de la recherche en santé.

L'OMS peut aider les gouvernements à définir des priorités d'action et pas uniquement sur le plan de meilleurs résultats sanitaires plus équitablement répartis. Le choix des modalités de financement des prestations est capital. Les coûts des soins peuvent faire basculer des gens qui n'ont que le minimum vital dans une véritable pauvreté. Toutefois, fournir des prestations ne suffit pas. Si les gens ne sont pas traités avec dignité et protégés contre l'exploitation financière, ils n'auront pas recours à ces prestations et des ressources précieuses auront été dépensées en pure perte. ■



# epon

europaean  
**pensions &  
investment**  
news

## Oubliez-vous quelque chose?

Si vous n'êtes pas abonné à epon, vous passez sans doute à côté d'informations essentielles concernant la législation sur les retraites, le marché obligataire, les hedge funds, et le capital-risque.

epon est publié toutes les deux semaines et procure au lecteur des informations précises et pertinentes sur la législation européenne, des analyses des grands thèmes d'investissement par des professionnels, ainsi qu'une couverture des produits d'investissements à travers l'Europe.

### Epon couvre notamment:

- ⊙ Section Européenne: couverture détaillée des nouveaux développements dans l'évolution de la législation des services financiers en provenance de Bruxelles et de Strasbourg.
- ⊙ Que font vos concurrents? Réactualisations régulières sur les politiques d'investissements des acteurs financiers institutionnels et leurs prédictions pour l'année prochaine.
- ⊙ Toutes les facettes de la gestion de portefeuille : gestion obligataire, gestion actions, gestion de trésorerie, gestion alternative



ABONNEZ-VOUS À epon DÈS AUJOURD'HUI AFIN  
DE NE PAS MANQUER NOS PROCHAINS NUMÉROS.

Abonnement annuel: £575/€872

epon Restez toujours au fait de  
l'actualité sur les retraites en  
Europe et sur les marchés  
financiers

[www.epon.ft.com](http://www.epon.ft.com)

Pour vous abonner, appelez le +44 (0)20 8606 7545

ou écrivez à [ft@wdis.co.uk](mailto:ft@wdis.co.uk)



## ● En bref ●

# La concurrence sous les projecteurs

On a besoin d'un réseau mondial des autorités de la concurrence pour dynamiser la coopération entre les pays en développement et les pays développés en cette matière, selon le Commissaire européen à la concurrence, Mario Monti. C'est à Paris, lors de la séance d'ouverture du Forum mondial de l'OCDE sur la concurrence le 17 octobre 2001, qu'il a lancé cet appel.

Appuyée en particulier par les États-Unis, cette proposition chercherait un consensus sur les grands principes de la politique à mener et sur les modalités de son application. Elle viserait également à aider les pays qui tentent de définir des règles pour lutter contre les ententes, à surmonter les multiples écueils d'ordre commercial, politique et culturel qui peuvent surgir sur leur chemin.

M. Monti a précisé : « dans une économie mondialisée, les autorités de la concurrence sont de plus en plus souvent considérées comme les garants, sinon de la bonne gouvernance, du moins certainement des conditions ouvrant la voie

à la bonne gouvernance ».

La proposition de M. Monti n'est qu'une des questions qui ont été traitées à l'occasion de la première session du Forum mondial à laquelle ont participé des représentants des 30 pays membres de l'OCDE et de 26 pays non-membres, les 17 et 18 octobre.

Se concentrant principalement sur les moyens pour mettre en œuvre une politique efficace de la concurrence dans les pays en développement, les délégués ont reconnu que les règlements et leurs applications devaient tenir compte de la taille des pays concernés et de leur niveau de développement économique, ainsi que du cadre juridique et de la culture d'entreprise qui y sont en vigueur. Les délégués ont débattu plusieurs questions essentielles dont le contrôle des fusions, les infractions à la législation antitrust et les ententes injustifiables.

« La réponse a été unanime » a déclaré le Président du Forum, Frédéric Jenny, également membre du Conseil de la concurrence français. « La coopération entre les autorités de la concurrence [de tous les pays du monde] est



Mario Monti

une nécessité absolue et ce, notamment en raison de la mondialisation de l'économie » a-t-il souligné. À l'issue de la réunion, Bernard Phillips, Chef de la Division du droit et de la politique de la concurrence de l'OCDE, a déclaré pour sa part : « Nous voulons que les pays soient de plus en plus nombreux à se doter d'une législation sur la concurrence. Cette démarche a pris une nouvelle dimension au cours de l'année écoulée et va se poursuivre ». La prochaine réunion du Forum mondial sur la concurrence est prévue en février 2002. ■

## Verbatim

« Quant à l'anti-mondialisation... elle me laisse perplexe... je pense que c'est là la manière de le dire. Il y a 200 ou 300 ans, le monde entier ou presque était pauvre, les gens avaient une vie courte, étaient malades une partie du temps et souffraient de malnutrition. La taille du français moyen était, je crois, de moins d'un mètre cinquante... Et la peste a décimé un tiers de la population mondiale, et il y a bien d'autres exemples. Si je consulte les statistiques depuis 1950 et que je me mets à penser par exemple à l'espérance de vie des Indiens, c'est pour constater qu'elle est passée de 32 à 64 ans pour les hommes et de 28 à 66 ans pour les femmes. Et si je considère l'évolution de l'espérance de vie, l'alphabétisation et tant d'autres choses dans le monde entier, je dois bien en conclure que même s'il y a beaucoup de gens qui auraient dû en bénéficier et qui devraient en avoir bénéficié plus qu'ils n'ont pu le faire, dans l'ensemble ces évolutions ont été positives. »

Anne Krueger, administrateur-délégué, FMI, lors d'une conférence de presse à Washington le 24 septembre 2001.

## La fiscalité des options

Comment une multinationale peut-elle proposer des options d'achat d'actions à ses employés lorsque les réglementations concernant ces options varient dans les différents pays où elle est implantée ? Et comment ces options seront-elles imposées ? Ces questions épineuses ont rendu les multinationales très prudentes lorsqu'elles planifient d'introduire ce système dans différents pays, afin d'éviter des surprises fiscales et réglementaires désagréables. Mais les « stock options » ont la réputation d'attirer et de fidéliser les meilleurs éléments, notamment dans les entreprises au stade du démarrage. Elles donnent à l'employé le droit d'acheter des actions dans l'entreprise où il travaille à un prix fixe et prédéterminé. Si le cours des actions augmente, l'employé peut acheter ces actions au prix convenu et les revendre au prix courant du marché en réalisant un bénéfice. Si les cours baissent, il peut simplement laisser l'option expirer, il n'aura alors rien gagné mais rien perdu non plus.

L'OCDE étudie à l'heure actuelle les possibilités de rendre les stock options plus

favorables à l'entrepreneuriat, notamment dans les entreprises au stade du démarrage. Un rapport publié en novembre analyse l'efficacité des différents systèmes et les différences de traitement fiscal et réglementaire dans la zone de l'OCDE. Certains pays imposent les stock options au moment de leur attribution alors que d'autres ne les imposent qu'au moment de l'exercice et/ou de la cession. En outre, faut-il considérer les gains obtenus lors de la réalisation des options comme un revenu du travail ou comme une plus-value en capital, plus faiblement imposée ? Les opinions divergent. D'après l'expert de l'OCDE, Peter Avery, le rapport propose des idées pour améliorer les politiques régissant les options.

L'OCDE examine également les questions de fiscalité transfrontalière liées aux stock options. Les experts des conventions fiscales des pays de l'OCDE se sont rencontrés au mois de novembre à Amsterdam pour débattre de la fiscalité des stock options en cas de départ à l'étranger et notamment du pays devant percevoir les recettes. Des principes directeurs dans ce domaine devraient être publiés peu après 2002. ■



● En bref ●

## Pléthore d'acier

Le commerce de l'acier souffre d'une saturation du marché mondial. Dans de nombreuses régions sidérurgiques, les ouvriers et les communautés locales sont touchés, tout comme les entreprises qui ont de plus en plus de difficultés à moderniser leurs installations et à préserver leur compétitivité. Nombre d'entre elles luttent pour leur survie dans un contexte de surproduction et de surcapacité à l'échelle mondiale. Les gouvernements devraient-ils intervenir ? Telles sont les questions qui ont été abordées lors de la réunion à haut niveau convoquée en septembre dernier par l'OCDE. Les représentants des pays et du secteur

sidérurgique se sont interrogés sur les moyens de faire face aux excédents de capacités de production non rentables ou inefficaces. Une attention particulière a été accordée aux mesures qui permettraient de réduire les capacités de production qui ne seraient plus viables si elles cessaient de bénéficier de conditions particulières ou d'aides.

Les représentants des pays ont reconnu que des pratiques faussant le jeu du marché étaient encore fréquentes à l'échelle mondiale. Et ils ont préconisé l'octroi d'aides publiques pour faire face aux coûts sociaux et environnementaux entraînés par la fermeture définitive d'aciéries. Ils ont souligné la nécessité pour les pays de s'abstenir d'accorder des

subventions ou d'autres mesures qui faussent la concurrence et les échanges. Mais ils sont convenus d'évaluer la viabilité à long terme de leurs installations sidérurgiques sur un marché mondial ouvert et de réfléchir aux mesures qui permettraient de faciliter les réductions de capacité de production ou les fermetures d'aciéries inefficaces.

Une deuxième réunion est prévue en décembre 2001 pour permettre aux pays de débattre des objectifs à plus long terme et des façons de remédier à la pléthore d'acier sur le marché.

Pour consulter les documents relatifs à cette réunion, se reporter au site web de l'OCDE, rubrique « Entreprises, industrie et services ». ■

## Favoriser la stabilité

Les événements du 11 septembre nous ont sévèrement rappelé que la stabilité internationale n'est jamais définitivement acquise. Mais « les populations des pays membres peuvent être assurées que les gouvernements ont pris les mesures nécessaires pour préserver la stabilité et continueront de coopérer pour limiter autant que faire se peut les effets négatifs des attentats sur l'économie, » a déclaré Donald Johnston, Secrétaire général de l'OCDE, le 1er octobre. « Les compétences de l'OCDE, ses comités et ses instruments de coopération, sont des moyens très efficaces pour appuyer les efforts visant à combattre les

activités terroristes, traiter les situations qui peuvent favoriser le terrorisme et atténuer l'impact négatif des récents événements ». Les travaux de l'OCDE couvrent déjà des domaines importants dans cette perspective, notamment la sécurité financière et la lutte contre le blanchiment des capitaux, la protection des données et la cybersécurité, ainsi que les risques biologiques et la sécurité face à une menace chimique. L'Organisation encourage également la coopération entre les donneurs d'aide, contribuant ainsi à stimuler le développement et à réduire la pauvreté qui peut favoriser le terrorisme. « Il est clair que les pays membres voient dans un système multilatéral ouvert, sur le plan des échanges et



Donald Johnston

de l'investissement, un puissant moteur de croissance et de développement » a déclaré M. Johnston. ■

## Turbulences en vue

Le tourisme ressentira inévitablement les événements survenus aux États-Unis le 11 septembre. Ils ont certes aggravé la récession économique déjà perceptible mais les perspectives à long terme demeurent extrêmement favorables. C'est là le principal message d'une réunion internationale d'experts des voyages et du tourisme qui a eu lieu à l'OCDE le 24 octobre. L'impact négatif sera surtout sensible aux États-Unis et sur les marchés tributaires des visiteurs en provenance de ce pays. Le trafic aérien a brutalement chuté aux États-Unis, quant au trafic transatlantique, il aurait baissé de 30 % sur certains itinéraires. D'après les chiffres de l'IATA, le trafic aérien international avait évolué parallèlement à la situation économique et signalait déjà une

tendance à la baisse en 2001. Il avait par contre connu un vif essor à la fin des années 1990 et en 2000 de sorte que tout recul ne pouvait qu'être frappant (en 2000 quelque 61 millions de résidents américains se sont rendus à l'étranger soit 6 % de plus qu'en 1999). Par ailleurs, le tourisme dans d'autres régions du monde, comme en Europe, devrait rester bien orienté même s'il peut enregistrer une légère diminution en raison du retournement de la conjoncture économique. Les prévisions établies par le Conseil mondial du tourisme et des voyages après le 11 septembre annoncent un recul du tourisme d'environ 10 % à 20 % aux États-Unis et moindre sur d'autres marchés. L'absence des visiteurs des États-Unis sera fortement ressentie. En 2000, les trois premières destinations choisies par ces visiteurs étaient le Royaume-Uni, la France et

l'Allemagne bien que pour près d'un tiers ces déplacements avaient un caractère professionnel. Les voyageurs en provenance des États-Unis – dont 40 % avaient décollé de New York, Los Angeles ou San Francisco – ont dépensé en moyenne US\$ 1 345 par voyage à l'étranger. Plusieurs pays représentés à la réunion de l'OCDE ont exposé sans détour les défis auxquels ils sont confrontés à court terme. La France, par exemple, ne sous-estime pas l'ampleur du problème : une cellule de crise a été créée auprès du Cabinet du Secrétaire d'État au tourisme pour suivre les répercussions économiques et sociales sur tous les secteurs susceptibles d'être touchés : depuis les hôtels et les auberges jusqu'aux musées et aux sociétés de location de voitures. ■

Pour plus d'information, veuillez contacter Alain.Dupeyras@oecd.org



# L'après 11 septembre

Comment les perspectives économiques mondiales ont changé après les événements du 11 septembre aux États-Unis ? Dans cette interview, Ignazio Visco, Économiste principal de l'OCDE apporte quelques éclairages précieux.



Éclaircie en cours : à gauche le 11 septembre 2001; à droite le 10 octobre 2001

**Q**uelles seront, à votre avis, les répercussions des attentats du 11 septembre aux États-Unis sur l'économie mondiale ?

**Ignazio Visco :** Les effets seront considérables mais incertains. Le bilan humain des événements tragiques survenus aux États-Unis est très lourd. L'impact économique direct sur les personnes, les biens et sur certaines entreprises est tragique mais relativement modéré pour l'économie américaine dans son ensemble. Il est certainement moindre que ne l'a été le tremblement de terre de Kobe pour l'économie japonaise. Les effets indirects sur la confiance, les marchés financiers et les investisseurs sont très incertains mais potentiellement importants. Le fait est qu'il est malaisé d'apprécier ces effets indirects car il n'y pas de précédent historique récent avec lequel établir un parallèle. Nous estimons qu'ils seront assez importants à court terme.

Les marchés boursiers ont déjà chuté. La confiance des consommateurs américains a plongé en septembre. L'emploi, les mises en chantier, les ventes au détail et la production en subiront le contrecoup. Il y aura d'autres avertissements sur résultats de la part des entreprises. Et les grandes sociétés des secteurs du voyage, de l'assurance et des loisirs seront confrontées à de graves difficultés. Pour combien de temps, cela dépendra dans une large mesure du tour que prendront les événements sur le plan politique.

**Vous mentionnez les effets indirects des attentats sur la confiance. Dans quelle mesure la psychologie joue-t-elle un rôle ?**

L'impact peut être considérable. On peut

s'interroger sur le temps qu'il faudra pour revenir à un monde où les entreprises se sentiront de nouveau suffisamment en sécurité pour s'engager dans de grandes opérations internationales et où les frontières se rouvriront normalement à la circulation des biens, des capitaux et des personnes. Les peurs actuelles se dissiperont peut-être rapidement grâce à une mobilisation internationale concertée et crédible de lutte contre le terrorisme. Si tel est le cas, nos économies qui étaient jusque-là généralement performantes, rebondiront et retrouveront le chemin d'une croissance saine. Mais il n'est pas à exclure que le chemin soit encore long, et semé d'embûches. Les entreprises pourraient en effet décider de rapatrier leurs investissements et de multiplier des mesures de sécurité coûteuses. Les gouvernements pourraient aussi rétablir des frontières pour se protéger d'un environnement moins sûr. Ce qui pourrait signifier le retour de modèles de croissance lente et incertaine. Mais je crois qu'il est prématuré de spéculer à ce propos.

**Dans un tel climat d'incertitude, comment établissez-vous vos projections ?**

Nous commençons par mettre au point un scénario « central » qui comporte une évaluation normative des développements politiques qui par nécessité exclut tout événement dramatique. Dans ce scénario, nous prenons en compte l'état des facteurs fondamentaux des économies (et leur interaction avec des anticipations hautement incertaines) ainsi que les mesures monétaires et budgétaires susceptibles d'être prises en conséquence. Nous travaillerons sur l'hypothèse d'une stabilité relative des cours

du pétrole, d'un maintien des taux de change, et d'une situation où les marchés boursiers ne seront pas soumis à une vague de ventes massives dues à un mouvement de panique.

**Dans ces conditions, que nous apprend ce scénario ?**

Dans une perspective à court terme, le scénario pourrait se dérouler en quatre étapes successives. Premièrement, l'activité au troisième trimestre sera directement affectée par les perturbations induites par les attentats : il y a eu aux États-Unis une diminution temporaire de l'activité notamment dans les secteurs de l'intermédiation financière, du transport aérien, du tourisme et du commerce de détail.

L'incidence directe sur les autres pays a été minime. Les vols transatlantiques en provenance d'Europe ont été annulés pendant quelques jours et des perturbations sont à attendre pendant quelque temps encore mais à cette exception près, il n'y a pas eu d'impact direct.

Deuxièmement, la confiance des ménages et des entreprises va fléchir aux États-Unis et dans la plupart des autres pays du globe. Le vif recul des marchés de valeurs mobilières est un indice de ce qui pourrait arriver. La confiance sera altérée dans un premier temps par les événements, puis par la chute des marchés boursiers et l'augmentation du chômage. À en juger par les réactions à la guerre du Golfe il y a une dizaine d'années et par le repli général des marchés de valeurs mobilières auquel on vient d'assister, il est probable que la confiance sera sérieusement émue partout dans le monde. À la suite de la crise du Golfe, les indicateurs de confiance avaient plongé aux États-Unis et en Europe.



Le phénomène pourrait se prolonger au moins jusqu'à la fin du dernier trimestre, avec des retombées défavorables sur la demande, y compris sur la consommation des ménages. La croissance au second semestre 2001 sera négative aux États-Unis – signe de récession – et très faible dans l'Union Européenne. La situation au Japon est déjà très sombre et la réduction des échanges mondiaux ne fera qu'empirer les choses.

Troisièmement, consommateurs et investisseurs entreront dans une phase d'attente, peut-être jusqu'à la fin du premier semestre de l'année prochaine.

Dans le climat d'incertitude actuel, les entreprises continueront à différer leurs décisions d'investissement, les ménages à surseoir à leurs grosses dépenses, et le marché immobilier pourrait connaître un net ralentissement. Il y aura alors une stagnation mondiale pendant cette période. Les décisions de dépenses seront également affectées par la dévalorisation du patrimoine financier des ménages qui à l'heure actuelle est probablement supérieure à l'appréciation de leur patrimoine immobilier. Le quatrième temps sera celui de la reprise et du rétablissement de la croissance. Une fois dissipés les contrecoups des attentats, l'activité devrait reprendre dans la zone OCDE.

Il est difficile d'en déterminer le moment avec exactitude. Il faut espérer que l'amélioration interviendra au milieu de l'année prochaine lorsque le sentiment que « les affaires ont repris leur cours » commencera à s'installer et que les effets de l'orientation expansionniste de la politique monétaire et, dans un certain nombre de pays, de la politique budgétaire, se feront pleinement sentir. Si tout va bien, la croissance pourrait trouver un nouveau souffle en 2003.

#### **Il s'agissait là du scénario central. Qu'arriverait-il si la situation évoluait différemment ?**

Notre évaluation de la situation est appelée à se modifier au fur et à mesure des événements et de la disponibilité des informations. C'est un exercice que nous devons aborder en toute modestie. Il n'y a aucun doute que les États-Unis subiront les conséquences des événements récents. Il reste à savoir dans quelle mesure les autres pays en pâtiront également. Les liens tissés par les échanges commerciaux jouent un rôle décisif. Il y a quelques indices qui poussent à penser que les liens mondiaux se sont renforcés – par

exemple les fluctuations des marchés boursiers, la confiance, les flux d'investissement direct étranger sont plus corrélés – même si le débat sur le sujet reste ouvert. L'Europe marquait déjà le pas avant les attentats du 11 septembre, ce qui pourrait bien se traduire également par un nouveau recul de la croissance l'année prochaine. La situation du Japon ne peut que se compliquer du fait des événements – par exemple, le gouvernement décidera-t-il ou non de lancer une opération massive d'assainissement des portefeuilles bancaires dans un tel contexte ? Certains pays émergents, en particulier les plus vulnérables, souffriront de la « course à la qualité » mais il semble que les pays d'Europe centrale et la Russie aient été jusqu'ici relativement protégés.

#### **Y a-t-il quelque chose à faire pour négocier ce tournant difficile ?**

Dans une large mesure, les perspectives de reprise dépendront des mesures adoptées par les responsables politiques du monde entier pour restaurer la confiance et soutenir la demande. Ces mesures ont jusqu'ici été remarquablement appropriées. Les banques centrales ont largement assoupli leur politique monétaire dans presque tous les pays membres et d'autres baisses des taux (mineures) sont encore possibles. Une grande quantité de liquidités a été injectée dans le système financier pour limiter le risque d'insolvabilité. Aux États-Unis, des ressources publiques ont été affectées à l'effort de reconstruction, pour renflouer les compagnies aériennes et intensifier l'effort sur le front militaire et de la sécurité. En Europe, la plupart des gouvernements laisseront probablement jouer librement les stabilisateurs automatiques.

#### **Ce sont toutes des mesures importantes mais y a-t-il des politiques précises sur lesquelles vous aimeriez insister pour permettre d'améliorer encore la situation ?**

J'estime qu'il y a trois secteurs clés. Tout d'abord la qualité et l'efficacité de l'action, ensuite l'aptitude à parer des événements imprévisibles, et enfin la capacité de conserver une perspective à long terme. Pour le premier point, il est important que les gouvernements ne réagissent pas à l'excès aux événements récents. Comme l'a déclaré le Président de la Réserve fédérale « il vaut mieux réagir bien que réagir vite ». Les injections massives de liquidités et l'augmentation importante des

dépenses soutiendraient dans un premier temps la demande mais pourraient aussi ranimer des tendances inflationnistes et nécessiter un vif durcissement de la politique monétaire en 2003. Il faudrait également suivre de près les mesures prises récemment pour renflouer les compagnies aériennes ou aider les compagnies d'assurances. Il ne faudrait pas que les progrès, péniblement réalisés ces dernières années pour homogénéiser les règles du jeu, établir des règles claires en matière de concurrence et limiter les interventions de l'État, se trouvent compromis. Les gouvernements doivent donc éviter de prendre des mesures qu'ils risqueraient de regretter par la suite.

S'agissant du deuxième point, il est important que les pays de l'OCDE se préparent au climat d'incertitude qui prévaudra probablement au cours des prochains mois. Des évolutions imprévues peuvent avoir lieu et il est essentiel de disposer de plans d'urgence et de marges de manœuvre en cas d'aggravation de la situation. Nous contribuerons à cet effort en proposant un choix de scénarios de choc normalisés (entre autres sur les cours du pétrole, les marchés boursiers ou les taux de change). Enfin, il ne faut pas négliger les risques à long terme.

#### **L'un de ces risques n'est-il pas de voir les économies se refermer ?**

Il est clair que la fermeture des frontières – officielle ou non – aux biens, aux capitaux et aux personnes serait synonyme d'une efficacité moindre de l'économie mondiale. Ce qui pourrait avoir une incidence négative sur les pays les plus avancés mais aussi sur les économies émergentes qui ont beaucoup à y perdre. Il importe donc que la communauté internationale ne fasse pas machine arrière dans son effort pour évoluer vers un monde plus ouvert. Les futurs sommets mondiaux sur les échanges et le développement durable (prévus l'année prochaine à Johannesburg) doivent être perçus comme des occasions de réaffirmer l'engagement en faveur d'un monde ouvert. On progressera plus facilement dans cette voie s'il est reconnu que des groupes importants de la population ont été laissés de côté. L'économie mondiale doit rester ouverte mais des actions ambitieuses sont également nécessaires pour lutter contre la pauvreté et favoriser la croissance dans le monde en développement. ■

\* *Les Perspectives économiques*, N° 70, OCDE, décembre 2001.



# Le déficit d'innovation en Russie

Mario Cervantes et Daniel Malkin, Direction de la science, de la technologie et de l'industrie de l'OCDE



Il peut paraître étonnant de parler d'un déficit d'innovation en Russie, un pays qui a été pendant si longtemps un bastion du savoir scientifique. Pourtant, c'est précisément ce qui se passe depuis l'éclatement de l'Union soviétique. L'investissement dans la recherche et le développement (R&D) a considérablement reculé depuis 10 ans : d'un peu plus de 2 % du PIB en 1990 il est passé à un peu plus de 1 % en 1999 contre une moyenne de 2,2 % pour l'OCDE. Pourtant, avant les années 1990, le pays était considéré par tous comme une véritable mine de science et de technologie qui tenait sa place dans des domaines comme la physique théorique et la technologie nucléaire. C'était également un leader mondial des technologies spatiales. L'effondrement de l'économie soviétique, et particulièrement du complexe militaro-industriel auquel la Russie consacrait l'essentiel de ses investissements de R&D, a causé la chute d'un système qui reposait en grande partie sur le prestige technologique et la planification bureaucratique.

Les crises financières, le délabrement de l'équipement, le chômage et la supériorité des salaires pratiqués dans d'autres secteurs ont conduit de très nombreux chercheurs – et aussi des techniciens – à abandonner la science et la technologie, ou même à quitter le pays. Au début des années 1990, l'émigration permanente de scientifiques et de technologues russes vers l'Allemagne, Israël,

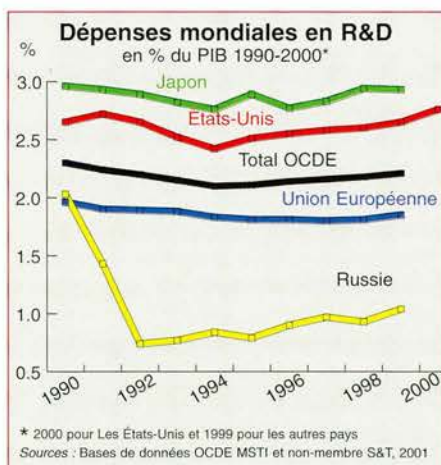
les États-Unis et le Canada a considérablement augmenté. Cette « fuite des cerveaux » s'est maintenant ralentie et la Russie se place encore à l'égal des grands pays de l'OCDE pour le nombre de chercheurs par rapport à la population active. Néanmoins, le nombre de personnes qui travaillent dans les secteurs scientifique et technologique est à peine égal à la moitié de ce qu'il était en 1990, alors que la demande de qualifications reste élevée dans la plupart des pays de l'OCDE.

La transition vers une économie de marché semble avoir oublié le secteur R&D où s'installe un climat d'inertie institutionnelle et une absence d'initiative personnelle. Le gouvernement continue de financer la plus

grande part des dépenses de R&D en Russie, un tiers seulement provenant de l'industrie. C'est-à-dire nettement moins que dans les pays avancés de l'OCDE où les entreprises sont la principale source d'accroissement des dépenses en R&D. Le seul type de financement de R&D qui ait sensiblement augmenté au cours des 10 dernières années est le financement étranger. Il a plus que doublé pour atteindre 10,3 % du total en 1999 (contre 4,6 % en 1995) et ce, grâce à des dons et à des investissements étrangers. Mais le danger de ces financements étrangers est qu'ils sont volatils, subordonnés à l'opinion du monde des affaires et sujets à la concurrence d'autres pays.

Les rigidités institutionnelles restent pour la R&D une contrainte majeure, et le secteur privé a peu de possibilités d'investir dans la R&D pour accroître ses performances économiques. De ce fait, l'essentiel de la R&D continue d'être assuré par les Académies des Sciences (des laboratoires publics subordonnés à divers ministères et instituts technologiques).

Selon les chiffres officiels, une part relativement importante de la R&D est assurée par les entreprises, mais cela tient surtout à l'inclusion dans ces chiffres des 2 500 instituts de recherche et de technologie. En fait, la faiblesse du lien offre/demande entre ces instituts et les entreprises est un défaut majeur du système d'innovation qui se met en place en Russie. Facteur aggravant, la part de l'effort





public consacrée à la recherche fondamentale a augmenté par rapport à celle destinée aux programmes de recherche appliquée, mieux à même de répondre aux besoins économiques et sociaux immédiats. La recherche universitaire, si importante ailleurs pour l'innovation, n'apporte en Russie qu'une contribution minimale à la R&D scientifique et technologique. Or, sans la recherche universitaire, un chaînon manque dans la diffusion des connaissances et technologies. Elle fait également défaut pour la constitution de partenariats public/privé axés sur l'innovation, comme ceux dont ont bénéficié les économies de l'OCDE.

Malgré l'importance de ses actifs et de ses réussites au niveau international dans plusieurs disciplines scientifiques, la production scientifique et technologique russe est assez modeste : la Russie ne se situe qu'au septième rang mondial pour le nombre de publications scientifiques avec environ 3,5 % du total. Et le nombre de ses demandes de brevets n'a cessé de diminuer dans les années 1990 (1 pour 10 000 habitants en 1997 contre 4,5 aux États-Unis, 2,5 dans l'Union Européenne et 3,8 dans les pays nordiques).

Le marché peut très bien être le moteur de l'innovation mais l'intervention de l'état est nécessaire pour réduire les risques et inciter à la transformation des connaissances en produits et procédés nouveaux. L'OCDE a maintes fois répété que les gouvernements devaient jouer un rôle ciblé mais actif d'encouragement à l'innovation. Pour inciter les entreprises à se moderniser et à investir dans la R&D et l'innovation, certaines conditions doivent être en place, notamment des politiques adaptées de la fiscalité, de la concurrence, et des marchés des produits et du travail. Susciter une interaction entre la recherche publique et l'industrie est aussi l'affaire des gouvernements. Or, il y a en Russie un déficit marqué d'incitations au développement de relations plus étroites entre les établissements publics de recherche et l'industrie. Il est clair que des réformes réglementaires s'imposent notamment des mesures susceptibles d'encourager la mobilité des chercheurs et les partenariats public/privé. En fait, les crédits de la recherche pourraient être utilisés pour faciliter de tels partenariats.

Un autre chaînon manquant du système d'innovation émergeant en Russie est le capital-risque. Le peu qui existe provient de l'étranger, généralement sous forme de prêts et



Petite photo : ©ITAR-TASS; Grande photo : ©ITAR-TASS/Alexander Babenko

## Jours de gloire

Il y a quarante ans, Youri Gagarine devenait le premier homme à atteindre l'espace. Le 12 avril 1961, le cosmonaute Gagarine (voir petite photo) effectuait une révolution autour de la Terre à une altitude d'environ 300 kilomètres.

Il fit le tour du globe en 108 minutes. La Russie a célébré cet événement en 2001 avec des dépôts de gerbes et de couronnes, tandis que des voix s'élevaient pour protester contre la réduction des ressources consacrées par le pays à l'exploration spatiale. Sur la photo en couleurs, on voit le Soyuz TM-11 de la mission de 1990 qui devait gagner Mir, la station spatiale qui allait symboliser plus tard le déclin de la Russie dans le domaine de l'exploration spatiale. Le vol de 1990 a également marqué une ouverture de la Russie vers les entreprises étrangères. Il a été lancé en collaboration avec TBS, réseau privé de télévision japonais qui a déboursé 28 millions de dollars pour le premier vol commercial vers Mir.

rarement comme prises de participation dans de nouvelles entreprises à caractère technologique. Pour atteindre une masse critique, il est indispensable que le secteur bancaire institutionnel russe – affaibli par la crise financière de 1998 – s'imprime davantage. Des services d'information et de conseil pour les scientifiques et les jeunes entrepreneurs sont tout aussi indispensables afin qu'ils puissent acquérir les compétences de gestion nécessaires à la création de nouvelles entreprises. L'émergence en Russie d'un nouveau type d'universités qui associent les études scientifiques et le développement des compétences entrepreneuriales, est un pas dans cette direction.

En bref, la réduction du « déficit d'innovation » de la Russie passe par des réformes pour rapprocher la nouvelle infrastructure de l'innovation et le système scientifique. Elle va aussi exiger une interaction intensive et continue entre l'industrie et la recherche publique.

Un régime solide de protection des droits de propriété intellectuelle est également nécessaire. Des progrès ont été réalisés sur la fixation de règles et l'application des droits de propriété intellectuelle conformément aux obligations internationales mais des efforts restent à faire. La commercialisation des idées nouvelles produites dans les établissements de recherche est entravée par l'absence de règles cohérentes sur la possession, la gestion et la protection de la propriété intellectuelle. Une avancée consisterait à améliorer la diffusion des informations relatives aux décisions de

justice sur les droits de propriété intellectuelle, de manière à créer un environnement transparent et à encourager l'investissement.

Il y a là toute une série de défis qui exigent maintenant la volonté politique de pousser les réformes et d'éliminer les rigidités institutionnelles. Certes, on en voit des signes avec le financement par l'État de pépinières pour les entreprises de haute technologie et de centres de technologie de l'innovation qui établissent un lien entre la recherche et la production. Mais ces initiatives sont trop fragmentées. Des efforts supplémentaires s'imposent pour développer les financements et instaurer un marché des connaissances plus transparent et plus fluide. Il s'agit pour cela de faire en sorte que la traduction des idées en applications pratiques trouve sa récompense. Il s'agit aussi d'investir dans les ressources humaines et dans les laboratoires et d'encourager les entreprises russes, y compris les petites, à investir dans la R&D. Ce qui contribuera à créer des emplois pour les scientifiques et les chercheurs et encouragera le retour des talents nationaux. Tout cela aiderait la Russie à reprendre sa place parmi les grands de la science et de la technologie mondiales, tout en donnant à son économie l'impulsion dont elle a tant besoin. ■

## Références

- *Bridging the Innovation Gap in Russia*, OCDE, 2001.
- *Études économiques de l'OCDE : Fédération de Russie*, OCDE, 2000.
- Malkin, D., « Science and Technology in Russia », *Economic Trends*, N° 1, Helsinki, 2000.



**Meilleure vente**

**Du bien-être  
des nations**

**LE RÔLE DU CAPITAL HUMAIN  
ET SOCIAL**

ENSEIGNEMENT ET COMPÉTENCES



OCDE 

«...une étonnante remise en cause qu'ils se livrent dans un rapport de 165 pages... Ce dernier rapport a le mérite de synthétiser les concepts et les données qui viennent appuyer l'idée que le capital humain concourt à la croissance économique comme à celle du bien-être individuel. Le rapport introduit un nouveau concept, celui de «capital social.»

**LE MONDE**, 15 Mai 2001

ISBN: 92-64-28589-X

OECD  
**ONLINE BOOKSHOP**

[www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)

OCDE 



**Dossier spécial • Soins de santé • Dossier spécial**

# Introduction

## Santé : le système souffre-t-il ?

Dépenses de santé, quel avenir ?	15
• <i>Le facteur moral</i>	16
Comment évaluer les soins de santé ?	18
• <i>Chirurgie sous glace</i>	19
Vies privées	21
Ce que font les ministres de l'OCDE	23
Soins de longue durée	27
• <i>Man et Superman</i>	28
Quels patients sont les moins bien lotis ?	29
• <i>Une aide professionnelle</i>	31
• <i>Le Projet OCDE sur la santé</i>	31
L'attente des usagers	32
Améliorer la qualité des soins	33
Fécondité et changement social	35
Éthique, Médecine, Économie et Pouvoir	37
Dans l'œil du cyclone	40
Assurance privée, santé publique	42
Le modèle néerlandais	44

Santé vaut mieux que richesse est l'un des plus vieux proverbes qui soit. Pourtant, si être en bonne santé est assurément une condition essentielle au bien-être de l'homme, on dépense beaucoup d'argent pour le rester. Les pays de l'OCDE consacrent en moyenne 8 % à 10 % de leur PIB à la santé. Or, ces dépenses augmenteront dans les années à venir en raison des pressions croissantes exercées par les coûts et la demande. Quelle importance, diront certains, tant que nous vivons plus longtemps et en meilleure santé qu'autrefois ? Si seulement la question était aussi simple.

Comme le Secrétaire général de l'OCDE, Donald Johnston, le fait remarquer dans notre éditorial, les États-Unis dépensent deux fois plus par habitant que le Canada en soins de santé et pourtant l'espérance de vie moyenne au Canada est plus élevée que celle des États-Unis. La France dépense moins par personne que le Canada mais elle dispose d'un plus grand nombre de lits d'hôpitaux et de médecins par habitant que l'un ou l'autre de ces deux pays. De plus, l'espérance de vie des Françaises est l'une des plus élevées au monde. Tout d'abord, ces chiffres montrent l'importance d'utiliser les bons indicateurs pour mesurer les performances des systèmes de santé. L'espérance de vie peut constituer une mesure utile du bien-être mais elle dépend de nombreux facteurs autres que les soins de santé, comme le niveau de vie, le régime et l'activité physique.

Toujours est-il qu'un plus grand nombre de personnes vivent plus longtemps. Il en résulte

un défi écrasant, car comme Stéphane Jacobzone et Howard Oxley de l'OCDE l'expliquent dans ce dossier spécial, ce sont les soins aux personnes âgées qui absorbent la plus grande part des dépenses de santé. Il est impossible de faire face aux pressions accrues que le vieillissement fait peser sur les systèmes de santé si l'on ne gère pas de façon avisée des ressources publiques peu abondantes. Les consommateurs en veulent pour leur argent. Mais, comme plusieurs auteurs l'ont souligné, notamment Angela Coulter du Picker Institute, ils ne veulent pas que leurs services de santé soient rongés jusqu'à l'os. Ce qu'ils veulent naturellement, ce sont des services de santé qui donnent des résultats. Ils veulent que les responsables des politiques tiennent davantage compte des besoins des patients, déterminent si le nombre d'opérations réussies a augmenté, veillent à ce que les clients soient et pleinement satisfaits.

Il se peut que dans certains cas, une augmentation des dépenses publiques de santé soit nécessaire dans un souci d'efficacité. Les indicateurs de performance permettent de le déterminer et Sheila Leatherman du Center for Health Care Policy and Evaluation, aux États-Unis, expose les inconvénients et les possibilités des différentes mesures utilisées. Choisir les bons indicateurs exige un travail d'analyse considérable, en particulier dans le domaine de plus en plus sensible des soins de longue durée, comme l'explique Naoki Ikegami de l'Université de Keio. Pour M. Ikegami et tous les autres auteurs, ce sont les consommateurs et pas





©Corbis-Sygma/Stephane Klein

## Sous pression

simplement les comptables qui détermineront si des progrès ont été faits.

Les performances des systèmes de santé font également entrer en jeu la responsabilité. À qui faisons-nous porter la responsabilité lorsque le service fourni n'est pas satisfaisant ? L'idée de rémunérer les médecins en fonction des résultats obtenus, à condition que ceux-ci puissent être déterminés de façon probante, suscite toujours l'intérêt. Là encore, on voit bien l'importance de la mesure des résultats. Comme l'éminent chirurgien David Khayat le soutient avec passion, cela signifie peut-être aussi que nous avons besoin d'une nouvelle culture morale sur laquelle les médecins puissent s'appuyer dans l'exercice de leur profession où ils sont soumis à de fortes pressions.

Les erreurs médicales sont un sujet qui alarme le public dans plusieurs pays et selon Janne Graham, porte-parole des patients, les consommateurs deviennent « impatientes ». De même, la montée en puissance des biotechnologies et de la génomique soulève des problèmes éthiques auxquels les professionnels de la santé ne peuvent apporter seuls des réponses. Elettra Ronchi et Anne Carblanc de l'OCDE nous mettent en garde, estimant que les informations relatives au codage génétique et à l'ADN devraient être mieux protégées par les responsables si l'on veut gagner la confiance du public dans ces technologies potentiellement utiles.

Comment les services de santé peuvent-ils faire face à toutes ces contraintes et réussir

**L'Observateur aimerait remercier tout particulièrement Gaëtan Lafortune pour son aide et ses commentaires avisés dans la préparation de ce dossier spécial sur la santé.**

néanmoins à obtenir des améliorations ? A en juger par les contributions franches à notre table ronde de cinq ministres de la Santé – du Canada, de Finlande, du Mexique, de Nouvelle-Zélande et des États-Unis – les décideurs s'apprentent à relever le défi. La route qui les attend est difficile mais il faut manifestement rassembler davantage d'éléments et de données d'expériences pour les aider à élaborer des politiques qui donnent des résultats. Car, comme Kajsa Sundström, spécialiste de la fécondité, nous le dit à propos de la Suède, des politiques qui ne prennent pas pleinement en compte le comportement et les attentes des personnes auxquelles elles s'adressent sont peut-être tout simplement vouées à l'échec.

## Le pouvoir de l'information

L'information est également décisive. Comme Tim Kelsey de la société Dr Foster l'explique, une meilleure information fait que l'obligation de résultats est plus impérative, ce qui devrait entraîner par contrecoup une amélioration des performances des systèmes de santé. L'éducation est, elle aussi, importante. On peut commencer à agir dans ce sens dès aujourd'hui mais les effets ne se feront sentir qu'à long terme. Les gouvernements peuvent faire davantage pour encourager des améliorations des modes de vie qui augmentent l'espérance de vie mais réduisent aussi en partie la charge supportée par les systèmes de santé. Pourtant, même cela n'est pas aussi simple. À l'heure actuelle, les attitudes des consommateurs font évoluer les choses dans la direction opposée et il nous faut surmonter des problèmes des temps modernes tels que l'obésité due à une

mauvaise hygiène alimentaire ou au manque d'exercice (voir Banque de données, p. 69).

Le financement sera toujours un sujet épineux. Comme Nicole Tapay de l'OCDE nous le rappelle, il faut faire des études plus poussées pour déterminer comment l'assurance publique et l'assurance privée pourraient associer leurs efforts pour aider à renforcer nos systèmes de santé. Il est crucial de déterminer quel est le cadre réglementaire approprié. Des règles différentes peuvent jouer les unes contre les autres et rendre difficile la mise en place d'un système de santé pleinement intégré, comme Niek Klazinga de l'Université d'Amsterdam l'explique au sujet du modèle de santé néerlandais.

La plupart des habitants des pays de l'OCDE bénéficient d'un accès satisfaisant aux services de santé ; pourtant, certains n'y ont pas accès. Et pour des millions d'êtres humains en dehors de la zone OCDE, la santé est toujours un luxe. Tous ces problèmes sont aggravés par des facteurs impondérables. Dans les situations d'urgence, les services de santé peuvent être utilisés à la limite de leurs capacités et, comme l'histoire récente nous l'a douloureusement rappelé, des systèmes entiers peuvent être ébranlés par le terrorisme biochimique et d'autres formes de terrorisme. Nous en voulons tous pour notre argent mais comment fixer le prix de la sécurité de l'homme ?

L'incertitude tient en partie au fait que la santé, notamment en ce qui concerne les maladies infectieuses, est un bien public global. Certaines maladies infectieuses comme la tuberculose reviennent en force et bon nombre d'entre elles traversent les frontières. Les solutions doivent, elles aussi, ignorer les frontières. Brett Parris de World Vision International fait valoir qu'une stratégie de l'OCDE visant à améliorer les performances des systèmes de santé serait compromise (voire inefficace) si elle ne prenait pas en compte les performances au niveau mondial. Les travaux de l'Organisation mondiale de la santé que Gro Harlem Brundtland, Directeur général de cette organisation, décrit dans notre rubrique éditoriale, devraient garantir la primauté de la dimension mondiale.

Nombre des personnes qui ont contribué à ce dossier spécial sur la santé ont participé à la conférence de haut niveau organisée par l'OCDE à Ottawa du 5 au 7 novembre 2001 dont le gouvernement canadien était l'hôte.

**Rory Clarke**, Rédacteur en chef,  
*L'Observateur de l'OCDE*



# Dépenses de santé, quel avenir ?

Stéphane Jacobzone, Direction de l'éducation, de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, et Howard Oxley, Département des affaires économiques de l'OCDE

Les dépenses de santé progressent à mesure que croissent les exigences des malades et que se propagent les technologies nouvelles. Cette évolution risque de s'accélérer dans les années à venir par suite de la forte augmentation du nombre de personnes âgées qui se produit dans les pays de l'OCDE sous l'effet du vieillissement de la génération du baby-boom et de l'allongement de la vie. Mais combien va coûter la prise en charge de cette population âgée, et faut-il adapter en conséquence les dépenses publiques de santé ?

Les dépenses publiques de santé absorbent une part importante du budget de l'État. De plus, on craint qu'elles n'augmentent avec l'accélération du vieillissement de la population des pays de l'OCDE. Déjà, trois quarts des dépenses afférentes aux soins de santé et à la prise en charge de longue durée des personnes âgées sont financés par le secteur public. Les plus de 65 ans représentent 40 % à 50 % des dépenses de santé, et le montant par habitant de plus de 65 ans est trois à cinq fois supérieur à celui par habitant de moins de 65 ans. Dans 10 ans, la génération issue du baby-boom commencera à partir à la retraite. Déterminer exactement le montant des ressources financières supplémentaires nécessaires, qui va les fournir et la meilleure façon de les utiliser, est une tâche aussi complexe qu'urgente.

Financièrement, l'enjeu est énorme. Les dépenses globales de santé, y compris la prise en charge de longue durée des personnes âgées, représentent déjà environ 9 % du PIB dans les pays de l'OCDE. Or, on ignore quelles sommes seront disponibles à l'avenir compte tenu du ralentissement prévu de la croissance du PIB, le développement de l'offre de main-d'œuvre étant plus lent du fait de la diminution progressive des taux de fécondité constaté depuis la fin des années 1960. Si les dépenses de santé se sont maintenues à un niveau moyen d'un peu plus de 8 % du PIB dans 24 pays de l'OCDE pendant la majeure partie de la dernière décennie, la part de la prise en charge à long terme des personnes âgées – qui va de l'aide à domicile aux

soins de longue durée en établissement – a augmenté en moyenne de 1 %.

Quelle sera la croissance réelle des dépenses ? Il est difficile de répondre à cette question car de nombreux facteurs entrent en jeu et leur influence est assez incertaine. Les études réalisées dans le passé ne fournissent à cet égard que des indications limitées. Les principaux phénomènes susceptibles d'expliquer l'augmentation des coûts jusqu'au début des années 1990 sont, semble-t-il, l'introduction rapide des technologies

---

**Les dépenses globales de santé, y compris la prise en charge de longue durée des personnes âgées, représentent déjà environ 9 % du PIB dans les pays de l'OCDE. Or, on ignore quelles sommes seront disponibles à l'avenir.**

---

nouvelles et l'existence de puissants éléments de stimulation de l'offre de services de santé, ainsi qu'une demande plus forte de soins de santé qui tenait elle-même à la progression des revenus et à l'élévation du niveau d'instruction de la population. En outre, le fait que les frais de santé soient pris en charge dans une large mesure par les régimes d'assurance a sans doute eu aussi pour effet d'encourager encore la demande. Cependant, il est difficile d'évaluer précisément l'incidence de chaque facteur et l'analyse statistique n'a permis de justifier que la moitié environ de

l'accroissement total des coûts. Fait encore plus curieux, il ressort généralement de ces études que l'évolution de la structure par âge de la population a peu influé sur les dépenses, même si l'augmentation des dépenses de santé par habitant observée ces dernières années est imputable dans une large mesure aux personnes âgées.

Malgré ces difficultés, les chercheurs de l'OCDE et les scientifiques nationaux ont tenté d'établir des prévisions sur l'augmentation des dépenses relatives aux soins de santé et à la prise en charge de longue durée pour la période allant jusqu'en 2050\*. Leurs travaux montrent que le rapport de dépendance économique des personnes âgées – c'est-à-dire le rapport de la population de 65 ans et plus à la population âgée de 20 à 64 ans – doublera au cours des 50 prochaines années dans les pays de l'OCDE. Ce constat étant pris comme point de départ, l'accroissement des dépenses prévu au cours de la période 2000-2050 est de 3 à 3,5 points de pourcentage du PIB en moyenne pour l'ensemble des quatorze pays pour lesquels des données sur ces dépenses sont disponibles. Cependant, les différences entre pays sont importantes, un accroissement de quatre points de pourcentage ou plus étant prévu pour l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas. Ces écarts tiennent en partie à une progression plus lente du rapport de dépendance économique dans certains pays. Mais la raison essentielle en est probablement la diversité des hypothèses formulées par les pays à propos d'autres facteurs qui influent sur les dépenses relatives aux soins de santé et sur



## Vieillesse démographique

la durée de leur prise en charge, comme le renouvellement technologique.

Il existe toutefois des incertitudes au sujet de ces estimations. Prenons par exemple le cas de l'espérance de vie. Son accroissement pourrait être supérieur aux 4,5 années prévues, ce qui se traduirait par une augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population totale. En même temps, une part non négligeable des dépenses relatives aux soins de santé et à la prise en charge de longue durée est utilisée pendant les dernières années de la vie. Par conséquent, si l'âge moyen auquel surviennent la dépendance ou la maladie s'élève aussi en proportion de l'allongement de la vie, la progression des dépenses sera moins forte. En outre, les tendances récemment observées font apparaître une diminution de l'invalidité dans plusieurs pays, et si cette évolution se poursuit, le besoin de prise en charge de longue durée des personnes âgées dépendantes – en particulier dans de coûteux établissements d'accueil médicalisés – n'augmentera pas autant que prévu.

La nature des soins de santé que les personnes âgées exigeront ou qu'elles se verront proposer constitue aussi un facteur important. Les études réalisées aux États-Unis montrent que la majeure partie de l'augmentation des dépenses relatives aux groupes d'âge relativement élevé correspond à une utilisation plus poussée des technologies

coûteuses. Le nombre de personnes âgées qui subissent des interventions telles que le pontage aorto-coronarien ou la prothèse de la hanche a été multiplié par trois à dix fois parmi les groupes les plus âgés entre 1987 et 1995. Étant donné que certains pays n'ont pas pris en compte les effets possibles de ce type de changement dans leurs calculs, l'accroissement des dépenses pourrait être beaucoup plus grand que prévu. Les responsables de l'élaboration des politiques devront peut-être se demander s'il y a lieu d'encourager encore le récent phénomène de diffusion des technologies nouvelles, d'autant que d'après les études réalisées, il est dans certains cas aussi efficace de faire appel à des méthodes plus anciennes et moins coûteuses.

La demande future de prise en charge de longue durée posera aussi un problème épineux. La majeure partie des services offerts dans ce domaine est assurée par l'État dans les pays nordiques, et la Suède a par exemple consacré 3,8 % du PIB à cette forme de prise en charge en 1997. Cependant, dans le cas de pays tels que l'Espagne, la Grèce et l'Italie où les personnes âgées ont toujours été soignées dans le cadre familial, on estime que les dépenses sont inférieures à 0,5 % du PIB. Il est évident que dans les années à venir, la demande sera déterminée par la capacité et la volonté des membres de la famille de s'occuper de leurs parents âgés. Celles-ci dépendront quant à elles pour beaucoup de la

question de savoir, par exemple, si le taux d'activité des femmes va encore augmenter ou si l'âge réel, et non légal, du départ à la retraite va ou non s'élever. Le secteur public continuera probablement à financer au moins une partie de l'offre supplémentaire de soins, mais il sera sans doute demandé aux personnes âgées elles-mêmes d'apporter une contribution plus importante car, vraisemblablement, elles auront davantage de ressources que par le passé.

La demande n'est nullement le seul élément d'incertitude qui pèse sur les prévisions relatives aux soins de santé. La pression exercée par des « pathologies » nouvelles comme le SIDA et les affections résistant aux antibiotiques pourrait sensiblement modifier les perspectives d'évolution des dépenses. Un autre facteur à prendre en compte est celui des futurs coûts de main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui constitue une grande inconnue mais sont susceptibles d'augmenter dans certains pays. Les restrictions budgétaires ont déjà conduit les travailleurs de la santé de certains pays à se plaindre d'une détérioration de leurs conditions de travail. Qui plus est, certains pays éprouvent aujourd'hui des difficultés à recruter et à retenir des infirmières et d'autres membres du personnel médical. Par exemple, le Royaume-Uni a engagé en 2001 un grand nombre d'infirmières venues d'Espagne. Et comme la pénurie de main-d'œuvre va probablement s'aggraver au cours des années à venir, la pression des salaires pourrait s'accroître.

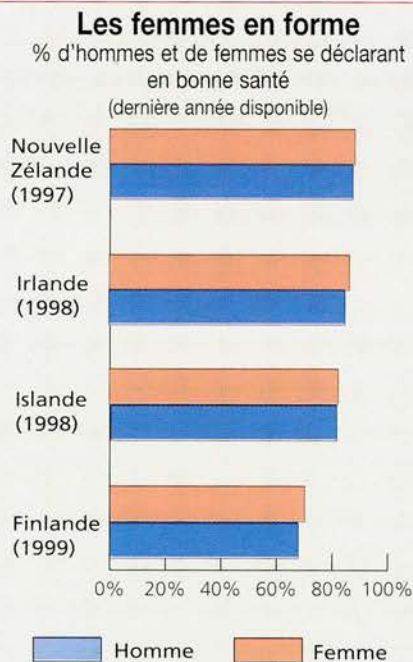
Les responsables de l'action gouvernementale disposent néanmoins d'une marge de manœuvre non négligeable pour limiter l'augmentation des dépenses ou améliorer l'efficacité des soins de santé. Il y a lieu de penser que les dépenses de santé sont plus faibles – et ont progressé moins vite – dans les pays possédant un système de « filtrage » qui consiste pour le médecin traitant à contrôler l'accès aux spécialistes et aux soins hospitaliers. Les politiques de maîtrise des coûts se heurtent cependant à des limites d'ordre politique.

Les gouvernements devront aussi être plus attentifs aux objectifs des dépenses publiques de santé. Jusqu'à présent, la majeure partie de ces dépenses a été consacrée à la médecine curative portant sur les maladies aiguës, alors que les soins de santé commencent maintenant à être axés plus sur le traitement des affections chroniques, en particulier chez les personnes âgées, que sur les maladies transmissibles

### Le facteur moral

« L'âge, c'est dans la tête » : peut-être, mais êtes-vous en aussi bonne santé que vous le sentez ? Si c'est le cas, dans les pays de l'OCDE la plupart des gens vont bien, avec en haut de l'échelle les hommes aux États-Unis, au Canada et en France dont plus de 90 % se disent en bonne santé. En fait, selon le Panorama de la santé publié par l'OCDE, les hommes se sentent en général mieux que les femmes, sauf en Finlande, en Islande, en Irlande et en Nouvelle-Zélande. Mais certains signes montrent que l'idée qu'on se fait de la bonne santé devient de plus en plus exigeante à mesure que le système de santé s'améliore. Si les proportions d'hommes et de femmes qui se déclarent en bonne santé ont peu varié depuis 25 ans en Finlande, aux Pays-Bas, en Suède et aux États-Unis, cela s'explique peut-être par des attentes plus exigeantes. Et en dépit du caractère subjectif de ce type de mesure, on a constaté dans plusieurs pays que les indicateurs d'auto-perception de l'état de santé permettaient d'établir des estimations assez fiables de l'évolution future de la consommation de soins de santé.

● Panorama de la santé, OCDE, 2001.







Toujours d'attaque

comme dans le passé. Mieux vaudrait pourtant tenter de prévenir ce type d'affection, par exemple par une amélioration des habitudes de vie. Chacun sait combien il est difficile de susciter des changements de cette nature mais il pourrait bien s'agir du meilleur moyen à employer à long terme pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé.

Les gouvernements pourraient également réfléchir à la possibilité de nouer des partenariats entre secteur public et secteur privé afin de réduire la charge globale qui pèse sur les finances de l'État. Il importe en outre de rechercher un meilleur équilibre entre les soins en régime hospitalier et les soins ambulatoires, étant donné que la technologie médicale facilite désormais le traitement des malades en dehors du cadre hospitalier. Cependant, s'il n'est pas mis un frein à la demande individuelle, les dépenses ne pourront être maîtrisées que par le rationnement des soins. Enfin, les prestataires de services de santé doivent veiller à ce que la technologie médicale ne soit pas employée de manière excessive dans les domaines où les avantages marginaux sont faibles et les coûts élevés. Comme c'est le

cas avec l'utilisation de la chimiothérapie au-delà d'un certain point. Et on doit également veiller à ce que la technologie médicale ne soit pas sous-employée dans les domaines où il est possible d'obtenir un bon rapport coût-efficacité, comme c'est le cas lorsque des thrombolytiques sont administrés à bref délai après un infarctus. La technologie a été l'un des déterminants de l'augmentation des dépenses observée dans le passé, et l'heure est venue de la soumettre à un examen plus rigoureux, afin que seules les applications qui procurent des améliorations appréciables soient intégralement financées par les deniers publics.

Par suite du vieillissement de la population, les systèmes de santé resteront sans nul doute soumis à de fortes pressions dans l'avenir. Les responsables de l'élaboration des politiques devraient donc être d'autant plus incités à rechercher des moyens d'améliorer la productivité de ces systèmes et de valoriser davantage l'offre de soins de qualité aux malades et aux citoyens. ■

\* Afin de déterminer les tendances probables des dépenses, ils se sont servis de modèles nationaux en s'appuyant sur les prévisions démographiques

établies par EUROSTAT pour les pays de l'Union Européenne, et par les organismes statistiques nationaux pour les autres. Ils ont appliqué les mêmes hypothèses pour estimer l'évolution future de l'emploi et du PIB dans tous les pays considérés. Ces derniers, au nombre de quatorze, sont les suivants : Australie, Belgique, Canada, Corée, Danemark, États-Unis, Finlande, Japon, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, République tchèque, Royaume-Uni et Suède.

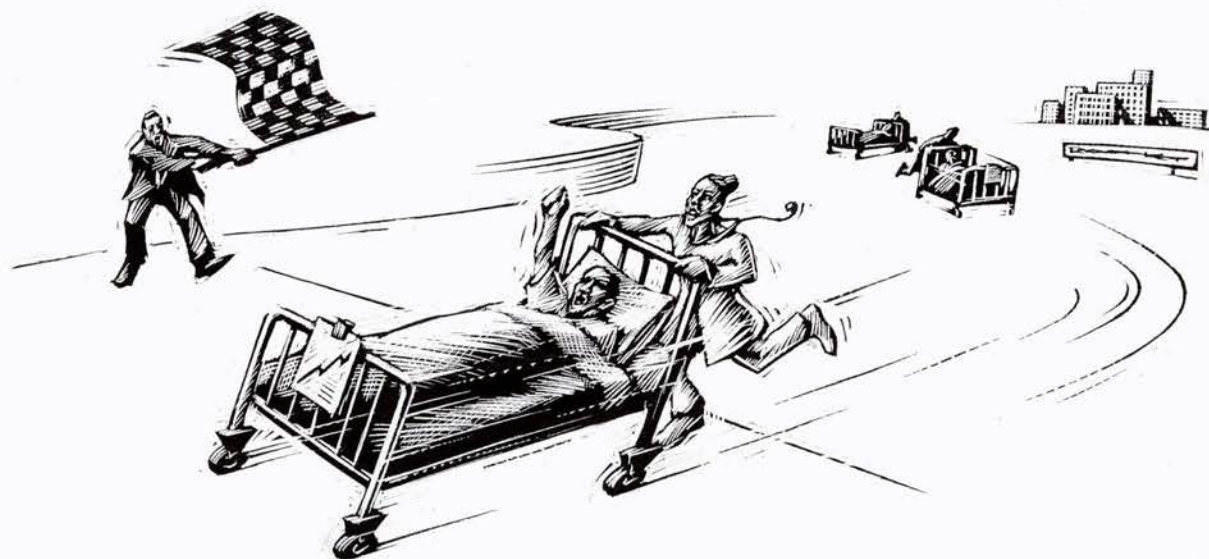
#### Références

- Dang T., Antolin P., Oxley H., « Fiscal implications of ageing : projections of age-related spending », *Département des affaires économiques de l'OCDE, document de travail*, OCDE, 2001.
- *Perspectives économiques de l'OCDE*, OCDE, juin 2001.
- Jacobzone, S., « An Overview of International Perspectives in the Field of Ageing and Care for Frail Elderly Persons », *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, N° 38, OCDE, Paris, 1999.
- Jacobzone S. (2001) « Healthy Ageing and the Challenges of new technologies, can OECD social and Health Care systems provide for the future ? » Compte-rendu de l'atelier organisé à Tokyo sur le thème « Vieillir en bonne santé et biotechnologie » en novembre 2000.



# Être à la hauteur : Comment évaluer les soins de santé ?

Sheila Leatherman, Présidente, Center for Health Care Policy and Evaluation, Minneapolis\*



Les pays industrialisés consacrent une part importante de leur PIB à la santé. Mais comment peuvent-ils s'assurer que ces ressources sont utilisées à bon escient ? L'un des moyens de le savoir est de recourir aux indicateurs de performance.

Il ne fait aucun doute que les vaccins sont efficaces, et pourtant les estimations de l'OMS montrent que chaque année, dans les pays développés, 20 000 personnes meurent de maladies qui peuvent être prévenues par la vaccination. De multiples études ont été réalisées au fil des ans sans pouvoir démontrer que les antibiotiques peuvent soigner le rhume, et pourtant 40 % à 60 % des médecins continuent d'en prescrire dans ce but. Ce ne sont là que deux exemples du fossé qui sépare le savoir de la pratique dans nos systèmes de santé.

Pourquoi ce décalage existe-t-il ? L'un des principaux facteurs est la masse même des connaissances nouvelles. Au milieu des années 1960, une centaine d'articles étaient publiés sur les essais cliniques aléatoires. Dans les années 1990, près de 10 000 articles paraissaient chaque année sur ce sujet, et à l'heure actuelle, presque la moitié (49 %) de

l'ensemble de la documentation médicale existante a été publiée au cours des cinq dernières années. On estime par conséquent qu'il s'écoule 15 à 20 ans entre la découverte d'un traitement plus efficace et son introduction dans la pratique courante. Ce décalage touche tous les domaines sans exception, des pathologies cliniques complexes aux affections les plus banales comme le rhume.

Parmi les autres problèmes fondamentaux à prendre en compte figurent la complexité des systèmes de santé, la pression croissante qu'exercent les aspirations des malades, le vieillissement de la population et les technologies nouvelles, ainsi que les contraintes qui se posent et la mauvaise répartition des ressources.

L'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé devient une priorité dans un grand nombre de pays sous l'effet de facteurs

économiques qui incitent à l'optimisation des dépenses de santé. En même temps, les faits observés font ressortir de plus en plus l'ampleur des insuffisances qui affectent la qualité des soins. Parallèlement à ce constat, une inquiétude générale se manifeste au sujet de la détérioration des performances. Lors d'une enquête réalisée en 1998 dans cinq pays, plus de la moitié des médecins interrogés au Canada (59 %), aux États-Unis (57 %) et en Nouvelle-Zélande (53 %) ont indiqué une dégradation de leurs moyens de dispenser des soins de qualité au cours des cinq dernières années. Environ 46 % des médecins britanniques et 38 % des médecins australiens ont fait le même constat. Seulement un quart ou moins des médecins interrogés ont déclaré que leurs possibilités d'assurer des soins de qualité s'étaient améliorées durant cette période. Selon une enquête analogue effectuée auprès des



infirmières au Canada, en Allemagne, en Écosse, en Angleterre et aux États-Unis en 1998-99, 17 % à 44 % d'entre elles estimaient que la qualité s'était détériorée au cours de l'année écoulée.

On ne peut faire abstraction des vues ainsi exprimées en les mettant simplement sur le compte de la mauvaise humeur de cliniciens découragés, étant donné que les réponses des malades vont dans le même sens. Lors de l'enquête de 1998, l'écrasante majorité des usagers ont déclaré que le système de santé de leur pays avait besoin d'être profondément réformé.

Un consensus se dessine au sujet des principaux domaines sur lesquels doit porter la mesure des performances : l'efficacité, l'efficience, la capacité d'adaptation et l'équité. Mais une fois défini l'objet de cet exercice, comment faire pour qu'il permette effectivement d'améliorer la qualité ? Les méthodes qui peuvent être employées à cette fin sont légion, mais les données disponibles auxquelles se référer pour en choisir une sont en revanche peu abondantes. Des facteurs tels que les valeurs fondamentales et les modes de financement et d'organisation entrent en jeu. La méthode à retenir dépendra aussi de quel acteur on souhaite modifier le comportement : les prestataires, les organismes professionnels, les usagers ou les gestionnaires. Sans doute n'est-il pas réaliste de vouloir trouver la « méthode optimale », mais la connaissance des approches possibles, de leurs points forts et de leurs limites, ainsi que des enseignements tirés par les pays qui les ont éprouvées, peut aider à faire un choix.

Les indicateurs de performance servent à remplir quatre fonctions essentielles : faciliter l'exercice d'un contrôle, permettre aux instances réglementaires d'observer de façon continue les systèmes et services de santé, influencer sur le comportement des professionnels et des organismes au niveau tant macro-économique (population) que micro-économique (patients) et définir l'action à mener.

La demande de transparence de la part du grand public est forte et chaque pays tente d'y répondre à sa façon. Dans le domaine de la santé, les pays de l'OCDE ont généralement recours à trois formes de contrôle – professionnel, économique et politique – en les alliant de diverses manières mais en faisant appel dans tous les cas jusqu'à un certain point aux indicateurs de performance.

D'après le modèle professionnel qui depuis

longtemps joue un rôle prépondérant dans la plupart des systèmes de santé, le médecin est considéré comme la clé de voûte de la gestion de la qualité et du respect des normes qui s'y rapportent. Cela est assuré au moyen de l'homologation, de la délivrance des agréments, des autorisations d'exercice et de l'action judiciaire. Cependant, ce modèle est de plus en plus souvent jugé insuffisant lorsqu'il n'est pas associé à l'un des deux autres. Le modèle économique dont le système des États-Unis constitue l'exemple le plus notoire, repose sur l'idée selon laquelle la concurrence peut être un moyen de contrôle. Les régimes d'assurance maladie peuvent influencer sur les traitements choisis par les médecins en ne finançant pas certaines pratiques et en encourageant d'autres. On estime en outre que la prise en compte du souci de transparence à travers l'information du grand public a permis d'améliorer les performances dans certains domaines. Par exemple, le taux de prescription de bêtabloquants à la suite d'un infarctus est

passé de 62 % en 1996 à 85 % en 1999 après l'instauration d'un système normalisé d'information. Quant au modèle politique, il repose sur le principe selon lequel le citoyen reçoit un bien public, de sorte qu'il incombe à l'État de faire fonction de catalyseur du changement au nom de la population.

Les indicateurs objectifs de performance sont utilisés de façon croissante à divers niveaux. Ils peuvent par exemple fortement influencer sur l'action gouvernementale. Ainsi, la décision prise par Tony Blair, Premier ministre britannique, d'accroître sensiblement les ressources consacrées au Service national de la santé (NHS) a été en partie déterminée par des données indiquant que son pays affectait à la santé une part plus faible du PIB que la majorité des pays d'Europe du Nord. De même, les États-Unis ont été incités à former davantage de médecins généralistes quand des données ont montré qu'ils formaient davantage de spécialistes que la plupart des pays d'Europe.

Il importe de noter que les indicateurs de



### Chirurgie sous glace

Existe-t-il des alternatives à l'anesthésie qui soient à la fois moins chères et plus sûres et que l'on puisse utiliser même pour les interventions graves ? Les chirurgiens de l'Institut de pathologie circulatoire de Novosibirsk en Sibérie pensent que oui. Cidessus, un chirurgien prépare son patient pour une opération à cœur ouvert en l'enveloppant de glace. Selon l'Institut, en abaissant la température du corps à environ 24°C et la température du cerveau à 15-18°C, on peut arrêter le cœur pendant 75 à 90 minutes ce qui est suffisant pour opérer sans anesthésie. Normalement, pour opérer le cœur les médecins doivent l'arrêter de façon à pouvoir faire des incisions précises. Mais interrompre l'alimentation des autres organes en sang et

oxygène peut causer des dégâts définitifs, voire mortels. Comme le cerveau ne survit que quelques minutes sans oxygène, le sang doit continuer d'y arriver ou alors il faut réduire les besoins du corps en oxygène. C'est précisément ce que réussit la méthode de la glace : la température du cerveau est abaissée suffisamment pour permettre d'arrêter le cœur le temps de l'opération et pour restaurer ensuite la circulation et le fonctionnement normal du cerveau. Selon les experts, ce protocole donne des résultats comparables à ceux des opérations classiques mais à un coût moindre. Le Japon et le Royaume-Uni l'appliquaient il y a un demi-siècle mais l'ont abandonné après l'introduction des machines de circulation extracorporelle. L'Institut de Novosibirsk est le seul centre au monde qui continue à l'utiliser.

© Vadim Rusakov/Reuters/AAxPpp



performance peuvent contribuer à faire clairement ressortir les priorités de l'action gouvernementale. L'Australie possède ainsi, depuis 1996, un système de priorités nationales déterminées pour la santé (à savoir l'asthme, la dépression, le diabète, le cardio-vasculaire et les blessures) qui comporte l'établissement de rapports présentant les meilleures données disponibles dans la plupart des domaines concernés.

Après avoir constaté que les demandes d'indemnisation en cours pour des fautes médicales commises dans ses hôpitaux avaient atteint US\$ 5,6 milliards, le NHS britannique a décidé d'agir pour réduire les dommages graves en fixant des objectifs consistant, par exemple, à faire baisser de 40 % les erreurs de prescription d'ici à 2005.

Pour pouvoir améliorer la qualité, il est essentiel d'aider les professionnels de la santé à pratiquer une médecine fondée sur l'expérience clinique. Intégrés dans les directives cliniques et les outils d'examen par les pairs, les indicateurs de performance sont l'un des moyens les plus couramment utilisés pour remédier au décalage entre savoir et pratique. Mais leur efficacité est limitée lorsqu'ils sont employés seuls pour modifier le comportement des médecins. Le scepticisme est pourtant toujours de mise, comme l'a montré une enquête réalisée il y a peu de temps en Angleterre auprès de plus d'une centaine de médecins.

Environ 85 % d'entre eux ont déclaré qu'ils ne tiendraient pas compte des instructions données par le National Institute for Clinical Evidence, organisme récemment créé en vue d'élaborer l'assise clinique et scientifique des directives et protocoles, s'ils les jugeaient erronées. Il y a lieu de penser qu'il peut être utile d'intégrer les directives cliniques dans des systèmes d'aide informatisée.

L'analyse montre en effet que les messages-guides produits par ordinateur peuvent permettre d'améliorer les services de prévention et le mode de prescription des médicaments.

### Le succès de New York

L'expérience des États-Unis montre que les établissements peuvent eux aussi se servir des données relatives aux performances pour améliorer les méthodes thérapeutiques, déceler les domaines où les résultats sont insuffisants et prendre en compte les préférences des malades ou leurs sujets de plainte. On cite souvent l'exemple de la décision prise par le

New York State Health Department, administration de l'État de New York chargée de la santé, de publier les taux de mortalité après pontage aorto-coronarien. Au cours des cinq premières années du programme (1987-1992), le taux de mortalité enregistré à New York a diminué deux fois plus vite que la moyenne nationale. Mais en dépit de cette réussite spectaculaire, peu d'efforts ont été déployés jusqu'à présent pour obtenir des résultats analogues à l'aide de ce procédé, soit pour le pontage aorto-coronarien dans d'autres États, soit pour d'autres types de traitement à New York. Qui plus est, personne ne sait au juste pourquoi cette démarche n'a pas été plus largement adoptée : cela tient-il à un problème de résistance du fait des professionnels, des moyens techniques ou des ressources ?

D'aucuns espéraient que, par le biais du mouvement américain dit parfois de consumérisme éclairé, les mécanismes du marché concurrentiel et le choix individuel pourraient être utilisés pour améliorer les performances. Or, selon un article paru dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) en 1999, les malades/usagers mettent très peu à profit les données relatives aux performances pour prendre leurs décisions en matière de santé, et continuent dans une large mesure à se fier au bouche à oreille. Ce phénomène tient sans doute, entre autres, au fait que la majorité des données publiées sur les performances sont très spécialisées et ne présentent aucune utilité pour la plupart des malades, comme les taux de mortalité après pontage aorto-coronarien.

Toutefois, le fait d'élaborer ce type de données en les adaptant aux usagers, comme celles qui concernent les taux de réussite des actes et traitements courants, est peut-être le moyen le plus efficace de les mettre à la disposition du grand public.

Le renforcement du pouvoir des malades n'est pas seulement « politiquement correct » mais il peut aussi permettre de réduire les coûts et d'améliorer la qualité. Il existe aujourd'hui tout un ensemble d'études qui montrent que des patients mieux informés s'en tirent mieux, choisissent des modalités thérapeutiques moins risquées et évitent les traitements incertains. Voilà qui devrait encore plus nous convaincre que les malades peuvent non seulement faire un usage constructif de données spécialement élaborées pour eux, mais aussi constituer des sources d'information fiables pour l'évaluation des performances.

Autre problème qui se pose est celui des

coûts. Étant donné qu'aux États-Unis les employeurs sont les plus gros acquéreurs de soins de santé, ils ont en principe intérêt à acheter des services de santé ou une couverture médicale qui tiennent compte des performances, ainsi que le pouvoir de le faire. Mais dans les faits, le prix l'emporte sur toutes les autres considérations. Deux études qui, ensemble, ont porté sur plus de 1 500 employeurs de toutes les régions des États-Unis ont montré que ceux-ci ne faisaient qu'un usage limité des données sur les performances, là encore, du moins en partie, parce que la façon dont ces données étaient présentées ne leur permettait pas d'en tirer parti.

La mesure des performances et l'information sur ce sujet ont de toute évidence fait des progrès spectaculaires au cours des 10 dernières années, mais davantage d'efforts s'imposent pour que des évaluations justes et objectives puissent être effectuées, et ce de façon prévisible et crédible. Les indicateurs de performance, qu'il s'agisse de la longueur des listes d'attente ou du traitement sélectionné pour soigner telle ou telle affection, peuvent servir à éclairer le chemin mais leur emploi se heurte à des problèmes non négligeables.

La mesure des performances en est pour l'heure à un stade embryonnaire, et l'on comprend encore mal la façon dont les données obtenues peuvent aider à réaliser des changements, dans quelles conditions et avec quelles conséquences. Des ressources nouvelles seront nécessaires pour développer les moyens requis, surtout dans le domaine des technologies de l'information. Fait très important, les données sur les performances devront présenter un intérêt toujours plus grand afin que l'on puisse cibler des publics divers en fixant des objectifs d'amélioration clairs, mesurables et réalisables. ■

\* Cet article est tiré de la communication de Sheila Leatherman pour la conférence organisée par l'OCDE et le Canada sur le thème « Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE ». Le texte intégral peut être consulté à : [http://www1.oecd.org/els/health/canconf/leatherman\\_bio.htm](http://www1.oecd.org/els/health/canconf/leatherman_bio.htm)

### Références

- Blendon R.J., Schoen C., Donelan K., Osborn R., DesRoches C.M., Scoles K., Davis K., Binns K., Zapert K., « Physicians' View on Quality of Care: A Five-Country Comparison » *Health Affairs*, 20(3) mai-juin 2001.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L., « What is Accountability in Health Care? » *Annals of Internal Medicine*, 124(2) janvier 1996.



# Vies privées

Elettra Ronchi et Anne Carblanc, Direction de la science, de la technologie et de l'industrie de l'OCDE

**Le droit à la vie privée et au secret médical est considéré comme acquis dans les pays de l'OCDE. Or, avec les nouvelles technologies de la génétique, les informations sur un patient peuvent fournir des indices sur la santé et les caractéristiques physiques de toute sa famille, et même sur ses futurs enfants. Alors que l'on cherche à améliorer la performance des données dans le domaine de la santé, existe-t-il des systèmes de protection des données suffisamment solides pour prendre en charge ces nouvelles réalités ?**

L'utilisation des technologies de l'information dans le secteur de la santé a entraîné une croissance rapide des bases de données dans ce domaine. La génomique, la bio-informatique et les technologies de tests génétiques ajoutent encore à cette croissance. Dans la plupart des pays de l'OCDE les données sur la santé et les données génétiques sont actuellement protégées de la même façon que les autres données personnelles ou sensibles. Mais comment peut-on protéger efficacement la vie privée avec ces nouveaux types de données et ces moyens électroniques de traitement et de stockage des informations au niveau mondial ? Le débat ouvert au niveau international suggère que l'on pourrait déjà faire mieux.

Les données génétiques sont généralement couvertes par les lois sur la protection et la confidentialité des données personnelles, combinées dans la plupart des pays avec un recours à une protection constitutionnelle ou à une législation des droits de l'homme. Mais cet arsenal peut ne pas suffire pour couvrir les informations très précises et très détaillées que contiennent les données génétiques et génomiques. L'empreinte génétique d'une personne peut révéler des informations importantes non seulement sur l'individu

concerné mais aussi sur les membres de sa famille, comme par exemple une prédisposition héréditaire au cancer du sein ou à la maladie de Huntington qui pourront avoir ultérieurement une incidence considérable sur son existence, notamment sur le choix d'avoir des enfants et même sur son assurance-vie. C'est pourquoi la protection des données dans ce domaine est une importante question politique.

Il y a plusieurs points à clarifier en ce qui concerne les données personnelles fournies par les tests génétiques, notamment la définition de données personnelles par rapport à la génomique et la distinction entre les données génétiques/génomiques et les autres données sur la santé. D'autres éléments seraient également à préciser : le contexte, l'objectif et les modalités de la collecte de données personnelles génétiques/génomiques (contexte médical, recherche particulière, recherche criminelle etc.) ainsi que les conditions dans lesquelles ces données peuvent être transférées, partagées et communiquées à d'autres fins. Si quelqu'un a accepté de donner son ADN pour une étude sur l'obésité, peut-on se servir ensuite de ce même ADN pour des recherches sur l'asthme ? Et les informations peuvent-elles alors être utilisées à des fins commerciales ?

Il est évident qu'il faut veiller à ce que les données relatives à la structure génétique d'une personne restent privées. La question est de savoir comment. Un consentement donné « volontairement et en toute connaissance de cause » est-il la condition générale qui permet de recueillir, de conserver et d'utiliser ce type de données ? La même condition doit-elle s'appliquer à l'utilisation de ces données dans les domaines de la santé publique, de la sécurité publique ou du commerce ? On doit aussi préciser les conditions, si conditions il y a, dans lesquelles un membre de la famille peut avoir accès à l'information génétique d'un autre membre de la famille. Une autre question demeure : quels sont les droits de l'individu ou même d'une communauté sur les données issues de tests génétiques, une fois que celles-ci ont été recueillies et stockées dans un but précis ? De nombreux centres de recherche et laboratoires privés mettent en place des banques d'ADN portant sur des populations entières. Il semble qu'il n'y ait pas consensus sur la durée de stockage de cet ADN et guère plus sur le type d'information à fournir à ceux qui donnent leur ADN. Une autre question critique est la protection du secret lorsqu'on rapproche bases de données et échantillons biologiques.

Les organismes internationaux et les



## Si quelqu'un a accepté de donner son ADN pour une étude sur l'obésité, peut-on se servir ensuite de ce même ADN pour des recherches sur l'asthme ? Et les informations peuvent-elles alors être utilisées à des fins commerciales ?

organisations professionnelles estiment à une écrasante majorité que la protection de l'identité d'un individu lors de la collecte et du stockage des données est primordiale. Les gens risquent de refuser de se prêter à des tests ou à un traitement s'ils craignent que les résultats ne soient pas totalement confidentiels. Or, si toutes les directives actuelles mentionnent la nécessité de « mesures techniques appropriées » pour protéger les données, on n'est pas encore parvenu à préciser ce que doit recouvrir le terme « appropriées », ni comment cela peut se traduire dans la pratique. Et il y a eu peu de débats sur les conséquences possibles d'un anonymat irréversible des principales données sur la santé, ou pour savoir si cela est vraiment souhaitable. Dans certains cas l'identification d'individus peut être importante, par exemple si une mutation génétique révèle que chez certaines personnes un médicament peut entraîner des effets secondaires avec risque de mort. Il faut aussi définir clairement ce qu'on entend par données anonymes où les sujets sont, au moins en théorie, définitivement non identifiables ; par données codées, où seules les personnes ayant la clé du code peuvent accéder aux informations permettant d'identifier un individu donné ; et ce qu'on entend par données désidentifiées, où l'identité est plus facile à rétablir.

Un rapport de 1997, adressé au Secrétaire à la santé des États-Unis concernant la protection de la vie privée et la recherche sur la santé, dresse un bilan incontournable des questions de sécurité. Il souligne notamment que « la sécurité a des dimensions multiples, le défi particulier du secteur de la santé est d'assurer l'isolement et l'intégrité des données, tout en les maintenant accessibles aux utilisateurs autorisés qui en ont un besoin légitime ».

L'OCDE s'est construit depuis 10 ans une expertise en matière de confidentialité et de protection de la vie privée fondée sur une approche scientifique et normative. Elle a établi en 1980 les principes fondamentaux de la protection des données que de nombreux

pays ont depuis intégré dans leurs législations et réglementations. Elle a aussi mis au point en 1992 et 1997 des lignes directrices concernant la sécurité des systèmes d'information et la politique de cryptographie qui définissent pour les gouvernements les principes de base à prendre en compte lors de l'élaboration de leurs politiques de sécurité ou de cryptographie.

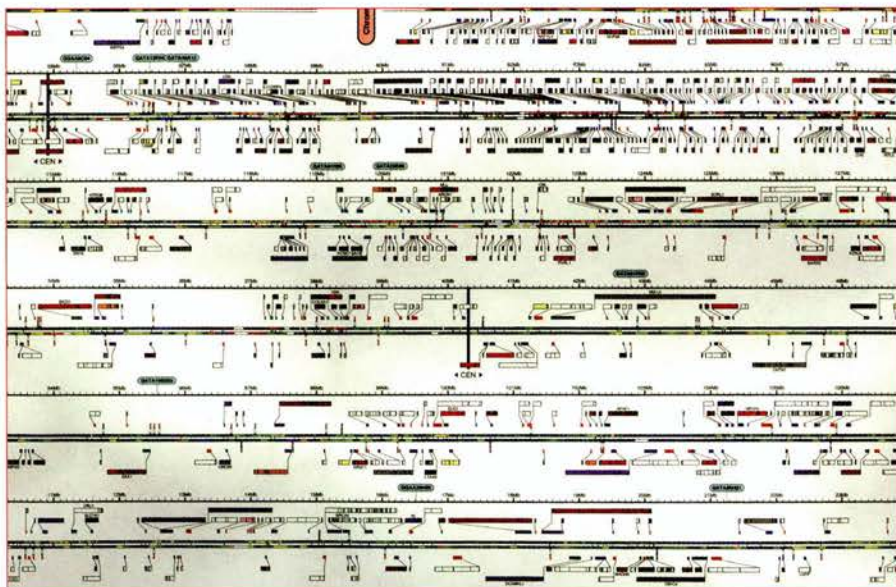
Il s'agit maintenant de déterminer comment les « Lignes directrices régissant la protection de la vie privée et les flux transfrontaliers de données à caractère personnel », les « Lignes directrices régissant la sécurité des systèmes d'information » et les « Lignes directrices régissant la politique de cryptographie » pourraient s'appliquer dans le contexte des tests génétiques. Cela nécessiterait des échanges d'informations sur les moyens disponibles pour protéger la vie privée et assurer une sécurité suffisante. A partir de là, il faudrait établir (sur la base de cet échange d'informations) un guide pratique de l'application des lignes directrices de l'OCDE concernant la protection de la vie privée, la sécurité et la cryptographie pour les données issues des tests génétiques.

Tout ceci a un impact économique dans la mesure où cela peut affecter l'utilisation de l'informatique dans l'analyse des données génomiques, la globalisation et la commercialisation de la recherche en génomique et les améliorations pour la santé qui en découleront. Mais cela pose aussi des questions de société : l'opinion publique craint de plus en plus qu'en l'absence de garanties suffisantes, les données issues des tests génétiques et les bases de données qui s'y rapportent puissent porter atteinte aux droits de l'homme et à la liberté démocratique. La non-adhésion de l'opinion publique risque d'entraver les progrès de la recherche et du développement et les améliorations qui pourraient en découler pour la santé des populations à travers le monde.

Les progrès de la recherche génétique offrent des perspectives de meilleure prévention et de meilleur traitement pour une multitude de problèmes de santé mais si l'on veut pouvoir concrétiser les avantages des nouvelles technologies, il faut que les responsables politiques répondent aux préoccupations de la population en matière de protection de la vie privée. ■

### Références

- *Tests Génétiques : les enjeux du nouveau millénaire*, OCDE, 2000
- *Biological Resource Centres : Underpinning the Future of Life Sciences and Biotechnology*, OECD, 2001
- Voir : <http://www.oecd.org/biotech>



Chef-d'œuvre génétique



## Ce que font les ministres de l'OCDE

Dans tous les pays de l'OCDE, les citoyens veulent savoir s'ils obtiendront les services de santé de qualité dont ils ont besoin, au moment où ils en auront besoin. Ils veulent également savoir s'ils en auront pour leur argent. Les



**Canada**  
• page 23

gouvernements doivent relever le double défi consistant à améliorer la performance des services de santé et à démontrer que des améliorations ont bien été apportées, s'ils veulent préserver la confiance du public dans les systèmes et institutions de santé.



**Finlande**  
• page 24

Dans la section qui suit, cinq ministres de la Santé de pays de l'OCDE ont été invités à répondre à une question sans détours :

« Quelles mesures prenez-vous actuellement pour améliorer la performance des services de santé de votre pays et comment en mesurerez-vous les progrès ? »



**Mexique**  
• page 24

Plusieurs de ces ministres ont participé à la conférence « Être à la hauteur – Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE », qui a eu lieu à Ottawa (Canada), du 5 au 7 novembre 2001.



**N-Zélande**  
• page 25

Les cinq ministres de la Santé ont été l'hôte de la Conférence : Allan Rock, ministre du Canada ; Osmo Soininvaara, ministre de Finlande ; Julio Frenk, ministre du Mexique ; Annette King, ministre de Nouvelle-Zélande et le secrétaire Tommy Thompson des États-Unis.



**États-Unis**  
• page 25

Ils sont représentatifs des différents intérêts des pays membres de l'OCDE. Leurs pays ont des niveaux de prospérité divers, sont de tailles variables et ont des conceptions différentes de l'intervention des secteurs privé et public dans le fonctionnement des systèmes de santé. Ils ont pourtant en commun le souci d'engager des réformes et d'agir pour améliorer les services de santé d'une manière qui soit conforme avec les meilleures pratiques et les exigences du public. Et ils ont vivement à cœur d'apprendre de leurs expériences mutuelles.

## Canada Construire une qualité durable



©Peter Jones/Reuters/MAXPPP

Allan Rock,  
ministre de la Santé,  
gouvernement du Canada

Après avoir réussi à endiguer la tendance à la baisse des déficits financiers, du début vers le milieu des années 1990, les gouvernements canadiens ont pu se concentrer davantage sur les façons d'investir à plus long terme dans nos systèmes de santé naissants.

Au Canada, le régime de soins de santé est administré en grande partie par les gouvernements provinciaux et territoriaux. De son côté, le gouvernement fédéral joue un rôle clé en finançant les soins de santé, en encourageant la recherche en santé et la diffusion des renseignements, en favorisant l'adoption de nouvelles méthodes d'aborder les soins de santé et en mettant en place des technologies d'information modernes. Santé Canada est aussi responsable d'assurer la disponibilité des services de santé, et l'accès à ces services, aux Autochtones qui, de plus en plus, assument la gestion et la prestation de leurs propres régimes de soins de santé.

En 2000, les différents ordres de gouvernement au Canada ont signé une entente historique sur la santé qui a mis en relief une vision commune et des priorités précises visant à renouveler nos services de santé publique subventionnés par l'État. Ces priorités prévoient des mesures visant à permettre aux Canadiens d'avoir plus facilement accès à des services de haute qualité lorsqu'ils en ont besoin, à coordonner les efforts visant à assurer que les professionnels de la santé sont en nombre suffisant et bien répartis sur le territoire, à bâtir sur les succès déjà obtenus dans le cadre de projets pilotes novateurs en soins de santé primaires et à mettre davantage l'accent sur la prévention des maladies et sur la promotion de la santé. Nous allons toujours de l'avant dans l'édification d'une infrastructure pancanadienne de la santé, y compris l'élaboration d'un système des dossiers de santé électroniques et l'amélioration de certaines technologies, comme la télésanté.

Dans le cadre de l'entente, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à rendre compte publiquement de leur administration. Au nombre de ces mesures, on

compte l'élaboration d'un cadre d'évaluation du rendement qui inclut des indicateurs de l'état de santé. Ces indicateurs portent, par exemple, sur l'espérance de vie, sur les résultats pour la santé, dont des conséquences réduites dues aux maladies et sur la qualité des soins de santé, comme la satisfaction des clients et les taux de réadmission à un hôpital.

Les gouvernements au Canada ont convenu de rédiger des rapports dans tous ces secteurs et de mettre au point des procédures qui permettront à des tiers d'effectuer la vérification de ces rapports de façon professionnelle et indépendante. Les premiers de ces rapports seront rendus publics en septembre 2002. L'entente engage aussi les gouvernements du Canada à fournir régulièrement par la suite des rapports complets sur les programmes et les services de santé qu'ils administrent.

Nous sommes aussi conscients de la dimension internationale des questions de santé et de la valeur qui existe à échanger nos expériences et nos connaissances avec d'autres pays. Le fait que nous soyons l'hôte de la Conférence de l'OCDE, intitulée *Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé*, en novembre, à Ottawa, fait foi de notre engagement. Après tout, dans le contexte de l'économie mondiale où nous vivons, les politiques liées à la santé sont l'affaire de tous. ■

### Canada

Dépenses de santé par habitant en \$USPPA, 1998 : 2 360 \$

Dépenses de santé en % du PIB, 1998 : 9,3 %

Financement public en % des dépenses totales, 1998 : 70,1 %

Nombre de médecins pour 1 000 habitants, fin des années 1990 : 2,1

Nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, 1998 : 4,1

Espérance de vie pour les femmes, 1998 : 81,5 ans

Espérance de vie pour les hommes, 1998 : 76,1 ans



# Finlande

## Mieux que la norme



Osmo Soininvaara,  
ministre de la Santé et des  
Affaires Sociales, Finlande

En Finlande, ce sont les 448 municipalités qui assurent les services sociaux et les services de santé. Notre système décentralisé semble être d'un bon rapport qualité-prix.

En effet, selon les sondages internationaux, les Finlandais sont plus satisfaits de leurs soins de santé que les citoyens de nombreux autres pays. Et ce alors que la part du PNB consacrée aux services de santé est parmi les plus faibles de l'Union européenne. La tendance actuelle privilégie les soins ambulatoires pour l'ensemble des services de santé. Depuis une réforme majeure intervenue en 1993, le gouvernement ne gère plus le système par des normes et des directives mais par des lois, des incitations financières et la gestion de l'information.

Dans les années 1990, la récession nous a obligés à procéder à des coupes franches dans le secteur public. Ce qui s'est notamment traduit par une augmentation rapide de la

productivité du système de santé. On peut même dire que son efficacité technique a atteint un niveau remarquable, à tel point qu'il est difficile d'identifier ce que l'on pourrait encore améliorer. Dorénavant notre objectif sera donc de réaliser une répartition plus efficace des ressources. Employons-nous la bonne méthode ? Quelles sont les priorités et comment faut-il organiser la division des tâches entre les différentes organisations et à l'intérieur de celles-ci ?

Les limites financières qui s'imposent au secteur public, le vieillissement de notre population et la pénurie de main-d'œuvre qui se dessine vont lourdement peser sur le service de santé. Le gouvernement a lancé un projet national de santé dont l'objectif est de déterminer les réformes nécessaires pour assurer l'avenir des services de santé finlandais. Il s'agit surtout d'améliorer leur performance et leur efficacité, ainsi que la répartition des ressources et le financement des soins de santé. Un premier rapport d'étape est prévu dès mars 2002.

Il est aujourd'hui évident que pour évaluer correctement le système, il faut disposer d'informations plus détaillées et plus à jour. Aux mesures traditionnelles comme le rapport coûts/avantages et d'autres facteurs relatifs au budget, il est désormais important d'ajouter des données sur la disponibilité des services et du personnel, ainsi que sur les temps d'attente. ■

### Finlande

Dépenses de santé par habitant en \$USPPA, 1998 : 1 510 \$  
Dépenses de santé en % du PIB, 1998 : 6,9 %  
Financement public en % des dépenses totales, 1998 : 76,3 %  
Nombre de médecins pour 1 000 habitants, fin des années 1990 : 3,1 médecins  
Nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, 1998 : 7,8 lits  
Espérance de vie pour les femmes, 1998 : 80,8 ans  
Espérance de vie pour les hommes, 1998 : 73,5 ans

« Quelles mesures prenez-vous la performance des services de comment en mesurerez-vous

# Mexique

## Une croisade nationale



Julio Frenk,  
secrétaire à la Santé, Mexique

Le système de santé mexicain se trouve face à des enjeux complexes. Le pays a accumulé un retard épidémiologique. En même temps, il se trouve confronté à des problèmes nouveaux tels que des maladies non-transmissibles courantes dans les pays développés comme les cardiopathies et le diabète. La qualité des soins est un autre défi. On se plaint beaucoup des longues attentes dans les services ambulatoires et de la pénurie de médicaments. Enfin, les problèmes financiers que posent les soins de santé sont une lourde charge à gérer pour l'État.

Plusieurs stratégies ont été mises en œuvre. Des programmes d'accès aux services de santé de base ont été ouverts pour les pauvres afin de pouvoir réduire le retard sanitaire. Pour les problèmes nouveaux, la stratégie consiste à définir clairement les priorités, à promouvoir des

modos de vie sains et à assurer une détection précoce des maladies non-transmissibles. La Croisade nationale pour la qualité des services de santé vise à améliorer la qualité par la définition de codes de pratique pour les professionnels de santé, par l'application de lignes directrices cliniques dans les établissements publics, et par l'homologation des professionnels et des établissements de santé. Pour assurer une protection financière contre les coûts de la maladie, le Programme national de santé a préconisé la création d'un régime d'assurance populaire et le développement simultané de la sécurité sociale et des régimes prépayés pour les secteurs de la population qui peuvent en assumer les frais.

Le Mexique est en train d'acquiescer une nouvelle culture citoyenne. La société exige de plus en plus d'être informée par les institutions publiques sur leurs activités. Pour répondre à cet impératif, le Ministère de la santé rendra désormais compte des performances du système de santé à la population, à la Conférence nationale de la santé, au Parlement (via la Commission parlementaire de la santé), au secteur de la santé et à la Fédération via des rapports au Conseil sanitaire national et au Conseil national de la santé. Enfin, l'administration complètera ses outils de gestion par des enquêtes régulières d'opinion dont les résultats seront largement diffusés par la presse et les médias électroniques. ■

### Mexique

Dépenses de santé par habitant en \$USPPA, 1998 : 419 \$  
Dépenses de santé en % du PIB, 1998 : 5,3 %  
Financement public en % des dépenses totales, 1998 : 48 %  
Nombre de médecins pour 1 000 habitants, fin des années 1990 : 1,7 médecins  
Nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, 1998 : 1,1 lits  
Espérance de vie pour les femmes, 1998 : 77 ans  
Espérance de vie pour les hommes, 1998 : 72,4 ans



actuellement pour améliorer santé de votre pays et les progrès ? »

## Nouvelle-Zélande Les outils du progrès



Annette King,  
ministre de la Santé, Nouvelle-Zélande

La Stratégie sanitaire de la Nouvelle-Zélande (NZHS) que j'ai lancée en décembre 2000 fournit le cadre qui doit permettre à notre service public de santé de répondre aux besoins de notre population. Elle définit le contexte dans lequel doit fonctionner le secteur de la santé, notamment le ministère de la santé et les autorités sanitaires de district (District Health Boards – DHB) nouvellement créées. Elle établit les principes qui doivent guider l'action et fixe les objectifs face aux problèmes prioritaires.

Treize secteurs de santé publique ont été retenus comme prioritaires à court et moyen terme. Pour aider les DHB, le ministère a établi une série de fiches-outils à raison d'un jeu par secteur prioritaire. Ces fiches proposent des informations de base et des précisions ou des indications sur les traitements ou interventions qui auront le maximum d'impact sur la santé

publique. Ces fiches-outils ont été établies par le ministère avec la coopération de groupes d'experts des milieux universitaire, hospitalier et associatif. Nous prévoyons de les mettre à jour tous les six mois.

Tous les DHB ont signé avec le ministre de la santé des conventions de responsabilité pour les secteurs prioritaires définis dans la Stratégie. Le ministère mettra au point avec les DHB des indicateurs appropriés reflétant l'objectif des fiches. Ces indicateurs seront repris dans les conventions de responsabilité. La loi prévoit par ailleurs que le ministère de la santé présente au Parlement un rapport annuel sur l'état d'avancement de l'application de la Stratégie.

Les 13 objectifs prioritaires de santé publique sont les suivants : réduction du **tabagisme** ; amélioration de la **nutrition** ; réduction de l'**obésité** ; accroissement de l'**activité physique** ; réduction du taux de **suicides** et des tentatives de suicide ; réduction des dégâts causés par l'**alcool** et la **drogue** ; réduction de l'incidence et des conséquences du **cancer** ; réduction de l'incidence et des conséquences des **maladies cardio-vasculaires** ; réduction de l'incidence et des conséquences du **diabète** ; amélioration de la **santé bucco-dentaire** ; réduction de la **violence relationnelle** dans la famille, à l'école et dans la collectivité ; amélioration de l'état de santé des personnes atteintes de **pathologies mentales graves** ; et enfin, accès à des services appropriés de **santé infantile**. ■

### Nouvelle-Zélande

Dépenses de santé par habitant en SUSPPA, 1998 : 1 440 \$  
Dépenses de santé en % du PIB, 1998 : 8,1 %  
Financement public en % des dépenses totales, 1998 : 77 %  
Nombre de médecins pour 1 000 habitants, fin des années 1990 : 2,3 médecins  
Nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, 1998 : 6,2 lits  
Espérance de vie pour les femmes, 1998 : 80,4 ans  
Espérance de vie pour les hommes, 1998 : 75,2 ans

## États-Unis Un accès abordable



Tommy G. Thompson,  
secrétaire à la Santé et aux  
Affaires Sociales, États-Unis

Depuis mon arrivée le 1er février au Département de la santé et des affaires sociales (HHS), je m'attache à rapprocher mon administration de ses clients – la population américaine – afin de répondre plus efficacement et plus rapidement à leurs besoins. La santé et le bien-être de notre société représentent une mission importante que nous nous efforçons de remplir avec énergie et dévouement.

C'est pourquoi nous avons réduit la paperasse administrative et travaillons en plus étroite collaboration avec les différents États pour financer des programmes innovants qui leur permettent d'offrir une assurance maladie à une partie de leurs populations les plus vulnérables. Ce qui a permis à plus d'un million d'Américains à faibles revenus d'accéder à des soins de qualité. Nos Centres de services pour Medicare et Medicaid qui administrent Medicare (notre régime d'assurance-maladie des personnes âgées) se mobilisent pour assurer à

des millions d'Américains âgés et défavorisés le paiement de leurs frais médicaux dans un délai raisonnable et à moindre coût. Sous l'impulsion du Président Bush, nous avons entrepris de moderniser et de renforcer Medicare et d'y ajouter la prise en charge des médicaments sous ordonnance.

Nous avons également lancé à l'échelle nationale des initiatives en faveur des dons d'organes et de la prévention. Parallèlement nous avons augmenté sensiblement le financement des Instituts nationaux de la santé qui regroupent les plus importants laboratoires nationaux de recherche médicale. Le budget proposé par le Président dispose d'importants crédits pour les Centres de santé communaux qui s'occupent des plus défavorisés. Les services de santé des minorités et des femmes figurent aussi parmi nos priorités. Et nous continuons à renforcer le programme lancé par le Président contre le bioterrorisme.

Fondamentalement, nous travaillons pour assurer à la population américaine un accès facile à des soins de qualité et à un coût raisonnable. Nous nous mobilisons pour que la recherche médicale qui a permis au cours du siècle dernier des avancées considérables des thérapies et des traitements, se renforce encore dans les prochaines décennies. La recherche et l'innovation dans le domaine médical et une meilleure réponse aux besoins sont pour nous une vocation et un défi. Nous entendons répondre à cette vocation et relever le défi dans l'intérêt de tous nos citoyens. ■

### États-Unis

Dépenses de santé par habitant en SUSPPA, 1998 : 4 165 \$  
Dépenses de santé en % du PIB, 1998 : 12,9 %  
Financement public en % des dépenses totales, 1998 : 44,8 %  
Nombre de médecins pour 1 000 habitants, fin des années 1990 : 2,7 médecins  
Nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, 1998 : 3,7 lits  
Espérance de vie pour les femmes, 1998 : 79,4 ans  
Espérance de vie pour les hommes, 1998 : 73,9 ans



The  
**Banker**

THE BENCHMARK

LES

**4000**

**MEILLEURES BANQUES  
MONDIALES À PORTÉE  
DE LA MAIN**

Consultez notre base de données en ligne de plus de 4.000 banques avec ses chiffres et ses statistiques sur les trois dernières années.

- Interrogez les données pour obtenir les informations qu'il vous faut pour diriger plus efficacement votre entreprise
- Visualisez nos classements mensuels, avant même la sortie du magazine
- Évaluez la performance de vos concurrents à l'aide de nos données interactives.

Prix de l'abonnement: €5000

Pour en savoir plus ou pour passer votre commande, visitez notre site web au [www.thebanker.com](http://www.thebanker.com)



# Soins de longue durée : un défi complexe

Naoki Ikegami, Département de politique et de gestion de la santé, École de médecine de l'Université de Keio  
 John P. Hirdes, Département d'études sur la santé et de gérontologie de l'Université de Waterloo  
 Iain Carpenter, Centre d'études des services de santé de l'Université du Kent

Les soins de longue durée posent un problème particulièrement épineux aux responsables de la santé car ils sont très étroitement associés à d'autres domaines des politiques publiques comme le logement et la sécurité sociale. Pourtant, c'est un secteur de plus en plus important des soins de santé. Des indicateurs de qualité peuvent aider à améliorer la situation.

Qu'entend-on exactement par soins de longue durée ? La définition qu'en a donné l'Institut de médecine de Washington D.C. en 1986 est un bon point de départ : « divers services sociaux et de santé fournis à des individus qui ont besoin d'une aide continue en raison d'une incapacité physique ou mentale. Les services peuvent être dispensés dans une institution, à la maison ou dans un centre communal. Ils comprennent aussi bien les services informels rendus par des membres de la famille ou des amis que les services formels assurés par des professionnels ou des organismes ». Cette définition donne quelques pistes sur les raisons pour lesquelles l'intégration complète des soins de longue durée dans le système de sécurité sociale a été difficile.

La première raison repose sur les difficultés rencontrées pour déterminer ce qui est de la responsabilité du secteur public et ce qui relève de la sphère privée. De toute évidence, les soins à administrer à une femme âgée, seule, pauvre et dépendante devraient relever du secteur public. Mais si son mari est vivant, ou si elle a de l'argent en banque, a-t-elle encore droit au service public ? En outre, pour la plupart des soins intensifs aux personnes âgées prodigués par des membres de la famille, l'offre de services formels ne risque-t-elle pas d'inciter les familles à cesser leurs soins ?

Le coût est évidemment une autre source de préoccupation mais la création d'un dispositif

de sécurité sociale distinct pour la prise en charge des soins de longue durée pourrait ne pas être aussi coûteuse que certains le craignent. Pour commencer, comparée à l'ensemble des soins de santé, l'affectation de ressources à la prise en charge de longue durée devrait être plus facile parce que les besoins ne changent pas aussi rapidement et que la technologie coûteuse n'y a pas autant d'importance. De plus, les personnes âgées préfèrent souvent être soignées par leur famille ou des amis. Au Japon, lors de la première année d'application du programme d'assurance des soins de longue durée, les dépenses ont été inférieures de plus de 10 % aux prévisions.

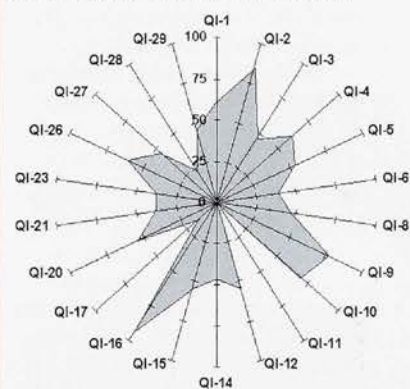
Les soins de longue durée posent problème aux décideurs, car ils font intervenir les secteurs médical, social et du logement sans que des critères bien définis permettent de distinguer les responsabilités des uns et des autres.

Avec le vieillissement mondial de la société, il faudrait repenser le partage des responsabilités public/privé. Il reviendra notamment aux pouvoirs publics d'assurer l'accès équitable à un ensemble standard de services de soins de longue durée et d'en garantir la qualité.

Il est donc capital de pouvoir effectuer des mesures. La qualité des soins de longue durée repose sur trois points : l'affectation avec laquelle les membres de la famille prodiguent les soins, le confort apporté par l'industrie de

## Une qualité inégale

Radars des indicateurs de qualité évalués en % par rapport aux hôpitaux de l'Ontario pour les maladies chroniques, 1995.



En matière de santé, aucune infrastructure, aussi excellente soit-elle, n'a de bons résultats dans tous les domaines. Dans le graphique présenté ci-dessus, figurent les indicateurs de qualité d'un établissement évalué en pourcentage par rapport à l'ensemble des hôpitaux de l'Ontario pour les maladies chroniques. Plus la valeur d'un indicateur est loin du centre du cercle sur chaque rayon (zone grisée) plus il y a d'hôpitaux dont le service concerné est de bonne qualité. C'est ainsi que pour l'indicateur de qualité QI 16 qui mesure les cas de déshydratation, ces hôpitaux sont bien classés mais pour QI 17 mesurant le nombre de malades alités, ces hôpitaux sont très mal placés. Avec les indicateurs de qualité on peut contrôler et comparer les points forts et les points faibles de chaque établissement.

services et la compétence professionnelle du personnel. Ce dernier aspect n'a pas reçu toute l'attention qu'il mérite. Il faut savoir que l'état de santé des bénéficiaires de soins de longue durée ne se dégrade pas de façon continue et irréversible. La qualité de vie de ces personnes et de ceux qui s'en occupent de façon informelle peut être améliorée : les accidents (tels que les chutes) supprimés, le déclin



ralenti et l'hospitalisation évitée si des soins appropriés sont dispensés.

Pour mesurer la compétence professionnelle des personnes qui dispensent les soins, au moins trois séries d'outils sont nécessaires : des moyens d'évaluation fiables et solides, une base de données regroupant les résultats des évaluations et des méthodes statistiques pour évaluer la qualité. Pour la première série d'outils, la mise au point du « Minimum Data Set » (MDS, ensemble minimum de données) aux États-Unis dans les années 1980, représente un progrès considérable pour le contrôle et l'amélioration de la qualité des soins. Il fournit des informations précises sur l'état de santé fonctionnel, cognitif et émotionnel du patient ainsi que sur les soins prodigués dans un cadre institutionnel.

Ce système est né du besoin de procéder à une évaluation uniforme et complète s'appuyant sur des critères stricts de fiabilité et de pertinence. Le MDS a été imposé dans pratiquement tous les établissements de soins des États-Unis dès 1991 et dans les hôpitaux/unités de soins complexes continus de l'Ontario à partir de 1996. Il a été traduit et validé dans plus de 20 pays. De plus, son utilisation a amélioré la qualité des soins.

Les évaluations MDS ont permis d'élaborer des indicateurs de qualité (IQ) comme ceux qu'ont développé David Zimmerman et al. (Voir références.) Ils portent entre autres sur la

fréquence des nouvelles fractures, les symptômes comportementaux et la déficience intellectuelle mais aussi sur des indicateurs tels que la déshydratation, les modifications d'amplitude des mouvements, la perte de poids et le recours aux moyens de contention ou à l'hypnose.

Une version Soins à domicile (MDS-HC) et une version Santé mentale (MDS-MH) ont été développées par InterRAI, une organisation internationale à but non-lucratif rassemblant des chercheurs et des cliniciens. Ces instruments ont en commun des éléments d'évaluation essentiels de sorte que les soins peuvent être dispensés partout tout en adaptant certains éléments pour répondre aux besoins spécifiques de chaque individu. Par exemple, le MDS-HC comporte des éléments sur le soutien informel, la capacité à effectuer des tâches ménagères, l'adhésion à des programmes de soins etc...

Une méthodologie statistique a été mise au point pour contrôler la qualité des établissements de soins sur un territoire donné. Cependant, les comparaisons entre pays posent des problèmes. Et il faut faire des ajustements pour tenir compte des différences d'état de santé entre les patients nouvellement admis ainsi que des différences du rythme de détérioration de l'état de ceux qui sont déjà sur place. Il faut aussi constituer de grandes bases de données. Une étude effectuée à partir

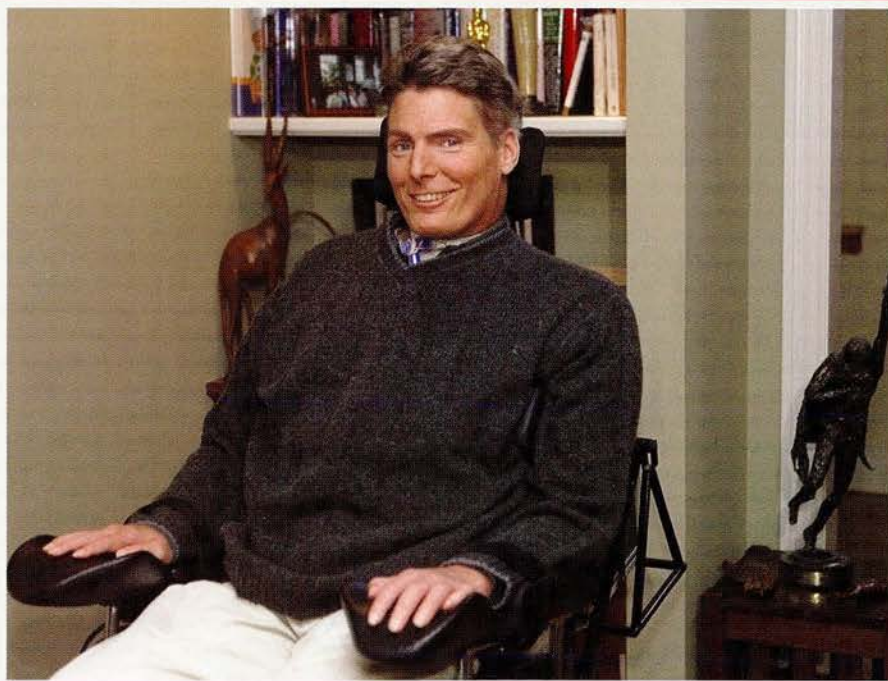
de données MDS provenant du Danemark, d'Italie, d'Islande, du Japon et des États-Unis montre qu'aucun pays ne se démarque franchement pour tous les indicateurs utilisés. Et ce même lorsqu'on évalue des sous-groupes de patients et que l'on corrige pour prendre en compte les problèmes de dépendance physique et de déficience intellectuelle.

Cinq indicateurs ont été employés pour l'évaluation de la qualité : les chutes de patients au cours du mois précédent, la présence d'escarres, l'incontinence fécale, le recours aux moyens de contention, l'engagement social et les relations avec autrui. Les États-Unis arrivent en tête ou en second pour la fréquence des chutes et le recours à la contention dans tous les sous-groupes évalués, mais ils présentent le plus faible pourcentage de résidents n'ayant pas ou peu d'activité sociale. L'Italie a le taux le plus élevé d'incontinence fécale. En Islande et au Japon les escarres sont quasiment inexistantes.

Des indicateurs de qualité plus sophistiqués ont été récemment mis au point pour les soins institutionnels et les soins à domicile. Pour ces derniers, les résultats provisoires des centres médico-sociaux de l'Ontario (Ontario Community Care Access Centres – CCAC) fonctionnant comme guichet unique d'accès aux services sociaux et institutionnels, montrent qu'il y a des différences importantes dans la pratique. Par exemple, les taux de

## Man et Superman

Pour toute une génération de cinéphiles, Christopher Reeve était l'incarnation hollywoodienne de Superman, le héros de bande dessinée. Mais depuis qu'il est paralysé à la suite d'une blessure à la moelle épinière alors qu'il participait à un concours hippique en 1995, il consacre une grande partie de son temps à essayer de rendre la vie des handicapés plus facile. « Vous n'êtes pas défini par votre handicap ». C'est le message qu'il adresse à ses compagnons d'infortune. Depuis 1999, il est Président du conseil d'administration de la Fondation Christopher Reeve des paralysés (CRPF), organisation américaine qui finance la recherche de traitements efficaces des paralysies dues à des lésions de la moelle épinière et autres troubles du système nerveux central. La Fondation octroie également des subventions destinées à améliorer la qualité de la vie des handicapés. Christopher Reeve a aujourd'hui repris son métier d'acteur. Il joue notamment le premier rôle, celui d'un homme astreint au fauteuil roulant, dans un remake pour la télévision du classique *Fenêtre sur cour* d'Alfred Hitchcock.



© Sygma/Patrick Robert



traitement inadéquat de la douleur des usagers de ces centres peuvent s'inscrire dans un rapport de 1 à 2,6. Et presque 47 % des patients sont concernés.

La méthodologie utilisée pour évaluer la qualité des soins de longue durée est maintenant au point. Si les mesures de qualité pouvaient se combiner avec le remboursement sur la base de barèmes croisés, le système serait encore plus efficace. Par exemple, la présence d'escarres se traduirait par un relèvement des sommes versées à un établissement en raison du coût plus élevé des soins mais cela devrait aussi entraîner le signalement de cet établissement pour mauvaise qualité de soins. Autrement dit, l'utilisation des données MDS pour contrebalancer certains effets permettrait des évaluations plus précises. De tels systèmes sont utilisés en Ontario et ont été validés en Suède, au Japon, au Royaume-Uni, en Finlande et en Espagne après l'expérience des États-Unis. Medicare utilise MDS pour calculer son prix de journée versé aux établissements de soins.

Les décideurs doivent avoir conscience qu'il faut un investissement initial pour former des cliniciens capables d'utiliser ces instruments, tout comme des administrateurs chargés d'analyser les bases de données. Les soins de longue durée méritent une plus grande attention et le fossé qui sépare les professionnels de la santé de ceux des services sociaux reste toujours à combler. ■

#### Références

- Carpenter, G.I., Hirdes, J.P., Ribbe, M.W., Ikegami, N., Challis, D., Steel, K., Bernabei, R., Fries, B. : « Targeting and quality of nursing home care. A five-nation study », *Aging Clinical and Experimental Research* 11(2): 83-89, 1999.
- Ikegami, N., « Population ageing and impact on the organisation, delivery and financing of long-term care : An innovative approach from Japan », 2001. <http://www.chera.ca/program.html>
- Morris, J.N., Murphy, K., Nonemaker, S., « Long Term Care Facility Resident Assessment Instrument (RAI) », User's Manual for Version 2.0, *Health Care Financing Administration*, 1995.
- Zimmerman, D., Karon, S., Arling, G., Clark, B., Collins, E., Ross, R., Sainfort, F., « The development and testing of nursing home quality indicators », *Health Care Financing Review*, 16, 107-128, 1995.
- *Pour un monde solidaire*. Le nouvel agenda social, OCDE, 1999.

# Quels patients sont les moins bien lotis ?

Angela Coulter, Directeur général du Picker Institute Europe

**Lorsqu'il s'agit de comparer leurs soins de santé, une forte rivalité tend à voir le jour entre les pays de l'OCDE. Qu'en pensent les patients ? Une enquête récente permet de dégager des points communs intéressants tout comme des disparités.**

Les soins centrés sur le patient sont le dernier cri en matière de politique de santé. Cela fait quelques années que l'on cherche à rendre les services de santé plus réceptifs aux besoins de ceux à qui ils s'adressent. Mais aujourd'hui on met davantage l'accent sur la réalisation d'enquêtes auprès des patients pour recueillir leur avis et intégrer les résultats dans les dispositifs de mesure des performances. Ces enquêtes donnent-elles les résultats espérés ?

Le Picker Institute a acquis une expérience assez conséquente en la matière. Nous procédons à des enquêtes soigneusement conçues pour recueillir des données précises sur l'expérience des patients concernant certains aspects spécifiques des soins qu'ils ont reçus. Les questions portent sur l'information et la communication, la coordination des soins, le respect des préférences du patient, le soutien émotionnel, le confort matériel, et l'implication de la famille et des amis. Nous demandons aux patients si certains processus et événements sont survenus ou non à un moment particulier des soins. En d'autres termes, nous voulons savoir si telle ou telle situation a eu lieu ou non. Par exemple, si les patients savaient quel était le médecin responsable de l'ensemble de leurs soins. Ces enquêtes sont menées dans des établissements hospitaliers depuis 1987 aux États-Unis et depuis 1997 en Allemagne, en Suède, en Suisse et au Royaume-Uni.

L'analyse des résultats récents fait apparaître de nombreux problèmes communs et d'importantes disparités dans

la qualité des soins hospitaliers de ces pays.

Dans tous les pays, les problèmes qui reviennent le plus souvent concernent la communication sur les aspects cliniques : information insuffisante au service des urgences, information insuffisante sur les examens et les traitements, et manque de participation des patients aux décisions concernant leur traitement. (Voir graphique.)

Les différences d'ampleur des problèmes signalés selon les pays sont frappantes. D'une manière générale, de notre point de vue, un problème dont l'incidence dépasse 20 % doit retenir l'attention. Les enquêtes suisses n'ont fait apparaître des résultats supérieurs à 20 %

**Les résultats de l'enquête montrent qu'il existe des problèmes dans tous les établissements hospitaliers étudiés. Ce sont d'ailleurs les mêmes problèmes qui se placent partout en tête de liste.**

que dans sept cas sur 44 problèmes possibles. En Allemagne, le chiffre est de 15 sur 44 ; en Suède il est de 18 sur 41 (trois questions ne figuraient pas dans les enquêtes suédoises) et aux États-Unis, il est de 20 sur 44. C'est au Royaume-Uni que le chiffre est le plus élevé avec 24 sur 44, en réponse à des questions spécifiques telles que celle de savoir si les patients ont reçu suffisamment d'informations sur ce qu'ils devaient faire



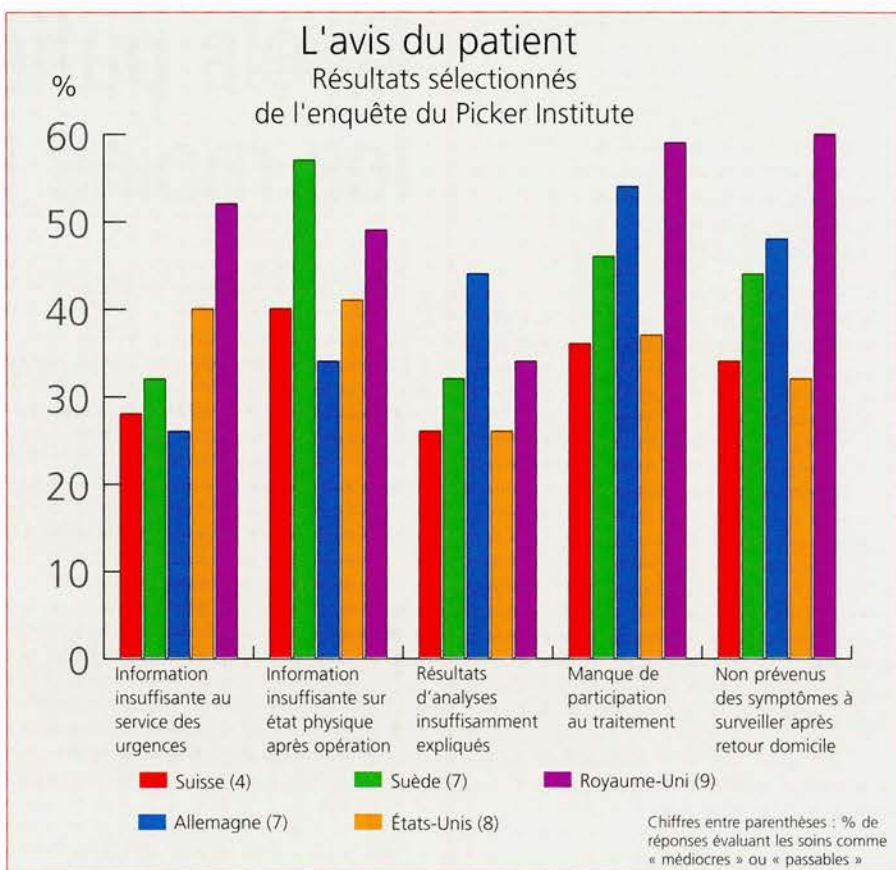
pour s'occuper de leur santé après leur sortie de l'hôpital. Mais lorsqu'on leur a demandé de noter la qualité globale des soins reçus, seulement 9 % des patients britanniques interrogés l'ont jugée « médiocre » ou au mieux « passable ». (Voir graphique.)

Il faut être très prudent lorsqu'on entreprend des comparaisons internationales avec ces chiffres. Nous avons fait le maximum pour que nos questionnaires soient interprétés de la même façon dans les différents pays. Mais les attentes des patients diffèrent selon le pays et peuvent être à l'origine de certaines disparités. Un autre facteur appelle à la prudence : à l'exception des États-Unis, seul un faible nombre d'établissements hospitaliers a fait l'objet de l'enquête dans chaque pays, les résultats ne sont donc pas forcément représentatifs.

Cela dit, il ressort clairement des enquêtes qu'il y a des problèmes dans tous les établissements hospitaliers étudiés. Les mêmes problèmes se placent partout en tête de liste, comme par exemple le manque d'information donnée aux patients sur ce qu'ils devaient faire pour s'occuper de leur santé après leur sortie de l'hôpital. Mais les taux varient d'un pays à l'autre, les meilleurs résultats étant ceux de la Suisse et les moins bons ceux du Royaume-Uni.

La plupart des enquêtes tendent à demander aux patients de donner une note de satisfaction au traitement dont ils ont bénéficié. Au Picker Institute, notre démarche consiste à poser des questions factuelles sur des événements ce qui facilite l'interprétation des résultats. Après tout, devoir attendre plus de 15 minutes après avoir sonné que quelqu'un vienne vous apporter de l'aide est un fait, pas une opinion. Ces enquêtes sont par conséquent beaucoup plus utiles lorsqu'il s'agit d'établir des priorités pour améliorer la qualité, puisqu'elles peuvent aider à mettre le doigt sur les problèmes et à identifier une solution précise. Il est intéressant de remarquer que peu de patients ont un jugement critique lorsqu'on leur demande de noter la qualité globale des soins, même si leurs réponses à des questions précises en donnent une image négative.

Nos enquêtes confirment que les patients veulent souvent recevoir plus d'informations qu'on ne leur en donne et qu'une proportion importante souhaiterait prendre une part plus active à leurs soins. Il ne fait donc pas de doute qu'il y a maintenant des efforts à entreprendre dans ce sens.



Les enquêtes nous en disent également plus sur les problèmes systémiques. L'une des raisons des différences observées entre, par exemple, la Suisse et le Royaume-Uni, est peut-être l'insuffisance de personnel dans les établissements hospitaliers britanniques. C'est un facteur qui saute aux yeux, car les patients britanniques interrogés ont été sept fois plus nombreux à signaler des problèmes de disponibilité des médecins (30 %) que les patients suisses (4 %), et 15 fois plus à signaler le même problème pour les infirmières (30 % contre 2 % en Suisse). Bien entendu, la Suisse dépense près de deux fois plus par habitant pour la santé. Mais il se peut aussi que les hôpitaux suisses attachent davantage d'importance à l'amélioration de la qualité du vécu des patients. Tous les établissements hospitaliers suisses sont en effet aujourd'hui tenus de mener des enquêtes régulières de satisfaction auprès de leurs patients, alors que ce n'est qu'à partir de 2002 que l'Angleterre devra mettre en place des enquêtes annuelles.

Savoir qu'un problème survient dans votre

hôpital ou dans votre service peut être un motif de changement. Les comparaisons entre pays, entre établissements ou même entre les services d'un même établissement peuvent aussi fournir des repères utiles pour juger des progrès réalisés. Les institutions qui chargent le Picker Institute d'enquêtes sont encouragées à comparer leurs propres résultats aux meilleurs qui se dégagent de nos enquêtes en Europe et aux États-Unis, ce qui leur donne un objectif vers lequel tendre. Ils peuvent alors essayer de dépasser les meilleurs et, dans la mesure où les résultats sont rendus publics, ils peuvent constituer un levier particulièrement puissant pour le changement.

### Note méthodologique

Les enquêtes dont il est question ici ont été élaborées principalement aux États-Unis. Les questionnaires utilisés dans les quatre pays d'Europe étaient, pour l'essentiel, des traductions directes des questionnaires américains qui ont été ensuite testés auprès de certains patients pour voir s'ils étaient adaptés sur le plan culturel et linguistique et si la



signification des questions était comparable dans tous les pays. Les modifications jugées nécessaires y ont alors été apportées. Les réponses ont été converties en données chiffrées indiquant le pourcentage de patients ayant donné une réponse de non-satisfaction à chacune des questions précises.

Les données sont issues d'enquêtes par correspondance effectuées dans chacun des pays sur des hôpitaux de soins graves. Les questionnaires ont été adressés au domicile des patients dans le mois qui a suivi leur sortie de l'hôpital. L'analyse s'est limitée aux données recueillies auprès de patients hospitalisés au cours d'une période de 12 mois dans chacun des pays. Les questionnaires ont été remplis par 2 249 patients de cinq hôpitaux au Royaume-Uni, 7 163 de neuf hôpitaux en Suisse, 2 663 de six hôpitaux en Allemagne, 3 274 de neuf hôpitaux en Suède et 47 576 de 272 hôpitaux aux États-Unis. Les taux de réponse ont varié mais dans tous les cas ils ont été supérieurs à 50 %. ■

#### Références

- Cleary, P.D., Edgman-Levitan, S., Walker, J.D., Gerteis, M. et Delbanco, T.L., « Using patients reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals », *Quality Management in Health Care* ; Vol. 2, 1993.
- Coulter, A. et Cleary, P., « Evaluer les expériences des patients : comment mettre les systèmes de santé au service des patients ? » Présentation à la Conférence de l'OCDE à Ottawa : <http://www1.oecd.org/els/pdfs/HEAOTTDOCA010.pdf>
- *Eco-santé OCDE 1998 : Analyse comparative de 29 pays*, 1998.
- Consulter le site [www.pickereurope.org](http://www.pickereurope.org)

## Une aide professionnelle



© The Film Production Company/ The Kobal Collection

Les patients n'ont pas toujours confiance dans les professionnels de santé, infirmières ou médecins. Comment peut-on être sûr qu'on vous donne la bonne dose de l'analgésique voulu lorsqu'on n'est pas en état d'en discuter du fond de son lit d'hôpital ? La réponse de certains patients aux États-Unis a consisté à « amener sa propre infirmière ». De plus en plus, les patients recrutent eux-mêmes une infirmière pour surveiller leurs soins, ou au moins une garde-malade, dans la crainte que le personnel hospitalier débordé ne soit pas en mesure d'assurer un service suffisant. Ce n'est peut-être pas remboursé par l'assurance maladie, mais au moins cela tranquillise.

Image du film *Carry On Again Doctor*, 1979

## Le Projet OCDE sur la santé

Le Projet OCDE sur la santé a été lancé en 2001 et doit s'étendre sur trois ans. Il s'agit de mesurer et d'analyser les performances des systèmes de santé des pays de l'OCDE et les facteurs qui affectent ces performances, l'objectif étant d'aider les responsables à formuler des politiques efficaces pour améliorer les systèmes de santé.

Le Projet sur la santé comporte quatre grands volets. Premièrement, les performances des systèmes de santé seront mesurées et analysées, ce qui implique la collecte de données plus fiables sur les ressources, les activités et les prix, et l'établissement d'estimations plus précises sur la productivité du travail. Deuxièmement, on

tentera d'expliquer les écarts de performances, en examinant notamment les politiques concernant les ressources humaines (y compris en matière de rémunération) qui contribuent le mieux à l'efficacité et à l'efficacité des services offerts par les systèmes de santé des différents pays de l'OCDE. On évaluera les interactions entre les régimes publics et privés d'assurance maladie et leur incidence sur les systèmes de santé. On examinera les technologies qui auront probablement les effets économiques et sociaux les plus significatifs sur l'avenir des systèmes de santé, notamment la génomique, la robotique et la télé-médecine. Troisièmement, le projet sur la santé

examinera la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Quatrièmement enfin, on procédera à une évaluation globale des systèmes de santé pour apprécier les réformes qui leur ont été apportées au cours des dix dernières années.

Participeront au Projet OCDE sur la santé des experts de l'OCDE et des spécialistes de la santé des pays membres. Le projet permettra à l'Organisation de renforcer sa coopération avec d'autres organisations internationales, notamment l'Organisation mondiale de la santé. ■

Pour plus d'informations :  
[health.contact@oecd.org](mailto:health.contact@oecd.org)  
<http://www.oecd.org/health>



Il y a quelques années, j'ai été invitée à participer en Inde à une conférence régionale Asie du Sud/Pacifique pour y parler de l'approche de la qualité qui a été adoptée par l'organisation des consommateurs de services de santé en Australie.

J'appréhendais cette tâche. La plupart des pays représentés étaient des pays en développement et nombre d'entre eux avaient difficilement accès aux soins de santé, même élémentaires. Pourquoi s'intéresseraient-ils à notre conception de la qualité ? Et quand bien même ils s'y intéresseraient, quelle serait l'utilité des résultats des consultations menées auprès des consommateurs australiens dans leurs divers contextes nationaux ?

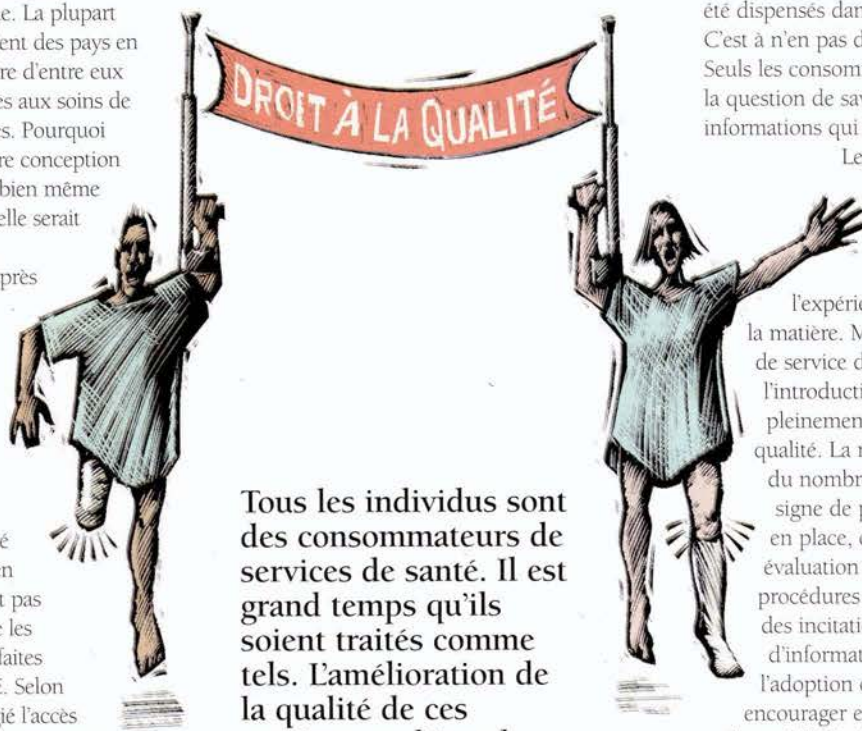
Mes craintes étaient sans fondement. Il est vite apparu que les consommateurs et les professionnels de la santé publique dans les pays en développement n'avaient pas l'intention de commettre les erreurs que nous avons faites dans les pays de l'OCDE. Selon eux, nous avons privilégié l'accès et la disponibilité au détriment de la qualité. Ils entendent pour leur part œuvrer pour l'accès à la qualité.

Les participants à cette conférence se trouvaient confrontés aux mêmes problèmes que ceux que nous avions constatés lors de nos consultations en Australie. Les utilisateurs des services de santé réclament des interventions, des traitements et des soins sans risque et appropriés. Ils veulent être traités avec dignité et respect. Ils demandent des informations précises, opportunes et pertinentes. Nous pensons que pour ce faire, les consommateurs doivent être invités à participer et être consultés, non seulement en ce qui concerne leurs propres soins de santé mais aussi pour ce qui est de la planification et de la prestation des services, de l'évaluation de la situation sanitaire et de la recherche médicale.

Il est évident que les patients veulent des traitements sans risque et appropriés. Nous connaissons tous des histoires de chirurgiens très renommés qui ont amputé une jambe saine ou procédé à l'ablation d'un rein en bon état. De nombreuses erreurs sont évitées grâce à l'intervention ou à l'interrogation du

# L'attente des usagers

Janne D. Graham\*



**Tous les individus sont des consommateurs de services de santé. Il est grand temps qu'ils soient traités comme tels. L'amélioration de la qualité de ces services en dépend.**

consommateur ou du personnel soignant. Les erreurs se multiplient lorsque nous ne sommes pas entendus.

À l'occasion d'une récente enquête faite dans ma région, on a appris que les deux filles d'une patiente avaient contesté une transfusion de sang pour le motif que celui-ci n'appartenait pas au même groupe que celui de leur mère. Leurs préoccupations n'ont pas été prises en compte et la patiente est décédée. Indépendamment des sanctions et des procès, la véritable victime en l'occurrence, c'est le consommateur. Les professionnels de la santé font souvent valoir que les consommateurs ne sont pas en mesure de porter une appréciation sur des compétences techniques. C'est peut-être vrai. Toutefois, si l'on apprécie les compétences techniques au regard des résultats, les consommateurs sont sûrement les meilleurs juges. Or, qui élabore à l'heure actuelle les indicateurs de performance ?

Et à qui appartient-il d'apprécier dans quelle mesure les traitements et les soins ont

été dispensés dans la dignité et le respect ? C'est à n'en pas douter au seul consommateur. Seuls les consommateurs peuvent répondre à la question de savoir s'ils ont reçu les informations qui répondent à leurs besoins.

Les enquêtes occasionnelles de satisfaction sont pour la plupart des services de santé le moyen d'évaluer le plus précisément

l'expérience des consommateurs en la matière. Mais je ne connais pas encore de service de santé qui facilite l'introduction de plaintes et les mettent pleinement à profit pour améliorer la qualité. La recherche d'une diminution du nombre de plaintes n'est pas un signe de progrès. Ce qu'il faut mettre en place, c'est d'une part, une évaluation efficace de l'accessibilité des procédures de recours et d'autre part, des incitations, comme le retour d'informations et la preuve de l'adoption de mesures concrètes, pour encourager et soutenir les plaintes.

Il est difficile, lorsqu'on est malade et vulnérable, de se mesurer à un professionnel de la santé qui, du moins de notre point de vue, possède des connaissances et des pouvoirs plus étendus que les nôtres.

Malheureusement, les consommateurs n'ont pas de base professionnelle à partir de laquelle ils pourraient défendre leurs intérêts. C'est ainsi que s'ils veulent être des partenaires à part entière, ils doivent pouvoir consulter d'autres parties, élaborer des politiques et des stratégies, et recevoir une formation pour pouvoir mener des actions de sensibilisation. C'est dans ces conditions seulement que nous aurons une assez bonne chance de créer des services de santé de qualité. ■

\* Ancienne présidente de l'organisation nationale australienne de consommateurs des services de santé, le Consumers' Health Forum, Janne Graham défend les intérêts des consommateurs.

## Références

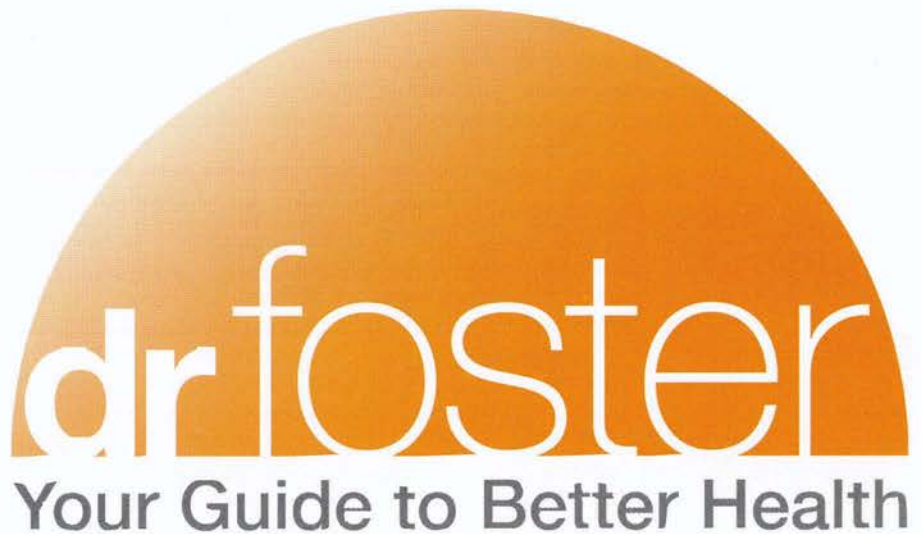
- Parker, M., « The Ethics of Evidence-based Patient Choice », *Health Expectations*, Vol. 4 N° 2, juin 2001.
- Consulter : <http://www.safetyandquality.org/home.htm>



# Améliorer la qualité des soins

Tim Kelsey, Directeur général, Dr Foster, Royaume-Uni

De plus en plus, les patients veulent avoir non seulement la qualité des soins, mais aussi le choix. Or, pour pouvoir choisir en connaissance de cause, ils ont besoin de pouvoir comparer les mérites des différents hôpitaux ou médecins. Ce pouvoir de l'usager aide les hôpitaux à améliorer leurs performances, comme le montre une société britannique, Dr Foster.



C'est Florence Nightingale qui a établi en 1859 les premiers tableaux de performance hospitalière. Les manuels d'histoire tendent à le passer sous silence mais la réformatrice victorienne a réalisé sa meilleure œuvre loin des champs de bataille de Crimée. C'est en effet elle qui a conçu l'architecture de l'hôpital moderne britannique (et probablement européen) – et surtout, a pensé des moyens d'en mesurer la performance.

« Il peut paraître étrange de déclarer que la toute première obligation d'un hôpital est de ne pas nuire aux malades », écrit-elle dans *Notes on Hospitals (Notes au sujet des hôpitaux)*. Florence Nightingale démontre que la mortalité élevée qui sévissait alors dans tous les grands hôpitaux n'était pas inéluctable.

Jusqu'à ces tous derniers temps, l'idée que l'hôpital (ou plus généralement la profession médicale) doit être comptable de sa performance vis-à-vis de l'usager final était généralement restée lettre morte. Quelques rares chercheurs universitaires

soutenaient que les services de santé pouvaient – et devaient – être soumis à la comparaison. Sans examen critique, il y a peu de chances d'assurer une qualité de soins constante.

A bien des égards, il semble que le gouvernement britannique actuel soit extrêmement déterminé dans ses réformes du service de santé, axées sur une volonté très nette de transparence vis-à-vis du public. Mais l'usager ne se fie plus aux publications officielles et exige de plus en plus d'être informé sur les performances du service de santé par des sources indépendantes qui fassent autorité.

Une enquête indépendante menée cette année sur le taux élevé de mortalité observé à la Bristol Royal Infirmary chez les enfants ayant subi une chirurgie cardiaque complexe a marqué un tournant. Elle a montré clairement la nécessité d'une meilleure information assurée par des autorités indépendantes.

La société Dr Foster (nom tiré d'une célèbre comptine anglaise) a été créée pour répondre à cette demande croissante du

public. C'est une société privée indépendante, à laquelle adhèrent le Département de la santé, les organisations professionnelles et les associations de patients, et qui fournit des informations autorisées sur les services et les normes des hôpitaux et autres prestataires de soins au Royaume-Uni et en Irlande.

Elle travaille avec des universitaires de premier plan (notamment Sir Brian Jarman, l'un des généralistes et professeurs de médecine les plus reconnus en Grande-Bretagne) à la mise au point d'indicateurs permettant au public de tirer le meilleur parti des services de santé britanniques. Elle publie des guides – Hospital Guide, Birth Guide, Consultant Guide, Family Doctor Guide etc... – à l'intention du public le plus large, en partenariat avec les médias.

Des extraits de ces guides sont publiés par la presse nationale et locale dans des suppléments spéciaux. Les guides eux-mêmes sont publiés sous forme d'ouvrages imprimés et sur Internet, et seront bientôt disponibles également sous



forme de brochures dans les supermarchés. C'est là une initiative excellente qui a montré qu'on pouvait publier des informations comparatives sur les performances sous une forme accessible et utile au grand public.

Le premier guide des établissements hospitaliers est un bon exemple de la façon dont Dr Foster travaille. Il permet aux patients de se renseigner dans le détail sur la qualité des soins hospitaliers. Pour l'instant, il ne couvre que les services de soins aigus des hôpitaux généraux, mais des guides comparatifs sont en préparation pour les établissements de santé mentale, les maternités, les centres de long séjour et les centres de soins primaires. Les patients peuvent y trouver l'hôpital de leur choix et s'informer sur ce qu'il offre. Le but est de leur donner une évaluation loyale. Le guide peut par exemple souligner qu'un hôpital souffre d'une pénurie de personnel, mais est néanmoins efficace pour le traitement des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral.

Tout le monde ne voyait pas d'un bon œil des comparaisons indépendantes. Me trouvant un jour face à huit ou neuf fonctionnaires, je me suis fait dire que le Service national de santé ne voulait pas « laver son linge sale en public » et que « certaines choses doivent se traiter en interne ».

Mais les gens réellement influents ont une opinion différente. Un certain nombre ont adhéré au Comité d'éthique qui supervise la publication des guides Dr Foster. C'est le cas notamment de Sir Donald Irvine, Président du General Medical Council. Un autre ancien membre de ce comité, Sir George Alberti, Président du Royal College of Physicians, a comparé la révolution de l'information à laquelle est confronté aujourd'hui le Service de santé britannique à celle à laquelle a été confronté le clergé du Moyen-Âge lorsque la Bible a été pour la première fois traduite en anglais.

Il ne faut pas avoir peur de la transparence, au contraire. Elle permet d'améliorer les services et de renforcer la confiance entre le médecin et le patient. Mesurer les performances des établissements hospitaliers est de l'intérêt de tous.

Lors de la création de Dr Foster, notre attention a été attirée par la publication

depuis 10 ans de données détaillées par chirurgien sur la chirurgie cardiaque dans l'État de New York – et le fait que cela avait fait baisser de plus de 40 % les taux de mortalité dans certains hôpitaux.

« Les médecins et les hôpitaux ne voulaient pas se montrer moins bons que leurs collègues d'autres institutions » conclut Arthur Levin, Administrateur du Center for Medical Consumers aux États-Unis. Que la publication des informations sur les performances soit si efficace pour améliorer les normes paraît représenter un avantage incontestable.

---

### **Il ne faut pas avoir peur de la transparence, au contraire. Elle permet d'améliorer le service et d'accroître la confiance entre le médecin et son patient.**

---

Établissement d'indicateurs indépendants est une partie du processus ; mais il faut aussi savoir qu'il est important d'éduquer les consommateurs de façon qu'ils puissent les comprendre. Dr Foster consacre beaucoup de temps à communiquer par différents médias pour rendre ses indicateurs accessibles aux usagers – et utiles. Nous avons constaté que très peu de gens savent qu'ils ont le droit de choisir leur prestataire de soins. Nous avons également découvert que lorsqu'ils en sont informés, ils en font usage. Nous en avons vu un exemple frappant après la publication de notre Birth Guide à l'été 2001. On a vu un nombre notable de femmes en fin de grossesse quitter un hôpital de soins aigus (connu pour son manque de personnel) pour des maternités conduites par des sages-femmes. L'hôpital de soins aigus fait maintenant le maximum pour améliorer la situation de ses effectifs.

Les données de Dr Foster confirment nettement l'idée qu'il y a une variation inacceptable des normes de fonctionnement des hôpitaux et autres services de santé au Royaume-Uni. Aider les usagers à faire des choix mieux fondés est un bon moyen (peut-être le meilleur) d'éliminer ces défauts.

Les gens ne sont pas stupides et ni les médecins ni les pouvoirs publics n'ont le droit de les traiter comme tels.

Ce que montrent aussi les données, c'est

que le service de santé britannique est de plus en plus efficace – les taux de mortalité ajustés baissent d'une année sur l'autre de 2,5 %. Mais, pour l'instant, la perception du public est focalisée sur la variabilité des normes entre prestataires de soins.

Trouver le moyen de faire en sorte qu'il perçoive ce qui va bien et pas seulement ce qui va mal est un impératif politique.

Les ministres britanniques de la santé ont toujours soutenu le projet Dr Foster parce que pour eux il est complémentaire de leurs propres initiatives de plus grande implication du public dans le service de

santé. Ils publient des indicateurs axés sur la gestion ; les nôtres sont axés sur les patients. Il y a des coopérations entre le secteur privé et le secteur public qui peuvent être efficaces pour améliorer la prestation des soins de santé. Ceci en est une. Dr Foster a déjà été contacté par plusieurs gouvernements de l'OCDE pour étudier la possibilité d'exporter son modèle.

On me demande souvent quelles sont les conséquences de cette responsabilisation des patients par une information comparative. Si l'on donne aux gens de meilleures informations, ils s'en serviront. Cela veut-il dire qu'ils vont tous déménager pour se rapprocher des meilleurs hôpitaux ou des meilleurs médecins ? Ce n'est pas ce qui s'est passé en Amérique, ni jusqu'ici au Royaume-Uni. En fait, ce n'est pas au patient de changer, mais au service de s'améliorer. Tout ce qui se passe, c'est que les établissements hospitaliers les moins bons s'améliorent. Les usagers apprennent à être plus exigeants vis-à-vis de leurs hôpitaux locaux – et tout le monde en profite. Florence Nightingale aurait probablement été d'accord aussi. ■

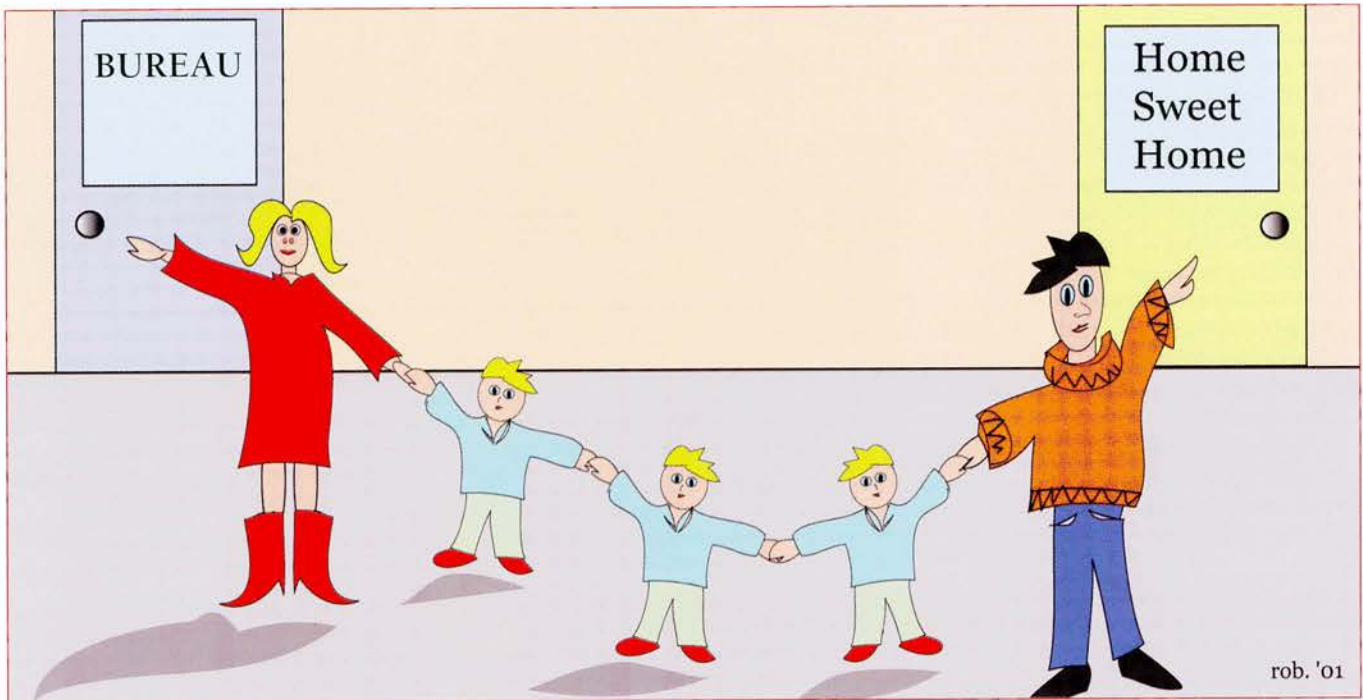
#### Références

- Nightingale F, *Notes on Hospitals*, 1859, disponible sur : <http://www.nightingales.com/cgi/passion>
- Adresse du site du Dr Foster : [www.drFoster.co.uk](http://www.drFoster.co.uk)



# Fécondité et changement social

Kajsa Sundström, Professeur, Division internationale de la santé, Karolinska Institute, Stockholm et Qweb\*



Pour combattre le développement de la pauvreté, du chômage et des mauvaises conditions de logement pendant la crise économique mondiale des années 1930 et 1940, de nombreux gouvernements ont lancé des programmes de protection sociale. Mais en Suède les autorités étaient moins préoccupées par ces problèmes que par la baisse du taux de fécondité. Des économistes suédois réputés, Alva et Gunnar Myrdal, affirmaient dans leur livre paru en 1934 sur la crise de la démographie que la Suède devait augmenter son taux de fécondité. À l'époque, ce taux était inférieur à deux enfants par femme contre quatre au début du siècle. Pour renverser cette tendance il fallait, selon eux, une réforme sociale en faveur de la famille. Leurs propositions assignaient clairement la responsabilité des objectifs démographiques aux pouvoirs publics et comprenaient aussi bien les soins médicaux maternels et infantiles, que l'accouchement gratuit, des allocations de maternité et de logement, ou encore des

allocations familiales. Les taux de fécondité – le nombre d'enfants nés pour assurer la prochaine génération – sont généralement faibles dans les pays de l'OCDE. C'est là une source majeure de préoccupation pour les pouvoirs publics car cela contribue au vieillissement des sociétés et signifie qu'il y a moins de contribuables pour les fonds de pension, les services de santé, etc... Pourtant, près d'un siècle de politiques publiques destinées à encourager les familles nombreuses n'ont pas réussi à faire décoller les taux de fécondité. Le cas de la Suède peut nous aider à comprendre pourquoi.

allocations familiales.

Du fait de l'évolution des systèmes de protection sociale et de réformes profondes concernant la sexualité et la procréation, le taux de fécondité a fluctué aux alentours de deux enfants par femme pendant la plupart des cinquante dernières années. Ce taux a culminé à environ 2,5 au milieu des années 1940, au moment de l'introduction des allocations familiales après la fin de la

deuxième guerre mondiale mais il n'a jamais retrouvé son niveau du début du siècle.

Récemment, une forte baisse a ramené ce taux au niveau le plus bas jamais enregistré en Suède soit 1,5 enfants par femme en 2000. À nouveau, les pouvoirs publics redoublent d'efforts en faveur des parents et augmentent les avantages accordés aux familles avec enfants, espérant ainsi renverser la tendance.

Ces 60 dernières années, certains



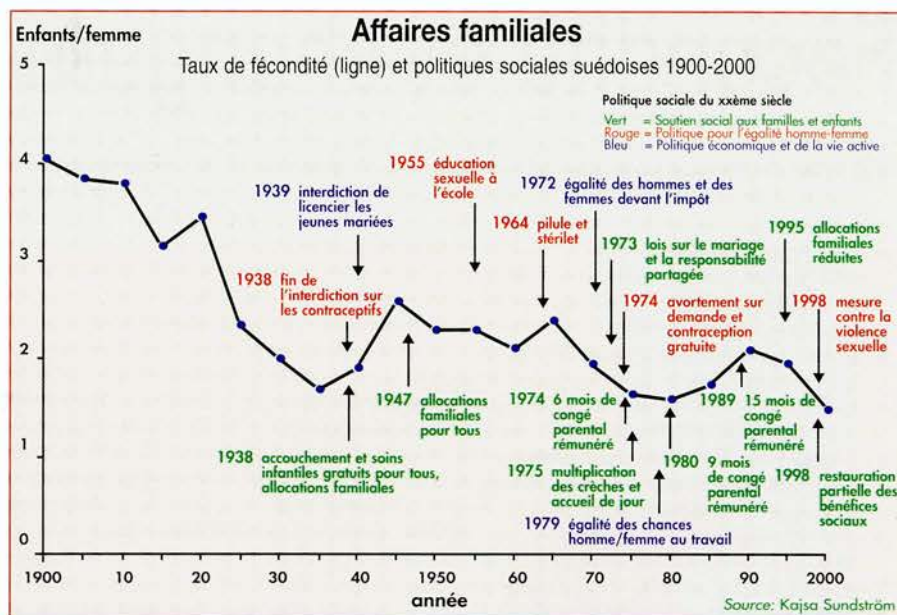
changements ont nettement influencé le taux de fécondité, mais pas toujours de manière prévisible. En 1939, une loi empêchant les employeurs de licencier les femmes pour cause de mariage, grossesse ou naissance d'un enfant, a permis de faire remonter le taux de fécondité. Davantage de femmes étaient alors en mesure de se marier et d'avoir des enfants tout en continuant à gagner de l'argent. Depuis cette époque, la plupart des Suédoises ont cherché à combiner maternité et activité professionnelle.

L'étape décisive suivante, pour les femmes déjà actives sur le marché du travail, est survenue dans les années 1960 lorsqu'une phase de développement économique rapide a augmenté les possibilités de suivre des formations et des études supérieures, et d'obtenir des emplois bien rémunérés. Les employeurs faisaient tout pour recruter (hommes ou femmes). On discutait de l'égalité des sexes et des rôles assignés aux femmes et aux hommes, et la liberté économique des femmes augmentait.

De nombreuses femmes ont aussi profité de la nouvelle liberté sexuelle offerte par la pilule contraceptive et le stérilet. Bien que les méthodes contraceptives (surtout préservatif et diaphragme) aient fait partie de l'éducation sexuelle à l'école (introduite sur une base volontaire en 1942 et rendue obligatoire en 1955), les mentalités restaient strictes à l'égard de la sexualité. L'abstinence avant le mariage était la seule recommandation possible pour les écoles. L'introduction de la pilule, moyen simple et fiable de contraception pour les femmes, a contribué à faire évoluer les attitudes, permettant aux jeunes gens de vivre ensemble sans se marier.

L'expansion économique des années 1960 a rétabli la confiance en l'avenir et le taux de fécondité a augmenté dépassant 2,5 enfants par femme, mais ce temporairement. De nombreuses femmes se sont trouvées ballottées entre leur travail à plein temps, les soins à apporter aux enfants et les tâches domestiques car les systèmes de garde d'enfants étaient inadéquats. Elles avaient gagné le droit de travailler à plein temps mais les hommes ne réclamaient pas le partage des tâches domestiques. De ce fait, elles sont nombreuses à se souvenir de ces jours de « progrès » comme d'une période où elles ont travaillé dur avec un sentiment constant d'insuffisance.

Le besoin d'un contrôle des naissances plus efficace était devenu évident. La pilule était une aide mais elle restait encore chère et à usage restreint surtout pour les jeunes femmes



célibataires. Puis en 1974 le gouvernement promulgua une loi autorisant l'avortement sur demande. Pour être sûrs que l'avortement soit bien considéré comme une solution de dernier recours, les pouvoirs publics ont fait en sorte que tous les contraceptifs soient facilement accessibles à tous. Des services de planification familiale assurés par des sages-femmes spécialement formées ont été rapidement mis sur pied dans tous les centres de santé du pays.

Les femmes qui jonglaient avec travail et famille ont enfin été en mesure de planifier leurs grossesses. Effectivement, depuis le début des années 1970, il est devenu courant et socialement acceptable que des jeunes aient une relation stable sans avoir d'enfants. La plupart des jeunes femmes veulent terminer leurs études et trouver un emploi avant de fonder une famille. En 1975, l'âge moyen d'une femme primipare était de 24 ans ; en 1998 il était passé à 28 ans.

### Paradoxe démographique

Cette tendance à avoir moins d'enfants a fait chuter le taux de fécondité à 1,6 dans les années 1970, niveau le plus bas jamais atteint jusque-là. Cette décennie a vu se multiplier les structures publiques de garde à la journée et les hommes ont été officiellement encouragés à partager la responsabilité de la garde des enfants grâce à un congé de paternité de six mois payé à 90 % de leur salaire. Mais dans le même temps, les femmes devenaient économiquement les égales des hommes en vertu d'une nouvelle loi sur l'imposition

individuelle rendant chaque adulte responsable de ses gains et capable de subvenir à ses besoins. L'augmentation du nombre de divorces a été un résultat indirect de tous ces changements, aucune femme ne se sentant plus obligée de poursuivre une relation malheureuse pour des raisons économiques ou par respect des convenances.

Le début des années 1980 a coïncidé avec une nouvelle période d'expansion économique. Le pourcentage des femmes dans la population active était élevé, un des plus élevés de la zone de l'OCDE : en effet 86 % des femmes de 20 à 64 ans et 90 % des hommes du même groupe d'âge avaient un emploi rémunéré. La plupart des hommes travaillaient à plein temps, tandis qu'un tiers des femmes étaient à temps partiel. Peu à peu, le taux de fécondité est remonté jusqu'à 2,1, alors que d'autres pays européens comme l'Italie, l'Allemagne et la Hongrie annonçaient des taux entre 1,3 et 1,5 enfants par femme. Ce haut niveau de fécondité suédois, en dépit d'un taux d'emploi féminin particulièrement élevé, s'explique par des prestations familiales généreuses et par une meilleure infrastructure de garde des enfants qui ont permis aux femmes d'avoir un troisième enfant tout en continuant à travailler.

En 1989, les congés combinés de maternité et de paternité rémunérés à 90 % du salaire ont été portés à 12 mois, avec la possibilité de trois mois additionnels bénéficiant alors d'un salaire minimum. De plus, l'un ou l'autre des parents a obtenu le droit à un congé payé pouvant aller



jusqu'à 60 jours par an pour s'occuper d'un enfant malade.

Mais le retournement de la conjoncture économique dans les années 1990 qui s'est traduit par une profonde récession accompagnée d'un taux de chômage élevé, a mis fin à ces réformes. Les efforts visant à rétablir la santé de l'économie passaient par des coupes budgétaires dans presque tous les secteurs du système de protection sociale, y compris celui des allocations familiales. Le taux de fécondité est retombé à 1,5 enfants par femme à la fin des années 1990, chiffre le plus bas jamais enregistré. Les dernières années de la décennie ont vu la conjoncture s'améliorer et les allocations familiales et le congé parental ont été à nouveau augmentés. Mais le chômage des femmes est resté élevé et très peu d'entre elles décidaient de fonder une famille avant d'être rassurées sur leur avenir économique. Les femmes qui sont en dehors du marché du travail ou qui n'ont que de très faibles revenus, en raison du chômage ou parce qu'elles poursuivent leurs études, présentent le taux de fécondité le plus bas. Qui plus est, il ne semble pas y avoir de jeunes femmes qui décident d'avoir des enfants au lieu de chercher du travail ou de poursuivre des études. C'est une rupture avec les tendances suédoises précédentes qui va à l'encontre de celles de plusieurs autres pays de l'OCDE tels que les États-Unis et le Royaume-Uni.

Pendant ce temps, la population continue de vieillir. Mais tout nouveau programme de réforme sociale destiné à résoudre cette crise démographique devra prendre en compte le fait qu'en Suède les femmes comme les hommes veulent d'abord et avant tout travailler et gagner leur vie avant d'élever des enfants. ■

\*Qweb est un forum sur la santé et l'émancipation des femmes, [www.qweb.kvinnorforum.se](http://www.qweb.kvinnorforum.se)

#### Références

- Sundström K., « Reproductive health from an individual and a global perspective », in Ostlin P. et al., ed., *Gender Inequalities in Health: A Swedish Perspective*, Harvard University Press, 2001.
- Sundström K., « Sexuality and social change » in *What Do Others Do? Sexuality and Interpersonal Relationships in the 1990s*, ed. Institut national de la santé publique, Stockholm, 2001.
- « Welfare at Crossroads », *Récapitulatif des bilans intermédiaires de la protection sociale dans les années 1990*, Stockholm, Ministère de la santé et des affaires sociales, SOU 2000.
- « Women and Men in Sweden: Facts and Figures 2000 », Statistiques officielles suédoises, Stockholm, SCB, 2000.

# Éthique, Médecine, Économie et Pouvoir

David Khayat, Chef du service d'oncologie médicale, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

**Les médecins font face aujourd'hui à un éventail stupéfiant de choix et de contraintes qui vont de la découverte technologique aux pressions budgétaires de plus en plus fortes. Leurs dilemmes s'étendent bien au-delà du diagnostic et du traitement.**

Le monde de la santé a connu au cours des dernières années de profondes mutations. Le vieillissement progressif des populations, leur information chaque jour plus pertinente, l'industrialisation de la production de soins, les contraintes économiques et la révolution biotechnologique, toutes ces mutations ont contribué à soulever de graves questions auxquelles les acteurs de tout système de santé sont confrontés aujourd'hui. Elles peuvent probablement se résumer à l'expression d'une inquiétude : existe-t-il une éthique des choix ? Et si oui, quelle est sa consistance à l'aune des critères qui, de l'Antiquité à nos jours, ont permis l'édification d'une philosophie de la pratique médicale ?

En soulevant ces questions, en exprimant cette inquiétude, en réalité c'est toute la problématique du sens, de la recherche du sens de l'acte médical qui est posée. Le médecin est confronté chaque jour davantage à la question du sens de sa pratique. En effet, le contenu de ses connaissances est nécessairement limité face au vertige que lui procure la lecture de toutes les découvertes issues de la biologie moléculaire et des sciences du génome. Mais il y a aussi son sens de la compassion et de l'altruisme, et son souci d'aider et de soutenir la personne malade qui vient lui confier sa vie. En même temps, il est responsable aux yeux de la collectivité de l'usage qu'il va faire des ressources que celle-ci est prête à consacrer à la santé et il est témoin de la judiciarisation et la médiatisation de son métier. Enfin il voit la désagrégation progressive des structures

sociales classiques et donc de son statut de notable.

Cette question, à son tour, en engendre une autre : Quelle est l'identité du médecin, qui est-il avant tout ? Une machine à apprendre et qui doit tout savoir ? Un acteur économique qui doit faire attention aux dépenses qu'il génère ? Un praticien qui doit se protéger par une médecine défensive ? Un rempart illusoire contre la souffrance, l'angoisse ou la solitude de ses concitoyens ?

La solution serait simple si la médecine était une science. Malheureusement (ou heureusement peut-être !), elle n'est qu'un art. C'est-à-dire, une recherche permanente d'un

**Plus de 80 % des personnes aujourd'hui meurent à l'hôpital, le plus loin possible des lieux où s'est déroulée leur vie.**

absolu philosophique, la Santé, le Bien-être ou, en quelque sorte, le Bonheur peut-être.

En 2000, 49 % des 80 milliards d'Euros dépensés par l'assurance maladie française ont été consacrés à l'Hôpital. Comment celui-ci peut-il aujourd'hui répondre à l'impossible équation entre proximité, excellence, efficacité et humanisation ? A l'instar du problème des médecins qu'il abrite et qu'il forme, il se trouve confronté, lui aussi, à une crise identitaire et philosophique.

N'est-ce pas vers les services d'urgence des hôpitaux que se sont tournés, au plus grave





©Alain Pinoges/CIRIC

de la crise économique au début des années 1990, ces milliers de sans-abri ? Ils étaient indifférents au coût financier considérable que leurs appels au secours, pour lesquels la réponse se limitait souvent à une simple poignée de main ou à un bol de nourriture, allaient engager. (Savez-vous que chaque minute de fonctionnement d'un hôpital comme celui où j'exerce coûte près de 5 000 FF, c'est-à-dire presque un mois du salaire minimum français ?)

N'est-ce pas vers les hôpitaux que les familles se tournent de plus en plus afin d'y accueillir leurs proches en situation de fin de vie pour que celle-ci se fasse à la fois dans les meilleures conditions d'absence de souffrance, et en même temps, le plus loin possible des lieux où s'est déroulée leur vie (plus de 80 % des personnes aujourd'hui meurent à l'hôpital) ?

Et pourtant, toutes ces crises, toutes ces contradictions ne sont qu'apparentes. Car, dans cette main tendue, dans ce bol de soupe, dans cet accompagnement silencieux et impuissant vers la mort, la pratique de la

médecine trouve en vérité, hier mais tout autant aujourd'hui, l'essentiel de son sens. Donner un moment de réconfort, être simplement présent et témoigner de la compassion dans des moments où la vie s'échappe sont encore des actes médicaux !

La science en elle-même et à elle seule ne permet pas de façon exclusive de définir la pratique médicale, elle n'en est qu'un outil, elle n'en est qu'un moyen, et le sens probablement se perd si à côté de la maladie, le médecin venait à oublier le malade, si à côté de la douleur, le médecin venait à oublier la souffrance, si à côté de la réalité, le médecin venait à oublier l'espoir. Mais, allons plus loin. À côté de la question du sens et de l'identité du médecin et de l'hôpital, une autre question se pose et se posera davantage encore dans l'avenir. Il s'agit de la question du pouvoir.

Ce pouvoir médical, à son apogée à la fin de la deuxième guerre mondiale, s'exprimait dans le rapport perpendiculaire d'un médecin debout, en bonne santé, propre et bien habillé avec un malade couché, innocent, inculc et muet.

L'absence de loi sur l'éthique, sur le respect des personnes soumises à la recherche biomédicale, l'absence d'association de patients capables de revendiquer les droits légitimes et inaliénables de toute personne entrant dans un hôpital ou soumettant sa vie ou sa santé aux mains d'un médecin, tout ceci concourrait à déséquilibrer cette relation au profit unique du médecin, tout puissant dans son univers hospitalier, terrifiant autant qu'opaque.

Heureusement, l'immense majorité d'entre eux ont usé avec sagesse de cette puissance dans le seul but d'aider les patients. Mais, nous avons vu, ailleurs et dans d'autres temps, les effets pervers que pouvaient entraîner l'usage immodéré, inadapté, inadéquat de cette puissance, de ce pouvoir.

Qu'en est-il aujourd'hui, à l'heure d'Internet, des associations de lobbying, des médias, à l'heure où le médecin n'apparaît le plus souvent aux yeux de la société que comme le responsable des déficits de la sécurité sociale, de l'augmentation des prélèvements sociaux, que comme un être souvent incompétent,



capable de toutes les erreurs, incapable de charité ou d'amour ?

S'il y a dans cette image profondément caricaturale et grotesquement fausse du corps médical, une envie sous-jacente de briser, à sa source, l'origine du pouvoir médical, il n'y a pas pour autant de véritables propositions concrètes pour l'établissement d'un système de santé, d'un vrai système de soins capable de promouvoir la santé, d'éradiquer la souffrance et de respecter la vie, la valeur et la dignité de tout être humain.

La France a dépensé près de 900 milliards de francs pour la santé (10 % de PIB) mais les Français sont-ils satisfaits de leur système de santé ? Sont-ils d'accord pour dépenser autant pour une valeur, la Santé qui leur semble bien abstraite tant qu'ils sont à l'âge de payer pour elle et non à l'âge d'en bénéficier ?

Le monde de la santé est-il heureux de disposer de tous ces moyens alors qu'en France sur 800 000 infirmières, 50 000 ont mis fin prématurément à leur carrière, que sur 39 000 postes de praticiens hospitaliers, 3 000 sont toujours vacants ? Avons-nous su répondre aux espérances légitimes de la jeunesse en terme d'équité, de compassion, quand nous acceptons silencieusement l'idée que des malades atteints de SIDA ou de cancer en Europe seront soignés et guéris grâce à des traitements efficaces mais que ces mêmes malades, simplement parce qu'ils sont

### **L'économie d'un pays ou du monde ne peut se substituer à l'éthique. L'économie nous impose des choix et l'éthique nous aide à les faire.**

africains, asiatiques, pauvres et dociles, meurent de ces mêmes maladies dans l'indifférence et l'abandon ?

Si l'on ne veut pas aboutir à un effondrement de nos systèmes de santé sous l'effet combiné des contraintes économiques qui s'essouffent à financer le progrès médical, de la crise de conscience d'un monde médical qui ne comprend plus ce que l'on attend de lui et de l'émergence d'une citoyenneté « patiente » qui vient combler le vide d'un pouvoir médical déchu, il nous faudra trouver des réponses à cette question du sens.

Mais, malgré les difficultés, malgré les soubresauts d'un monde en profonde

évolution, il n'y a pas lieu d'être pessimiste.

D'autres valeurs viennent aujourd'hui nous aider à trouver des réponses aux interrogations pressantes d'un système qui ne sait plus très bien vers où aller.

Car en réalité, le pouvoir et le sens ne se comprennent qu'à travers du Partage. C'est dans la relation singulière, unique, privilégiée, c'est dans le respect de l'autre, c'est dans le rôle de garant des droits, du droit à l'universalité de l'accès à des soins de qualité, du droit à l'information, du droit à partager la connaissance, du droit à l'équité en matière de santé, du droit enfin à la dignité et à l'espoir. C'est dans tout cela, dans une alliance devenue invincible, que les patients comme les médecins, les administrateurs comme les économistes, les industriels comme les chercheurs, pourront enfin créer des conditions pour qu'un système de soins à la hauteur des espérances de tous et des réalisations, et plus encore des potentiels, de la science, puisse se mettre en place. Il garantira à chacun que tout sera fait, dans les limites du disponible, pour que toute vie s'épanouisse, cherche sa voie, trouve son bonheur, dans la sérénité et le silence d'un corps bien portant.

Bien sûr, chaque pays, chaque région devra définir démocratiquement ses priorités en matière de santé, en tenant compte de ses besoins mais aussi de ses ressources. De la même manière, il est fondamental que la « gouvernance » globale de ces problématiques passe par le partage entre le Nord et le Sud. Enfin, il faudra encourager les initiatives visant à soutenir le droit des jeunes à s'engager dans les actions philanthropiques liées à la santé.

L'économie d'un pays ou du monde ne peut se substituer à l'éthique. Elle ne peut être une Éthique. Mais l'économie nous impose des choix et l'éthique nous aide à les faire. En quelque sorte, à une éthique aveugle adossée à un pouvoir médical absolu doit se substituer une éthique des choix, basée sur le partage.

Alors, dans une éthique renouée, dans un pouvoir partagé, dans une médecine efficiente et accessible à tous, chacun prendra sa part du pouvoir avec un objectif commun, une seule idée en tête, celle qui veut que tous, citoyens d'un même monde, nous ayons tous les mêmes droits et face à la maladie, la souffrance ou l'adversité, les mêmes chances. ■

#### **Références**

- Esquisse pour une approche globale du cancer : [www.charteragainstcancer.org](http://www.charteragainstcancer.org)

**Soyez le premier informé ...**

**OECD** *direct*

**grâce à notre service  
d'information e-mail gratuit**

- Gratuitement et sans obligation d'achat
- Recevez en priorité les annonces des nouvelles parutions de l'OCDE
- Choisissez parmi les services proposés et les newsletters
- Modifiez vos critères ou annulez votre abonnement
- Désormais, ce service est disponible en anglais **et** en français
- N'oubliez pas – vous gardez le contrôle !

**ENREGISTREMENT GRATUIT**

**[www.oecd.org/OECDdirect](http://www.oecd.org/OECDdirect)**

F5f



# Dans l'œil du cyclone

Brett Parris, économiste, World Vision International

**L'évolution mondiale de la qualité des soins induira les futures performances des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Une intensification des efforts, notamment en matière d'investissement, est nécessaire pour améliorer les systèmes de santé, particulièrement dans les pays les plus démunis.**

Les personnes nées après la Seconde Guerre mondiale, dans un pays prospère de l'OCDE, ont vécu dans l'illusion que les médecines et les systèmes de santé modernes offraient une parfaite sécurité. Nous avons tendance à oublier facilement la puissance et la virulence des maladies invincibles. A ce titre, nous avons oublié la peste noire, apparue au XIV<sup>e</sup> siècle, qui a pourtant décimé un tiers de la population de l'Europe. Puis, nous avons oublié que la conquête du Mexique par l'Espagne a été largement facilitée par l'épidémie de variole déclenchée par un esclave contaminé. Cet événement a grandement affecté la population du Mexique qui de 20 millions d'habitants en 1520 est passée à 1,6 millions d'habitants en 1618.

Nous avons également perdu de vue qu'environ 95 % de la population du Nouveau Monde a été décimée par des maladies auxquelles les autochtones n'avaient jamais été confrontés, telles que la grippe, la rougeole, la variole, le typhus et la tuberculose. L'Australie, Fidji, Hawaï, l'Afrique australe et d'autres régions encore ont connu des tragédies analogues.

Tout cela est juste de l'histoire ancienne, ou du moins peut-on l'affirmer ? La plus grande catastrophe naturelle du siècle dernier ne s'est pas présentée sous les traits d'un incendie ou d'une inondation, ni même d'un tremblement de terre ou d'une grande sécheresse, mais bien sous les traits d'une épidémie de grippe qui, entre 1918 et 1919, a tué 25 millions de personnes. Aujourd'hui, le SIDA devrait dépasser ce chiffre. Vingt ans après la découverte des premiers cas de SIDA, cette maladie a, d'après ONUSIDA, déjà contaminé 58 millions de personnes et tué 22 millions d'entre elles.

Nous avons connu dans les pays prospères

de l'OCDE une époque particulièrement favorable où de nombreuses maladies ont pu être écartées grâce aux antibiotiques et aux vaccins mis à notre disposition. La variole a été vaincue, et la poliomyélite maîtrisée. Cependant, la résistance aux microbes se développe et la tuberculose réapparaît dans de grandes villes des États-Unis et d'Europe. Le virus West Nile est arrivé en Amérique du Nord en 1999 contaminant 69 personnes à New York dont sept sont décédées. Le paludisme reste endémique dans les zones tropicales où il tue des millions de personnes.

Au cours des deux dernières années, la propagation très rapide du SIDA semble avoir fait prendre conscience à la communauté internationale du phénomène de crise connu des pays les plus démunis du monde dans le domaine de la santé. Dans cette perspective, plusieurs initiatives ont vu le jour ces dernières années, au nombre desquelles figurent la Global Alliance on Vaccines and Immunisation (GAVI) ([www.vaccinealliance.org](http://www.vaccinealliance.org)), Halte à la tuberculose ([www.stoptb.org](http://www.stoptb.org)), Lutte contre le paludisme, la International AIDS Vaccine Initiative ([www.iavi.org](http://www.iavi.org)), l'Initiative multilatérale sur le paludisme en Afrique ([www.nih.gov/fic](http://www.nih.gov/fic)), le Partenariat international contre le SIDA en Afrique ([www.unaids.org/africapartnership](http://www.unaids.org/africapartnership)) et la Commission macroéconomie et santé de l'Organisation mondiale de la santé ([www.cmhealth.org](http://www.cmhealth.org)).

En mai 2001, le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, a institué un Fonds mondial pour la santé et la lutte contre le SIDA afin de recueillir entre US\$ 7 et US\$ 10 milliards pour combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Néanmoins en août dernier, seulement US\$ 1,4 milliards ont été collectés et M. Annan a dû essayer les critiques de donateurs irrités

face à ses trop grandes attentes.

Cependant, le chiffre avancé par le Secrétaire général des Nations Unies pourrait bien correspondre aux besoins en ce domaine. Faute d'opération de cette envergure, le problème sera tout juste effleuré et engendrera des conséquences inimaginables. Aussi, M. Annan bénéficie-t-il du soutien énergique d'un éminent économiste d'Harvard, Jeffrey Sachs.

Des représentants et des organisations du monde entier souhaitent que le nouveau Fonds devienne opérationnel d'ici à la fin de 2001. Le Directeur général d'ONUSIDA, Peter Piot, a déclaré lors d'une réunion tenue en juin que l'Afrique subsaharienne, à elle seule, aurait besoin de la moitié de la somme requise par M. Annan pour lutter contre le SIDA. Les dépenses actuellement effectuées dans les pays en développement pour combattre cette maladie sont estimées tout juste à US\$ 1,8 milliards de dollars.

Il est vrai que sur les 36,1 millions d'individus actuellement touchés par le SIDA, la plupart vivent en Afrique subsaharienne où le nombre de personnes contaminées a augmenté, l'an dernier de 3,8 millions. Plus de 10,4 millions d'enfants dans le monde se retrouvent orphelins à cause de cette maladie, parmi lesquels plus de 90 % vivent en Afrique subsaharienne. Les prévisions sont telles que d'ici 2010, les 19 pays africains les plus gravement touchés compteront 40 millions d'orphelins.

Toutefois, le SIDA n'est pas le seul problème. Quelque 8,4 millions de nouveaux cas de tuberculose ont été recensés en 1999, contre 8 millions en 1997. Selon l'OMS, cette évolution est largement imputable à la progression de 20 % de cette maladie, enregistrée dans les pays africains les plus touchés par le SIDA. D'ailleurs, des cas de





© Science Photo Library/Cosmos

La tuberculose comme elle apparaît aux rayons X. Le rose pâle indique le développement des fibroses dans les deux poumons, il s'agit là d'une tuberculose pulmonaire primaire. Au stade suivant des cavités peuvent survenir.

tuberculose multirésistante atteignant des niveaux alarmants sont apparus non seulement en Afrique mais également en Argentine, en Estonie, en Lettonie et en Russie. La multiplication des voyages en avion entraîne la rapide propagation des souches résistantes. Au début des années 1990, les États-Unis ont dépensé près de US\$ 1 milliard pour traiter seulement 350 cas de tuberculose multirésistante apparus à New York en provenance d'une souche originaire de Russie et d'Asie. La résistance à l'action des médicaments se développe dans des conditions de pharmacovigilance insuffisante due principalement à la pénurie de ressources des systèmes de santé. En effet, les bactéries peuvent développer une résistance à l'action des médicaments dans l'hypothèse où les patients ne suivent pas l'ensemble du traitement ou lorsqu'ils prennent des antibiotiques inappropriés.

Le paludisme tue aussi plus d'un million de personnes chaque année – principalement des enfants – et ampute sérieusement les revenus nationaux. Selon l'OMS, cette maladie a réduit le PIB de l'Afrique subsaharienne d'environ US\$ 100 milliards au cours des 30 années écoulées. En l'absence de vaccin, la résistance à l'action des médicaments augmente également. D'après certains modèles épidémiologiques, le réchauffement de la planète engendre une recrudescence du paludisme qui touchant actuellement 45 % de la population mondiale devrait atteindre 60 % d'ici la fin du siècle prochain. Le paludisme a fait sa réapparition dans certaines régions des

États-Unis, en Corée, dans le Sud de l'Europe et dans l'ex-Union soviétique. Des scientifiques ont d'ailleurs entrepris, au Royaume-Uni d'évaluer les risques du retour possible de cette « fièvre des marais » qui a sévi du XVI<sup>e</sup> au XVIII<sup>e</sup> siècle.

Les pays de l'OCDE peuvent-ils se permettre d'ignorer ces problèmes ? La réponse est non, et pas seulement pour des raisons d'éthique. Les coûts des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE atteindront des niveaux inacceptables en raison de la progression des maladies mais également de la résistance à l'action des médicaments. Dès lors, il semble que les pays de l'OCDE se trouvent confrontés à un choix difficile mais clair : soit ils investissent, dès maintenant, plusieurs milliards de dollars pour aider de manière rationnelle les pays en développement à résoudre la crise de leurs systèmes de santé. Soit, ils devront verser dans les années à venir des centaines de milliards de dollars pour faire face aux catastrophes humanitaires internationales, à l'effondrement des économies (et des marchés d'exportation de l'OCDE), aux vagues de réfugiés démunis ainsi qu'à l'apparition de maladies virulentes résistantes à l'action des médicaments.

La création du Fonds mondial pour la santé est, à cet égard, une initiative majeure qui risque cependant de se heurter à de nombreuses difficultés, dès lors qu'il convient de veiller notamment à alléger et non à alourdir la charge administrative et de planification pesant sur les pays en développement. Faute de coordination entre les donateurs, les pays en développement sont contraints d'affecter la plus grande partie de leurs maigres ressources administratives et financières aux formalités de mise en conformité requises par ces derniers. Une réforme s'impose dans ce domaine.

De la même manière, le contrôle du nouveau Fonds appelle une réflexion approfondie. En particulier, ce contrôle doit-il s'apparenter à une opération distincte induite par les donateurs ou alors doit-on considérer que les pays en développement et les populations démunies y seront associés, à défaut de participer plus étroitement aux processus décisionnels ?

Le prix des médicaments constitue un autre questionnement. L'accord conclu par l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) doit être révisé de manière à promouvoir la santé publique.

Les incitations à la recherche sont essentielles, cependant il y aurait peut-être intérêt à ce qu'elles soient impulsées par un fonds international garantissant efficacement l'achat de médicaments et qui de surcroît considère la santé comme un bien public mondial et non comme un produit de luxe accessible aux seuls individus susceptibles de se l'offrir. En dépit de la large publicité qui lui a été faite, le système actuel de brevets a débouché sur la production de médicaments contre le SIDA, inaccessibles à la plupart de ceux qui en ont besoin. Du reste, aucun autre nouveau médicament contre la tuberculose et le paludisme n'a été mis au point ces trente dernières années.

Pour finir, les systèmes de santé nationaux dans les pays en développement doivent être renforcés. À ce titre, il convient de développer un mécanisme d'aide, mais également de diminuer les remboursements au titre de la dette et enfin d'assurer le maintien d'une aide dans le but de renforcer les capacités et l'assistance technique. En 1999, l'effort global des donateurs en faveur de l'ensemble des programmes de santé, mis en œuvre en Afrique subsaharienne, a représenté seulement US\$ 1,30 par personne ; montant que Jeffrey Sachs qualifie de « tragiquement insuffisant ».

Les stratégies en matière de sécurité sanitaire ne sauraient plus être envisagées dans une perspective strictement nationale. Elles doivent s'inscrire dans un contexte mondial. En effet, les services de santé et les stratégies de santé publique des pays de l'OCDE s'avéreront à terme inefficaces s'ils ne prennent pas en considération l'interdépendance des problèmes sanitaires se posant à l'échelle mondiale. Nous mesurons aujourd'hui plus que jamais l'ampleur et la gravité de ces problèmes. L'occasion s'offre à nous aujourd'hui de tenter de les résoudre. Choisissons-nous d'investir dès maintenant ou de payer plus tard ? ■

#### Références

- Diamond, J., *Guns, Germs and Steel : A Short History of Everybody for the Last 13 000 years*, Vintage, Londres, 1997.
- Dombó, M., Muwonge, J. et Brandt, D., *HIV/AIDS and Human Development in Africa*, World Vision International, Monrovia, CA, 2001.
- Ford, N. et Hoen, E., « The Global Health Fund : Moral Imperative or Industry Subsidy ? », *The Lancet*, Vol. 358, N° 9281, août 2001.
- Sachs, J., « The Links of Public Health and Economic Development », Office of Health Economics, 8<sup>ème</sup> Conférence annuelle, Londres, OHE, mai 2001, <http://www.ohe.org/meetings.htm>



# Assurance privée, santé publique

Nicole Tapay, Direction des affaires financières, fiscales et des entreprises de l'OCDE

La santé s'apparente par définition à un service public, même si son financement est assuré largement par des régimes d'assurance privée. Il convient, alors, de trouver le point d'équilibre entre la part de couverture publique et privée afin de le consigner par voie de réglementation.



La formule « assurance santé privée » appelle des réactions contrastées, fonctions des sensibilités politiques et idéologiques. D'aucuns y voient un élément important de la liberté de choix d'accès aux divers types de prestations de services. L'assurance privée aide également les consommateurs à faire face à des frais qui ne sont pas pris en charge par certains régimes publics, couvrant ainsi la totalité des prestations de santé auxquelles les individus ont recours. Cependant, d'autres craignent au sein des milieux gouvernementaux, comme parmi les associations de consommateurs, les prestataires et les organisations diverses, qu'un marché privé ne menace les droits universels d'accès aux services de santé auxquels ils tiennent tant. Il est vrai que certains pays font valoir à cet effet, des expériences de systèmes privés d'assurance peu concluantes, les autres n'ayant tout simplement pas confiance dans le principe même d'un marché privé des soins de santé.

Ont-ils raison ? L'OCDE n'est pas partie prenante du débat et se refuse à préconiser un modèle du rôle à jouer par l'assurance privée dans un système national de santé. Néanmoins, nous sommes particulièrement bien placés, dans ce domaine, pour rassembler et analyser les données ayant trait à l'expérience de nombreux pays membres de l'OCDE afin de permettre aux pouvoirs publics et aux autres prestataires de santé de

se déterminer en toute connaissance de cause. Aussi, est-ce l'un des principaux objectifs de cet élément du projet santé de l'OCDE : évaluer et examiner, dans les deux années à venir et pour une plus longue période, le rôle de l'assurance privée dans les pays de

---

**Beaucoup craignent dans les milieux gouvernementaux comme parmi les organisations de consommateurs ou de prestataires qu'un marché privé ne menace les droits universels aux soins de santé auxquels ils tiennent.**

---

l'OCDE, ainsi que l'articulation entre la couverture publique et privée au sein des systèmes de santé. Le but est d'en tirer des enseignements pratiques pour aider les gouvernements et les décideurs à instaurer un marché de l'assurance santé efficient, équitable et réglementé efficacement.

À ce titre, quelques observations s'imposent. Pour l'essentiel, force est de constater que l'instauration d'une assurance de santé privée appelle une réglementation. Dans cette perspective, le projet s'efforcera de recenser les diverses réglementations en vigueur particulièrement efficaces.

Cependant, le rôle de l'assurance santé privée est variable selon les pays, aussi est-il difficile de dégager une « tendance » unique à cet égard. La seule certitude tient au fait que dans de nombreux pays, l'assurance privée va dans les années à venir jouer un certain rôle dans le financement des systèmes de santé, touchant des pays au sein desquels elle est relativement peu présente.

Prenons le cas de la Pologne. En 1999, ce pays a adopté une loi prévoyant l'entrée de l'assurance privée dans son système de santé à compter de 2002, et s'inscrivant dans le cadre de réformes plus vastes. Or, à la fin de l'année 2000, le projet avait déjà du retard dans la mesure où les réformes du système de santé en étaient toujours au stade des débats et la place à attribuer à l'assurance privée ne faisait pas l'unanimité.

En Turquie, le système actuel reposant majoritairement sur une gamme d'institutions publiques, n'assure pas une couverture maladie universelle, et par conséquent 30 % de la population ne sont pas assurés. Il est loisible de s'interroger sur le rôle à jouer par l'assurance privée afin de combler cette lacune.

Le débat reste entier même dans les pays où l'assurance privée est plus répandue. L'Australie, par exemple, possède un système d'assurance publique universelle et la couverture par une assurance privée est possible seulement à l'égard des prestations qui ne sont pas financées par le régime public





Medicare. Il n'en demeure pas moins qu'une part importante du financement global de la santé – environ un tiers selon des estimations – provient du secteur privé.

D'ailleurs, depuis 1995, la mise en œuvre de trois grandes réformes relatives à des aspects divers du marché de l'assurance santé privée a permis la conclusion de contrats sélectifs. C'est-à-dire la possibilité pour les organismes d'assurance de santé de passer des contrats sélectifs avec les hôpitaux et les médecins, mais également l'octroi de subventions étatiques au moyen d'un abattement de 30 % en faveur de l'assurance santé privée, et enfin l'abandon de la tarification purement commune – à savoir la réglementation interdisant toute modification des primes d'assurance en fonction de l'âge, du sexe ou de l'état de santé – au profit d'une tarification commune modifiée, dénommée également « tarification commune à vie ». Son but est d'inciter les individus à contracter, dès leur plus jeune âge, une assurance privée.

Aux États-Unis, des chiffres officiels récents situent la part du financement privé à 55 % des dépenses de santé. Un des débats suivis, ayant trait à la politique de santé se rapporte à la manière d'intégrer les prestations des plans

de santé privés dans Medicare, le régime de santé fédéral qui couvre les personnes de 65 ans et plus, atteintes de handicaps. Une loi, adoptée en 1997, a élargi les possibilités pour les personnes bénéficiaires du régime Medicare, de passer par l'intermédiaire d'assureurs privés susceptibles de leur offrir parfois des prestations supplémentaires, comme la couverture complémentaire concernant les médicaments prescrits sur ordonnance. Cependant, cette modification a posé un problème d'ordre pratique dans la mesure où les organismes d'assurance privée ont considéré les niveaux de remboursement insuffisants. D'ailleurs, certains d'entre eux ont cessé d'offrir ce type de couverture.

Autrement dit, le rôle important de l'assurance privée dans le système de santé aux États-Unis, laisse des questions en suspens au niveau des gouvernements des États et du gouvernement fédéral.

De la même manière, la Suisse a connu de récents changements concernant sa couverture de santé privée. Une loi de 1996, assujettissant l'ensemble de la population au régime minimum d'assurance obligatoire a entraîné des modifications sur le marché de la couverture complémentaire volontaire. La

couverture du régime minimum peut être offerte aussi bien par les caisses maladie que par des assureurs privés (encore qu'aucun assureur privé n'ait proposé cette forme de couverture). Dans cette hypothèse, les caisses maladie et les assureurs privés sont tous deux soumis aux dispositions de la loi sur l'assurance maladie et au contrôle de l'Office fédéral des assurances sociales. Depuis cette loi, et en rupture avec la précédente situation, les primes d'assurance maladie complémentaire, et volontaire, perçues par les caisses maladie, sont désormais calculées en fonction des risques et par conséquent varient selon l'âge et le sexe (à l'instar du régime en vigueur chez les assureurs privés), contrairement aux primes du régime minimum d'assurance obligatoire. Ces changements ont amené à s'interroger sur la meilleure manière d'assurer l'accès de tous à une couverture complémentaire. L'assurance complémentaire ne fait actuellement l'objet d'aucune disposition particulière de la loi relative à l'assurance maladie. Cependant, des discussions sont en cours d'après l'étude de propositions portant sur la création de primes d'assurance complémentaire volontaire indépendantes du sexe, calculées pourtant



en fonction de l'âge au moment de l'adhésion.

Lorsqu'il s'agit de faire le point sur ces différents éléments, apparaissent quelques questions délicates. Il est loisible de se demander quelle est l'efficacité des pratiques en vigueur, et à quels grands principes sociaux, économiques, financiers et réglementaires un système public/privé de financement et de gestion des soins de santé doit-il se conformer ? Ou bien, comment évaluer les régimes d'assurance santé privée – en particulier leur sécurité financière, leur acceptabilité sociale, les choix individuels, l'évaluation des risques aussi bien dans le domaine financier que dans celui de la gestion de la santé – et comment peuvent-ils compléter au mieux les régimes publics ?

Reste à déterminer l'équilibre adéquat entre l'assurance publique et privée, obligatoire et volontaire. L'équité commande d'éviter la création d'un système à deux vitesses. Cependant, l'efficacité du système passe par l'utilisation optimale des ressources excluant tout comportement immoral, notamment lorsqu'il est question d'inciter les intéressés à contracter seulement en cas de besoins.

De même, l'assurance santé privée doit s'inscrire dans le cadre d'une réglementation appropriée incluant certaines éléments tels que la concurrence, l'accès à l'information, la protection des consommateurs, la transférabilité – c'est-à-dire la possibilité de changer de police d'assurance ou d'assureurs sans encourir de pénalités – etc...

Le travail de l'OCDE dans ces différents domaines se poursuit. Son efficacité est fonction de l'effort collectif de tous les experts des pays membres. ■

#### Références

- « Assurance santé privée dans les pays de l'OCDE – Compilation des rapports nationaux » (Note du Secréariat), novembre 2000, OCDE.
- Wilcox, S., « Promoting Private Health Insurance in Australia: Do Australia's latest health insurance reforms represent a policy in search of evidence ? » Bethesda, MD : *Health Affairs*, Vol. 20, 2001.
- National Health Expenditures (U.S.), « The Nation's Health Care Dollar: 1999 », Health Care Financing Administration (HCFA), Office of the Actuary, National Health Statistics Group, 1999.

# Le modèle néerlandais

Niek Klazinga, Diana Delnoij et Isik Kulu Glasgow, Academic Medical Centre, Université d'Amsterdam

**Dans un contexte où les professionnels et les établissements de santé ont à définir leurs propres systèmes de qualité, la mise en place d'un cadre qualitatif cohérent pour l'ensemble des Pays-Bas se révèle plus difficile que prévu.**

Un rapport établi en 2000 par l'Organisation mondiale de la santé classe les Pays-Bas au 17ème rang mondial pour la qualité de ses services de santé. L'OCDE a elle aussi minutieusement examiné le système de santé néerlandais, et plusieurs rapports comparant la situation néerlandaise à celle d'autres pays ont également été réalisés aux Pays-Bas. Tous ont suscité de vifs débats dans la presse néerlandaise et dans les milieux universitaires.

Le processus d'évaluation comparatif a sans aucun doute inscrit la question des indicateurs de performance des systèmes de santé sur l'agenda politique néerlandais. Toutefois, les indicateurs utilisés dans ces études, comme l'espérance de vie corrigée de l'incapacité ou encore l'équité dans les contributions financières, ne permettent pas de rendre compte des problèmes aigus auxquels est confronté le système de santé néerlandais, tels que les délais d'attente et les pénuries de personnel. Autrement dit, ces indicateurs internationaux, certes très intéressants, n'ont pas de liens forts avec la politique nationale de santé ni avec le cadre décisionnel néerlandais.

Un effort devrait être fait pour combler ces lacunes, car les Pays-Bas sont en retard sur des pays comme les États-Unis, le Canada et l'Australie quant à l'établissement de tels indicateurs. Une des raisons est que les Pays-Bas ont adopté des démarches différentes pour la surveillance de leur système de santé, qui lui peut être qualifié de système autorégulateur où public et privé sont étroitement liés.

Après une décennie de planification portant notamment sur le personnel de santé et sur les budgets, la politique de santé s'est

orientée, dans la deuxième moitié des années 1980, vers un marché réglementé, en mettant l'accent sur la qualité des soins. Dès 1989 s'est tenue la première Conférence nationale sur la qualité des soins de santé, au cours de laquelle il a été décidé que les professionnels de santé – médecins, infirmières et autres personnels – et les établissements de soins tels que les hôpitaux et les centres de long séjour devraient chacun mettre au point leur propre « système de qualité ». Il s'agissait pour tous d'améliorer la qualité mais aussi la responsabilité vis à vis de l'extérieur. Il a alors été convenu que les associations de malades et les bailleurs de fonds (communes, assureurs publics et privés) participeraient à la conception des systèmes de qualité ; et que, de son côté, l'État en contrôlerait l'application à travers l'inspection de la santé.

Une loi dans ce sens a été votée en 1991, et depuis, de nombreuses mesures ont été prises pour assurer l'application des mécanismes de contrôle de qualité déjà existants, ou pour en introduire de nouveaux. L'effort réalisé pour mettre en place des systèmes de qualité chez les professionnels répond à des pressions aussi bien internes qu'externes. Il comprend des programmes structurés de formation,

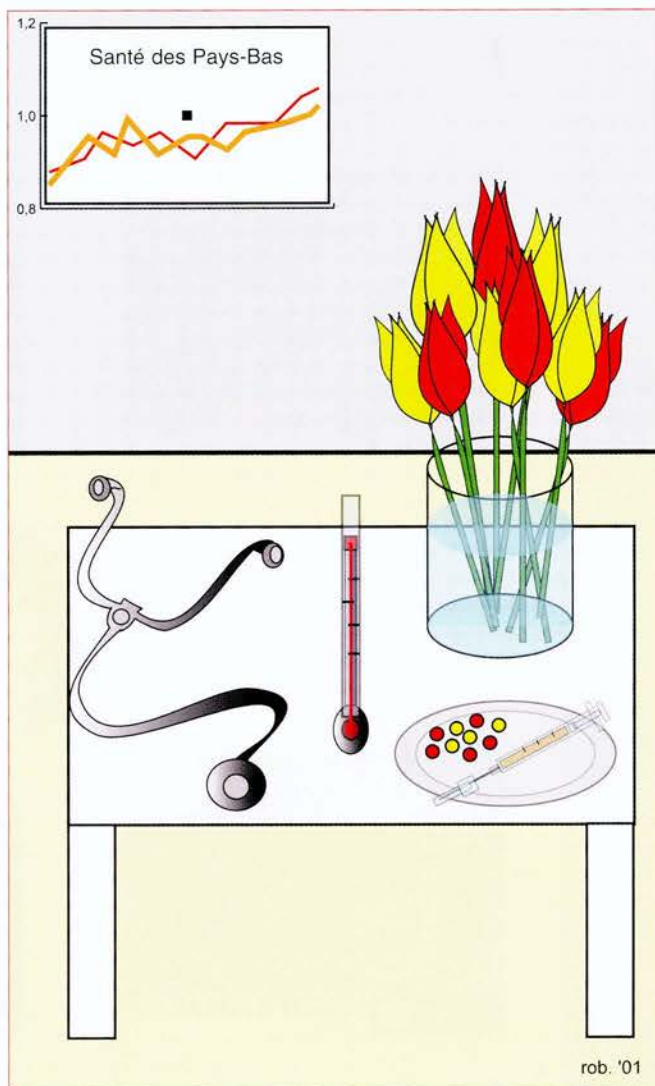
**Il faut que les services et les professionnels de la santé prennent mieux en compte les intérêts de la communauté. Mais ce sera difficile, car le contexte financier et législatif ne les y incite pas, au contraire.**



l'homologation de cours, et l'introduction (dès 1989) pour les professions médicales d'une obligation de renouvellement du permis d'exercer. Il prévoit également la mise en place de programmes de directives nationales sur les bonnes pratiques cliniques à l'intention des médecins spécialistes, des médecins généralistes et des professions paramédicales, ainsi que des programmes d'audit et d'examen par ses pairs, applicables aussi aux médecins des établissements de long séjour et aux spécialistes de médecine sociale. Il prévoit enfin que les sociétés scientifiques établissent des systèmes d'enregistrement des données cliniques.

D'autre part, les établissements de soins ont été plus actifs dans l'application de nouveaux systèmes, tels que le modèle de la Fondation européenne pour la qualité (EFQM), le modèle de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) ou encore le modèle nord-américain d'Accréditation. En 2000, les deux tiers des établissements de soins étaient engagés dans des opérations d'amélioration de la qualité et un tiers se préparait à mettre en œuvre un système de qualité complet et cohérent.

En 2000, une conférence sur la qualité a approuvé le principe de l'autorégulation, tout en constatant que cela risquait de créer un clivage entre les professionnels de la santé et les établissements de soins au lieu de permettre une intégration plus grande du système de soins. La législation et les structures de financement actuelles renforcent ce clivage en considérant la prévention, la cure et les soins de longue durée comme des catégories séparées. Or, la nécessité d'une intégration des soins est tout à fait reconnue. Le système de santé des Pays-Bas est financé par une combinaison de régimes d'assurance privés et publics : les régimes publics sont régis par la loi relative aux fonds d'assurance maladie (ZWF) qui couvre l'essentiel du secteur curatif (par exemple, les services hospitaliers, les médecins) et les ordonnances de



rob. '01

médicaments, et par la loi relative aux dépenses médicales accidentelles (AWBZ) qui couvre l'essentiel des soins de longue durée (par exemple établissements de long séjour, maisons de retraite, soins à domicile). Des propositions sont actuellement formulées pour fusionner les deux dispositifs en un système unique d'assurance de base couvrant à la fois les traitements curatifs et les soins de longue durée.

Pour assurer un suivi fondé sur des indicateurs de performance, l'un des principaux défis sera désormais de relier de façon significative les données de santé publique aux données de performance des différents services. Il faudra tout d'abord que les services et les professionnels de la santé prennent mieux en compte les intérêts de la communauté. Mais ce sera difficile à réaliser

dans le cadre du système d'autorégulation où les contextes financiers et législatifs ne les y incitent pas, au contraire. Il faut donc que les gouvernements définissent les objectifs d'ensemble du système de santé, prennent des mesures pour assurer sa cohérence et veillent à ce que celui-ci fonctionne dans une perspective d'intérêt général et non dans l'intérêt des prestataires de services.

Le rapprochement des données de santé publique et des données de performance des services et des professions de santé soulève plusieurs questions : par exemple, offrons-nous à notre population la combinaison optimale de services ? Et ces services sont-ils fournis effectivement et de façon efficace en tenant compte des souhaits des malades ?

Nous devons mettre au point pour les établissements de soins et les professionnels de la santé des indicateurs de performance qui s'inscrivent dans une perspective globale de santé publique. Ces indicateurs nationaux doivent s'insérer dans le cadre d'un système de qualité. En d'autres termes, pour qu'ils présentent un intérêt pour les décideurs et les gestionnaires, il faut qu'ils fassent partie intégrante d'un système de qualité qui couvre l'ensemble du système de santé. Le Rapport 2000 de l'OMS a aidé les

Pays-Bas à réorienter leur système de santé. Le moment est venu de passer à l'étape suivante et d'élaborer un cadre national de performance qui facilite la prise de décisions politiques. ■

#### Références

- Casparie, A.F., Sluijs, E.M., Wagner, C., de Bakker, D.H., « Quality systems in Dutch Health Care Institutions », *Health Policy*, December 1997.
- Klazinga, N., Lombarts, K., Van Everdingen, J., « Quality Management in Medical Specialties: the use of channels and dikes in improving health care in The Netherlands », *Jt Comm J Qual Improv*, May 1998.
- Sluijs, E.M., Wagner, C., « Kwaliteitssystemen in zorginstellingen », *Stand van zaken in 2000*, Utrecht: Nivel, 2000.
- « Health Systems: Improving Performance », *World Health Report 2000*, Geneva, WHO, 2000.



# OCDE



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

# Bestsellers

## Services en ligne de l'OCDE

### SourceOECD

[www.SourceOECD.org](http://www.SourceOECD.org)

Un seul abonnement institutionnel permet un accès illimité aux ouvrages, périodiques et statistiques de l'OCDE en ligne

### OECD *direct*

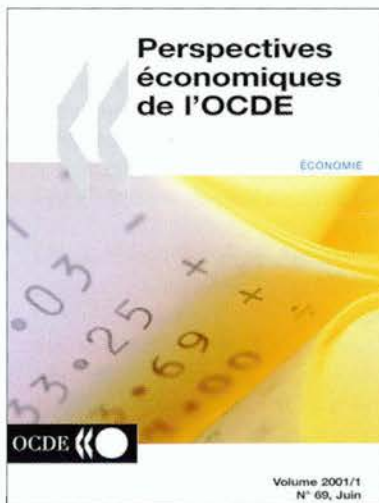
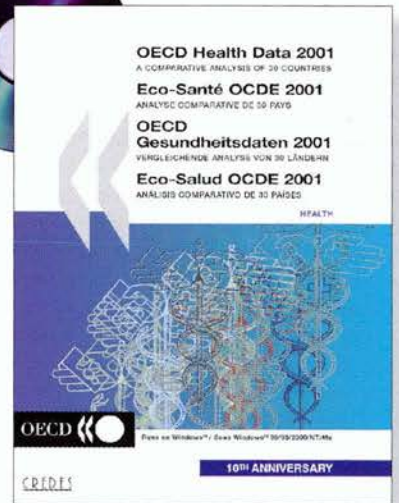
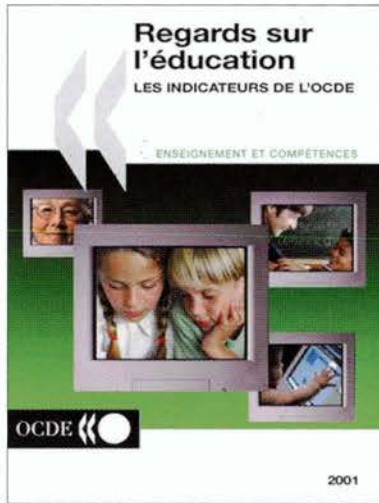
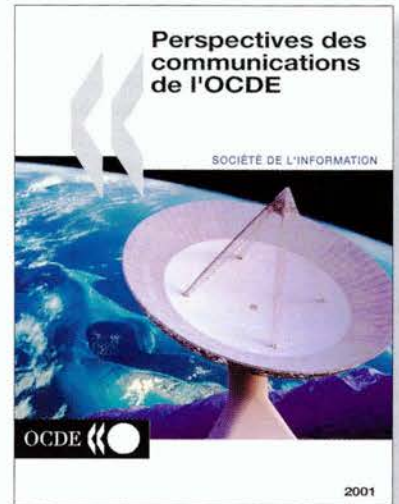
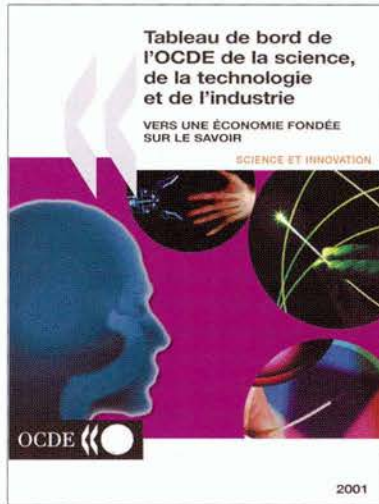
[www.oecd.org/OECDdirect](http://www.oecd.org/OECDdirect)

Soyez le premier informé grâce à notre service d'information e-mail gratuit personnalisé.

### OECD ONLINE BOOK SHOP

[www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)

Choisissez dans notre catalogue en ligne (versions papier, électronique et CD-ROM) - et maintenant, *pay-per-view*.



[www.oecd.org](http://www.oecd.org)



# À votre service :

## Le commerce dans l'économie mondiale

Julia Nielson, Direction des échanges de l'OCDE

Lorsque vous achetez un service en ligne la personne avec qui vous communiquez peut être séparée de vous par une rue ou par un hémisphère. Mais ces échanges sont-ils régis par les mêmes règles que celles qui s'appliquent aux achats de biens matériels, et qui en décide ?

C'est seulement depuis peu que les services, dont la définition classique est « tout ce qui est immatériel », sont inclus dans le système commercial multilatéral. La plupart des négociations commerciales du passé ont porté sur les échanges de marchandises, et les obstacles visant par exemple les chaussures ou les téléviseurs ont été progressivement levés. Mais c'est seulement maintenant que l'on commence à libéraliser les échanges de services. L'une des raisons pour lesquelles ces biens « intangibles » ont été longtemps ignorés dans le contexte du commerce international est que beaucoup de services, par exemple les conseils aux entreprises, ne pouvaient être facilement exportés, dans la mesure où ils ne s'exerçaient qu'à l'échelle locale ou nationale.

La situation est aujourd'hui totalement différente. Grâce aux progrès de la technologie, à la privatisation et à la libéralisation, le commerce mondial de services s'est gonflé pour représenter aujourd'hui, selon les estimations, quelque US\$ 2 100 milliards par an. Même les services aux entreprises se sont étendus au-delà des frontières, grâce aux télécommunications modernes. L'éclatement des anciens monopoles d'État a par ailleurs créé de nouveaux débouchés extérieurs pour des secteurs comme les télécommunications et l'énergie. Les échanges de ce type ne concernent pas uniquement les pays développés : la part des services dans le commerce total a également augmenté dans les pays en développement, et les services représentent aujourd'hui environ 30 % de l'ensemble des échanges mondiaux.

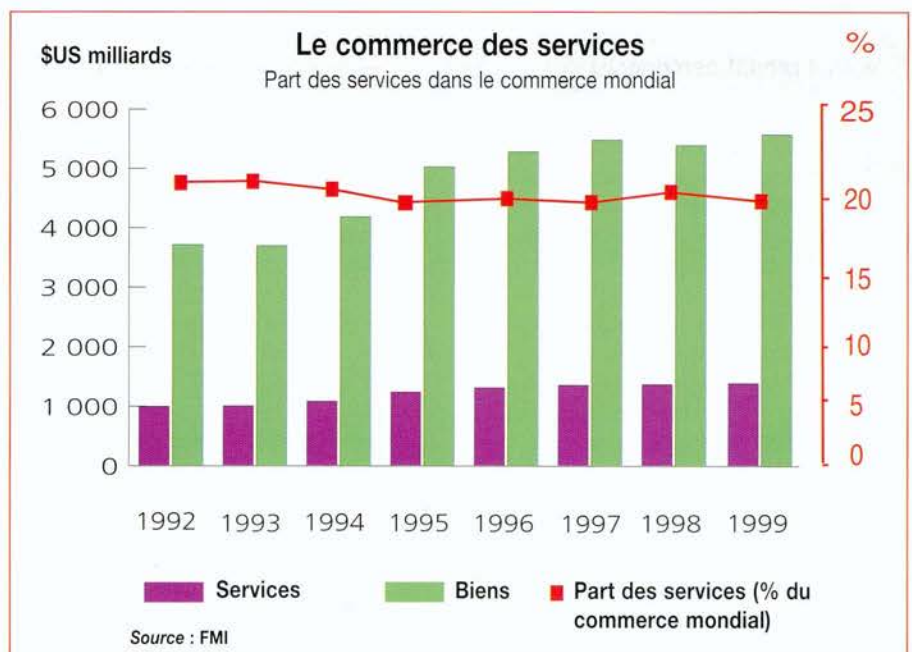
Les services sont un indicateur essentiel du développement économique, dans la mesure où ils représentent 50 % à 70 % de l'activité

économique et plus de la moitié de l'emploi civil total dans la plupart des pays de l'OCDE, et où ils sous-tendent l'activité de beaucoup d'autres secteurs, notamment les industries manufacturières. Quel que soit leur niveau de développement, les pays reconnaissent que des infrastructures de services défaillantes peuvent entraver le fonctionnement de l'ensemble de l'économie, en affectant l'efficacité et la compétitivité, ainsi que les échanges matériels.

### Soyons francs

Il n'est guère surprenant que les services fassent enfin l'objet de négociations commerciales multilatérales. Le problème est que le démantèlement des obstacles qui

entravent les échanges de services est une tâche complexe, aussi complexe que les services eux-mêmes, ainsi qu'il ressort clairement des négociations internationales engagées le 1er janvier 2000 dans le cadre de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) de l'OMC. Le progrès technologique – qui gomme parfois la frontière entre les biens et les services – la diversité des fournisseurs publics et privés de services, des monopoles et des marchés, la libéralisation unilatérale de certains monopoles appartenant à l'État, comme les télécommunications, sont autant d'éléments qui contribuent à la complexité du marché mondial des services et qui modifient tout aussi rapidement le paysage réglementaire.





LAGCS offre un ensemble de règles pour le commerce mondial de services, et un cadre pour les engagements multilatéraux de libéralisation. Il lui reste cependant encore à assurer l'ouverture effective des marchés – les engagements de la plupart des pays au titre de l'AGCS reflétaient la situation existant il y a 10 ans, à l'époque des négociations d'Uruguay. Néanmoins, grâce au progrès technologique et à des efforts unilatéraux de libéralisation, les marchés de la plupart des pays sont en fait nettement plus ouverts que ne le prévoit l'AGCS. L'un des principaux enjeux des négociations actuelles est de consigner les données de la situation actuelle dans des engagements multilatéraux.

Les négociations au titre de l'AGCS ne progresseront qu'avec difficulté, ne serait-ce que du seul fait du nombre de questions abordées. Les négociations relatives à l'accès aux marchés dans le domaine des services couvrent des secteurs aussi divers que l'énergie et les télécommunications, les transports et les services informatiques. D'ores et déjà, plus de 90 propositions ont été reçues d'une quarantaine de membres de l'OMC, et ce n'est certainement qu'un début. Certains secteurs particulièrement sensibles dans lesquels peu d'avancées ont été faites jusqu'à présent – transports maritimes, services audiovisuels (dont la dimension culturelle se reflète dans le souci de certains pays de protéger leur propre langue) et les mouvements des fournisseurs de services (ce que l'on appelle le « mode 4 » de l'AGCS) – demeurent une pierre d'achoppement. Les attentes restent particulièrement fortes concernant le mode 4, certains pays en développement ayant indiqué qu'ils pourraient être moins disposés à renforcer leurs engagements relatifs aux autres modes (tels que le mode 3 sur la présence commerciale) si l'accès de leurs fournisseurs de services n'était pas élargi.

Outre l'accès aux marchés, plusieurs questions importantes concernant les règles qui n'avaient pu trouver de solution lors du cycle d'Uruguay se posent toujours : c'est le cas des règles relatives aux subventions, aux marchés publics, aux prescriptions en matière de qualifications, aux normes techniques, à l'octroi de licences, etc... Une question revêt une importance toute particulière – celle d'un éventuel mécanisme de sauvegarde d'urgence qui permettrait aux membres de suspendre momentanément un engagement lorsque l'arrivée massive

d'importations cause un préjudice imprévu à l'industrie locale. Mais les termes « préjudice », « industrie locale », et même « importations » sont beaucoup plus difficiles à définir pour les services que pour les marchandises. Certains grands pays développés s'interrogent sur la possibilité et l'opportunité d'un tel mécanisme, mais quelques pays en développement pourraient refuser de contracter des engagements significatifs concernant l'accès aux marchés si un tel dispositif ne voyait pas le jour. La date limite de ces négociations a été récemment reportée à mars 2002.

### Élargir les négociations

Outre les difficultés techniques, on ne saurait ignorer l'aspect politique du problème. Après l'échec de Seattle concernant le lancement d'un vaste cycle de négociations commerciales, seules les négociations sur l'agriculture et les services, déjà décidées dans le cadre du « programme incorporé » ont pu être lancées. Bien que ces deux négociations soient officiellement distinctes, elles sont politiquement liées, certains pays exportateurs de produits agricoles se refusant de procéder à la libéralisation des services en l'absence de progrès analogues concernant par exemple l'accès au marché des produits alimentaires. De l'avis de la plupart des membres de l'OMC, les négociations concernant les services n'ont guère de chances d'avoir des résultats concrets en l'absence d'un cadre de négociation plus large permettant les concessions réciproques sans lesquelles on ne peut espérer la conclusion d'arrangements multilatéraux.

Par ailleurs, les négociations sur les services ont pour toile de fond les préoccupations suscitées par la libéralisation et la mondialisation. Certains s'inquiètent de la fourniture de services publics tels que la santé et l'éducation, et s'interrogent sur la capacité de leurs gouvernements à poursuivre des objectifs de politique nationale dans un contexte mondial. Si l'AGCS exclut les services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental, les secteurs privé et public fournissent aujourd'hui dans la plupart des pays un certain nombre de services, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation. La libéralisation des services pose également de nouveaux problèmes sur le plan de la réglementation. Contrairement à ce que prétendent certains, « libéralisation »

et « déréglementation » ne sont pas synonymes. En fait, la libéralisation des services appelle souvent une réglementation ou une re-réglementation, les gouvernements devant atteindre toute une série d'objectifs alors même que les conditions de fonctionnement des marchés ont changé : n'ont-ils pas toujours pour mission d'assurer la compétitivité des marchés, de protéger les intérêts des consommateurs, d'améliorer la

### Aussi immatériels que soient les services, les pays qui en seraient privés pourraient en ressentir cruellement le manque, d'où la nécessité de faire progresser les négociations multilatérales les concernant.

protection de l'environnement et, dans des secteurs comme la santé et l'éducation, d'assurer le service universel ?

Ces questions importantes appellent un dialogue et un débat. L'OCDE contribuera au dialogue avec l'étude qu'elle va faire paraître sous le titre « *Pour l'ouverture des marchés de services* », qui traite ces préoccupations et pèse les coûts et les avantages de la libéralisation des services.

La route à parcourir pour faire aboutir les négociations concernant les services sera longue et difficile. Il est fort probable que les efforts unilatéraux et régionaux de libéralisation se poursuivront tandis que le marché mondial se développera.

Mais il sera essentiel de faire progresser la libéralisation à l'échelle multilatérale pour que tous les consommateurs puissent tirer profit de l'amélioration et de l'efficacité accrue des services.

Aussi immatériels que puissent être les services, les pays qui en seraient privés pourraient en ressentir cruellement le manque, d'où la nécessité de faire progresser les négociations multilatérales les concernant pour éviter que certains pays restent à l'écart des arrangements régionaux et bilatéraux et soient de ce fait contraints d'affronter seuls l'économie mondiale. ■

#### Références

- *Pour l'ouverture des marchés de services*, OCDE 2001
- Site web de l'OCDE sur les questions commerciales : <http://www1.oecd.org/ech/>



# Les enjeux de la libéralisation du commerce agricole

Jonathan Brooks et Carmel Cahill, Direction de l'agriculture de l'OCDE

Les revenus des agriculteurs restent trop tributaires des subventions qui faussent les marchés, pénalisent les exportateurs des pays en développement et coûtent aux contribuables des milliards de dollars par an. Une réforme de l'agriculture et des réductions des barrières commerciales pourraient aider les agriculteurs à mieux tirer leur épingle du jeu.

Les politiques agricoles des pays de l'OCDE coûtent à leurs consommateurs et à leurs contribuables plus de US\$ 330 milliards par an. En moyenne, plus du tiers du revenu des agriculteurs provient des aides gouvernementales dont la proportion oscille, selon les pays, d'un niveau proche de zéro à près des trois quarts. Pour mettre ces dépenses en perspective rappelons que le soutien agricole total représente 1,3 % du PIB de l'ensemble de la zone de l'OCDE alors que le secteur assure moins de 5 % du revenu national de la plupart des pays membres. Ce soutien est plus de cinq fois supérieur à l'aide au développement et deux fois supérieur à la valeur des exportations agricoles de tous les pays en développement réunis.

A ce degré d'intervention il faut se demander si l'argent est bien dépensé. En général, la réponse est non. Pour la plupart, les politiques en vigueur limitent l'efficacité économique et perturbent les marchés internationaux souvent au détriment des pays en développement. Elles profitent rarement aux agriculteurs à faible revenu et, dans de nombreux cas, sont plus préjudiciables que bénéfiques à l'environnement. Les ministres de l'OCDE ont reconnu la nécessité d'une réforme fondamentale. Des réductions significatives du soutien et de la protection accordés à l'agriculture allégeraient le fardeau des consommateurs et des contribuables.

Les ressources ainsi dégagées permettraient de mieux cibler les aides destinées aux agriculteurs et de se mobiliser davantage en faveur de l'environnement et d'autres objectifs nationaux. Ces changements seraient d'ailleurs conformes à l'article 20 de l'Accord

sur l'agriculture issu du cycle d'Uruguay (AACU). Cet article appelle à la poursuite de la réforme destinée à mettre en place un système d'échanges agricoles équitable qui favorise les mécanismes du marché, ceci sans perdre de vue des préoccupations non commerciales telles que la sécurité alimentaire et l'environnement.

A la veille de l'ouverture d'un nouveau cycle de négociations commerciales, il est important de noter que la situation est très différente de celle qui prévalait en 1986 lorsque a débuté le cycle d'Uruguay. L'AACU a en effet marqué un tournant car il a réussi à soumettre l'agriculture

---

**Compte tenu du degré d'intervention, il faut se demander si l'argent est bien dépensé. En général, la réponse est non. Le fait est que malgré les réformes entreprises le soutien global reste très élevé.**

---

à des règles et à des disciplines multilatérales. Il imposait des réformes précises dans trois domaines : l'accès aux marchés, les subventions à l'exportation et le soutien interne. Les membres de l'OMC aborderont les prochaines négociations avec de nouvelles propositions en tête quant à la révision et au renforcement des règles établies en 1994.

La principale réussite du règlement sur l'accès aux marchés a été la « tarification » qui a permis de remplacer les interdictions d'importer, les quotas et autres mesures de

restriction des importations par des droits de douane. Mais le prix de cette réforme est que les nouveaux droits de douane ont dans certains cas été fixés à des niveaux extrêmement élevés. Six ans après, alors que les pays développés ont achevé la mise en œuvre des dispositions concernant l'agriculture, les droits de douane restent très élevés : ils représentent en moyenne aux alentours de 60 % du prix des importations pour les produits agricoles, alors qu'ils dépassent rarement 10 % dans le domaine industriel.

La mise en place de contingents tarifaires (partie des importations à laquelle on applique un droit de douane inférieur) qui devait permettre l'ouverture des marchés, n'a pas porté tous ses fruits, une forte proportion des contingents n'étant pas pleinement utilisée. Il n'est pas surprenant que la progression des échanges agricoles mondiaux ait été beaucoup plus lente que celle des autres secteurs et que les pays en développement n'aient pas pu accroître leur participation aux marchés mondiaux. Toute amélioration significative de l'accès aux marchés passera nécessairement par une diminution beaucoup plus conséquente des droits de douane ou par de fortes augmentations des volumes assujettis à des droits plus faibles, et mieux encore par les deux à la fois.

Les disciplines relatives aux subventions à l'exportation ont été le volet le plus efficace de l'AACU car elles ont limité les possibilités de recours à ces aides lorsque les marchés mondiaux fléchissaient. Les subventions à l'exportation faussent les marchés mondiaux et brident la compétitivité des producteurs



efficaces. Les bas prix qu'elles induisent peuvent avantager certains importateurs des pays en développement mais le plus souvent elles sapent les marchés locaux et entravent le développement de l'agriculture. Un approfondissement des réformes aurait des effets non négligeables sur certains marchés, notamment celui des produits laitiers, et empêcherait les pays de recourir de nouveau aux subventions à l'exportation en cas de baisse des cours.

Dans le domaine du soutien interne, les règles prévues par l'AACU qui reconnaissaient que des mesures de politique intérieure pouvaient avoir des répercussions considérables sur les échanges et la politique commerciale, revêtaient un caractère novateur. Les signataires étaient convenus de réduire la valeur du soutien dans le cas des mesures faussant le plus les échanges (comme le soutien des prix fondé sur la production) mais pas dans le cas des autres (comme les paiements directs de revenus). Il convient toutefois d'aller plus loin. Tout d'abord ces engagements n'ont pas imposé de fortes contraintes aux membres de l'OMC car le calcul des réductions a été fait en se référant à une période pendant laquelle le soutien avait été exceptionnellement élevé et non par rapport au niveau qui prévalait au moment où l'accord a été conclu (1994). De plus, si plusieurs pays ont depuis opté pour des mesures de soutien qui entraînent moins de distorsions, ces mesures permettent de maintenir dans l'agriculture des ressources complémentaires et donc de fausser les échanges. Le fait est que, en dépit des réformes

déjà en cours, le soutien global demeure très élevé. Continuer de tolérer certaines politiques au motif qu'elles n'influent pas sur les décisions de production des exploitants peut empêcher de s'attaquer aux effets cumulés de l'ensemble des politiques de soutien sur la production et les échanges.

Pour renforcer le processus de réforme, il faut adopter des disciplines plus strictes et simplifier les exigences juridiques. Des dispositions moins complexes atténueraient sans aucun doute les préventions des pays en développement qui revendiquent un accord « équitable » et « équilibré ». Il faudrait également résoudre plusieurs autres problèmes épineux, au nombre desquels figurent la tendance à la majoration des droits de douane en fonction du degré de transformation des produits, les risques de distorsion des échanges engendrés par les entreprises commerciales d'État, le recours croissant aux droits antidumping et les abus commis parfois au titre de l'aide alimentaire ou des crédits à l'exportation.

Certains pays souhaiteraient également que le nouvel accord prenne acte expressément des problèmes indépendants du commerce et qu'il comporte des dispositions à leur sujet. Ceux qui ont adopté des normes rigoureuses en matière de bien-être animal estiment qu'ils n'ont pas à subir la concurrence de ceux qui n'obéissent pas aux mêmes règles. De nombreuses questions sur les procédés et méthodes de production (en particulier sur la qualité et la sécurité des aliments) ont également été soulevées. L'Accord sur

l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires et l'Accord sur les obstacles techniques au commerce s'adressent à bon nombre d'entre elles. Néanmoins, même si le cadre mis en place par le cycle d'Uruguay est susceptible de faciliter la poursuite des réformes, il est fort probable qu'il ne permettra pas de résoudre tous les problèmes soulevés.

Un renforcement de l'AACU serait porteur de gains d'efficacité qui pourraient se traduire par une croissance économique plus forte. Mais force est de reconnaître que si les réformes commerciales promettent des gains généraux, elles ne garantissent pas une amélioration de la situation de chacun. Dans chaque pays tout comme à l'échelle internationale, il y aura à la fois des gagnants et des perdants, même si ces derniers sont susceptibles à long terme de bénéficier d'une accélération de la croissance et de retirer des revenus plus élevés d'autres activités. En particulier, il faudrait tenir compte des contraintes qui pèsent sur les pays importateurs nets de produits alimentaires et sur les pays exportateurs spécialisés, tributaires d'un ou deux produits clés.

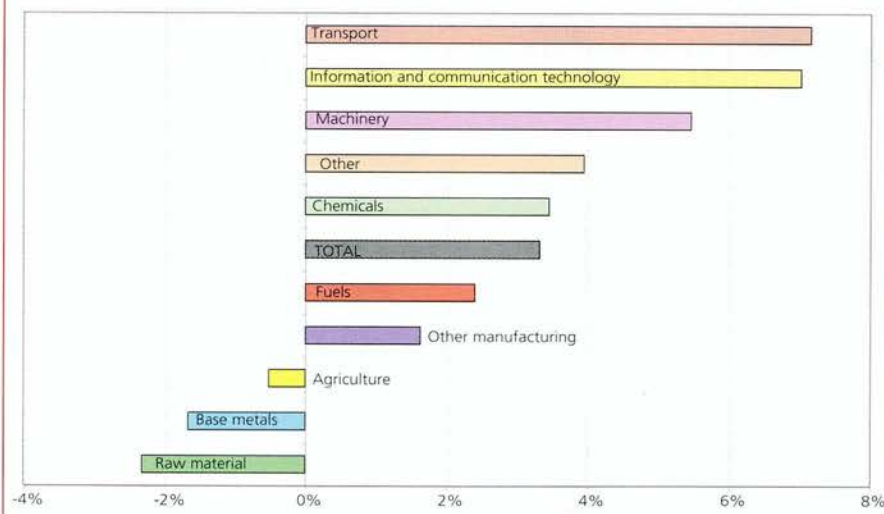
Ces écueils n'enlèvent rien à la nécessité de poursuivre la réforme du commerce mais ils impliquent que les échanges ne peuvent pas être considérés isolément. Dans les pays de l'OCDE où le secteur agricole bénéficie d'un soutien et d'une protection importants, des aides à l'ajustement, des compensations et des mécanismes de garantie des revenus pourraient se révéler nécessaires. En ce qui concerne les pays en développement, il faudra peut-être renforcer leurs capacités d'exportation et multiplier les efforts visant à réduire leur dépendance à l'égard d'un ou deux produits ou marchés d'exportation déterminants. De toute évidence, l'aide au développement a ici un rôle à jouer. Un nouvel accord prévoyant un renforcement des réformes soulagerait les consommateurs et les contribuables des pays membres de l'OCDE. De même, il serait globalement avantageux pour les pays en développement dont beaucoup ont à pâtir du manque de débouchés commerciaux et de la concurrence des exportations subventionnées de pays plus riches. ■

#### Références

- *L'Accord sur l'agriculture du cycle d'Uruguay – Une évaluation de sa mise en œuvre dans les pays de l'OCDE*, OCDE 2001.
- *Politiques agricoles : économies émergentes et pays en transition – Regards sur les mesures non tarifaires*, OCDE 2000.
- Site web: <http://www.oecd.org/agr/>

### Répartition du commerce

Commerce OCDE par groupe de produits – changement annuel moyen (valeur) en % 1995-1999





# L'accès aux marchés : Une priorité pour le développement

Douglas Lippoldt, Direction des échanges de l'OCDE

L'expansion des échanges joue un rôle important dans l'intégration des pays en développement à l'économie mondiale. Mais bon nombre d'entre eux estiment qu'en raison des règles actuelles du commerce mondial, il leur est difficile d'affronter la concurrence pour obtenir les débouchés dont ils ont vraiment besoin. Les pays développés rétorquent que la liste des pays en développement est trop longue pour que chacun puisse faire l'objet d'une exception. Comment peut-on concilier au mieux ces intérêts divergents ?

L'accès aux marchés des pays de l'OCDE : C'est là probablement l'une des questions commerciales les plus importantes qui se posent entre pays membres et non-membres de l'OCDE au moment où s'engage un nouveau cycle de négociations commerciales. Bien que le système commercial multilatéral, placé sous les auspices de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), assure un traitement « spécial et différencié » aux pays en développement, bon nombre d'entre eux se heurtent encore à d'importants obstacles pour accéder aux marchés à l'exportation. Ils font état de droits de douane relativement élevés, de restrictions quantitatives, de subventions et autres mesures qui compromettent leurs exportations dans des secteurs essentiels. L'amélioration des possibilités d'échanges des produits manufacturés et agricoles qui présentent un intérêt pour les pays en développement doit être un objectif prioritaire si nous voulons que les négociations commerciales « axées sur le développement » soient bénéfiques pour tous. L'expérience montre que par le biais de concessions mutuelles au cours des négociations, des progrès devraient être réalisables.

Depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, huit cycles de négociations commerciales multilatérales ont permis d'abaisser d'environ 40 % à 4 % les taux de droits de douane moyens, pondérés par les échanges, et qui sont appliqués aux produits

industriels sur la base du principe de la nation la plus favorisée. Les cycles les plus récents se sont également attaqués à quelques sérieux obstacles non tarifaires associés aux normes techniques, aux licences à l'importation, à la transparence et à d'autres domaines. On estime que lorsque les accords issus du cycle d'Uruguay auront été totalement mis en œuvre, le pourcentage des importations en provenance de pays non-membres de l'OCDE affecté par les obstacles non tarifaires des membres de l'OCDE tombera d'environ 18 % à 5 %. Le cycle d'Uruguay a aussi permis de réaliser des progrès dans des domaines tels que le commerce des services.

Néanmoins, malgré ces améliorations

prévus par l'Arrangement multifibres, des droits de douane relativement élevés continueront de s'appliquer sur bon nombre de produits. Certains secteurs sensibles, comme le cuir, restent soumis à des droits de douane progressifs qui s'élèvent avec le degré de transformation, limitant par là même les perspectives des pays en développement d'exporter des produits à forte valeur ajoutée. Dans le même temps, les producteurs agricoles des pays en développement se heurtent à des droits de douane élevés, des contingents et des exportations subventionnées. Quant à la libéralisation du secteur des services, elle reste limitée à des domaines tels que l'entrée temporaire de prestataires de

---

**Les remèdes qui conviennent à un pays comme Singapour où le revenu par habitant atteignait US\$ 26 600 en 1998, sont probablement différents de ceux qui seraient appropriés à la situation d'un pays comme le Ghana avec un revenu annuel de US\$ 400 par habitant. Pourtant ces deux pays se considèrent comme en développement.**

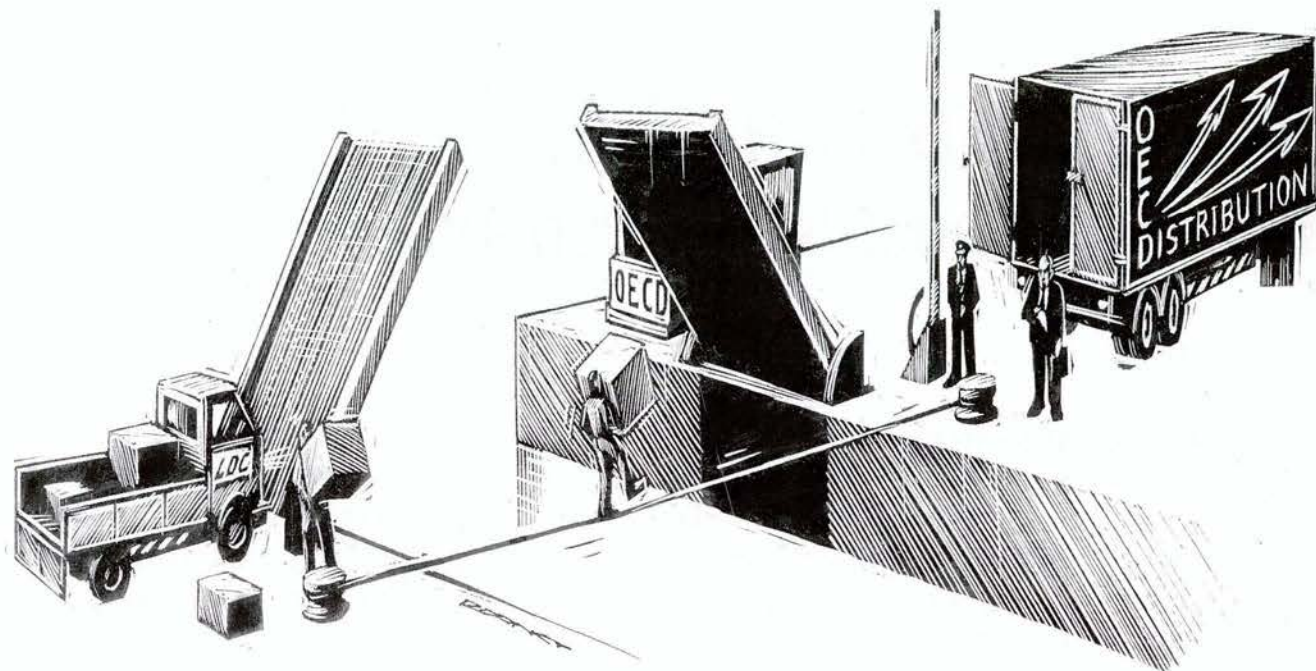
---

indéniables du cadre commercial, des problèmes continuent de se poser concernant l'accès aux marchés de produits qui présentent un intérêt particulier pour les pays en développement. Si l'on prend le cas de l'industrie de l'habillement, même après la disparition progressive (qui doit être achevée d'ici 2005) des contingents

services, les consultants par exemple.

Plus des deux tiers des 142 membres de l'OMC sont considérés comme des pays en développement, statut qu'ils se sont eux-mêmes attribué. Bien que les accords de l'OMC fassent largement référence à des dispositions, des droits ou des obligations spécifiques pour les pays en développement





il n'existe aucune définition officielle de ce qu'il faut entendre par pays en développement. Certains de ces groupes de pays en développement peuvent prétendre à un traitement plus généreux en vertu de quelques-unes des dispositions existantes. Il s'agit des pays importateurs nets de produits alimentaires, des pays les moins avancés et des pays dont le revenu par habitant est inférieur à US\$ 1 000 par an.

Globalement, les pays en développement pourraient théoriquement bénéficier de 145 dispositions relatives au traitement spécial et différencié prévues dans le cadre du système de l'OMC. Ces dispositions concernent par exemple les débouchés commerciaux, la protection des intérêts des pays en développement, la flexibilité des engagements, les périodes transitoires et l'assistance technique.

Certains pays en développement se déclarent cependant mécontents de l'application effective de ces dispositions, estimant qu'il s'agit là d'instruments inappropriés pour les aider à s'intégrer plus étroitement au système commercial multilatéral. De leur côté, les pays développés considèrent de plus en plus qu'une approche unique ne peut pas répondre aux besoins d'un groupe de pays aussi disparate. Le fait est que les remèdes qui conviennent à un pays comme Singapour où le revenu par habitant atteignait US\$ 26 600 en 1998, sont probablement différents de ceux qui seraient appropriés à la situation d'un pays

comme le Ghana avec un revenu annuel de US\$ 400 par habitant. Pourtant ces deux pays se considèrent eux-mêmes comme en développement. Et, même en supposant que les remèdes soient les mêmes, leurs capacités pour les appliquer ne seraient probablement pas comparables.

L'OMC fonctionne sur la base d'un consensus : les négociations commerciales ne pourront progresser qu'au prix de compromis entre les intérêts des pays de l'OCDE et ceux des pays en développement. En conséquence, pour contrebalancer l'élargissement de l'accès aux marchés et d'autres mesures visant à reconnaître la situation particulière des pays en développement, il faudra inviter les pays en développement les plus avancés à accepter des responsabilités accrues dans le système commercial multilatéral.

Dans la mesure où il existe déjà une certaine différenciation entre les pays en développement – avec, par exemple, les pays les moins avancés – il devrait être possible d'élargir la pratique consistant à privilégier un groupe de pays confrontés à des handicaps particuliers. On pourrait aussi envisager que les pays en développement les plus avancés ne soient plus classés dans le groupe des pays en développement, soit de leur propre initiative, soit sur la base de critères objectifs notamment d'indicateurs économiques tels que le revenu par habitant.

Le progrès économique des pays non-membres de l'OCDE est généralement considéré comme indissociable de leur

intégration à l'économie mondiale. Mais la libéralisation des échanges n'est que l'un des aspects du problème. Pour qu'elle soit couronnée de succès, elle doit s'accompagner de politiques adéquates dans des domaines tels que le développement de capacités institutionnelles, la cohésion sociale, le développement du capital humain et l'amélioration des infrastructures. Ce qui demande investissements et aide. Mais il ne faudrait pas pour autant oublier que, même si des efforts supplémentaires sont nécessaires, la plus large ouverture des marchés des pays de l'OCDE est la condition sine qua non du développement mondial. Le lancement de négociations multilatérales est une tâche gigantesque qui vaut bien la peine et à laquelle doivent s'atteler aussi bien les pays membres que les pays non-membres de l'OCDE. ■

#### Références

- *Echanges et développement : Les enjeux*, OCDE, à paraître.
- Dessus, S., Fukasaku, K. et Safadi, R., « La libéralisation multilatérale des droits de douane et les pays en développement », OCDE Centre de développement, 1999, disponible à : <http://www.oecd.org/pdf/M00008000/M00008101.pdf>
- *Pour l'ouverture des marchés : Les avantages de la libéralisation des échanges et de l'investissement*, OCDE, 1998.
- *Pour l'ouverture des marchés de services*, OCDE, 2001.
- *Les régimes douaniers après l'Uruguay Round : Bilan et perspectives*, OCDE, 1999.



# Entreprises : une conduite exemplaire

Barbara Fliess, Direction des échanges de l'OCDE

Pour gagner la confiance du public et pouvoir ainsi contribuer à la prospérité mondiale, le commerce international et mondialisé doit observer des pratiques commerciales responsables. C'est là qu'interviennent les codes de conduite dont les objectifs peuvent être environnementaux, sociaux, ou éthiques. La quasi-totalité des cent plus grandes multinationales du monde ont publié des codes sur l'environnement ou des déclarations de politique sur la santé et la sécurité. La plupart ont aussi publié des déclarations sur leurs pratiques sociales. Mais quelle est l'efficacité de ces codes ?

La tradition des codes de conduite est déjà bien établie dans le secteur privé. Si leur usage s'étend aujourd'hui, c'est aussi pour mieux répondre aux nouvelles préoccupations du public et aux attentes des différentes parties prenantes sur le rôle de l'entreprise dans la société. Beaucoup de professions libérales se sont depuis longtemps dotées de codes de déontologie qui régissent le comportement de leurs membres. Presque toutes les entreprises ont édicté des principes de comportement destinés à guider leur personnel face à certains choix difficiles : conflits d'intérêt, cadeaux, vol, délits d'initiés, pots-de-vin et corruption. Mais ces codes s'étendent maintenant à de nombreux autres domaines : le respect des normes du travail et de l'environnement, la préservation des ressources naturelles, les libertés individuelles et politiques – autant d'aspects sur lesquels la performance des entreprises est désormais étroitement surveillée par les parties intéressées. L'initiative privée joue désormais un rôle important dans la mise en place de programmes éthiques au sein des entreprises.

En observant ces codes, on constate que les entreprises des pays de l'OCDE font un effort particulier dans deux domaines : l'environnement et les normes du travail. Parmi les 100 plus grandes entreprises multinationales (EMN) du monde, presque toutes ont publié des codes environnementaux ou des déclarations de principe en matière d'EHS (environnement, hygiène et sécurité). La majorité d'entre elles ont également publié

des déclarations sur leurs pratiques vis à vis des travailleurs. Il existe aussi des codes éthiques en matière de publicité, de protection du consommateur, de génie génétique ou de droit des animaux. La nature des engagements pris dépend largement de l'activité de l'entreprise.

Ainsi, les industries minières, forestières et papetières adoptent surtout – mais pas exclusivement – des règles de conduite en matière de gestion environnementale et de normes d'hygiène et de sécurité. Quant aux dispositions sur la main d'œuvre, elles se retrouvent surtout dans les secteurs de l'habillement, de la chaussure, de la fabrication de tapis et d'articles de sports, dans lesquels on rencontre fréquemment – la presse s'en est largement fait l'écho – des conditions de travail déplorables, des salaires dérisoires et l'exploitation de main d'œuvre infantile. Beaucoup d'entreprises de tous les secteurs prennent des engagements dans ces deux domaines et leurs codes contiennent souvent des dispositions sur l'hygiène et la sécurité sur le lieu de travail.

À côté de ces initiatives prises individuellement par des entreprises, des groupements d'entreprises s'emploient aussi à promouvoir des codes de conduite. Parmi les plus connus, citons la Charte des entreprises pour le développement durable, élaborée par la Chambre de commerce internationale, l'initiative Responsible Care, qui a pour objet d'inciter l'industrie chimique à améliorer sa performance en

matière d'environnement, d'hygiène et de sécurité et la Charte pour le bon comportement des entreprises établie par le Keidanren au Japon. Des organisations non-gouvernementales (ONG) ont aussi publié des ensembles de principes internationaux comme la « Consumer Charter for Global Business » élaborée par

---

**Lorsque Reebok a annoncé sa décision de ne pas vendre de ballons de football fabriqués par de la main d'œuvre infantile, d'autres, lui emboitant promptement le pas, ont pris des engagements similaires.**

---

Consumers International, qui regroupe 200 associations de consommateurs de plus de 80 pays, ou la « Clean Clothes Campaign », une initiative européenne qui vise l'industrie textile. De plus, il est fréquent de voir des syndicats, des ONG et d'autres groupes participer à ce type d'initiatives en partenariat avec le secteur privé. Ethical Trading Initiative, au Royaume-Uni en est un exemple.

Les normes que les sociétés s'engagent à observer ne s'arrêtent pas à la porte de leur siège social : elles visent l'ensemble de leurs activités dans le monde entier. Beaucoup d'entreprises appliquent des règles à toute la



## Entreprises responsables

gestion de leur chaîne d'approvisionnement et entendent les faire respecter par leurs partenaires commerciaux.

Ce type de codes destinés aux fournisseurs prévaut surtout dans les secteurs de la distribution et du textile. Souvent, les fournisseurs et les sous-traitants potentiels qui abusent de main d'œuvre infantine sont écartés et la signature des contrats de sous-traitance s'accompagne de la souscription à un code. Les entreprises du secteur de la chimie qui participent à l'initiative Responsible Care intègrent des principes de protection de l'environnement à leurs choix d'approvisionnement. Concrètement, leurs fournisseurs doivent leur communiquer des informations sur leurs produits en matière de sécurité, d'hygiène et de respect de l'environnement.

Du fait de leur poids économique considérable, les grandes entreprises ont la capacité d'améliorer les modalités et la qualité des emplois, les droits des travailleurs, la qualité des biens et services, l'hygiène et l'environnement dans beaucoup de pays et de régions du monde. Le groupe Royal Dutch/Shell est présent dans plus de 130 pays, General Electric possède des unités de production dans une centaine de pays et les activités minières de Rio Tinto s'étendent sur les cinq continents. Si l'on tient compte de l'approvisionnement, leur influence apparaît

plus considérable encore : dans l'industrie automobile, les matières premières et les composants achetés à des fournisseurs extérieurs représentent le plus souvent plus de 60 % du coût des biens vendus ; ce chiffre se monte à plus de 90 % dans les secteurs de l'électronique et de l'appareillage électrique.

La question clé est de savoir si ces codes ont plus de poids que le papier sur lequel ils sont imprimés. Ces initiatives volontaires peuvent-elles suffire à amener les changements nécessaires pour un environnement plus propre et de meilleures conditions de travail, par exemple ? Certains observateurs en doutent. D'abord, quels que soient les objectifs auxquels s'engage une société, quelles que soient les normes auxquelles elle souscrit, il faut que ces objectifs et que ces normes aient une application spécifique et pratique. A défaut, les codes ne seront que des règles générales de conduite pour les entreprises. Pour que les intentions se traduisent en actes, un engagement doit exister depuis le sommet jusqu'en bas de la hiérarchie de l'entreprise.

Une comparaison des codes existants révèle de grandes disparités. Certains d'entre eux portent sur un seul aspect du travail (par exemple un engagement à ne pas recourir à de la main d'œuvre infantine ou à contribuer à son éradication à long terme), alors que d'autres contiennent tout un éventail d'engagements sur les normes fondamentales

du travail. Et ces normes sont très variables. Parfois limitées au respect de la législation locale, elles peuvent aussi contenir des règles plus contraignantes ou faire explicitement référence à des conventions du BIT ou à d'autres normes internationales. Cette diversité est parfois source de confusion pour les fournisseurs qui, dans certains cas, vont se trouver sommés de respecter des normes contradictoires. Cet état de choses souligne la nécessité d'une meilleure coordination des politiques.

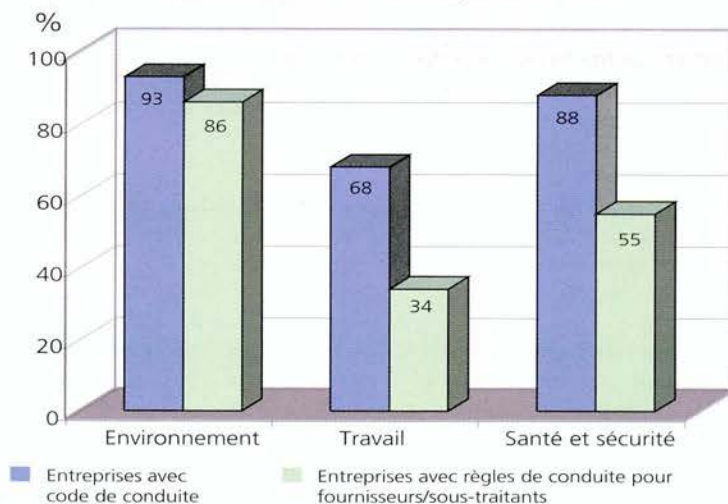
L'aspect le plus délicat des codes est leur mise en œuvre et leur application. Leur administration est une tâche titanesque, dans le meilleur des cas. Et le comportement des entreprises n'est pas une chose transparente et facile à contrôler. De fait, beaucoup de sociétés préfèrent assurer elles-mêmes ce contrôle plutôt que de recourir à des services indépendants d'inspection. L'inconvénient de ce système est que, si les sociétés se trouvent poussées par les consommateurs et par les médias à remédier à une violation, leur crédibilité est sérieusement mise à l'épreuve.

Mais les pratiques évoluent. Un certain nombre d'acteurs, des cabinets internationaux de comptabilité et d'audit comme KPMG ou Price Waterhouse Coopers, des sociétés plus spécialisées dans la vérification comme le Bureau Veritas, ou des ONG, fournissent désormais des services externes de vérification. Par ailleurs, des normes sont élaborées pour l'audit et le contrôle. Un nombre croissant d'entreprises actives dans plusieurs pays adoptent des systèmes normalisés et certifiables comme la norme ISO 14001 ou le système de management environnemental de l'Union européenne (EMAS). Elles publient également des rapports sur leur performance en matière d'hygiène, de sécurité et d'environnement. S'agissant des normes du travail, des systèmes analogues de management normalisé sont actuellement en cours d'élaboration (norme SA 8000, Global Reporting Initiative ; voir *l'Observateur* N° 226-227 ou <http://www.observateurocde.org/news/fullstory.php/aid/268.html>).

Une autre tendance semble s'accroître : le dialogue et l'engagement des parties prenantes. Les entreprises sont de plus en plus nombreuses à nouer un dialogue avec des syndicats, des groupes de protection de l'environnement et d'autres acteurs afin de trouver les moyens d'appliquer concrètement leurs initiatives volontaires. Certaines ONG ont apporté leur expertise, par exemple

## Les codes de l'entreprise

Multinationales avec codes et règles de conduite



Les 100 entreprises étudiées sont les 100 premières multinationales non-financières, classées selon leurs actifs à l'étranger en 1998 d'après la liste de la CNUCED proposée dans le Rapport sur l'Investissement dans le Monde 2000.

Source : OCDE

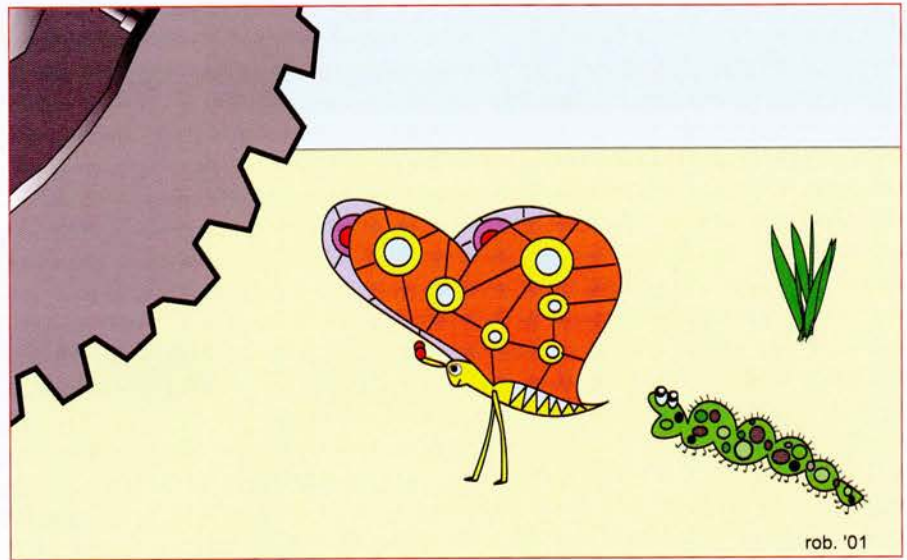


lorsque l'industrie de la distribution a élaboré sa politique face au problème de la main d'œuvre enfantine dans la fabrication de ballons de football au Pakistan. Des ONG ont aussi participé à la rédaction de différents modèles de codes de conduite qui peuvent servir de principes directeurs à toutes les entreprises quel que soit leur secteur (ex : principes CERES, SA8000). Les ONG continueront de surveiller les activités de certaines entreprises et le cas échéant vont orchestrer des campagnes d'opinion contre elles. Mais le meilleur moyen de veiller à l'application et au respect des codes privés est probablement l'engagement direct des parties prenantes, car il permet de renforcer la confiance entre les entreprises et la société.

Les pouvoirs publics œuvrent également beaucoup pour les initiatives « volontaires » de responsabilité, tant au niveau national que par le biais d'organisations internationales. Leur action peut prendre de nombreuses formes : incitations législatives ou réglementaires, subventions, apports d'expertise, etc... Des normes et des principes directeurs internationaux proposent des critères acceptés par les gouvernements et les entreprises, comme par exemple la Déclaration universelle des droits de l'Homme, les différents protocoles établis par le BIT et les Principes directeurs de l'OCDE à l'intention des entreprises multinationales.

Il faut plusieurs années pour qu'un code soit pleinement opérationnel. Les systèmes de management n'en sont qu'à leurs débuts, ce qui rend difficile l'évaluation de l'efficacité de ces initiatives privées. En tout état de cause, l'important travail accompli depuis quelques années dans le domaine des codes a permis de mettre en évidence certaines pratiques indésirables. Dans les Caraïbes, il semblerait que ces codes aient entraîné une réduction du nombre d'enfants employés par l'industrie de l'habillement. On estime aussi que l'action de Responsible Care a réduit de près de 50 % l'émission de produits chimiques toxiques dans l'environnement. Plusieurs fois, des entreprises ont cessé de travailler avec des sous-traitants étrangers qui ne respectaient pas leurs normes et ont mis fin à leur activité dans des pays recourant au travail forcé des prisonniers ou dans lesquels on possédait de nombreuses éléments attestant de violations des droits fondamentaux de l'Homme.

Mais de telles mesures coercitives peuvent aussi être économiquement contre-productives pour les habitants (les enfants peuvent même



rob. '01

être affectés à des activités encore plus nocives) et ne favorisent en rien la diffusion de meilleures pratiques. Il est parfois plus avisé de maintenir des relations avec des sous-traitants et de travailler avec eux pour améliorer leur performance. Cette option a l'avantage d'éviter les risques associés à une rupture et de stimuler le développement.

Par le passé, ces codes ont été utilisés en réaction à des accidents ou à des scandales comme la catastrophe de Bhopal en Inde, des marées noires ou des découvertes répétées d'ateliers d'exploitation de main d'œuvre en Asie. Il est fréquent que les entreprises soient à l'origine des améliorations. Lorsque Reebok a annoncé sa décision de ne pas vendre de ballons de football fabriqués par de la main d'œuvre enfantine, d'autres lui ont rapidement emboîté le pas en prenant des engagements similaires. Il est évident que de tels choix peuvent entraîner des coûts à court terme.

Mais l'adoption de pratiques responsables n'est pas non plus sans avantages commerciaux. Elle permet aux entreprises de soigner leur image de marque, de motiver leur personnel, d'améliorer leurs relations avec leur clientèle et leurs consommateurs et d'éviter de coûteux déboires judiciaires au civil et au pénal. Nike et Body Shop cultivent une image d'entreprises responsables (même si elles ont aussi leurs détracteurs). Les entreprises peuvent aussi renforcer leur position sur les marchés de capitaux, notamment en étant reconnues par les fonds d'investissement éthiques ; les autres investisseurs deviennent eux aussi de plus en plus attentifs à ces aspects.

Ces codes ont donc un impact bien réel, même si certains acteurs ont le sentiment que les normes qu'ils renferment ne sont que des artifices de façades. Les sociétés qui ne respectent pas leurs engagements risquent d'être pénalisées par des campagnes d'opinion hostiles et de perdre des clients, voire de se retrouver boycottées. Considérer ces codes comme de simples instruments de marketing sans les traduire en actes peut entraîner des conséquences juridiques. Cela étant, il reste beaucoup à faire pour harmoniser les codes de conduites d'entreprises afin d'établir une plus grande équité entre les entreprises, les hommes et les femmes, et l'environnement des pays dans lesquelles elles opèrent. ■

#### Références

- *Responsabilité des entreprises. Initiatives privées et objectifs publics*, OCDE, 2001
- Kolk, A., van Tulder, R. et Welters, C., « International codes of conduct and corporate social responsibility: can transnational corporations regulate themselves? » revue *Transnational Corporations*, Vol. 8, N° 1, 1999, pp. 143-180.
- Robert B. Gibson (éditeur), « Voluntary initiatives and the new politics of corporate greening », Broadview Press, 1999
- Codes de conduite : étude exploratoire sur leur importance économique, consultable à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/oecd/pages/home/displaygeneral/0,3380,FR-documents-337-nodirectorate-no-10-no-24—no-.FF.html>
- Le site de la direction des échanges est à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/trade/>
- Kinloch Massie, R., Reporting on sustainability : a global initiative, *l'Observateur* 226-227, été 2001.
- Consultable à [www.oecdoobserver.org/gri/](http://www.oecdoobserver.org/gri/)



# Services en ligne de l'OCDE



PÉRIODIQUES • ÉTUDES • STATISTIQUES

SourceOECD 

[www.SourceOECD.org](http://www.SourceOECD.org)

Un seul abonnement institutionnel permet un accès illimité aux ouvrages, périodiques et statistiques de l'OCDE en ligne 24 h sur 24, 7 jours sur 7.

OECD *direct*

[www.oecd.org/OECDdirect](http://www.oecd.org/OECDdirect)

Soyez le premier informé grâce à notre service d'information e-mail gratuit personnalisé.

OECD  
ONLINE BOOK SHOP

[www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)

Choisissez dans notre catalogue en ligne (versions papier, électronique et CD-ROM) – et maintenant, pay-per-view.

[www.oecd.org](http://www.oecd.org)

[sales@oecd.org](mailto:sales@oecd.org)  
[sourceoecd@oecd.org](mailto:sourceoecd@oecd.org)

OCDE 



# Le e-campus mondial : Bientôt une réalité ?

Donald Hirsch, consultant en politiques publiques au Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement de l'OCDE

Où que vous soyez dans le monde, en vous connectant sur <http://www.cardean.edu> vous pouvez vous inscrire à une formation en commerce, en gestion ou comptabilité dispensée par une université appartenant à un consortium d'établissements prestigieux tels que Stanford ou la London School of Economics. Vous n'aurez pas besoin de quitter votre bureau puisque toutes les formations de Cardean University sont entièrement assurées en ligne. Il s'agit là de l'exemple apparemment le plus respectable d'une nouvelle espèce d'universités virtuelles. Le catalogue des formations et les effectifs sont encore modestes mais le potentiel de ces fournisseurs internationaux du savoir est époustoufflant. Passerons-nous bientôt nos diplômes sur le web ? Et faut-il donc en conclure que vingt-quatre siècles après l'Académie de Platon, les jours de l'université intra muros sont comptés ?

Si les années 1990 ont été le témoin de nombreux débats relatifs à l'avènement de l'enseignement « virtuel » et au développement de l'exportation de services d'éducation, très peu d'actions ont suivi. De nombreux établissements supérieurs ont commencé à utiliser les médias électroniques à l'appui de leur enseignement sans toutefois en changer la structure. Les véritables cours virtuels étaient généralement expérimentaux, à petite échelle ou de qualité douteuse.

Mais des représentants des gouvernements de l'OCDE ont constaté l'amorce d'un décollage de l'enseignement virtuel depuis deux ans, lors d'une réunion récente à Tokyo avec des experts de la cyberformation (voir références). L'économie mondiale de l'enseignement virtuel pourrait bien devenir une réalité sous l'effet conjugué de trois phénomènes.

Premièrement les possibilités techniques d'Internet et des technologies connexes



Un professeur virtuel

permettent désormais de dispenser des formations de haute qualité, partiellement ou totalement en ligne. Les observateurs de l'éducation ont été favorablement impressionnés par la très haute qualité de la plate-forme créée par Cardean, à grands frais, il faut le souligner.

Deuxièmement, la structure et les motivations de la population estudiantine ayant profondément changé, une transformation tout aussi radicale est nécessaire dans l'offre et dans la façon de dispenser les formations. L'époque est révolue où l'enseignement supérieur s'adressait à une minorité de la population, essentiellement de grands adolescents ou de jeunes adultes étudiant à plein temps pour décrocher une licence. Dans de nombreux pays les universités ont développé l'enseignement à temps partiel, ont institué de nouveaux modes de formation extra muros souvent en partenariat avec les entreprises et ont assoupli la reconnaissance d'équivalences. Mais les établissements déjà existants continuent à fonctionner selon leurs schémas habituels :

un campus physique, un corps enseignant, une année rythmée en trimestres ou en semestres et l'admission chaque année de nouvelles cohortes de jeunes étudiants fraîchement émoulus de l'enseignement secondaire. La création d'institutions entièrement nouvelles, sans campus, pourrait annoncer un bouleversement plus profond.

Troisièmement, certains pays réalisent tardivement l'importance que pourrait avoir les échanges internationaux pour les services de formation. Jusqu'à présent les études suivies à l'étranger constituaient la part la plus importante de ces échanges. Aujourd'hui, la cyberformation ouvre de nouvelles perspectives et permet aux consommateurs d'importer un large éventail de services. Les États-Unis ont inscrit les services d'éducation sur la liste des services à libéraliser dans le cadre des négociations de l'AGCS (Accord Général sur le Commerce des Services) sur les échanges de services.

Cette conjonction d'évolutions technologiques, éducatives et commerciales est encore loin de représenter une menace



## Vingt-quatre siècles après l'Académie de Platon, les jours de l'université intra muros sont-ils comptés?

sérieuse pour les systèmes éducatifs nationaux, même si chacun de ces éléments ne cesse d'évoluer. Selon une enquête réalisée l'an dernier, 57 % des universités canadiennes proposent déjà des formations en ligne, offrant 3 000 cours au total. Dans d'autres pays, la cyberformation ne concerne qu'une minorité d'établissements mais leur nombre augmente rapidement : aux Pays-Bas, par exemple, seule une université sur quatre offre un environnement pédagogique électronique, mais 90 % envisagent de leur emboîter le pas.

Le lien physique unissant le campus et l'étudiant est déjà largement remis en question. En Australie, un étudiant sur sept est inscrit comme « externe », sa présence in situ est donc ponctuelle ou facultative. Sur le plan commercial, l'éducation est au moins le cinquième secteur d'échanges internationaux de services aux États-Unis. Cependant, la plupart de ces échanges reposent encore sur le déplacement physique des étudiants étrangers, alors que la cyberformation reste un phénomène national. L'université virtuelle multinationale est encore un rêve dont Cardean n'est pour l'instant qu'un prototype.

Pourtant, de nombreux représentants gouvernementaux présents à Tokyo s'inquiètent de cette évolution. Les États-Unis sont bien placés pour exporter des services d'éducation – l'industrie du test d'évaluation, par exemple, constitue déjà un marché conséquent au niveau international – et il est peu probable que le système éducatif américain se voit jamais inquiété par des acteurs extérieurs. En revanche, les pays plus petits peuvent redouter de subir une domination culturelle et de perdre le contrôle d'un service considéré par les gouvernements comme un instrument crucial pour orienter le développement de leurs sociétés. Les États-Unis eux-mêmes reconnaissent que l'enseignement primaire et secondaire doivent être exclus des négociations de l'AGCS mais certains pays craignent également des intrusions étrangères dans les formations universitaires sanctionnées par des diplômes.

À l'avenir, plusieurs problèmes clés devront être résolus avant le véritable décollage de

l'exportation de la cyberformation. Les questions du contrôle de qualité et de l'agrément sont cruciales. Les étudiants ont besoin de savoir quelle est la valeur intrinsèque de la formation achetée, mais aussi comment elle sera appréciée, en particulier par les employeurs. Certains pays établissent déjà au niveau national une habilitation des institutions et un agrément des diplômes qui garantissent à l'étudiant que la formation qu'il reçoit est reconnue et appréciée par d'autres. Cela est beaucoup plus difficile à réaliser pour les prestataires étrangers. L'agrément international n'en est qu'à ses débuts : la Global Alliance for Transnational Education, l'une des principales organisations œuvrant dans ce domaine, n'a encore reconnu que quatre institutions.

Un autre point étroitement lié au précédent est le protectionnisme. Les négociations de l'AGCS devront s'attaquer à une série de mesures prises par les pays pour freiner l'importation de services éducatifs : mesures et législations directes, non-reconnaissance des qualifications étrangères, lois sur les télécommunications et restrictions sur le déplacement des personnes. Il s'agira en fait de s'opposer à une motivation fondamentale : le désir de garder le contrôle de son propre système d'éducation.

Les États doivent formuler plus clairement quels sont les objectifs de leurs systèmes éducatifs qu'ils veulent garder dans le domaine public et prendre conscience du potentiel immense des prestataires privés, nationaux ou étrangers pour assurer le reste.

Avant que le cyber-enseignement ne puisse concurrencer sérieusement l'enseignement traditionnel il faut répondre à une question simple : est-il rentable ? Initialement, on supposait que la formation de milliers de personnes via des logiciels intelligents permettrait des économies considérables par rapport à la configuration traditionnelle d'un enseignant dans une classe. Il est aujourd'hui largement accepté que l'efficacité de l'étude ne puisse aller sans un certain degré d'interaction humaine, par e-mail ou par un contact direct entre l'étudiant et l'enseignant. De plus, les coûts fixes de la mise en place d'une plateforme de cyberformation de qualité peuvent être énormes : le dispositif de Cardean a coûté plusieurs centaines de millions de dollars. Dans ces conditions, seuls les opérateurs qui pourront vendre leurs services à échelle mondiale, seront gagnants. Au départ, les cours les plus rentables à savoir les MBA et les

formations pour dirigeants seront probablement privilégiés. Ce qui pourrait repousser quelque peu le moment où les universités virtuelles pourraient sérieusement concurrencer les formations classiques du premier cycle.

Enfin, les problèmes liés à la propriété intellectuelle se posent avec une acuité croissante. Quand en avril 2001, le Massachusetts Institute of Technology a annoncé qu'il allait mettre sur Internet la totalité de ses notes de cours, son objectif affirmé était de lutter contre une tendance à la privatisation du savoir. Le MIT a également précisé que ces notes ne constituaient pas en elles-mêmes des cours. Cependant, ceux qui tentent de vendre leurs formations en ligne risquent d'avoir des difficultés à protéger leurs produits contre certaines formes de piratage. Au mieux cela aurait l'avantage d'éliminer les opérateurs qui inondent les étudiants de matériel de cours sans aucun suivi individualisé. L'inconvénient est que les universitaires les plus éminents pourraient se montrer réticents à vendre leur savoir aux fournisseurs en ligne, de crainte que des duplications à l'infini ne dévalorisent leur propre contribution intellectuelle ainsi que la renommée des établissements où ils enseignent.

Certains participants à la réunion de Tokyo ont adressé des mises en garde contre la cybermanie, cette foi exagérée dans la capacité des communications électroniques à transformer le monde. La cyberformation est aussi loin de représenter une menace pour l'enseignement en campus que les importations de services éducatifs le sont de mettre en péril l'enseignement national dont le volume est bien plus conséquent. Ceci étant, nul doute que ces deux phénomènes sont bien réels et qu'ils progressent rapidement. Les ministres de l'éducation y sont d'ailleurs très attentifs : réunis à Paris au début de l'année 2001, ils ont demandé à l'OCDE de surveiller les évolutions dans ce domaine et de leur en faire rapport. ■

### Références

- « La cyberformation dans l'enseignement post-secondaire : Tendances, problèmes et enjeux futurs pour les décideurs » – les documents de la conférence et le rapport complet : <http://www1.oecd.org/cer/obj3/ilm/about.htm>
- Voir « Le commerce de services dans l'économie mondiale » J. Nielson, p. 47.
- *Cyberformation: les enjeux du partenariat*, OCDE 2001 ; à commander à l'adresse suivante : [www.oecd.org/bookshop/](http://www.oecd.org/bookshop/)



# Les citoyens au cœur d'une bonne gouvernance

Joanne Caddy,  
Service de la gestion publique de l'OCDE

Le renforcement des relations entre un gouvernement et ses citoyens peut sembler être une priorité si évidente pour les démocraties qu'elle n'a guère besoin d'être rappelée. Pourtant, on reproche partout aux gouvernements d'être trop distants des citoyens, de ne pas être suffisamment à leur écoute et de ne pas solliciter leur participation. Les manifestations qui se sont déroulées de Seattle à Gênes ont fait la une des journaux, mais d'autres signes moins spectaculaires apparaissent : une diminution régulière des taux de participation électorale, un recul dans pratiquement tous les pays de l'OCDE des effectifs d'adhérents aux partis politiques et une baisse de confiance dans les institutions publiques clés. En 2001, moins de trois électeurs sur cinq ont pris la peine de voter aux élections générales en Grande-Bretagne – moins encore ont participé à un référendum sur la durée de la présidence en France. La demande d'une plus grande transparence et responsabilité des pouvoirs publics s'amplifie à mesure que se développe, chez le public et dans les médias, l'examen critique de l'action des gouvernements. Parallèlement, de nouvelles formes de représentation et de participation à la sphère publique se font jour dans tous les pays de l'OCDE.

On ne peut pas dire qu'il n'y ait jamais eu de consultation et de participation, ces démarches existent. Mais elles se limitent trop souvent à des questions spécifiques suscitant déjà un vif intérêt public, telles que la protection de l'environnement ou celle des consommateurs. Ces démarches n'ont pas été

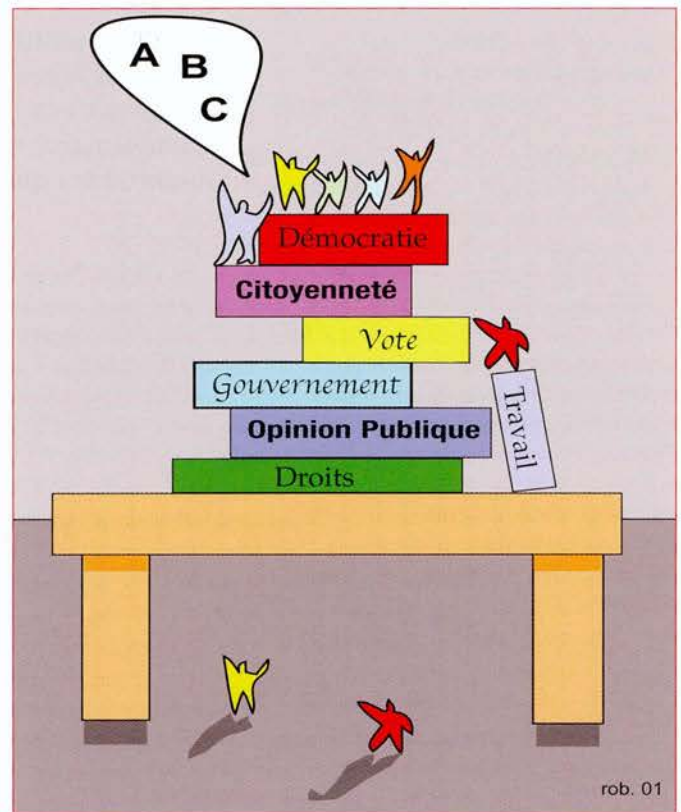
suffisamment reprises dans tous les domaines en tant que partie intégrante du processus démocratique et législatif. La santé est un autre domaine où, dans plusieurs pays, la consultation et la participation du public semblent bien fonctionner. En France par exemple, avec les jurys constitués dans le cadre des Conférences nationales et régionales de la santé, au Canada avec le Forum national sur la santé et au Danemark avec les groupes de défense des patients. Aujourd'hui, le public exerce une pression pour que la consultation et la participation soient étendues à tous les domaines de la politique publique, du budget à la politique étrangère.

En toile de fond de ces nouvelles exigences apparaît un monde globalisé en constante évolution, et se caractérisant de plus en plus par des réseaux plutôt que par une hiérarchie. Internet a ouvert de nouvelles frontières dans la production et l'échange d'informations, se révélant un outil puissant de coordination pour les acteurs en tous points du globe. Les entreprises ont été parmi les premières à tirer profit de cette réalité nouvelle, mais la société civile internationale les a suivies de près. Les gouvernements, en revanche, ont mis du temps à exploiter une « approche réseau » de

la bonne gouvernance et découvrent seulement maintenant l'intérêt d'impliquer les citoyens et les organisations de la société civile dans l'élaboration et l'application des politiques publiques.

Impliquer les citoyens dans l'élaboration des politiques permet aux gouvernements de puiser à de nouvelles sources d'idées, d'informations et de ressources pour leurs prises de décisions. C'est très beau en théorie, mais par où commencer dans la pratique ? Sans avoir toutes les réponses, une nouvelle publication de l'OCDE, *Des citoyens partenaires* (voir références) étudie attentivement ces questions et tente d'éclairer la voie à suivre.

Le point de départ est évident. Pour impliquer efficacement les citoyens dans l'élaboration des politiques, les gouvernements doivent consacrer suffisamment de temps et de ressources à la construction de cadres légaux, politiques et institutionnels solides. Il leur faut mettre au point et utiliser les outils appropriés, des sondages d'opinion portant sur l'ensemble de la population aux conférences consensuelles avec de petits groupes de citoyens ordinaires. L'expérience montre, toutefois, qu'en l'absence de lignes directrices et d'engagement véritable à tous les niveaux de





l'administration, même les meilleures mesures n'auront que peu d'effet.

Les ingrédients clés d'une réussite de l'implication des citoyens dans l'élaboration des décisions sont à portée de main, notamment l'information, la consultation et la participation du public. L'information fournie doit être objective, complète, pertinente, facile d'accès et facile à comprendre. Il doit y avoir, en outre, égalité d'exercice du droit d'accès à l'information et de participation à la prise de décision. Cela signifie notamment que les gouvernements doivent tout faire pour répondre aux besoins particuliers des minorités linguistiques ou des handicapés. Plusieurs pays de l'OCDE dont le Canada, la Finlande et la Suisse, ont une législation qui stipule que les informations doivent être données dans toutes les langues officielles du pays. La portée, la quantité et la qualité des informations officielles fournies au public ont beaucoup augmenté ces 20 dernières années et les droits légaux à l'information sont très répandus dans les pays de l'OCDE. En 1980, 20 % seulement des pays de l'OCDE avaient légiféré sur l'accès à l'information ; en 1990, ce chiffre avait doublé et dépassait 40 %. Fin 2000 il avait encore doublé pour atteindre 80 %. Cependant, six pays – l'Allemagne, le Luxembourg, le Mexique, la Pologne, la Suisse et la Turquie – n'ont pas encore de loi sur la liberté de l'information.

Les droits légaux à la consultation et à la participation active sont moins courants. Dans certains pays, comme le Canada, la Finlande et le Japon, le gouvernement est tenu de consulter les citoyens pour évaluer l'impact de nouvelles réglementations. Mais il ne suffit pas d'informer à l'avance. Si les gouvernements veulent que les citoyens consacrent du temps à la consultation, il leur faut justifier le rôle de cet effort dans le processus d'élaboration des politiques et expliquer par la suite la prise de décisions.

Mais une fois l'existence de ces droits établie, que se passe-t-il ? Le moment choisi pour la consultation publique est essentiel. Il faut que ce soit aussi tôt que possible dans le processus car, après tout, les citoyens risquent fort d'être plus encore mécontents et frustrés d'être consultés une fois la décision prise que de n'être pas consultés du tout. C'est très tôt dans la préparation de sa loi sur la liberté de l'information, adoptée en 2000, que le gouvernement britannique a organisé une vaste consultation publique, – le parlement a reçu 2 248 commentaires sur le projet de loi.

## **Le climat politique et économique difficile qui règne aujourd'hui plaide en faveur d'un retour de l'État. Il ne servirait à rien toutefois de revenir aux anciens modèles d'institutions aussi vastes qu'impénétrables. La transparence et la participation sont plus importantes que jamais pour la démocratie et la stabilité.**

Le Royaume-Uni est le pays de l'OCDE où l'adoption de ce type de loi est la plus récente.

On assiste aujourd'hui à une généralisation des efforts en vue d'une plus grande accessibilité électronique de l'information gouvernementale et de l'ouverture d'espaces de consultation en ligne, comme le forum électronique des citoyens *America Speaks* aux États-Unis, le portail d'information et de discussion *Citizen's Space* au Royaume-Uni ou en Finlande *Share Your Views With Us*. Toutes ces initiatives sont louables mais elles ont leurs limites (la connexion n'est pas encore généralisée, par exemple). Ainsi, lorsqu'il s'agit d'intégrer les suggestions des citoyens dans le processus de décision, Internet ne suffit pas.

Les rôles et responsabilités respectifs du gouvernement (prendre une décision pour laquelle il est tenu responsable et sur laquelle on peut le juger) et du citoyen (apporter sa contribution au processus de décision) doivent être clairs. Les citoyens ne sont pas le gouvernement, ils l'évaluent et veulent être servis par lui. Si on veut que leur participation aille au-delà du recours aux urnes, alors il leur faut un accès véritable à l'information, une consultation valable et des possibilités réelles de prendre une part active à l'élaboration de la politique.

Le gouvernement doit être clair dès le départ sur ses objectifs lorsqu'il demande l'avis du public. Il doit prendre soin de ne pas susciter des attentes irréalistes. Comme l'observe le questionnaire reçu de Nouvelle-Zélande, l'une des raisons les plus couramment citées pour expliquer l'échec d'une consultation est qu'elle a constitué « un but en soi et non un soutien à la prise de décision ». S'enquérir de l'avis public sur des questions vagues, comme la qualité de l'environnement par exemple, plutôt que sur des options politiques précises, telles que le choix entre la construction de voies ferrées nouvelles ou de nouvelles routes, ne peut que susciter la déception publique. En revanche, les gens tendent à accepter le résultat d'un processus loyalement conduit, même s'il n'aboutit pas à la solution qu'ils

auraient choisie. Consulter l'opinion publique trop souvent risque toutefois de provoquer une lassitude. Si l'importance de temps et des efforts consacrés par les citoyens à répondre aux consultations du gouvernement est reconnue, il est alors possible de prendre des mesures pour améliorer la coordination et éviter les doubles emplois entre différents secteurs du gouvernement.

Le climat politique et économique difficile qui règne aujourd'hui plaide en faveur d'un retour de l'État, pas seulement en tant que régulateur et arbitre mais en tant que partenaire clé dans les économies de marché libérales, et responsable des services de sécurité, d'urgence et de défense. Toutefois, son rôle déterminant pour la cohésion politique et sociale dans notre civilisation n'a pas été suffisamment souligné. En cette période troublée, il ne faut pas oublier que la force de la démocratie repose sur des citoyens actifs et informés. Les gouvernements ne peuvent plus se permettre de fournir une information incomplète ou de simplement demander à l'opinion publique son avis sur des faits accomplis.

S'il faut réaffirmer l'importance de l'État, il faut aussi souligner qu'il ne servirait à rien de revenir aux anciens modèles d'institutions publiques, mystérieuses, vastes et impénétrables. La transparence, la consultation et la participation du public sont plus importantes que jamais pour améliorer la conduite de la politique et renforcer la démocratie et la stabilité. Œuvrer à l'ouverture et à la transparence de l'État, tout en garantissant la sécurité, la vie privée et les libertés civiles, est l'un des grands défis de notre temps. ■

### Références

- *Des citoyens partenaires : Information, consultation et participation à la formulation des politiques publiques*, OCDE, 2001, à paraître.
- Pour une note de synthèse et un manuel pratique gratuits : <http://www.oecd.org/puma/citizens>
- Pour tout complément d'information, contacter : [joanne.caddy@oecd.org](mailto:joanne.caddy@oecd.org)



# L'information à la source

« Une ressource électronique extraordinaire pour les bibliothèques des universités et des instituts de recherche ». C'est en ces termes que l'Association des bibliothèques américaines (ALA) décrit SourceOECD, la nouvelle plate-forme d'accès aux publications et statistiques de l'OCDE, dans son palmarès annuel des publications gouvernementales. De lien en lien, SourceOECD trouve sa place dans un nombre croissant de réseaux de bibliothèques.

Somme toute, de quoi s'agit-il ? Schématiquement, c'est une bibliothèque en ligne. La souscription d'un abonnement annuel unique offre un accès illimité à toutes les

informations en ligne de l'OCDE dont 26 bases statistiques. Il est aussi possible de choisir seulement certains périodiques, comme les *Perspectives économiques de l'OCDE*, qui paraissent deux fois par an ou la base de données *Principaux indicateurs économiques*. SourceOECD s'appuie sur une technologie permettant aux abonnés d'isoler les publications qui les intéressent. Ce système est hébergé par Ingenta, l'un des premiers agrégateurs en ligne (<http://www.ingenta.com/>) proposant également un accès aux publications en ligne de l'OCDE depuis son site.

L'OCDE est la première organisation internationale à créer un tel portail d'information regroupant périodiques,

rapports et bases de données. Lancé en janvier 2001, SourceOECD compte déjà plus de 1 200 abonnés dans 57 pays du monde entier. Certains abonnés choisissent même de prendre un abonnement commun. Du reste, c'est ce que vient de faire un consortium canadien de huit universités francophones du Québec. Le même type d'opération est en cours de négociation dans les pays scandinaves. « Le rythme des abonnements dépasse nos perspectives les plus optimistes » commente Toby Green, le directeur marketing de l'OCDE. ■ Pour plus d'informations, adressez-vous à [sourceoecd@oecd.org](mailto:sourceoecd@oecd.org). Visitez [www.sourceoecd.org](http://www.sourceoecd.org)

## ocde.org fait peau neuve

Choisissez un sujet, de l'Agriculture au Vieillessement, et le nouveau site web de l'OCDE vous présentera un aperçu sur la matière. Ce site de deuxième génération offre un accès thématique aux sujets et aux questions sur lesquels travaille l'Organisation, et comprend également un nouveau portail de statistiques, une salle de presse rénovée ainsi qu'un moteur de recherche plus performant. Parce que vous tenez à rester au fait de l'actualité, MyOECD vous envoie gratuitement des alertes e-mail pour vous informer des nouvelles publications traitant des thèmes choisis. « Grâce à ce portail, le support de connaissances et d'expertise de

l'OCDE sera désormais entièrement accessible à la communauté internationale », annonce Donald Johnston, le Secrétaire général de l'OCDE. « C'est un pas de plus pour atteindre nos objectifs de transparence, d'immédiateté de l'information et de service sur mesure. »

« Le nouveau portail de statistiques de l'OCDE constitue un carrefour unique d'accès aux statistiques et aux indicateurs indispensables pour les États, les institutions et les simples citoyens lors de l'analyse des grands enjeux publics en fournissant des séries de données fiables » commente Enrico Giovannini, le statisticien en chef de l'OCDE. On accède à *L'Observateur* depuis le nouveau site de l'Organisation, ou directement à [www.observateurocde.org](http://www.observateurocde.org). ■ Le nouveau site est à l'adresse [www.ocde.org](http://www.ocde.org)

## L'Observateur : toujours plus de lecteurs en ligne

*L'Observateur* en ligne conforte sa position dans le cyberspace. Depuis début 2000, son site compte parmi les 10 sites les plus recommandés dans la catégorie des revues sur le commerce et l'économie de l'annuaire grand public Yahoo. Le site de *L'Observateur* figure également sur la liste des revues économiques

de l'annuaire Google, plus élitiste. Le trafic de visiteurs venant du monde entier augmente d'environ 15 % par mois depuis 1999. Les consultations les plus nombreuses émanent des entreprises américaines, suivies par les établissements d'enseignement puis les administrations. La majeure partie du trafic provient des États-Unis, viennent ensuite l'Australie, le Royaume-Uni, le Canada, le Japon et l'Allemagne. En dehors de la zone OCDE, c'est depuis Singapour, la Malaisie, l'Afrique du Sud, l'Arabie saoudite, le Brésil et la Russie qu'il est le plus visité. ■

## L'OCDE en statistiques

Désormais il est aisé de se tenir informé des nouvelles statistiques, grâce à un nouveau bulletin de l'OCDE intitulé *Statistics Newsletter* qui regroupe des informations statistiques en provenance de tous les services de l'OCDE. Ce nouveau bulletin est pour les statisticiens, économistes et autres analystes utilisateurs de données un moyen de se procurer et d'échanger des informations, tout en étant avisés des activités du moment et de celles en projet. Il tend également à renforcer la coopération entre les instituts de statistiques. Chaque numéro contient des articles sur les nouveautés dans le domaine des statistiques et un dossier sur la base de données du mois, ayant trait au contenu d'une des bases de données de l'OCDE, accompagné de recommandations sur la marche à suivre pour l'exploiter efficacement. Le dernier numéro contient un dossier sur la base de données de l'OCDE relative à la santé ainsi que des explications sur le traitement du passage à l'euro au sein des statistiques élaborées par l'OCDE. ■ Abonnez-vous à la *Statistics Newsletter* par Internet à : [www.oecd.org/oecdirect](http://www.oecd.org/oecdirect) ou par e-mail : [std.statnews@oecd.org](mailto:std.statnews@oecd.org)



# Programme des conférences

Veillez noter que la plupart des réunions ne sont pas ouvertes au public mais sont mentionnées pour information. Sauf indication contraire, toutes les réunions se tiennent à Paris. Ce document est mis à jour de façon hebdomadaire sur le site internet de l'OCDE: <http://www.oecd.org/media/enbref.htm>

## OCTOBRE – une sélection d'événements

- 17-18 **Forum global sur la concurrence**, organisé par la Direction des affaires financières, fiscales et des entreprises (DAF). Les autorités de contrôle de la concurrence des membres de l'OCDE et les pays observateurs rencontreront leurs homologues des pays non-membres.
- 25 **Tourisme et transport aérien**, table ronde organisée par la Direction de la science, de la technologie et de l'industrie (STI).
- 29-30 **Projet relatif à la mesure des incidences du commerce électronique sur les entreprises**, atelier organisé par STI, l'Institut italien des statistiques, et l'ABI (Italian Banking Association). Rome, Italie.
- 29-30 **Réunion plénière extraordinaire du GAFI**. Washington, D.C., USA.

## NOVEMBRE

- 5-7 **Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE**, conférence internationale sur la santé, organisée par la Direction de l'éducation, de l'emploi, du travail et des affaires sociales (ELS) avec les autorités canadiennes. Ottawa, Canada.
- 6-7 **La gouvernance publique**, réunion du Forum mondial de l'OCDE sur la modernisation des pouvoirs publics, organisée par le Centre pour la coopération avec les pays non membres. (CCNM) et le Service de la gestion publique (PUMA).
- 7-9 **Gestion des risques et catastrophes naturels et équipements éducatifs**, séminaire international organisé par ELS/PEB et le ministère grec de l'Éducation et du Culte, et l'Organisation des bâtiments scolaires. Thessalonique, Grèce.
- 9-13 **Réunion ministérielle de l'Organisation mondiale du commerce**. Doha, Qatar.

- 10-13 **Compétitivité et nouvelles technologies en Amérique Latine et dans les Caraïbes**, forum international sur les perspectives latino-américaines, organisé par le Centre de développement en collaboration avec la Banque interaméricaine de développement. Madrid, Espagne.
- 20 **Perspectives économiques N° 70**, publication de la version préliminaire. L'analyse semestrielle des tendances majeures et les principaux facteurs qui déterminent les perspectives économiques à court terme.
- 20 **Examen de l'aide de l'Allemagne**. Un « examen par les pairs » des pays du Comité d'aide au développement (CAD).
- 22-23 **Conférer plus de pouvoir et mieux contrôler des organismes publics plus autonomes : la gouvernance des agences et autorités publiques**, conférence à haut niveau organisée par le Service de la gestion publique (PUMA) en coopération avec le gouvernement de la République slovaque. Bratislava, République slovaque.
- 22-23 **Améliorer la gouvernance pour le développement durable**, séminaire organisé par le Secrétariat général de l'OCDE.
- 26-27 **Nouveaux horizons et nouveaux défis pour l'investissement direct étranger au XXI<sup>e</sup> siècle**, forum mondial sur l'investissement international organisé par le Gouvernement du Mexique et DAF Mexique.
- 27-28 **Politiques pour une transition économique et sociale au XXI<sup>e</sup> siècle**, forum sur l'investissement international organisé par le Programme de l'OCDE sur l'avenir.
- 28-30 **L'impact environnemental des organismes vivants modifiés**, conférence organisée par le gouvernement des États-Unis et la Direction de l'environnement (ENV)/programme biotechnologie. Raleigh, NC, États-Unis.
- 28-30 **Les aspects économiques de la réduction des risques**



des pesticides, atelier organisé par ENV. Copenhague, Danemark.

- 29-30 **Promouvoir l'investissement**, séminaire organisé par CCNM, DAF, ELKE Grèce (Hellenic Centre for Investment) et le ministère de l'économie de la Croatie. Athènes, Grèce.

---

## DÉCEMBRE

- 3-4 **La gestion des établissements d'enseignement supérieur et l'évolution des attentes des étudiants en Europe et en Amérique du Nord**, séminaire organisé par le Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement (CERI)/IMHE.
- 5 **Communications à haut débit : infrastructure et applications**, atelier organisé par le Comité sur les politiques de l'information et des communications.
- 5-6 **Assurer la transparence et renforcer la responsabilité dans les secteurs public et privé**, réunion du Forum mondial sur la gouvernance organisée par CCNM/PUMA. Brasilia, Brésil.
- 5-7 **Système d'observation permanente des migrations (SOPEMI)**, réunion annuelle organisée par ELS.
- 5-7 **Les politiques de l'apprentissage des adultes**, conférence internationale organisée par ELS et le Korean Research Institute for Vocational Education & Training. Séoul, Corée.
- 6 **Politique de la concurrence dans le transport maritime des lignes régulières**, atelier organisé par le comité des transport maritimes de STI.
- 10 **Les partenariats publics/privés pour l'innovation : comment les secteurs publics et privés peuvent-ils encourager l'innovation ?** Atelier organisé par STI.
- 12 **Réunion au niveau des hauts fonctionnaires du CAD.**
- 17-18 **L'industrie de l'acier**, réunion à haut niveau organisée par STI pour traiter des problèmes qui se posent à long terme dans le secteur de l'acier : suivie de la réunion de septembre entre les représentants officiels et ceux de l'industrie sidérurgique.

---

## JANVIER 2002

- 21-22 **La politique des télécommunications pour l'économie numérique**, conférence organisée par STI,

avec le thème, « La politique des télécommunications pour l'économie du numérique ». Dubai, Émirats Arabes Unis.

- 24-25 **Inventions, droits de propriété et pratique d'octroi de licences dans le domaine de la génétique**, conférence organisée par STI et sponsorisée par le Ministère allemand de l'éducation et de la recherche. Berlin, Allemagne.
- 28-30 **Les entretiens internationaux de l'aménagement et du développement du territoire**, conférence à haut niveau, organisée par TDS, DATAR (Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale), et la Caisse des dépôts. Cité des Sciences et de l'industrie, Paris.
- 30 **Demain : quelles voies navigables pour l'Europe?** Séminaire organisé par la Conférence européenne des ministres des transports (CEMT).
- 31/1-5/2 **Forum économique mondial**. New York City, États-Unis. Participation du Secrétaire général de l'OCDE.

---

## FÉVRIER

- 4-5 **Perspectives de développement économique en Afrique**, 3ème Forum international sur les perspectives africaines, organisé par le Centre de développement en coopération avec l'African Development Bank.
- 7-8 **L'investissement direct étranger et l'environnement dans les secteurs minier et forestier**, conférence organisée par ENV, CCNM et DAF.
- 11-12 **La qualité des dépenses publiques : la mise en oeuvre de la gestion et de la budgétisation centrées sur les résultats**, réunion organisée par PUMA.
- 18-20 **Questions de sûreté et besoins de recherche des réacteurs nucléaires avancés**, séminaire organisé par l'Agence de l'OCDE pour l'énergie nucléaire.

---

## MAI

- 13-15 **OCDE Forum 2002**, réunion ouverte au public des officiels et personnages de gouvernement, des entreprises, de l'académie et de la société civile.
- 15-16 **Réunion du Conseil de l'OCDE au niveau ministériel**. Réunion annuelle des ministres des affaires étrangères, des finances, d'économie et des échanges.



## La logique des écotaxes

*Les taxes liées à l'environnement dans les pays de l'OCDE : Problèmes et stratégies*

Il existe plusieurs façons d'encourager les bonnes conduites en matière d'environnement : l'une est de rendre les pratiques écologiques économiquement avantageuses, une autre est de taxer les pratiques dommageables. Ce rapport de l'OCDE, préparé par des experts de l'environnement et des spécialistes de la fiscalité, en donne maintes illustrations.

Les taxes liées à l'environnement obéissent au « principe pollueur-payeur » selon lequel le coût de la pollution doit être répercuté sur le prix et la production des biens et services responsables de cette pollution. Aux États-Unis, par exemple, une taxe sur les véhicules « carburivores » et gros pollueurs qui varie de US\$ 1 000 à US\$ 7 700 est prélevée lors de l'achat de véhicules gaspilleurs d'énergie. Et les taxes perçues sur les récipients non-réutilisables de boisson encouragent le recyclage et réduisent les volumes de déchets.

Au cours des 10 dernières années, la plupart des pays de l'OCDE ont introduit des écotaxes dans leurs politiques environnementales et cela pour plusieurs raisons. Ces taxes sont relativement faciles à administrer et peuvent contribuer à lutter contre le réchauffement de la planète dans la mesure où elles encouragent à la fois l'innovation technologique et la réduction des émissions polluantes. Elles permettent aussi de remplir les caisses de l'État : les recettes fiscales liées à l'environnement



représentent en moyenne près de 2 % du PIB dans les pays de l'OCDE et 6 % des recettes fiscales totales.

Toutefois, il y a encore certains problèmes à résoudre. Les gouvernements ont jusqu'ici choyé l'industrie en lui accordant des exonérations et des dégrèvements fiscaux de peur que des droits ou redevances supplémentaires ne fassent fuir les entreprises vers des paradis fiscaux pour pollueurs. Résultat : les écotaxes frappent actuellement presque exclusivement les ménages et le secteur des transports. Les entreprises ne doivent pourtant pas redouter les écotaxes. Le rapport propose plusieurs options pour les imposer plus efficacement sans réduire leur compétitivité. Par exemple les exonérations intégrales pourraient être remplacées par une structure fiscale à deux niveaux dont le plus bas serait appliqué aux secteurs les plus exposés à la concurrence internationale.

En tout état de cause, si certaines entreprises frappées par les écotaxes devenaient moins compétitives, d'autres moins polluantes pourraient, elles, voir leur compétitivité s'accroître. La responsabilisation écologique peut avoir à terme des retombées positives pour une entreprise et faire en sorte que l'industrie pèse moins lourd sur l'environnement. ■

Visiter la base de données sur les taxes d'environnement : [www.oecd.org/env/tax-database](http://www.oecd.org/env/tax-database)  
Voir également : <http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/497.html>

## Le poids de la paperasse

*La paperasserie vue par les entreprises : Le fardeau administratif et réglementaire des petites et moyennes entreprises*

Remplir des formulaires administratifs, répondre à des documents officiels et arriver à se retrouver dans la paperasse peut être déroutant, fastidieux et chronophage. Mais imaginez que l'on vous demande de remplir un formulaire sur les fonctionnaires, les contrôleurs et les bureaucrates eux-mêmes. C'est ce qu'on a demandé aux dirigeants de 8 000 petites et moyennes entreprises (PME) dans 11 pays de l'OCDE. Leur réponse n'est pas simplement de la paperasserie.

L'enquête demandait aux entreprises s'il leur était facile ou difficile de respecter la réglementation sur l'emploi, la fiscalité et l'environnement et combien cela leur coûtait. Elle portait aussi sur l'efficacité de la prise de décision administrative, jusqu'au contact personnel, vrai demandant de répondre par *vrai* ou *faux* à des affirmations telles que « L'administration n'est jamais précise dans ses réponses » ; « Il est difficile de savoir où se prennent les décisions » ; « La position varie d'un interlocuteur à l'autre ».

Les résultats confirment que la réglementation et les formalités administratives ont un impact certain sur les petites et moyennes entreprises. Les PME interrogées dépensent en moyenne chaque année US\$ 27 500 pour se conformer aux exigences de l'administration, soit un coût moyen de US\$ 4 100 par salarié, ou environ 4 % de leur chiffre d'affaires annuel.

Et plus l'entreprise est petite, plus le tracas est grand. Pour les plus petites, celles de moins de



20 salariés, la charge administrative par salarié est au moins cinq fois plus lourde que pour les plus grandes : la paperasserie coûte en moyenne US\$ 4 600 par salarié aux petites PME et seulement US\$ 900 aux PME de plus de 50 salariés. De plus, les petites PME présentent chaque année huit fois plus de demandes d'autorisation ou de décision que les grandes.

Comme on pouvait le prévoir, environ 80 % des PME pensent que le respect de la réglementation sur l'emploi nuit à la rentabilité de l'entreprise. Nombre d'entre elles estiment que cette réglementation alourdit le coût non salarial de la main-d'œuvre et complique l'embauche comme le licenciement du personnel.

L'enquête avait pour but de clarifier pour les autorités en quoi les formalités administratives pouvaient être mal conçues ou mal appliquées, d'en évaluer l'efficacité ou l'actualité et de préciser si elles entravaient l'innovation, les échanges et l'investissement. Il est évidemment nécessaire de réglementer, non seulement pour préserver l'intérêt général mais aussi pour assurer le bon fonctionnement des marchés. Ce que montre ce rapport, c'est qu'il faudrait peut-être réduire le coût de la paperasserie, alléger les formalités administratives et en assurer la transparence. ■



## Tunnels : vue sur l'avenir

*La sécurité dans les tunnels :  
Le transport de matières  
dangereuses dans les tunnels routiers*



La sécurité dans les tunnels est devenue un motif de vive préoccupation ces dernières années à la suite des graves accidents survenus dans le tunnel du Mont Blanc et en Autriche, sans oublier l'incendie dans le tunnel sous la Manche. Compte tenu des progrès de la technologie des tunnels et de la place croissante qu'occupent ces ouvrages dans les infrastructures routières, la question se pose de savoir comment les rendre plus sûrs.

Prenons le cas du transport de matières dangereuses. Un accident grave, impliquant par exemple des produits chimiques explosifs ou toxiques dans un tunnel, peut s'avérer très coûteux à la fois en terme de vies humaines mais aussi de dégradation de l'environnement, de dommages au tunnel et de perturbation du système de transport. Mais une interdiction

pure et simple du transport de matières dangereuses dans tous les tunnels est inconcevable car elle pourrait engendrer des coûts économiques additionnels injustifiés. Bien plus, pareille interdiction risque de forcer les opérateurs à emprunter des itinéraires plus dangereux traversant par exemple des agglomérations ou des régions peuplées.

Les habitudes et règlements du transport de matières dangereuses dans les tunnels varient considérablement selon les pays et parfois à l'intérieur d'un même pays. Ce qui n'est pas le cas pour le règlement du transport de ces matières sur les routes à ciel ouvert qui, lui, est bien plus uniforme et souvent basé sur des modèles de règlements internationaux. Pour les tunnels, la définition de la réglementation, la prise de décision, la responsabilité et l'application sont souvent laissées aux autorités locales ou régionales, aux propriétaires des tunnels ou encore aux avis des « experts ». L'absence d'une réglementation générale applicable à tous les tunnels routiers au niveau national limite la capacité d'évaluer les risques et de prendre les mesures qui s'imposeraient.

LOCDE et l'Association Mondiale de la Route (WRA) se sont penchées sur ces problèmes dans cette nouvelle étude qui traite à la fois des questions réglementaires et techniques. Par exemple, elle a conçu un système relativement simple, regroupant sur une liste les cargaisons dangereuses, système qui pourrait être mis à la disposition des transporteurs pour la planification de leurs itinéraires. Actuellement, ils doivent parcourir de longues listes de marchandises et de quantités interdites, différentes pour chaque tunnel. Un modèle d'évaluation quantitative des risques a aussi été mis au point pour comparer les risques encourus lors du transport de marchandises dangereuses dans un tunnel par rapport à ceux des autres itinéraires possibles. De plus, de nombreuses études ont été réalisées pour évaluer l'efficacité des mesures de réduction des risques telles que les systèmes de drainage, de ventilation ou de détection d'incendie.

Cette étude débouche sur un message encourageant : avec une gestion appropriée on peut envisager sereinement l'avenir des tunnels. L'amélioration des techniques de construction et de prévention des accidents les rend de plus en plus sûrs et rentables pour la traversée de terrains difficiles et de zones urbaines. ■

### Soyez le premier informé ...

Grâce à notre service d'information  
e-mail gratuit personnalisé

OECD *direct*

Agriculture et alimentation  
Comptes nationaux et statistiques rétrospectives  
Développement  
Enseignement et compétences  
Economies émergentes  
Economies en transition  
Economie territoriale  
Emploi  
Energie  
Energie nucléaire  
Environnement et développement durable  
Finance et investissement / Assurance et retraites  
Fiscalité  
Gouvernance  
Industrie, services et échanges  
Questions d'économie générale et études prospectives  
Questions sociales / Migrations / Santé  
Science et technologies de l'information  
Statistiques : sources et méthodes  
Transports

Enregistrez-vous dès aujourd'hui !  
[www.oecd.org/OECDdirect](http://www.oecd.org/OECDdirect)







# Nouvelles publications – septembre à novembre 2001

Toutes les publications sont disponibles en version papier ou en version électronique. Pour d'autres titres, consulter [www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)

## AFFAIRES FINANCIÈRES ET FISCALES

### Mesurer les charges fiscales : Quels indicateurs pour demain ?

Cette étude examine certains des indicateurs les plus communément utilisés pour mesurer la charge fiscale des ménages et des sociétés.

ISBN : 9264271376

Octobre 2001, 102 pages, 20 tableaux

€ 25 US\$ 24 £ 15 ¥ 2 850 MXN 231

### Les impôts sur les compagnies d'assurance N° 3

Cette publication examine la difficile question de l'imposition des bénéficiaires dans le secteur de l'assurance-vie et de l'assurance dommages. Elle analyse les problèmes politiques et techniques qui se posent lors de la détermination d'un mode d'imposition efficace des bénéficiaires.

ISBN : 9264283455

Octobre 2001, 120 pages, 34 tableaux

€ 31 US\$ 26 £ 18 ¥ 2 890 MXN 251

### Statistiques des recettes publiques

Questions en cours sur la collecte des recettes publiques – L'impact des révisions des PIB 1965/2000. Également disponible sur CD-ROM.

ISBN : 9264095152

Octobre 2001, 122 pages, 179 tableaux, 46 graphiques

€ 84 US\$ 75 £ 52 ¥ 8 450 MXN 720

## AGRICULTURE

### Examen des pêcheries dans les pays de l'OCDE : Politiques et statistiques de base Édition 2001

Cette publication examine l'évolution des échanges, des politiques gouvernementales et de la production halieutique et aquicole, avec dans cette édition un chapitre sur la capacité de pêche.

ISBN : 9264295089

Octobre 2001, 364 pages, 127 tableaux

€ 60 US\$ 54 £ 37 ¥ 6 050 MXN 515

## DÉVELOPPEMENT ET AIDE

### L'Afrique émergente

Cet ouvrage analyse les facteurs du regain de dynamisme de certaines économies africaines dans les années 90.

ISBN : 9264296557

Octobre 2001, 244 pages

€ 35 US\$ 31 £ 22 ¥ 3 500 MXN 300

SÉRIES : *Études du Centre de Développement*

### Environnement économique et politique de transition vers une économie de marché : Colombie

ISBN : 9264295232

Août 2001, 108 pages, 19 tableaux

€ 20 US\$ 19 £ 12 ¥ 1 900 MXN 164

### SÉRIES : Les lignes directrices du CAD

Chaque publication :

€ 20 US\$ 19 £ 12 ¥ 1 900 MXN 164

### La réduction de la pauvreté

ISBN : 9264295062

Novembre 2001, 115 pages

### Prévenir les conflits violents : quels moyens d'action ?

Ces Lignes directrices abordent des thèmes tels que la sécurité, le développement et le problème des armes de petit calibre, la coopération régionale, les processus de paix, justice et réconciliation, la participation à des partenariats au service de la paix, la mobilisation du monde des affaires et, enfin, les moyens de contrer l'économie politique de la guerre : il s'agit en effet de mettre fin aux situations où des groupes puissants ont intérêt à déclencher ou à perpétuer un conflit violent.

ISBN : 9264295070

Novembre 2001, 190 pages

### Renforcer les capacités commerciales au service du développement

ISBN : 9264295046

Octobre 2001, 84 pages

### Système de notification des pays créanciers sur les activités d'aide

Activités d'aide dans les PECO/NEI

1999/2000 Vol. 2001-5

ISBN : 9264091203

Octobre 2001, 144 pages, 86 tableaux

€ 30 FF 196.78 US\$ 35 DM 58.67

£ 19 ¥ 3 500 MXN 262

## DÉVELOPPEMENT DURABLE

### Stratégies de développement durable : Les lignes directrices du CAD

Cet ouvrage fournit des orientations concrètes pour l'adoption de bonnes pratiques en matière d'élaboration et de mise en œuvre de stratégies de développement durable.

ISBN : 9264295054

Octobre 2001, 92 pages

€ 20 US\$ 19 £ 12 ¥ 1 900 MXN 164

### Indicateurs d'environnement de l'OCDE : Vers un développement durable 2001

Cette publication contribue à l'évaluation des performances environnementales et

des progrès réalisés vers un développement durable. Structuré par thèmes tels que le changement climatique, la pollution de l'air, la biodiversité, les déchets ou les ressources en eau.

ISBN : 9264287183

Décembre 2001, 177 pages

€ 30 US\$ 27 £ 18 ¥ 3 000 MXN 255

## DÉVELOPPEMENT TERRITORIAL

### SÉRIES : Examens territoriaux de l'OCDE

Chaque étude :

€ 38 US\$ 34 £ 23 ¥ 3 850 MXN 325

#### Corée

ISBN : 9264296506

Décembre 2001, 200 pages, 40 tableaux, 15 graphiques

#### Italie

ISBN : 9264287124

Novembre 2001, 180 pages, 17 tableaux, 18 graphiques

#### Hongrie

ISBN : 9264295313

Octobre 2001, 232 pages, 26 tableaux, 23 graphiques

## ÉCHANGES

### Commerce des services : questions et enjeux des négociations

Quels sont les obstacles qui entravent les échanges de services ? Comment traiter ces obstacles lors des négociations de manière à parvenir à des résultats positifs ? Comment une plus grande transparence de la réglementation peut-elle favoriser et renforcer la libéralisation des échanges de services ?

ISBN : 9264295224

Septembre 2001, 152 pages

€ 35 US\$ 31 £ 22 ¥ 3 500 MXN 300

### Les systèmes de financement des crédits à l'exportation dans les pays membres et les économies non membres de l'OCDE

ISBN : 9264286349

Septembre 2001, 550 pages

€ 95 US\$ 85 £ 58 ¥ 9 550 MXN 815

## ÉCONOMIE

### Perspectives économiques de l'OCDE N° 70, Vol. 2001

ISBN : 9264291016

Janvier 2001

€ 54 US\$ 60 £ 37 ¥ 6 780 MXN 525

### La Mesure du Capital – Manuel de l'OCDE : La mesure des stocks de capital, de la consommation

### de capital fixe et des services du capital

La nature du capital et de sa contribution à la production constituent depuis longtemps un sujet controversé pour les économistes. Mesurer le capital est en effet une des tâches les plus difficiles parmi celles auxquelles sont confrontés les statisticiens. Ce manuel a pour but de clarifier les questions théoriques que posent les concepts de stocks et flux de capital fixe et de fournir des lignes directrices pour le calcul d'estimations.

ISBN : 9264287027

Septembre 2001, 140 pages

€ 30 US\$ 27 £ 18 ¥ 3 000 MXN 257

### SÉRIES : Études économiques de l'OCDE

Chaque étude :

€ 32 US\$ 34.58 £ 21 ¥ 4 000 MXN 311

#### France 2000/2001 Vol. 2001

ISBN : 9264296859

Décembre 2001, 169 pages, 33 tableaux

#### Japon 2000/2001

ISBN : 9264297014

Décembre 2001, 125 pages, 33 tableaux, 20 graphiques

#### États-Unis 2000/2001

Thème spécial : Vers une fiscalité plus

efficiente et moins complexe

ISBN : 9264296808

Novembre 2001, 120 pages, 35 tableaux, 45 graphiques

#### Australie 2000/2001

Thème spécial : Développement durable

ISBN : 9264291393

Octobre 2001, 98 pages, 19 tableaux, 70 graphiques

#### Canada 2000/2001

Thème spécial : Améliorer l'efficacité des

dépenses publiques

ISBN : 9264291407

Septembre 2001, 115 pages, 32 tableaux

## ÉDUCATION

### Les nouvelles technologies à l'école : Apprendre à changer

Voir revue, page 68.

Comment peut-on concrétiser les avantages de cet investissement éducatif ? Ce rapport étudie les vastes possibilités d'enseignement qu'offre l'Internet en réunissant l'école, le domicile et la société en général.

ISBN : 9264296522

Octobre 2001, 1 128 pages

€ 23 US\$ 21 £ 14 ¥ 2 300 MXN 195

### Quel avenir pour nos écoles ?

Quelles sont les grandes tendances qui influent le plus sur l'éducation et de quelle façon vont-elles se manifester dans les prochaines années ?

ISBN : 9264295267



Octobre 2001, 182 pages, 19 tableaux, 22 graphiques  
€ 30 US\$ 27 £ 18 ¥ 3 000 MXN 255

### Bibliothèques scolaires et centres de documentation

Comment concevoir la bibliothèque de demain ? Quel rôle sera-t-elle amenée à jouer dans l'espace scolaire, dans le système éducatif et dans la société en général ?  
ISBN : 9264086048  
Septembre 2001, 144 pages  
€ 20 US\$ 19 £ 12 ¥ 1 900 MXN 164

## EMPLOI ET SOCIÉTÉ

### Panorama de la santé

Les systèmes de santé des pays de l'OCDE sont aujourd'hui la première industrie de services dans la plupart des pays de l'OCDE. Panorama de la santé rend compte de nombreuses évolutions, concernant l'état de santé et les systèmes mis en place dans les pays de l'OCDE, notamment l'espérance de vie, les ressources de santé, les activités des systèmes de santé, le financement des soins et les dépenses de santé.  
ISBN : 9264287132

Octobre 2001, 106 pages, 28 tableaux, 80 graphiques  
€ 20 US\$ 19 £ 12 ¥ 1 900 MXN 164

### Tendances des migrations internationales :

#### SOPEMI Édition 2001

Ce rapport présente une analyse complète des tendances récentes des mouvements et des politiques migratoires dans l'ensemble des pays de l'OCDE et dans quelques pays non membres. Il comprend une description détaillée des flux, des différents canaux d'immigration et de la nationalité des migrants concernés. Une attention particulière est accordée aux mesures prises récemment dans plusieurs pays membres de l'OCDE pour faciliter le recrutement de travailleurs étrangers qualifiés et hautement qualifiés.  
ISBN : 9264296700

Décembre 2001, 350 pages, 150 tableaux, 35 graphiques  
€ 65 US\$ 59 £ 40 ¥ 6 550 MXN 560

### Des politiques du marché du travail novatrices : La méthode australienne

Quels résultats obtient-on quand on demande aux chômeurs de fournir un travail d'utilité collective en contrepartie des allocations chômage ? Parmi les nombreuses innovations australiennes, quelles sont celles qui pourraient être adoptées par d'autres pays ?  
ISBN : 9264287353

Octobre 2001, 230 pages, 35 tableaux, 23 graphiques  
€ 46 US\$ 41 £ 28 ¥ 4 650 MXN 395

## ÉNERGIE

Enseignement et formation dans le domaine nucléaire : faut-il s'inquiéter ?

Les résultats d'une enquête internationale, cette publication examine la situation actuelle ainsi que les raisons de s'inquiéter.  
ISBN : 9264285210

Octobre 2001, 140 pages, 20 tableaux  
€ 34 US\$ 31 £ 19 ¥ 3 300 MXN 276

### Examen des critères techniques de sûreté du combustible nucléaire

ISBN : 9264296875  
Décembre 2001, 76 pages  
€ 20 US\$ 19 £ 12 ¥ 1 900 MXN 164

### Emissions de CO2 dues à la combustion d'énergie, 1971/1999

ISBN : 9264087451  
Octobre 2001, 400 pages  
€ 168 US\$ 150 £ 103 ¥ 16 900 MXN 1 442

### Électricité, charbon, gaz et pétrole : Statistiques trimestrielles, Deuxième Trimestre 2001

ISBN : 9264090665  
Octobre 2001, 544 pages, 820 tableaux  
€ 102 US\$ 110 £ 67 ¥ 12 800 MXN 1 023

## ENVIRONNEMENT

### Les taxes liées à l'environnement dans les pays de l'OCDE :

#### Problèmes et stratégies

Voir revue, page 64.  
ISBN : 9264287310  
Décembre 2001, 146 pages, 13 tableaux, 18 graphiques  
€ 30 US\$ 27 £ 18 ¥ 3 000 MXN 257

### SÉRIES : Examens des performances environnementales Norvège

Thèmes couverts : Politique environnementale ; Gestion de l'eau et des déchets ; Nature et biodiversité, économie, société et environnement ; Énergie, coopération internationale.  
ISBN : 9264296549  
Novembre 2001, 190 pages, 30 tableaux, 24 graphiques  
€ 37 US\$ 32 £ 22 ¥ 3 530 MXN 304

### Portugal

Thèmes couverts : Politique environnementale ; Gestion de l'air, eau et déchets ; Biodiversité, économie, société et environnement ; Tourisme, coopération internationale.  
ISBN : 9264296530  
Novembre 2001, 244 pages, 40 tableaux, 65 graphiques  
€ 37 US\$ 32 £ 22 ¥ 3 530 MXN 304

## GESTION PUBLIQUE

### La paperasserie vue par les entreprises

Voir revue, page 64.  
ISBN : 9264287167  
Décembre 2001  
130 pages, 17 tableaux, 67 graphiques  
€ 25 US\$ 22 £ 15 ¥ 2 500 MXN 215

### Le secteur public au XXIème siècle : repenser le leadership

Cet ouvrage est le premier à examiner les questions clés du leadership dans l'ensemble des pays membres de l'OCDE, notamment les stratégies et les pratiques actuellement adoptées par les gouvernements et les enseignements déjà tirés des expériences des pays.  
ISBN : 9264295291  
Octobre 2001, 112 pages  
€ 20 US\$ 19 £ 12 ¥ 1 900 MXN 164

### SÉRIES : Examens de l'OCDE de la réforme de la réglementation

#### La réforme de la réglementation en Espagne

ISBN : 9264276688  
Novembre 2001, 368 pages  
€ 65 US\$ 58 £ 37 ¥ 6 250 MXN 525

#### La réforme de la réglementation en Italie

ISBN : 9264286608  
Octobre 2001, 422 pages, 57 tableaux, 33 graphiques  
€ 75 US\$ 65 £ 45 ¥ 7 150 MXN 616

## GOVERNEMENT D'ENTREPRISE

### Des partenariats locaux pour une meilleure gouvernance

Aux quatre coins de l'OCDE, des partenariats se forment aujourd'hui pour répondre à des problèmes liés au développement économique, à l'emploi, à la cohésion sociale et à la qualité de vie. Cet ouvrage propose une stratégie que les gouvernements peuvent mettre en œuvre pour améliorer la gouvernance par le biais du partenariat.  
ISBN : 9264285881

Octobre 2001, 450 pages, 23 tableaux, 15 graphiques  
€ 45 US\$ 40 £ 28 ¥ 4 550 MXN 385

## INDUSTRIE, SCIENCE ET INNOVATION

### Perspectives de la science, de la technologie et de l'industrie : Les moteurs de la croissance : technologies de l'information, innovation et entrepreneuriat

Quel est l'impact que les technologies de l'information, l'innovation et l'entrepreneuriat ont sur les performances économiques ? Cette édition spéciale des Perspectives de la STI étudie de manière approfondie les modalités d'évolution de ces facteurs ainsi que leurs relations mutuelles. Elle examine les principales problématiques et recommande un certain nombre de mesures qui pourraient être prises par les pouvoirs publics.  
ISBN : 9264295380

Octobre 2001, 142 pages, 80 graphiques  
€ 30 US\$ 27 £ 18 ¥ 3 000 MXN 255

### Les capacités de production d'acier

### dans les pays non membres de l'OCDE, Édition 2001

ISBN : 9264087206  
Octobre 2001, 466 pages  
€ 75 US\$ 67 £ 46 ¥ 7 550 MXN 644

### Tableau de bord de l'OCDE de la science, de la technologie et de l'industrie : Vers une économie fondée sur le savoir Édition 2001

ISBN : 9264286489  
Octobre 2001, 78 pages, 197 graphiques  
€ 49 US\$ 44 £ 30 ¥ 4 950 MXN 420

## STATISTIQUES

### Statistiques du commerce international par produit, 1995/2000 Vol. 2001-5

ISBN : 9264091157  
Décembre 2001  
€ 135 US\$ 150 £ 97 ¥ 17 950 MXN 1 362

### Les dépenses en recherche et développement dans l'industrie, 1987/1999

ISBN : 9264095365  
Septembre 2001, 112 pages  
€ 57 US\$ 51 £ 35 ¥ 5 750 MXN 489

## TRANSPORTS

### La sécurité dans les tunnels : Transport de marchandises dangereuses dans les tunnels routiers

Voir revue, page 65.  
ISBN : 9264296514  
Octobre 2001, 100 pages, 24 tableaux, 19 graphiques  
€ 20 US\$ 19 £ 12 ¥ 1 900 MXN 164

### Aspects économiques de l'accessibilité des taxis

ISBN : 9282123669  
Novembre 2001, 75 pages  
€ 20 US\$ 19 £ 12 ¥ 1 900 MXN 164

### Les transports de déchets

Faut-il renforcer la réglementation relative à ces transports et en revoir les modalités d'application ? Le principe de proximité pour le traitement des déchets, intégré dans cette réglementation au nom de la protection de l'environnement, ne doit-il pas être remis en cause, ce principe de proximité empêchant une massification des flux qui serait favorable aux modes de transport les plus écologiques ?  
ISBN : 9282123642

Novembre 2001, 200 pages, 23 tableaux, 39 graphiques  
€ 50 US\$ 45 £ 31 ¥ 5 050 MXN 430

### Évaluation économique des mesures de sécurité routière n° 117

ISBN : 9282123650  
Novembre 2001, 188 pages, 35 tableaux, 17 graphiques  
€ 45 US\$ 40 £ 28 ¥ 4 550 MXN 385



## Abonnez-vous à l'OBSERVATEUR

**Oui** je désire m'abonner à l'Observateur pour 6 exemplaires avec le supplément « l'OCDE en chiffres » d'une valeur de US\$ 15.

€ 43  
 US\$ 50  
 JPY 5 900  
 FF 282  
 GBP 30

(L'abonnement débutera avec le prochain numéro. La version anglaise est envoyée automatiquement aux abonnés sauf indication contraire.)

Version anglaise (0100001P) ISSN 0029-7054  
 Version française (0100002P) ISSN 0304-3398

Commander vos publications en ligne : [www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop), ou demander les Nouvelles publications dans cette section qui vous intéressent à l'une des adresses ci-dessous.

## Où effectuer la livraison ?

Nom .....  
 Organisation ..... Profession ..... Pays .....  
 Adresse ..... Téléphone .....  
 ..... Fax .....  
 Code postal ..... Ville ..... E-mail.....

## Règlement

Chèque/Mandat postal ci-joint (à l'ordre de l'OCDE)  
 Veuillez débiter ma carte de crédit VISA/Master Card/American Express

TOTAL À PAYER.....

N° de carte ..... Date d'expiration.....

Signature.....  
 Date .....

## Où envoyer votre commande

Pour l'Autriche,  
 Allemagne et Suisse :  
 OECD BONN Centre  
 August-Bebel-Allee 6  
 D-53175 BONN, GERMANY  
 Tel: (49-228) 959 1215  
 Fax: (49-228) 959 1218  
 E-mail: [bonn.contact@oecd.org](mailto:bonn.contact@oecd.org)  
 Internet: [www.oecd.org/bonn](http://www.oecd.org/bonn)

Pour l'Asie :  
 OECD TOKYO Centre  
 3rd Floor,  
 Nippon Press Center Building  
 2-2-1, Uchisaiwaicho  
 Chiyoda-ku,  
 Tokyo 100-0011, JAPAN  
 Tel: (81-3) 5532-0021  
 Fax: (81-3) 5532-0035

Pour l'Amérique Latine :  
 OECD MEXICO Centre  
 Av. Presidente Mazaryk 526  
 Colonia : Polanco C. P.11560  
 MEXICO D.F., MEXICO  
 Tel: (525) 528 01 209  
 Fax: (525) 528 00 480  
 E-mail: [mexico.contact@oecd.org](mailto:mexico.contact@oecd.org)  
 Internet: [rtm.net.mx/oecde/](http://rtm.net.mx/oecde/)

Pour les États-Unis d'Amérique :  
 OECD Washington Center  
 2001 L Street N.W.,  
 Suite 650, WASHINGTON D.C.,  
 20036-4922  
 Toll free: (1-800) 456 6323  
 Tel : (1-202) 785 6323  
 Fax : (1-202) 785 0350  
 E-mail : [washington.contact@oecd.org](mailto:washington.contact@oecd.org)  
 Internet : [www.oecdwash.org](http://www.oecdwash.org)

Pour le reste du monde :  
 OECD Paris Centre  
 2, rue André-Pascal  
 75775 PARIS  
 cedex 16 FRANCE  
 Tel: 33 (0) 1 45 24 81 81  
 Fax: 33 (0) 1 45 24 19 50  
 E-mail: [sales@oecd.org](mailto:sales@oecd.org)  
 Internet: [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

## Relancer l'éducation

Les nouvelles technologies à l'école : Apprendre à changer

La maîtrise de la lecture, de l'écriture et du calcul ne suffit plus aujourd'hui ; le numérique et l'électronique font désormais aussi partie des savoirs fondamentaux. Mais si les technologies de l'information ont transformé la société, l'école, elle n'a pratiquement pas changé.

Une étude réalisée aux États-Unis a montré que si 68 % des enseignants utilisaient Internet pour trouver des données utilisables pour leurs cours, seulement 29 % des élèves l'utilisaient à l'école. Étant donné que progressivement les écoles s'équipent d'ordinateurs et investissent dans des



connexions à Internet, comment les enseignants peuvent-ils utiliser au mieux les technologies de l'information et de la communication (TIC) ?

La première chose à faire est d'utiliser en classe des logiciels de qualité et des supports numériques, comme des encyclopédies sur CD-ROM et des jeux éducatifs. De nouveaux types de programmes et d'épreuves sont nécessaires tout comme une formation professionnelle plus moderne des enseignants, voire de nouveaux modes d'organisation des écoles.

L'accès à Internet offre des ressources d'une richesse et d'une variété qu'aucune bibliothèque scolaire traditionnelle ne peut espérer posséder. Outre la simple fonction de recherche, la NASA, par exemple, propose aux étudiants une série de projets interactifs qui leur permettent de diriger un télescope

## Une étude réalisée aux États-Unis a montré que seulement 29 % des élèves utilisaient Internet à l'école.

ou de bavarder avec un astronaute ou un astronome. Sur un site suédois, « Science, Technics and Ethics », les étudiants simulent un environnement insulaire et peuvent voir les conséquences de leurs décisions.

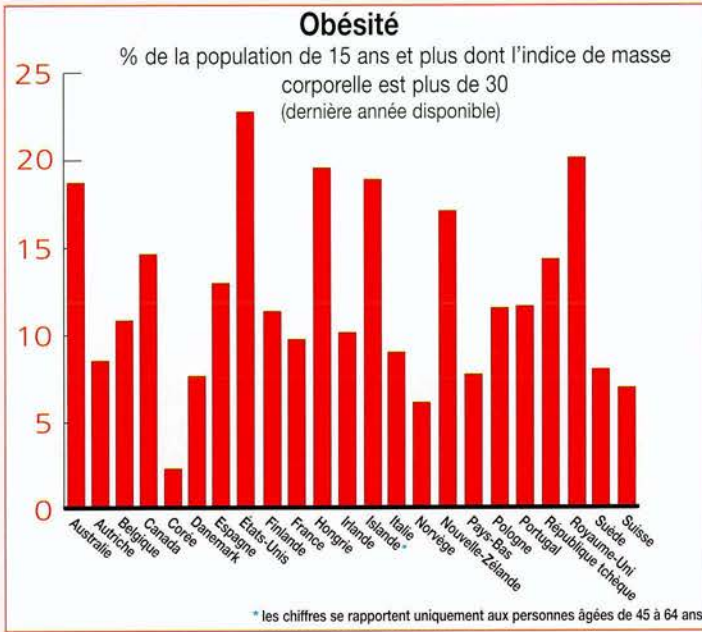
Les TIC sont en train de transformer le rôle pédagogique des enseignants. Certains pays attendent des enseignants qui débutent qu'ils possèdent à la fois des qualifications dans le domaine des TIC et des compétences pédagogiques. Aux Pays-Bas, les enseignants sont obligés d'obtenir la version européenne du Permis de conduire informatique. Lorsque les étudiants auxquels ils enseignent auront grandi, cette épreuve sera dépassée. Les enfants d'aujourd'hui sont la génération qui maîtrise le mieux l'informatique mais les enseignants doivent apprendre à exploiter ce savoir au profit du « cyberélève ». ■



# Le poids des faits

Si dans les pays de l'OCDE l'état de santé général s'améliore sur bien des plans, ce n'est pas le cas de l'obésité qui augmente rapidement presque partout. Cela dit, les niveaux varient énormément : au sommet de l'échelle on trouve que 25,1 % des femmes sont obèses aux États-Unis alors qu'en bas à peine 1,6 % des hommes sont considérés comme obèses en Corée. La prévalence de l'obésité a augmenté en flèche ces dernières années, surtout dans des pays comme l'Australie où 7,1 % des personnes de plus de 15 ans étaient obèses en 1980 et 18,7 % en 1995, ou comme le Royaume-Uni où le niveau est passé de 7 % en 1980 à 20 % en 1999. L'obésité est plus courante chez les femmes que chez les hommes dans deux tiers des pays de l'OCDE. Et ce problème tend aussi à être plus répandu dans les groupes socio-économiques défavorisés. ■

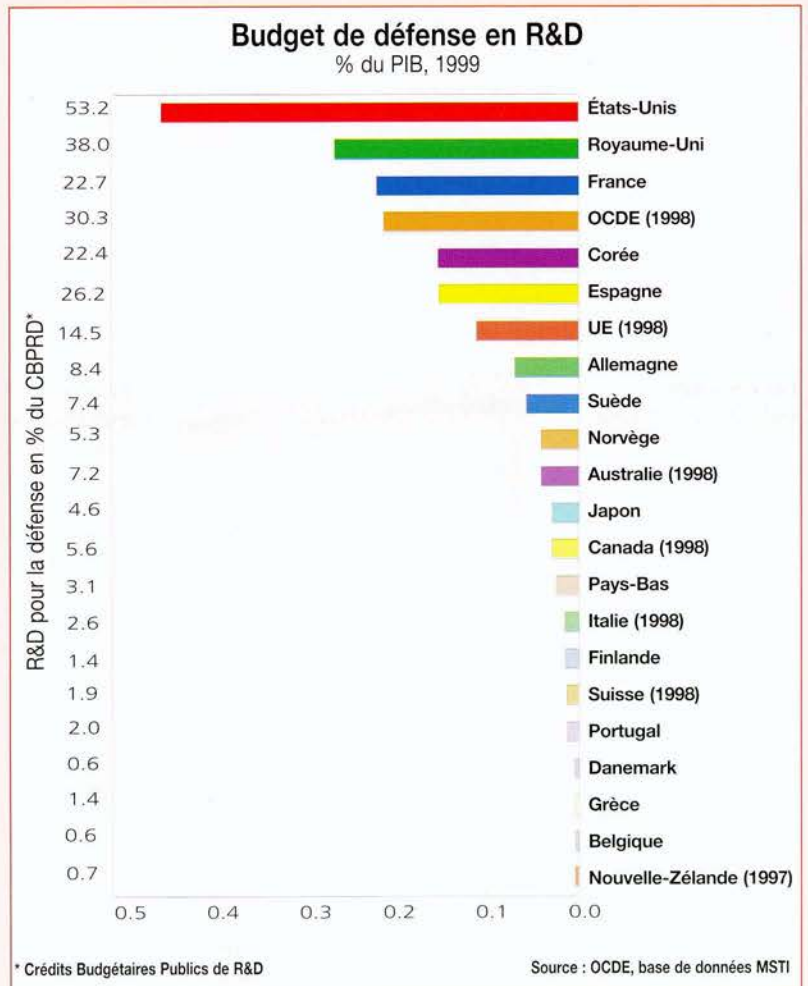
Panorama de la santé, OCDE, 2001.



# Les budgets de la recherche

Les téléphones cellulaires, les caméras de poursuite satellitaire et les caméras à haute résolution ne sont pas précisément des articles bon marché mais, heureusement pour les secteurs industriels qui les utilisent, leur coût de développement a été en partie financé sur les budgets de défense. Plus de la moitié du budget de recherche et développement (R & D) du gouvernement des États-Unis est affecté à la défense. Au Royaume-Uni, le budget de R&D en matière de défense représente plus du tiers de l'ensemble des dépenses publiques de recherche tandis qu'en France comme en Espagne, il s'élève à environ un quart du total. En 1999, les États-Unis ont affecté 0,45 % de leur PIB à la R&D en matière de défense. Le Royaume-Uni et la France se classent juste derrière avec respectivement 0,26 % et 0,22 %. En 1998, ces pays représentaient à eux trois près de 90 % du montant total des dépenses consacrées par les pays de la zone OCDE à la R&D dans le domaine de la défense : 80 % pour les États-Unis, 6 % chacun pour la France et le Royaume-Uni, la Corée et l'Espagne se situant juste derrière. Cela dit, au cours des dix dernières années, les dépenses militaires des pays de l'OCDE ont diminué régulièrement. Cette tendance à la baisse se retrouve dans les dépenses de recherche et développement : les diminutions les plus sensibles ont été enregistrées en Suède (0,23 %), aux États-Unis (0,21 %) et en France (0,20 %). ■

Tableau de bord de l'OCDE de la science, de la technologie et de l'industrie : Vers une économie fondée sur le savoir, OCDE, 2001.





			Variation par rapport à :				niveau :	
			la période précédente %	l'année précédente			valeur courante	même période année précéd.
Allemagne	Produit intérieur brut	T2 01	0,0	0,6	Balance courante	Juillet 01	-2,68	-2,52
	Indicateur avancé	Août 01	-0,1	-5,4	Taux de chômage	Août 01	7,9	7,8
	Prix à la consommation	Août 01	-0,2	2,6	Taux d'intérêt*		..	..
Australie	Produit intérieur brut	T2 01	0,9	1,4	Balance courante	T2 01	-1,79	-4,44
	Indicateur avancé	Août 01	1,5	4,2	Taux de chômage	Août 01	6,8	6,1
	Prix à la consommation	T2 01	0,8	6,0	Taux d'intérêt	Août 01	4,95	6,49
Autriche	Produit intérieur brut	T2 01	-0,5	0,9	Balance courante	Juillet 01	-1,40	-0,99
	Indicateur avancé	Août 01	-0,2	-3,5	Taux de chômage	Août 01	3,9	3,6
	Prix à la consommation	Août 01	-0,2	2,5	Taux d'intérêt*		..	..
Belgique	Produit intérieur brut	T1 01	0,5	2,5	Balance courante	T1 01	3,29	3,84
	Indicateur avancé	Août 01	0,5	-5,8	Taux de chômage	Août 01	6,8	6,9
	Prix à la consommation	Sep. 01	0,3	2,3	Taux d'intérêt*		..	..
Canada	Produit intérieur brut	T2 01	0,0	2,1	Balance courante	T2 01	5,58	3,35
	Indicateur avancé	Août 01	0,1	-5,9	Taux de chômage	Août 01	7,2	7,1
	Prix à la consommation	Août 01	0,0	2,8	Taux d'intérêt	Sep. 01	3,49	5,84
Corée	Produit intérieur brut	T2 01	0,5	2,7	Balance courante	Août 01	-0,11	0,89
	Indicateur avancé		..	..	Taux de chômage	Août 01	3,6	3,9
	Prix à la consommation	Sep. 01	0,0	3,2	Taux d'intérêt	Août 01	4,90	7,00
Danemark	Produit intérieur brut	T2 01	0,6	1,3	Balance courante	Juillet 01	0,35	0,43
	Indicateur avancé	Août 01	0,8	-1,6	Taux de chômage	Août 01	4,3	4,6
	Prix à la consommation	Août 01	0,0	2,5	Taux d'intérêt	Août 01	4,57	5,65
Espagne	Produit intérieur brut	T2 01	0,5	2,9	Balance courante	Juin 01	-2,32	-1,01
	Indicateur avancé	Juillet 01	-0,5	0,1	Taux de chômage	Août 01	13,0	13,9
	Prix à la consommation	Août 01	0,2	3,7	Taux d'intérêt*		..	..
États-Unis	Produit intérieur brut	T2 01	0,1	1,2	Balance courante	T2 01	-106,50	-108,13
	Indicateur avancé	Août 01	-1,1	-5,7	Taux de chômage	Août 01	4,9	4,1
	Prix à la consommation	Août 01	0,0	2,7	Taux d'intérêt	Sep. 01	2,87	6,60
Finlande	Produit intérieur brut	T2 01	-1,7	0,4	Balance courante	Juillet 01	0,79	0,94
	Indicateur avancé	Avril 01	-1,4	-17,0	Taux de chômage	Juillet 01	9,0	9,6
	Prix à la consommation	Août 01	0,1	2,4	Taux d'intérêt*		..	..
France	Produit intérieur brut	T2 01	0,3	2,3	Balance courante	Juin 01	3,36	3,32
	Indicateur avancé	Août 01	-0,9	-6,5	Taux de chômage	Août 01	8,5	9,3
	Prix à la consommation	Août 01	0,0	1,9	Taux d'intérêt*		..	..
Grèce	Produit intérieur brut	1999	..	3,4	Balance courante	Juin 01	-0,63	-0,69
	Indicateur avancé	Juillet 01	0,7	1,0	Taux de chômage		..	..
	Prix à la consommation	Août 01	0,1	3,8	Taux d'intérêt*		..	..
Hongrie	Produit intérieur brut	1999	..	4,2	Balance courante	Juillet 01	0,16	0,01
	Indicateur avancé		..	..	Taux de chômage	T1 01	5,8	6,5
	Prix à la consommation	Août 01	-0,2	8,7	Taux d'intérêt*	Août 01	10,76	10,60
Irlande	Produit intérieur brut	2000	..	11,5	Balance courante	T1 01	-0,78	-0,07
	Indicateur avancé	Juillet 01	-1,6	-9,7	Taux de chômage	Août 01	3,8	4,1
	Prix à la consommation	Août 01	0,3	4,6	Taux d'intérêt*		..	..
Islande	Produit intérieur brut	1999	..	4,3	Balance courante	T2 01	-0,12	-0,26
	Indicateur avancé		..	..	Taux de chômage	Juillet 01	1,2	1,3
	Prix à la consommation	Août 01	0,3	8,0	Taux d'intérêt	Juillet 01	10,95	11,40
Italie	Produit intérieur brut	T2 01	0,0	2,1	Balance courante	Juin 01	0,52	-1,84
	Indicateur avancé	Août 01	0,1	-0,8	Taux de chômage	Juillet 01	9,4	10,4
	Prix à la consommation	Sep. 01	0,0	2,6	Taux d'intérêt*		..	..



			Variation par rapport à :				niveau :	
			la période précédente %	l'année précédente			valeur courante	même période année précéd.
Japon	Produit intérieur brut	T2 01	-0,8	-0,7	Balance courante	Juillet 01	6,22	10,00
	Indicateur avancé	Août 01	-0,5	-2,6	Taux de chômage	Août 01	5,0	4,6
	Prix à la consommation	Août 01	0,4	-0,7	Taux d'intérêt*	Sep. 01	0,03	0,35
Luxembourg	Produit intérieur brut	2000	..	8,5	Balance courante		..	..
	Indicateur avancé	Août 01	0,4	-7,5	Taux de chômage	Août 01	2,5	2,5
	Prix à la consommation	Août 01	1,2	2,8	Taux d'intérêt*		..	..
Mexique	Produit intérieur brut	T2 01	0,1	0,0	Balance courante	T2 01	-3,37	-3,56
	Indicateur avancé	Août 01	4,3	4,6	Taux de chômage	Août 01	2,3	2,2
	Prix à la consommation	Août 01	0,6	5,9	Taux d'intérêt	Août 01	8,54	15,71
Norvège	Produit intérieur brut	T2 01	0,1	1,4	Balance courante	T2 01	5,85	4,59
	Indicateur avancé	Juillet 01	-0,7	-1,9	Taux de chômage	T2 01	3,4	3,2
	Prix à la consommation	Août 01	-0,1	2,7	Taux d'intérêt	Sep. 01	7,14	7,33
Nouvelle-Zelande	Produit intérieur brut	T2 01	1,9	2,9	Balance courante	T2 01	-0,12	-0,60
	Indicateur avancé		..	..	Taux de chômage	T2 01	5,2	6,1
	Prix à la consommation	T2 01	0,9	3,2	Taux d'intérêt	Sep. 01	5,57	6,66
Pays-Bas	Produit intérieur brut	T2 01	0,4	1,5	Balance courante	T2 01	3,88	4,12
	Indicateur avancé	Juillet 01	0,2	-2,0	Taux de chômage	Juillet 01	2,2	2,9
	Prix à la consommation	Août 01	0,3	4,7	Taux d'intérêt*		..	..
Pologne	Produit intérieur brut	2000	..	4,0	Balance courante	Mai 01	-0,74	-0,41
	Indicateur avancé		..	..	Taux de chômage	Juillet 01	16,1	14,3
	Prix à la consommation	Août 01	-0,3	5,0	Taux d'intérêt	Sep. 01	13,77	17,65
Portugal	Produit intérieur brut	T1 01	-0,1	2,2	Balance courante	T2 01	-2,71	-3,15
	Indicateur avancé	Juillet 01	-0,5	1,5	Taux de chômage	Août 01	4,4	4,2
	Prix à la consommation	Août 01	-0,2	4,0	Taux d'intérêt*		..	..
Rép. slovaque	Produit intérieur brut	T2 01	..	2,8	Balance courante	Juin 01	-0,20	-0,05
	Indicateur avancé		..	..	Taux de chômage	T1 01	19,3	18,9
	Prix à la consommation	Août 01	-0,1	7,8	Taux d'intérêt	Juillet 01	8,80	10,80
Rép. tchèque	Produit intérieur brut	T2 01	..	3,9	Balance courante	T2 01	-0,55	-0,36
	Indicateur avancé		..	..	Taux de chômage	T2 01	8,2	9,0
	Prix à la consommation	Août 01	-0,1	5,6	Taux d'intérêt	Sep. 01	5,41	5,34
Royaume-Uni	Produit intérieur brut	T2 01	0,4	2,3	Balance courante	T2 01	-5,54	-10,00
	Indicateur avancé	Août 01	0,0	-0,1	Taux de chômage	Juin 01	5,1	5,4
	Prix à la consommation	Août 01	0,4	2,1	Taux d'intérêt	Août 01	4,92	6,13
Suède	Produit intérieur brut	T1 01	0,5	2,2	Balance courante	Juillet 01	0,20	0,65
	Indicateur avancé	Juillet 01	-0,8	-5,3	Taux de chômage	Août 01	4,7	5,8
	Prix à la consommation	Août 01	0,3	2,8	Taux d'intérêt	Sep. 01	4,01	3,94
Suisse	Produit intérieur brut	T2 01	0,4	2,1	Balance courante	T2 01	6,11	7,44
	Indicateur avancé	Août 01	-1,5	-3,1	Taux de chômage	Août 01	1,8	1,9
	Prix à la consommation	Août 01	-0,6	1,1	Taux d'intérêt	Août 01	3,10	3,38
Turquie	Produit intérieur brut	T2 01	..	-9,3	Balance courante	T2 01	1,07	-3,27
	Indicateur avancé		..	..	Taux de chômage	T2 01	6,9	6,2
	Prix à la consommation	Août 01	2,9	57,5	Taux d'intérêt	Sep. 01	59,03	47,44
Zone euro	Produit intérieur brut	T2 01	0,1	1,7	Balance courante	Juillet 01	-3,53	-2,35
	Indicateur avancé	Août 01	-0,2	-4,0	Taux de chômage	Août 01	8,3	8,8
	Prix à la consommation	Août 01	0,1	2,8	Taux d'intérêt	Sep. 01	3,98	4,85

**Definitions et notes**

**PIB** : séries en volume corrigées des variations saisonnières sauf République tchèque, République slovaque et Turquie ; **Indicateur avancé** : indice composite, fondé sur différents indicateurs de l'activité économique (emploi, ventes, revenus, etc...), qui signale les mouvements cycliques de la production industrielle de six à neuf mois en avance ; **Indice des prix à la consommation** : mesure les variations dans le temps des prix de vente au détail d'un panier constant de biens et services ; **Balance courante** : milliards de dollars ; non corrigée des

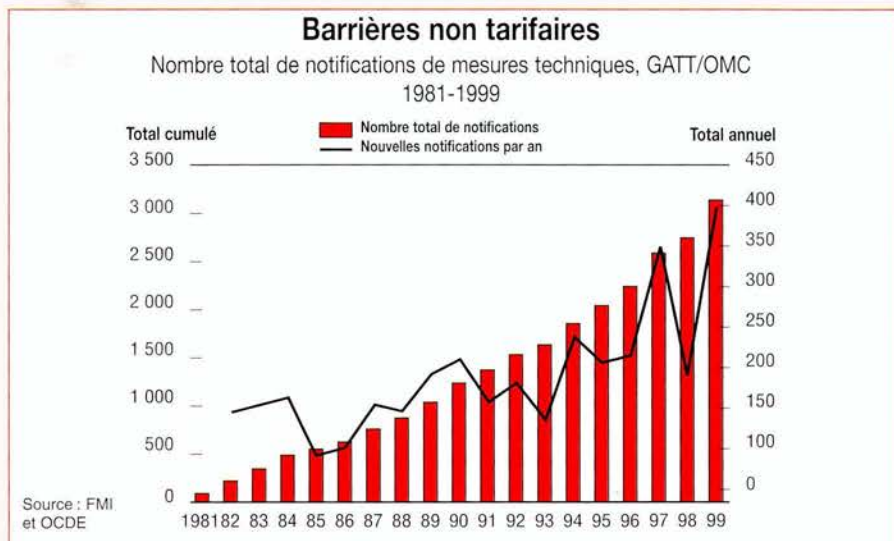
variations saisonnières sauf Australie, Royaume-Uni et États-Unis ; **Taux de chômage** : % de la population active civile-taux de chômage standardisés (BIT) ; définition nationale pour Corée, Mexique, Pologne, Suisse et Turquie ; corrigés des variations saisonnières sauf République slovaque et Turquie ; **Taux d'intérêt** : taux à trois mois sauf Turquie (taux interbancaire au jour le jour) ; .. non disponible ; \* voir Zone euro.

**Sources** : **Principaux indicateurs économiques**, Les éditions de l'OCDE, Paris, octobre 2001 ; Base de données Comptes nationaux trimestriels.



# Barrières invisibles

Dans le domaine des échanges agricoles, les mesures non tarifaires constituent une question de plus en plus épineuse. Le grand problème est d'arriver à déterminer quand une mesure non tarifaire – telle que l'imposition de contingents ou de mesures antidumping – est légitime et quand elle constitue une tentative de protectionnisme déguisé. Une chose est claire : le nombre de mesures non tarifaires appliquées par les membres du GATT/OMC a fortement augmenté au cours des 20 dernières années. Les nouvelles notifications sont passées de moins de 200 en 1995 à quelque 400 en 1999, lorsque les pays ont commencé à appliquer les engagements pris lors du Cycle d'Uruguay. Toutefois, une partie au moins de cet accroissement est dû aux progrès



accomplis en matière de transparence grâce à la généralisation des règles exigeant la notification des nouvelles mesures non tarifaires. Pendant la période 1995-1999, ce sont les pays à haut revenu qui ont notifié le plus de nouvelles mesures techniques bien

qu'ils ne représentent qu'une part relativement faible du nombre total des membres de l'OMC. ■

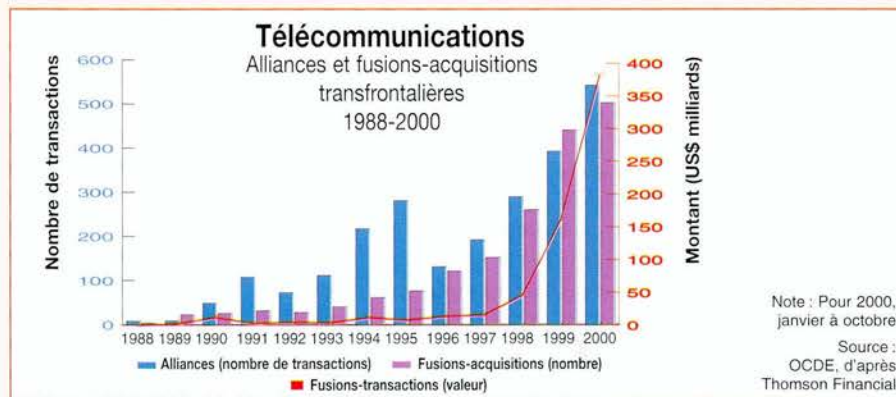
*Politiques agricoles : Economies émergentes et pays en transition. Regards sur les mesures non tarifaires, OCDE, 2001.*

# La bonne connexion

Le secteur des télécommunications est celui qui illustre le mieux comment la rapidité des évolutions technologiques conjuguée à la réforme de la réglementation ont permis et même contraint les entreprises à rechercher de nouveaux partenaires au-delà des frontières nationales et techniques. Au fur et à mesure que la déréglementation a ouvert les marchés nationaux des télécommunications aux concurrents étrangers et que les progrès technologiques ont rendu possible la mondialisation des services de

télécommunication, les grands opérateurs, dont beaucoup étaient d'anciens monopoles nationaux, ont acquis un statut d'opérateur mondial par la constitution d'alliances ou le rachat d'entreprises locales (régionales) de télécommunications. Nombre d'opérateurs de télécommunications ont poursuivi une double stratégie : d'un côté des fusions intra-régionales pour accéder aux marchés voisins et de l'autre des alliances inter-régionales pour prendre pied sur les marchés des autres régions qu'ils connaissaient moins bien. De ce

fait, les alliances, tout comme les fusions-acquisitions transfrontalières ont continué de se multiplier à partir du milieu des années 1990. Les fusions-acquisitions en particulier ont connu une accélération au cours des dernières années. Alors que les 1 300 alliances internationales enregistrées au cours de la deuxième moitié des années 1990 ne représentaient que le double du nombre relevé lors de la première moitié de la décennie, les 1 055 fusions-acquisitions transfrontalières réalisées sur la même période représentaient plus de cinq fois le chiffre enregistré sur la période précédente. La valeur des transactions de fusions-acquisitions dans la seconde moitié de la décennie (US\$ 244,3 milliards) a été multipliée par plus de sept par rapport aux cinq années précédentes (US\$ 34,1 milliards). Depuis quelque temps les opérateurs de télécommunications privilégient les communications mobiles : les rachats d'opérateurs régionaux de télécommunications mobiles occupent le devant de la scène. France Telecom par exemple a racheté en août 2000 Orange PLC (Royaume-Uni) pour un montant de US\$ 45,9 milliards. ■





# Vient de paraître

Études du Centre de  
Développement

## L'économie mondiale

UNE PERSPECTIVE MILLÉNAIRE



ANGUS MADDISON

«Cet ouvrage exceptionnel vient à son heure, à un moment où la mondialisation est au cœur de tant de débats.»

**François Crouzet**, Professeur émérite d'histoire,  
Université de Paris-Sorbonne.

ISBN: 92-64-28608-X

OECD  
ONLINE BOOK SHOP

[www.TheWorldEconomy.org](http://www.TheWorldEconomy.org)

OCDE



# Voulez-vous attirer

## des investissements étrangers dans votre région?



### FDi (IDE): la meilleure solution pour répondre à vos besoins en investissements

- Diffusion auprès de 15.000 décideurs dans le monde entier
- Comment remporter les contrats importants: Écoutez les experts
- Dossiers spéciaux sur les régions et les entrées
- Parution bi-mestrielle



### Un nouveau produit de FT Business!

Pour profiter de cette nouvelle initiative du groupe FT et pour promouvoir votre région auprès des investisseurs, contactez [fdi@ft.com](mailto:fdi@ft.com) ou appelez le +44 (0)20 7896 2438

**FT** Business  
FINANCIAL TIMES