

Le système de santé danois

Le système de santé danois peut être caractérisé par une large décentralisation, la gratuité des soins de base, et son financement par l'impôt. Si les Danois semblent satisfaits de l'organisation des services de santé, ils sont néanmoins préoccupés par la stagnation de l'espérance de vie depuis 1972 et par l'apparition de listes d'attente dans les hôpitaux. Ce sont les conclusions d'une commission sénatoriale française chargée d'étudier l'organisation du système de santé danois.

Trois niveaux d'administration interviennent dans le système de santé : l'État, les régions et les municipalités. Le rôle des régions (ou comtés) qui gèrent notamment le secteur hospitalier mais également la médecine ambulatoire est prédominant.

- Le ministère de la Santé, dont le portefeuille est actuellement détenu par le ministère de l'Intérieur est chargé de promouvoir, coordonner et contrôler le système de santé. Il est aussi responsable de la législation dans le domaine de la santé et du contrôle du système sanitaire. Il n'intervient directement que pour une très faible part dans le financement des dépenses de santé.

- Le Danemark est divisé en quatorze comtés, auxquels il faut ajouter la municipalité de Copenhague et celle limitrophe de Frederiksberg qui ont un statut à part (à la fois comté et municipalité). La population moyenne des comtés est d'en-

viron 300 000 habitants avec de fortes différences selon les comtés, la population du comté de Copenhague atteint ainsi plus de 600 000 habitants.

Les comtés gèrent le secteur hospita-

lier et à ce titre emploient les 82 000 salariés, dont 9 200 médecins, qui travaillent dans les hôpitaux. Ils gèrent également les services de santé primaire : rémunération des généralistes et spécialistes, remboursement des dépenses de médicaments...

Les budgets des comtés supportent donc l'essentiel des dépenses publiques de santé réparties entre le secteur hospitalier (75 %) et les services de santé primaire (25 %). Les budgets consacrés aux dépenses de santé représentent plus de la moitié des budgets régionaux.

Dotés de conseils élus au suffrage uni-

Le Sénat étudie le système de santé danois

La commission des Affaires sociales du Sénat a confié à une délégation présidée par M. Jean-Pierre Fourcade et composée de MM. J. Bimbenet, P. Blanc, Ch. Descours, G. Fischer, Cl. Huriet, R. Marquès, Mme G. Printz, B. Seillier, la mission d'étudier l'organisation du système de soins et l'évolution des dépenses de santé au Danemark. Cette mission effectuée du 11 au 13 septembre 1997 a rendu son rapport en décembre 1997.

En dépit de sa brièveté, due aux contraintes du calendrier parlementaire français, la mission de la commission a toutefois permis de mieux percevoir les performances du système danois, mais également les problèmes qu'il doit résoudre.

Les grandes lignes du rapport sont présentées ici.

versel pour quatre ans, les comtés sont financés par les impôts locaux (quote-part de l'impôt sur le revenu et impôts fonciers) ainsi que par une dotation globale de l'État (15 % des recettes) calculée sur la base de critères démographiques, géographiques et économiques.

- Les municipalités au nombre de 275 ont un large éventail de responsabilités dans le domaine de la protection sociale, notamment dans le domaine de l'action en faveur des personnes âgées. Dans le domaine de la santé, elles sont responsables des services d'infirmières à domicile et des programmes de prévention ainsi que des services scolaires médicaux et dentaires.

Un système fondé sur la gratuité des soins de base

La plupart des services de santé sont assurés gratuitement par les comtés et les municipalités. Tous les services hospitaliers et les services de santé municipaux sont gratuits, comme le sont les soins dispensés par les généralistes et les spécialistes exerçant en clientèle privée. Les patients ne participent aux coûts que pour certaines prestations relevant du régime de remboursement des soins médicaux : médicaments, services dentaires et services de kinésithérapie. Tous les résidents permanents au Danemark ont droit à ces services et ces remboursements.

Mais cette gratuité suppose une inscription sur la liste d'un généraliste. Le rôle de ce dernier est donc central : 98 % des Danois sont inscrits chez un généraliste qu'ils peuvent choisir initialement dans un rayon de 10 km autour de leur domicile. Le généraliste est ainsi le point de passage obligé pour l'accès aux spécialistes et à l'hôpital.

Un généraliste a en moyenne 1 600 patients sur sa liste. Il peut la clore quand elle a atteint 1 300 patients, et elle ne peut aller au-delà de 2 000 patients. Les patients peuvent changer périodiquement de généralistes (tous les ans ou tous les 6 mois).

Les consultations étant gratuites, la rémunération des médecins relève direc-

Le Danemark en chiffres

Population

5 000 000 habitants

Hôpitaux

9 200 médecins

26 000 infirmières

Médecine de ville

3 800 généralistes

9 000 spécialistes



tement des comtés. Les généralistes sont rémunérés pour un tiers environ selon la formule de la capitation (forfait par patient inscrit) et pour deux tiers en fonction du nombre d'actes. Les spécialistes comme les autres professions de santé (dentistes notamment) sont exclusivement rémunérés à l'acte par les comtés, il n'y a pas de listes pour les spécialistes.

En marge de cette organisation, une possibilité de libre consultation est ménagée au sein du secteur public : 2 % des Danois ne sont pas inscrits chez un généraliste et peuvent consulter celui de leur choix ; de même ils peuvent consulter directement un spécialiste. Les consultations ne sont alors pas gratuites, elles ne sont prises en charge que partiellement sur la base d'un tarif de responsabilité.

L'accès aux autres professions de santé (dentiste, chiropracteur, ...) n'est pas enserré dans des contraintes similaires à celles gouvernant le choix du généraliste ou du spécialiste. Mais en contrepartie ces soins ne sont remboursés que partiellement.

Le choix de l'hôpital s'effectue selon un critère géographique, chaque hôpital dessert un secteur du comté. Toutefois depuis 1993, les malades peuvent « dans certaines limites » choisir l'hôpital dans lequel ils souhaitent être traités. L'accès à l'hôpital public étant gratuit, l'égalité de traitement y est totale. Le système ne connaît pas de lits « privés ». De même n'est-il pas possible d'obtenir des prestations différentes ou supplémentaires moyennant paiement (par exemple les chambres individuelles).

Quant au choix d'un hôpital privé, il ne peut être que marginal compte tenu du nombre de lits que représente le secteur privé (0,2 % environ) et ne donne lieu à aucune prise en charge.

Concernant les remboursements des médicaments prescrits, il existe un ticket modérateur de 25 % ou de 50 % selon les médicaments. Depuis 1993, le remboursement se fait de surcroît sur la base du prix médian des deux produits les moins chers du groupe générique correspondant disponible sur le marché.

La part des dépenses restant à la charge des patients est passée au cours des quinze dernières années de 15 à 18 % du total des dépenses de santé.

Un financement du système de santé par l'impôt

Le poids et surtout la structure des prélèvements obligatoires au Danemark est très atypique par rapport à la moyenne des pays de l'Union européenne : l'impôt sur le revenu et le patrimoine y représente 31,6 % du PIB contre 13,1 % en moyenne dans l'Union européenne.

Les cotisations sociales y sont extrêmement faibles (1,7 % du PIB contre 15,3 %). Le système de prélèvement obligatoire au Danemark est donc essentiellement fiscal et pèse sur les ménages.

Le système de santé danois semble bénéficier d'un relatif consensus, même si celui-ci est teinté d'inquiétude.

Au titre du consensus, on peut noter que parmi les Européens, ce sont nette-

ment les Danois qui se considèrent comme les mieux portants : 53 % des Danois se disent en très bonne santé contre 19 % seulement des Français et 22 % en moyenne pour les Européens...

De même, on observe un attachement certain à la gratuité et l'égal accès aux soins.

En témoigne la très faible part de la population choisissant le secteur « libre » ou encore le succès pour le moins limité des hôpitaux privés.

Il est vrai que le niveau des prélèvements obligatoires, la concentration de ces prélèvements sur les personnes physiques, expliquent que les Danois hésitent à payer deux fois pour se soigner, une première fois en tant que contribuable, une seconde fois pour obtenir la prestation de leur choix.

Mais parallèlement, on constate la stagnation de l'espérance de vie.

Ainsi, le Danemark qui était, en 1972, en tête des pays européens se retrouve vingt ans plus tard dans les derniers rangs.

Il ne semble pas qu'un diagnostic ait été clairement formulé pour expliquer cette situation, du moins quant à la responsabilité du système de soins. En revanche, des éléments du mode de vie danois (tabac, alcool, alimentation) ont été retenus et la nécessité soulignée d'une politique d'information et de prévention.

Mais, selon les ministères de la Santé et des Affaires sociales, une politique d'envergure dans ces domaines s'apparenterait dans l'esprit des Danois à une « mise sous tutelle » de la population et une intrusion dans les modes de vie individuels.

Cette attitude contraste ainsi avec la forte demande de prise en charge qui existe parallèlement et qui caractérise la protection sociale au Danemark.

Impact de la politique de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé

Les comparaisons internationales de l'OCDE font apparaître un niveau de dépenses de santé au Danemark nettement inférieur aux principaux pays européens : en pourcentage du PIB, les dépenses de santé n'ont pratiquement pas évolué au cours des vingt-cinq dernières années alors qu'elles ont fortement progressé dans les autres pays.

Toutefois, cette évolution doit être assortie de trois précisions :

- cette performance doit être appréciée au regard du champ statistique retenu : toute une série d'activités, traitées par des services hospitaliers dans d'autres pays, sont du domaine social au Danemark. Il en est ainsi principalement des dépenses en faveur des personnes âgées. Cet écart conduit le ministère de la Santé à admettre que « les chiffres ne sont pas entièrement comparables ». On peut estimer très grossièrement entre 1 et 1,5 point de PIB, les dépenses qui au Danemark correspondent au « bien-être social » et qui, dans les autres pays, relèvent des dépenses de santé. Mais, même ainsi majorées, les dépenses nationales de santé restent par exemple nettement inférieures à celles de la France ou de l'Allemagne ;

- cette maîtrise de l'évolution des dépenses totales de santé s'est traduite partiellement par une part accrue de la prise

en charge par les malades eux-mêmes. L'évolution au Danemark telle qu'elle apparaît dans les comparaisons européennes est contraire à cet égard à celle observée dans les autres pays de l'Union européenne. Ces dépenses de santé restant à la charge des malades qui recouvrent essentiellement les dépenses de médicaments et les frais de dentiste et de physiothérapie ont ainsi progressé de 42 % entre 1980 et 1995 contre 17 % pour les dépenses totales de santé et 12,6 % pour les dépenses publiques ;

- enfin, la maîtrise des dépenses de santé s'est traduite notamment par une restructuration hospitalière sous la forme de regroupements ou de fermetures. Le nombre de lits pour 1 000 habitants est tombé de 8,4 en 1972 à 4,9 en 1995. Le Danemark se situe ainsi dans le bas de la fourchette des pays de l'Union européenne. Dans ce contexte, l'apparition des listes d'attente des hôpitaux pour les examens et les interventions est une caractéristique danoise qui mobilise, par période, les médias et suscite des débats au Parlement. Parmi les principales interventions affectées par les listes d'attente on peut citer la cataracte, le pontage cardiaque, les prothèses de la hanche et du genou. Des listes d'attente existent également pour certains examens.

Les « normes applicables » figurant dans les « objectifs » élaborés en décembre 1995 par la direction de l'hôpital public régional de Gentofte sont significatives : l'ambition est de traiter un patient 4 mois et 7 jours après la réception de la lettre du généraliste adressant ce patient à l'hôpital.

À l'évidence, un tel objectif qui vise, par définition, à progresser par rapport à une situation donnée, conduit à s'interroger sur l'organisation du service public hospitalier et sur les ressources qui lui sont affectées par les comtés.

De fait, il existe parfois un certain retard dans l'équipement et les normes de confort pour les malades qui ne serait guère accepté en France (notamment des chambres à quatre ou cinq lits).

Il résulte également de cette situation une interrogation sur la décentralisation du système de santé.

Comparaison des prélèvements obligatoires entre le Danemark et la moyenne des pays de l'Union européenne (1996) (en pourcentage du PIB)

	Danemark	Union européenne
Impôts sur le revenu et le patrimoine	31,6	13,1
Impôts liés à la production et l'importation	8,1	6,6
TVA grevant les produits	9,7	6,4
Total impôts	50,4	27,2
Cotisations sociales	1,7	15,3
Total prélèvements obligatoires	52,0	42,4

Le Folketing (parlement danois) et le gouvernement ne pouvaient pas ne pas se saisir de la question des listes d'attente qui, pourtant, est du ressort des comtés, responsables des hôpitaux.

Ainsi, des priorités ont été établies par le Parlement pour certaines opérations dont les listes d'attente étaient trop importantes.

Dès lors, des enveloppes budgétaires spécifiques ont été débloquées par l'État pour financer les priorités ainsi définies.

Mais la multiplication de dotations spécifiques, signe de l'ingérence croissante du pouvoir central, remet en cause le rôle des comtés dans la gestion du secteur hospitalier et menace en définitive la structure décentralisée du système de santé.

Enfin, la relative pénurie des ressources de l'hôpital public face au problème des listes d'attente n'a pas pour autant permis l'émergence d'une offre alternative privée. ■

alcoologie

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

Sommaire 1998, 20 (2) : 105-220

Éditorial

- Surconsommation d'alcool et santé publique. Remarques d'un historien, *Jean-Jacques Yvoret*

Mémoires

- Les paradoxes de la liberté dans l'expérience alcoolique, *Michel Legrand*
- Usages d'alcool et polyconsommation de psychotropes chez de jeunes adultes, *Françoise Facy, Brigitte Varsat, Myriam Rabaud, Bérangère Emptoz, Marie-Noëlle René*
- La transferrine désialylée (CDT) en pratique quotidienne, *François Planche, Bertrand Maradeix, Laurent Malet, Michèle Plane, Roger Planche, Michel Reynaud*
- Les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool. Aperçus historiques surtout en France, *Bernard Hillemand*
- Alcool et agressivité : l'apport de la psychologie cognitive, *Hélène Simoneau, Jacques Bergeron*

Varia

- Les sites Internet concernant l'alcool et la maladie alcoolique, *Dan Velea, Michel Hautefeuille, Christine Lantran-Davoux, Gérard Vazeille*
- Le point de vue d'un psychosociologue sur le traitement de l'alcoolisme, *André Demailly*

Alcoologie de terrain

- Le malade, le généraliste et l'alcoologue. Une partition en trois temps, *François Gonnet*
- Le désarroi du médecin généraliste face aux situations d'alcoolisation, *Isabelle Tamalet, Paul Kiritzé-Topor*
- L'urgentiste et le sujet alcoolisé, *Corinne Roy, Annie Creste, Adbennebi Anys, Pascale Mardon, Jean-Marc Beaufile*

Congrès

- 12^e journée de tabacologie. Réunion annuelle de la Société de tabacologie, octobre 1997, Villejuif

Vie de la SFA

- Alcoolisation et pathologies cardio-vasculaires, 6 mars 1998, Val-de-Grâce, Paris
- Groupes : évaluation des thérapeutiques en alcoologie Normandie-Bretagne
- Prochaines réunions de la SFA. Nouveaux membres

Informations

- Annonces. Thèses et mémoires. Actualités. Livres. Agenda.

Alcoologie, Pr Jean-Dominique Favre,
101, avenue Henri Barbusse. 92141 Clamart Cedex
téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51

Article rédigé à partir
du rapport du Sénat