

Non classifié

PAC/AFF/LMP(2002)14

Organisation de Coopération et de Développement Economiques
Organisation for Economic Co-operation and Development

25-Jun-2003

Français - Or. Anglais

**DIRECTION DES RELATIONS EXTERIEURES ET DE LA COMMUNICATION
DIVISION DES RELATIONS PUBLIQUES**

**PAC/AFF/LMP(2002)14
Non classifié**

Programme Travailleurs/Employeurs

« L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS UNE SOCIÉTÉ VIEILLISSANTE »

Rapport sur la réunion d'experts patronaux tenue dans le cadre du Programme Travailleurs/Employeurs de l'OCDE

Paris, le 18 septembre 2002

Personne à contacter : M. Jeremy Maddison, Relations BIAC et TUAC, Division des relations publiques (Tel : 33.1.45.24.90.99, télécopie : 33.1.44.30.63.46, Mél : jeremy.maddison@oecd.org).

JT00146690

Document complet disponible sur OLIS dans son format d'origine
Complete document available on OLIS in its original format

Français - Or. Anglais

PROGRAMME TRAVAILLEURS/EMPLOYEURS DE L'OCDE

« L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS UNE SOCIÉTÉ VIEILLISSANTE »

Rapport d'une réunion d'experts patronaux
tenue dans le cadre du Programme Travailleurs/Employeurs de l'OCDE

(Paris, le 18 septembre 2002)

Les relations formelles entre l'OCDE et les représentants des syndicats, des entreprises et de l'industrie dans les pays Membres passent par deux organismes officiellement reconnus par le Conseil de l'OCDE. Il s'agit de la Commission Syndicale Consultative auprès de l'OCDE (TUAC) et du Comité Consultatif Économique et Industriel auprès de l'OCDE (BIAC). Les dispositions adoptées prévoient, outre diverses formes d'échanges de vues sur des problèmes de fond organisés tout au long de l'année, la tenue de réunions au niveau technique qui n'engagent pas la responsabilité des organisations. Ces réunions prennent la forme de débats spécifiques soit avec le Secrétariat, soit dans le cadre du Programme Travailleurs/Employeurs pour lequel est établi, au début de chaque année, un calendrier de réunions consacrées à des thèmes bien précis.

A l'issue des réunions tenues dans le cadre du Programme, un rapporteur établit, sous sa responsabilité, un rapport des délibérations en vue de sa distribution aux partenaires sociaux ainsi qu'aux comités compétents de l'OCDE. Ces rapports reflètent les opinions du rapporteur, sauf lorsque ces dernières sont expressément attribuées à des participants, et ne correspondent pas nécessairement aux vues des autres participants ou à celles de l'OCDE.

© OCDE, 2003

Les permissions de reproduction partielle à usage non commercial ou destinée à une formation doivent être adressées au Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands Augustins 75006 Paris, France, Tel. (33-1) 44 07 47 70, Fax (33-1) 46 34 67 19, pour tous les pays à l'exception des États-Unis. Aux États-Unis, l'autorisation doit être obtenue du Copyright Clearance Centre, Service Client, (508)750-8400, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 USA, or CCC Online: <http://www.copyright.com/>. Toute autre demande d'autorisation de reproduction ou de traduction totale ou partielle de ce document doit être adressée aux Éditions de l'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	4
<u>ORDRE DU JOUR</u>	5
<u>DOCUMENT DE SYNTHÈSE</u>	6
I. INTRODUCTION	6
II. SOCIÉTÉS VIEILLISSANTES ET INNOVATION LIÉE A LA SANTÉ.....	8
III. ASSURANCE MALADIE ET NOUVELLES SOURCES DE FINANCEMENT	8
<u>RAPPORT FINAL DE LA RÉUNION</u>	10
I. INTRODUCTION	10
II. SOCIÉTÉS VIEILLISSANTES ET INNOVATION LIÉE A LA SANTÉ.....	10
III. INNOVATION LIÉE A LA SANTÉ : PRODUITS, SERVICES HOSPITALIERS ET PROCÉDÉS..	13
IV. ASSURANCE MALADIE ET NOUVELLES SOURCES DE FINANCEMENT	14
V. CONCLUSION :.....	16
<u>ANNEXE--LISTE DES PARTICIPANTS</u>	17

AVANT-PROPOS

Dans le cadre du Programme Travailleurs/Employeurs de l'OCDE pour 2002, une réunion d'experts patronaux sur « l'Accès aux soins de santé dans une société vieillissante » s'est tenue à Paris le 18 septembre 2002. Cette réunion a été préparée avec le concours du Comité consultatif économique et industriel auprès de l'OCDE (BIAC).

L'ordre du jour de cette réunion se trouve ci-après. Le document de synthèse, ainsi que le rapport qui donne une vue d'ensemble des débats de la réunion d'experts, ont été établis, tous les deux, par Monsieur Paal Frisvold, qui avait été désigné comme rapporteur général.

**LES IDEES EXPRIMÉES ET LES ARGUMENTS AVANCÉS
DANS LE PRÉSENT RAPPORT N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR
ET NE REPRÉSENTENT PAS NÉCESSAIREMENT CEUX DE L'OCDE**

ORDRE DU JOUR

I- Introduction

- *Carlo Castellano* – Ouverture de la réunion par le Président
- *Paulette Guinchard-Kunstler*, Vice-président, Assemblée nationale, France
- *Orio Giarini*, Association de Genève

II- Sociétés vieillissantes & innovation liée à la santé

- Pathologies liées au vieillissement
- Aperçu du projet de l'OCDE sur cette question
- *Stéphane Jacobzone*, OCDE, DELSA

Point de vue du BIAC :

- *Helena Brus*, Président, USCIB Health Care Policy Working Group
- *Daniel Whitaker*, N/E/R/A

Débat

III- Innovation liée à la santé : produits, services hospitaliers, procédés

- Aperçu du projet de l'OCDE sur les technologies médicales nouvelles et émergentes
- *Kees Vangool* (OCDE, DSTI)

Point de vue du BIAC :

- *Machiel Nuyten*, Confédération de l'industrie et du patronat des Pays-Bas, VNO-NCW
- *Alain Sommer*, Président du Task Force du BIAC sur la politique de la santé
- *Stefano Olgiati*, Gruppo Ospedaliero San Donato

Débat

IV- Orientations de la politique et de la réforme des soins de longue durée

- Aperçu du projet de l'OCDE sur les soins de longue durée
- *Manfred Huber* (OCDE, DELSA)

Assurance maladie & nouvelles sources de financement

- Aperçu du projet de l'OCDE sur la santé, volet assurance-maladie privée
- *Nicole Tapay* (OCDE, DAFPE)

Nouvelles formules de financement:

- *Jim Rice*, International Health Summit
- *Floris Goyens*, BVVO – UPEA

DOCUMENT DE SYNTHÈSE

par Paal Frisvold, Directeur
Brussels Office, SPRL
(Belgique)

I. INTRODUCTION

1. Le secteur de la santé revêt une importance déterminante pour l'économie des pays de l'OCDE. Consciente de la contribution essentielle qu'il apporte, et afin de mieux cerner les aspects interdisciplinaires du rôle joué par les différents acteurs concernés, l'OCDE a élaboré un Projet horizontal sur la santé d'une durée de trois ans qui associe les travaux de DEELSA, de la DSTI, de la DAFFE et d'ECO. Dans le cadre de cet exercice, ces directions ont entrepris un certain nombre d'activités qui en sont actuellement à des stades différents. La réunion du Programme travailleurs/employeurs présentera brièvement à travers trois exemples les travaux de ces directions :

- Projet de DEELSA sur les pathologies liées au vieillissement
- Projet de la DSTI sur l'impact des technologies médicales nouvelles et émergentes
- Projet de la DAFFE, en collaboration avec DEELSA, sur l'assurance maladie privée

2. Lorsque l'on considère ces projets, il faut être conscient du rôle unique que joue l'OCDE en donnant aux gouvernements de ses pays Membres des avis étayés par des analyses économiques très approfondies. Dès lors qu'il est jugé nécessaire d'étudier la fonction que remplit le secteur de la santé dans l'économie des pays de l'OCDE, des concepts nouveaux doivent être définis pour l'analyse et la statistique comparatives. Ces concepts permettront eux-mêmes d'avoir une vision plus globale des moyens de concilier l'exigence de justice et de sécurité pour tous dans le domaine des soins de santé que manifeste la collectivité, et la nécessité de soutenir et d'encourager une innovation qui intéresse souvent les soins de santé.

3. La collecte de données et autres informations joue un rôle essentiel et elle est même indispensable pour pouvoir fournir aux décideurs des indications objectives et bien étayées. Cette tâche est encore plus complexe lorsque l'information doit être présentée sous une forme qui permette à l'OCDE (et, de plus en plus, aux gouvernements des pays non membres) d'effectuer des comparaisons et de tirer des conclusions qui débordent les limites d'un pays ou d'une région donnés, ainsi que de montrer que l'innovation a un caractère mondial, même si elle doit être adaptée aux besoins locaux et tenir compte du contexte culturel local.

4. L'objectif de cette réunion du Programme travailleurs/employeurs est de présenter les activités considérées du Projet de l'OCDE sur la santé dans l'optique des milieux commerciaux et industriels. Les membres du BIAC sont particulièrement bien placés pour s'associer, en partenariat avec les gouvernements et par l'intermédiaire de l'OCDE, à la mise en oeuvre des réformes requises pour assurer aussi bien la réalisation des objectifs de société en matière de soins de santé, que la création des moyens financiers et industriels nécessaires pour inscrire celle-ci dans la durée. En tant qu'employeurs importants, les membres du BIAC ont absolument intérêt à ce que les systèmes d'assurance maladie fonctionnent de façon efficiente, afin de pouvoir disposer d'une main-d'œuvre en bonne santé et efficace. En tant que contribuables et/ou cotisants des régimes d'assurance, ils supportent aussi le coût de la totalité des dépenses de santé. Or, en tant que producteurs de produits et services liés à la santé et de connaissances

médicales, les milieux commerciaux et industriels apportent à l'économie des pays de l'OCDE des innovations qui servent de moteur à sa croissance.

5. L'une des questions les plus importantes qui se posent est de savoir comment les pays de l'OCDE peuvent sortir de l'impasse actuelle quant au devenir des systèmes sociaux et de santé et d'une économie qui, à la fois, a besoin de ces systèmes et assure leur pérennité, face aux changements qui se produisent sur le plan démographique et social. L'émiettement des données utiles à la comparaison nous empêche-t-il de dégager des conclusions de fond très attendues ? Dans l'affirmative, quelles méthodes de recherche appliquer pour fournir des avis sur les arbitrages politiques qui revêtent une grande portée pour le fonctionnement des systèmes de santé et au-delà ?

6. Il est aujourd'hui banal de dire que le « vieillissement » de la société constitue inévitablement une contrainte pour l'économie du bien-être, étant donné que les personnes âgées exigent en général davantage de services de santé que les jeunes. Cependant, l'éminent Dr. Giarini, présentateur de l'exposé liminaire, estime qu'il est erroné et vain de prendre l'âge chronologique moyen comme critère d'appréciation de la « force de travail ». Peut-être n'est-ce pas le cas de tous, mais beaucoup de ceux qui ont dépassé l'âge normal de la « retraite » peuvent et doivent être considérés comme des travailleurs capables de subvenir aux besoins des jeunes ou des personnes prématurément handicapées. Cela signifie aussi que davantage de gens pourront prolonger leur vie professionnelle. L'exercice d'une activité professionnelle a des effets positifs sur le bien-être des individus. La poursuite de cette activité peut également apporter aux pouvoirs publics les cotisations supplémentaires dont ils ont grand besoin pour financer le système de santé. Il est toutefois peu probable que ces changements puissent être réalisés à l'aide de mesures fondées sur un modèle unique, qui visent exclusivement soit le marché du travail, soit la retraite, soit les soins de santé. La politique sociale et les systèmes de santé et de retraite sont-ils conçus de manière à permettre aux individus relativement âgés de rester en activité aussi longtemps qu'ils le souhaitent ?

7. Le vieillissement de la société s'explique, entre autres principales raisons, par la croissance constante de l'économie et les progrès de la médecine qui engendrent des innovations ayant pour effet de prolonger la vie et de l'améliorer. Pour autant que les personnes relativement âgées ne deviennent pas simplement des retraités oisifs, ces progrès médicaux constituent une bonne chose. Cependant, si nous avons le sentiment que l'état de santé s'améliore non seulement dans les pays de l'OCDE, mais aussi dans les pays non membres, nos outils statistiques ne nous permettent pas de le vérifier.

8. Ce que nous mesurons généralement dans le domaine de la santé, ce sont, semble-t-il, les dépenses relatives aux différents aspects de l'activité dont elle fait l'objet, comme les produits pharmaceutiques, les outils diagnostiques, les hôpitaux et les soins dispensés par les médecins et le personnel infirmier. Faisant écho à l'inquiétude que manifeste la population de divers pays, des protestations s'élèvent au sujet de l'augmentation du prix de ces biens et services lorsqu'elle touche le grand public. Cette hausse peut prendre la forme d'un nouvel impôt, comme au Royaume-Uni, ou d'un accroissement des cotisations d'assurance, ou encore se traduire par le paiement au prix fort de certains biens ou services nouveaux, médicaments ou examens médicaux par exemple, non couverts par l'assurance maladie. Les autorités et le grand public ont de plus en plus besoin de savoir si la progression des coûts est uniquement due à l'inflation, ou si elle tient à une modification de la structure des dépenses de santé effectuée dans un effort de rationalisation, dont les bénéficiaires finiront eux-mêmes par mesurer les effets. L'OCDE est peut-être le seul centre de réflexion économique capable de montrer la voie à suivre pour mieux comprendre les phénomènes ainsi à l'œuvre et conseiller les gouvernements à partir de faits concrets.

II. SOCIÉTÉS VIEILLISSANTES ET INNOVATION LIÉE A LA SANTÉ

i) *Projet de DEELSA sur les pathologies liées au vieillissement*

9. Les gouvernements disposent-ils à l'heure actuelle d'éléments suffisants pour pouvoir apprécier les effets de l'innovation médicale sur la santé ? Des « bonnes pratiques » concernant les principales maladies qui touchent les populations des pays de l'OCDE pourraient-elles être définies par l'OCDE à partir des connaissances et des statistiques comparatives actuellement disponibles ?

10. En s'appuyant sur le projet relatif aux pathologies liées au vieillissement, l'OCDE pourrait-elle recommander une approche conceptuelle plus détaillée de l'analyse des dépenses totales de santé ? L'examen des grandes catégories de maladies nous aiderait-il à cerner les efforts consacrés au traitement des principales affections en permettant de distinguer, d'une part, ce qui a été fait, et d'autre part, l'ensemble des coûts qui en ont résulté ?

ii) *Innovation liée à la santé : produits, services hospitaliers, procédures*

11. Quelles sont les nouvelles technologies qui se font jour dans le domaine de la santé et quelle en est la nature (procédés, produits, services) ? Dans quelle mesure sont-elles adaptées à la nécessité d'offrir aux individus des moyens correspondant à leur état de santé et à leurs besoins en matière d'activité professionnelle, indépendamment de leur âge chronologique ?

Quels sont les plus grands obstacles à la diffusion des innovations qui se font jour ? Quels sont les éléments nouveaux dans ce domaine, qui étaient inconnus dans les années 80 et 90 ? Avons-nous les moyens d'y faire face ?

Compte tenu des enseignements dégagés de l'application des méthodes d'évaluation économique aux produits pharmaceutiques et aux outils diagnostiques, quels inconvénients supplémentaires peut-on prévoir pour l'avenir dans le cas des produits et services médicaux plus personnalisés ?

Comment les données de l'OCDE peuvent-elles mieux rendre compte de l'effort d'innovation dans les domaines liés à la santé, en même temps que de l'amélioration des résultats ?

Comment pourrait-on encourager la recherche intéressant les marchés délaissés, c'est-à-dire soit les populations nombreuses ou pauvres ayant d'énormes besoins médicaux de portée sociale, soit les populations relativement peu nombreuses et riches des pays de l'OCDE touchées par des maladies rares (dont souffrent, par exemple, certains enfants qui pourraient être traités à l'aide de médicaments dits orphelins).

III. ASSURANCE MALADIE ET NOUVELLES SOURCES DE FINANCEMENT

12. Le mode de financement des soins de santé a été conçu dans un contexte démographique différent, c'est-à-dire à une époque où il existait beaucoup moins de produits, où ceux-ci coûtaient moins cher et où les maladies étaient moins nombreuses. De nos jours, malgré l'augmentation des revenus, il existe nettement moins de personnes, au-dessous de l'âge traditionnel de la retraite, pour financer une demande beaucoup plus forte qui se conjugue avec un nombre considérablement plus élevé de produits entièrement nouveaux et plus coûteux.

13. Le système de « solidarité » de l'Europe et le modèle « fondé sur l'assurance privée » des États-Unis connaissent l'un comme l'autre des difficultés en raison des attentes grandissantes dont ils sont

l'objet et de la persistance des contraintes budgétaires. D'aucuns pensent que ce problème serait en partie résolu si les pouvoirs publics jouaient davantage le rôle de catalyseur et de régulateur que de prestataire de services. D'où un certain nombre de questions :

- Qu'entend-on par intégration des prestataires publics et privés de services de santé ?
- Quelles sont les mesures requises pour permettre aux organismes privés et publics d'assurance maladie de lutter à armes égales ? Comment un système de cette nature fonctionnerait-il dans la pratique ?
- Quels sont les coûts sociaux susceptibles d'en résulter ? De quelle façon concevoir les politiques pour permettre une participation égale des assureurs privés sans reproduire les effets indésirables qu'ont connus les Etats-Unis ?

14. Cependant, pour que l'assurance puisse se conformer aux besoins d'une société désormais « parvenue à maturité », les produits qu'elle offre doivent être beaucoup plus personnalisés et tenir compte bien davantage de l'aptitude de l'individu à continuer d'exercer une activité rémunératrice, indépendamment de son âge chronologique.

15. Les gouvernements devraient-ils réexaminer la finalité sociale de l'assurance maladie en tenant compte du nouveau contexte démographique ? L'assurance effectue-t-elle une redistribution efficiente des ressources financières au cours de la vie de l'individu ? Le modèle européen de la « solidarité » repose-t-il par trop sur l'approche uniforme qui consiste à considérer la vieillesse comme une limite ? Le système américain fait-il trop peu de place à l'exigence de stabilité ? Quelles incitations créer pour assurer la stabilité et la redistribution tout en favorisant le maintien des personnes en bonne santé et en les encourageant à rester longtemps en activité ?

RAPPORT FINAL DE LA REUNION

par Paal Frisvold, Directeur
Brussels Office, SPRL
(Belgique)

1. INTRODUCTION

1. Le secteur de la santé revêt une importance déterminante pour les économies de l'OCDE. Consciente de ce rôle pivot et de la nature multidisciplinaire des enjeux en cause, l'OCDE a lancé un projet sur la santé d'une durée de trois ans, qui associe la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales (ELS), la Direction de la science, de la technologie et de l'industrie (STI), la Direction des affaires financières, fiscales et des entreprises (DAF) et le Département des affaires économiques (ECO). À cette réunion ont été présentés trois éléments de ces travaux : le projet d'ELS sur les pathologies liées au vieillissement, le projet de STI sur l'impact des technologies médicales nouvelles et émergentes, et le projet de DAF sur l'assurance-maladie privée, en coopération avec ELS.

2. L'OCDE joue un rôle unique en prodiguant aux gouvernements de ses pays Membres des avis étayés par des analyses économiques multidisciplinaires. Dans les économies des pays de l'OCDE, le secteur de la santé exige la mise au point de concepts nouveaux en analyse et statistique comparatives. Ces concepts permettront d'avoir une vision plus globale des moyens de concilier l'exigence de justice et de sécurité pour tous dans le domaine des soins de santé que manifeste la collectivité, et la nécessité de soutenir et d'encourager une innovation qui est indispensable à la satisfaction des besoins dans ce domaine.

3. La collecte de données et autres informations joue un rôle essentiel et est même indispensable pour pouvoir fournir aux décideurs des indications objectives et fondées sur des faits. Cette tâche est encore plus complexe lorsque l'information doit être présentée sous une forme qui permette à l'OCDE (et de plus en plus aux gouvernements des pays non membres) de faire des comparaisons et de tirer des conclusions qui prennent en compte le caractère mondial de l'innovation, même si elle doit en même temps être adaptée aux besoins locaux dans un contexte culturel local.

4. Le Président de cette réunion, le **Dr Carlo Castellano**, précise que la réunion a pour but de donner le point de vue des milieux commerciaux et industriels sur plusieurs projets spécifiques entrant dans le cadre du projet de l'OCDE sur la santé. Les membres du BIAC peuvent donner un avis judicieux et concret sur les réformes nécessaires pour assurer aussi bien la réalisation des objectifs sociétaux en matière de soins de santé, que les moyens financiers et industriels nécessaires pour inscrire celle-ci dans la durée. Un dialogue renforcé entre responsables des politiques et acteurs sur le marché peut aider à identifier les instruments à la disposition des pouvoirs publics susceptibles de donner de meilleures incitations en faveur de prestations efficaces et de l'innovation, tout en mettant en place une couverture maladie appropriée.

II. SOCIÉTÉS VIEILLISSANTES ET INNOVATION LIÉE À LA SANTÉ

5. L'une des questions les plus importantes concerne l'avenir des systèmes de santé dans la perspective des changements démographiques et sociaux à venir. Est-ce que la fragmentation de données comparables nous empêche de tirer les conclusions politiques nécessaires ? Si c'est le cas, comment pouvons-nous élaborer à l'intention des pouvoirs publics des recommandations sur les arbitrages politiques à effectuer qui ont d'amples conséquences sur le fonctionnement des systèmes de santé et au-delà ?

6. C'est devenu un cliché de proclamer que les sociétés vieillissantes sont une contrainte qui pèse sur l'économie de bien-être, car les personnes âgées ont tendance à recourir davantage aux services de santé que les plus jeunes. Néanmoins, selon le **Dr Giarini**, de nombreux individus ayant dépassé l'âge traditionnel de la retraite sont capables de travailler et d' "apporter leur concours" à des retraités. Avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'amélioration de la santé, davantage de personnes pourront prolonger leur carrière professionnelle. Le fait de rester professionnellement actif peut aussi être une bonne chose pour le bien-être de certains. Cela peut fournir aux administrations gouvernementales des contributions supplémentaires indispensables pour financer les systèmes de santé. Mais il est improbable que les changements d'orientations politiques autorisant les personnes à travailler plus longtemps puissent être réalisés par des mesures standard, convenant à tout le monde, aussi bien en ce qui concerne le marché du travail que les régimes de retraite ou le secteur de la santé. Comment concevoir des systèmes de politique sociale, de santé et de retraite permettant aux travailleurs plus âgés de rester professionnellement actifs aussi longtemps qu'ils le souhaitent ?

7. Comme le dit le Dr Giarini dans sa "Lettre à toute personne qui a déjà ou qui va avoir 65 ans", traiter les sociétés vieillissantes comme l'un des problèmes majeurs de notre temps, c'est comme essayer de conduire une voiture en gardant les yeux rivés sur le rétroviseur. La façon de penser traditionnelle dans ce domaine fait voir le problème sous le mauvais angle. En fait, les sociétés vieillissantes, au lieu d'être un problème, peuvent faire partie de la solution, de l'avis de Mme **Guinchard-Kunstler**, ancien Secrétaire d'État à la santé en France et actuelle Vice-présidente de l'Assemblée nationale. Son argument est que le vieillissement représente une opportunité pour l'activité économique et l'emploi. Selon elle, il est temps que la société regarde aussi les personnes vieillissantes comme un marché inexploité. Prenant comme exemple sa propre région, la Franche-Comté, Mme Guinchard-Kunstler montre qu'avec des pratiques innovantes, sa région a déjà créé 40 000 nouveaux emplois en offrant de nouveaux services aux personnes très âgées. Plus important encore : 25% des personnes dépendantes de l'aide publique ont repris une vie professionnelle active, et 15% des invalides ont retrouvé une autonomie physique complète. Elle parle non seulement d'opportunités de marché innovantes, mais aussi de la nécessité de changer d'attitude, de tournure d'esprit et de façon de voir les personnes ayant dépassé un certain âge. Les services créés stimulent l'économie de l'ensemble de la région de Franche-Comté et les personnes âgées ont cessé d'être considérées comme faisant partie du problème pour devenir une partie de la solution.

8. L'expérience que nous fait partager Mme Guinchard-Kunstler est soutenue par le point de vue exprimé par le Dr Giarini selon lequel le vieillissement est relatif. Selon le Conseil économique et social français, le concept de « vieillissement » devrait être réservé à « l'âge auquel la population commence à souffrir d'incapacités réelles ». Évidemment, cet âge varie selon les individus – si les sexagénaires étaient considérés comme vieux dans les années 30, les études d'aujourd'hui montrent que notre génome est programmé pour vivre 120 ans. On devrait donc considérer toute mort avant cet âge comme prématurée.

9. Les faits montrent également qu'augmenter l'espérance de vie ne signifie pas seulement vivre plus longtemps, en santé et actif, mais entraîne aussi une diminution du nombre d'années vécues dans la dépendance ou la maladie. Le Dr Giarini dénomme « compression de morbidité » la diminution des années d'incapacité/dépendance et l'augmentation des années en santé.

10. Ainsi, la santé ne peut être simplement mesurée en termes de maladies spécifiques. Il faut aussi envisager la capacité humaine à fonctionner et à vivre. Le Dr Giarini parle d'ajouter une nouvelle dimension à la gestion du secteur de la santé – à savoir, travailler et rester actif comme moyen d'améliorer la santé et diminuer ainsi les dépenses de l'assurance maladie. La capacité de fonctionner à un âge avancé devrait être activement encouragée. Il faut concevoir des mesures permettant une telle participation, y compris la réintégration de ceux qui ont temporairement quitté le marché du travail. En conclusion, un

objectif clé des pouvoirs publics devrait être de rendre possible, et même de stimuler, le fait de travailler après l'âge de 60 ou 65 ans.

11. L'une des premières raisons du vieillissement de nos sociétés est la prospérité économique continue et le progrès des sciences médicales conduisant à des innovations qui prolongent et améliorent la vie. Cependant, comme noté par **Mme Brus**, les outils statistiques ont pris du retard par rapport à notre perception intuitive selon laquelle des améliorations sont constamment enregistrées dans le domaine de la santé, non seulement dans la zone de l'OCDE, mais aussi dans les pays non membres.

12. Plutôt que de mesurer les résultats des soins de santé – en tenant compte des améliorations de la qualité et des dépenses consacrées aux différents intrants – ce que nous prévoyons (?) de débattre est le niveau des dépenses de santé consacrées aux différentes catégories d'intrants, tels que les médicaments, les outils diagnostiques, les hôpitaux, les soins médicaux et infirmiers. En réponse aux préoccupations du public dans différents pays s'élèvent des protestations au sujet de l'augmentation du prix de ces éléments de dépenses. Cela peut conduire à un sorte de nouvel impôt, comme au Royaume-Uni, ou à une augmentation des primes d'assurance, ou au prix élevé à payer pour un nouvel article tel qu'un médicament ou un test qui n'est pas couvert par l'assurance maladie.

13. Comme l'ont souligné plusieurs délégués du BIAC, il est de plus en plus nécessaire que les autorités et le grand public comprennent qu'une hausse des coûts de santé reflète une amélioration des services de santé et que ce n'est pas de la pure inflation. Les participants notent que l'OCDE est peut être la seule organisation internationale qui aide les autorités publiques et les sociétés à mieux comprendre les tendances qui se dessinent dans le secteur de la santé.

14. **Stéphane Jacobzone (ELS)** donne un aperçu du projet de l'OCDE sur les pathologies liées au vieillissement et se demande si les pays en ont pour leur argent en observant les nouvelles technologies et la croissance des dépenses de santé. Il souligne qu'il est nécessaire que l'OCDE poursuive ses travaux afin de permettre aux gouvernements de mesurer les gains de productivité du secteur de santé par rapport à ceux de l'économie dans son ensemble. Il conclut que les contraintes économiques auxquelles se heurtent les systèmes de santé ont des conséquences multiples et convergentes et que la tendance est aux soins « ambulatoires/non invasifs » dans toutes les pathologies. L'accent est mis sur la nécessité d'interpréter avec prudence les résultats concernant la prévention, le traitement et des variables non contrôlées. Le but est d'instituer un cadre de mesure des performances qui confère aux pouvoirs publics une base suffisante pour juger des effets de l'innovation médicale sur la santé. Le Secrétariat de l'OCDE en est donc à se demander si des « pratiques exemplaires » concernant les grandes pathologies des populations de l'OCDE pourraient être établies par l'OCDE, sur la base des connaissances actuelles et de statistiques comparatives.

17. Commentant l'étude sur les pathologies liées à l'âge, **M. Whitaker** complimente l'OCDE sur la démarche adoptée et souligne qu'il faut axer le travail sur les comparaisons afin de reconnaître l'effet d'incitations dans le cadre des différents systèmes de soins de santé. Dans le même temps, il indique plusieurs limitations et faiblesses dans l'étude de l'OCDE, telles que l'absence de perspective clinique, ambulatoire ou du patient, une mesure de la demande seulement en termes de mortalité, une mesure inadéquate des conséquences, et d'autres problèmes. Il suggère des améliorations possibles dans les études futures sur les maladies liées à l'âge, telles que de meilleures estimations de la demande véritable et des résultats, la séparation des coûts des soins de longue durée et des coûts de la phase terminale, et recommande de se pencher sur le rôle des technologies dans les maladies.

18. S'appuyant sur le projet Pathologies liées à l'âge, **Mme Brus** recommande que l'approche conceptuelle de l'analyse des dépenses totales en soins de santé s'effectue sur une base plus détaillée. Tout en notant la position unique qu'occupe l'OCDE pour rassembler et traiter l'information sur ces questions, elle insiste aussi sur la nécessité d'obtenir la participation d'experts gouvernementaux et des ministères de

l'industrie et de la R-D, car l'examen des seules données sur les dépenses sociales risque d'induire en erreur. Les participants recommandent que l'OCDE invite des fonctionnaires spécialistes de l'industrie et de la R-D à leurs réunions sur les dépenses de santé.

III. INNOVATION LIEE A LA SANTE : PRODUITS, SERVICES HOSPITALIERS ET PROCEDES

19. Quelles sont les nouvelles technologies qui se font jour dans le domaine de la santé et quelle en est la nature ? Sont-elles mondiales ? Sont-elles de nouveaux produits ? De nouveaux services ? Comment se situent-elles face à la nécessité d'offrir aux individus des moyens correspondant à leur état de santé et à leurs besoins en matière d'activité professionnelle, indépendamment de leur âge ?

- Quels sont les plus grands obstacles à la diffusion des innovations qui se font jour ? Quels sont les éléments nouveaux, qui étaient inconnus dans les années 80 et 90 ? Avons-nous les moyens d'y faire face ?
- Étant donné l'expérience que nous avons des méthodes d'évaluation économique des produits pharmaceutiques et des outils diagnostiques, quels inconvénients supplémentaires peut-on prévoir à l'avenir pour des produits et services médicaux plus individualisés ?
- Comment les données de l'OCDE peuvent-elles mieux rendre compte des efforts d'innovation déployés dans les domaines liés à la santé, en même temps que de l'amélioration des résultats ?
- Comment pourrait-on encourager la recherche concernant des marchés délaissés, c'est-à-dire soit les populations nombreuses ou pauvres ayant d'énormes besoins médicaux d'importance sociale, soit les populations peu nombreuses de l'OCDE touchées par des maladies dites « orphelines » ?

20. Les questions clés des travaux de l'OCDE concernent les difficultés d'acceptation de décisions d'Évaluation des technologies médicales (ETM) et les limites de l'analyse coût-efficacité, ainsi que l'incertitude et le risque dans la prise de décisions. Les travaux de l'OCDE abordent aussi la façon d'évaluer les conséquences et les opportunités résultant d'avancées en génétique et en biotechnologie. Le but est de rassembler des preuves sur la façon dont l'ETM peut faciliter la répartition des ressources en technologies liées à la santé, conformément aux buts des responsables de la politique de santé. Dans cette optique, un plan de travail en trois phases a été élaboré : i) mettre au point un cadre d'analyse pour mesurer la performance ETM, ii) rassembler des études de cas appropriées et représentatives qui expliquent les facteurs ETM ayant particulièrement bien fonctionné et pouvant servir de modèle, et iii) identifier les principes essentiels sous-jacents à une bonne pratique dans l'utilisation de l'ETM.

21. **MM. Nuyten et Sommer** présentent les enseignements tirés des années 90 – décennie de grandes innovations dans les services de santé – et formulent quelques recommandations pour améliorer le développement et la diffusion de ces innovations. Ils présentent les tendances les plus importantes dans les services de santé : i) services innovants pour les personnes très âgées, ii) intégration de la prise en charge, iii) recherche de gains de productivité, iv) amélioration de la qualité de service. Ils soulignent le rôle des 5 piliers sur lesquels reposent ces innovations: i) rationalisation de procédés, ii) développement des technologies de l'information, iii) changement des comportements individuels et collectifs, iv) nouveaux modèles d'entreprise, v) initiative privée.

22. Des questions sont posées pour savoir, dans le cas de "l'internet médical", si les innovations ont répondu aux attentes de ses promoteurs et de ses utilisateurs. Jusqu'à présent, la réponse semble être globalement négative. En ce qui concerne les services de santé innovants, leur développement se trouve

compromis par une série d'obstacles, bien que la technique de rationalisation de procédés ait totalement répondu à l'attente de ses promoteurs et soit devenue une technique de gestion standard.

23. MM. Nuyten et Sommer montrent que les leçons apprises au cours de cette décennie devraient aider à améliorer sensiblement les chances de réussite des services de santé innovants. Ils concluent que certains obstacles sont maintenant bien identifiés, tels que i) l'importance de la vitesse de diffusion et le rôle néfaste de certains obstacles réglementaires, ii) le manque de réponses de la part des autorités réglementaires aux nouvelles questions soulevées par ces innovations, iii) le manque de capacité de réaction des assurances maladie publiques ou privées, iv) quelques erreurs spécifiques dans la gestion de ces innovations, v) le manque de ressources humaines qualifiées. Ceci appelle de nouveaux développements de l'innovation et de l'expérimentation afin de répondre aux besoins en évolution constante des sociétés vieillissantes. Les autorités réglementaires de la santé sont encouragées à investir dans l'harmonisation des systèmes de technologies de l'information, pour préparer le terrain en abordant les questions éthiques et juridiques, et pour apprendre à évaluer les caractéristiques des services de santé innovants en pensant au-delà du système simpliste d'analyse coût-efficacité. Sur ce point précis, elles sont appelées à apprendre du secteur privé le rôle crucial qui consiste à « créer les capacités pour guérir » grâce à des investissements complets en techniques, qualifications et procédés. Par exemple, les structures traditionnelles des hôpitaux doivent être brisées pour permettre l'absorption de nouvelles technologies et de nouvelles pratiques de gestion. Enfin, MM. Nuyten et Sommer plaident pour le renouvellement des concepts utilisés dans le secteur de la santé publique traditionnellement influencé par les techniques et concepts de gestion publique.

24. Les pouvoirs publics devraient procurer une garantie et des renseignements standard sur les avantages, les coûts et les risques des diverses possibilités, comme cela se fait dans les secteurs des valeurs mobilières et des assurances. **M. Olgiati** souligne que, dans les pays où l'État est un acteur direct en termes de prestation de services de santé, les pouvoirs publics devraient encourager la concurrence entre prestataires privés et publics et payeurs. A l'inverse, lorsque l'État n'a pas un rôle actif, il devrait moins réglementer et se cantonner à l'octroi d'autorisations et à des contrôles. Autrement dit, les consommateurs de services de soins de santé doivent être libres de choisir ce sur quoi ils veulent dépenser leur argent. Pour cela, les États doivent créer un marché des soins de santé capable de réagir aux besoins et aux souhaits des consommateurs et des patients.

25. **M. Huber** rend compte du projet de l'OCDE sur les soins de longue durée où existe déjà une coopération étendue entre prestataires de service publics et privés. Les concepts clés sont ici l'accès au marché, le financement, le choix et la qualité des soins. Des éléments factuels de l'expérience des pays Membres seront rassemblés pour étudier l'hypothèse selon laquelle les soins de longue durée sont un domaine où le progrès technologique pourrait clairement avoir des effets d'économie de coûts et entraîner des améliorations dans la qualité des soins.

IV. ASSURANCE MALADIE ET NOUVELLES SOURCES DE FINANCEMENT

26. Le mode de financement des soins de santé a été conçu dans un contexte démographique différent – à une époque où les produits étaient beaucoup moins nombreux, coûtaient moins cher, et où les maladies étaient aussi moins nombreuses. Aujourd'hui, malgré l'augmentation des revenus, au-dessous de l'âge traditionnel de la retraite, il y a nettement moins de gens pour financer une demande beaucoup plus forte de services de santé, qui se conjugue avec un nombre considérablement accru de produits et services entièrement nouveaux et plus coûteux.

27. Le système de "solidarité" de l'Europe et le modèle "fondé sur l'assurance privée" des États-Unis connaissent l'un comme l'autre des difficultés en raison des attentes grandissantes dont ils sont l'objet et

de la persistance des contraintes budgétaires. D'aucuns pensent que ce problème serait en partie résolu si les pouvoirs publics jouaient davantage le rôle de catalyseur et de régulateur plutôt que de prestataires de services. D'où un certain nombre de questions :

- Qu'entend-on par intégration des prestataires publics et privés de services de santé ?
- Quelles sont les mesures requises pour permettre aux organismes privés et publics d'assurance maladie de lutter à armes égales ? Comment des systèmes de cette nature fonctionneraient-ils dans la pratique ?
- Quels sont les coûts sociaux susceptibles d'en résulter ? De quelle façon concevoir les politiques pour permettre une participation égale des assureurs privés sans reproduire les effets indésirables qu'ont connus les États-Unis ?

28. Cependant, pour que l'assurance puisse se conformer aux besoins d'une société désormais "parvenue à maturité", les produits qu'elle offre doivent être beaucoup plus personnalisés et tenir compte bien davantage de l'aptitude de l'individu à continuer d'exercer une activité rémunératrice, indépendamment de son âge chronologique.

29. Les gouvernements devraient-ils réexaminer la finalité sociale de l'assurance maladie en tenant compte du nouveau contexte démographique ? L'assurance effectue-t-elle une redistribution efficiente des ressources financières au cours de la vie de l'individu ? Le modèle européen de la "solidarité" repose-t-il par trop sur l'approche uniforme qui consiste à considérer l'arrivée à un certain âge comme une limite ? Le système américain fait-il trop peu de place à l'exigence de stabilité ? Quelles incitations créer pour assurer la stabilité et la redistribution tout en favorisant le maintien des personnes en bonne santé et en les encourageant à rester longtemps en activité ?

30. Les travaux de l'OCDE étudiant la composante privée de l'assurance maladie établissent qu'il y a des variations sensibles entre les pays de l'OCDE pour ce qui concerne la définition des risques assurables par opposition aux risques sociaux, ainsi que le dosage public/privé du financement de la santé. De plus, selon **Mme Tapay (DAF)** qui présente ces travaux de l'OCDE, une enquête va être menée pour savoir dans quelle mesure l'assurance privée allège partiellement le fardeau financier qui pèse sur les budgets publics. L'identification des interventions de l'État et des pratiques réglementaires sera capitale dans cette enquête. Des informations statistiques et réglementaires complètes sur l'assurance maladie privée sont en train d'être collectées par voie d'enquêtes envoyées à tous les pays de l'OCDE. Des études de cas sur le rôle de l'assurance maladie privée ont été entreprises dans cinq pays en 2002-2003. Une définition claire de la division du travail entre assurance privée et publique a été rédigée.

31. L'attention des participants est attirée sur des élaborations du Dr Giarini ainsi que d'autres délégués du BIAC, sur la redéfinition de la division du travail en i) équilibre social : où tous les individus doivent avoir accès à l'assurance en toutes circonstances, bien qu'il faille veiller à ce que le système d'assurance ne devienne pas un faux mécanisme de redistribution de richesse, ii) efficacité : où les systèmes d'assurance doivent permettre aux individus de maximiser le rendement de leurs ressources utilisables, sans reperdre les gains d'efficacité en coûts administratifs et sans nuire aux incitations à travailler, iii) flexibilité : où le changement de circonstances économiques peut signifier une révision périodique des arrangements d'assurance existants, chose beaucoup plus facile à réaliser avec des produits d'assurance privée qu'avec l'assurance sociale, et iv) transparence : où l'offre publique comme privée doit tenter de réduire au minimum la complexité qui accompagne souvent les contrats d'assurance.

32. **M. Goyens** attire l'attention sur la façon dont l'assurance maladie privée peut diffuser les risques aux individus au lieu des entreprises. Après que les États aient mis au point des politiques sans ressources

budgétaires adéquates, il a fallu trouver de nouveaux contributeurs financiers. Le bon mélange d'offres d'assurance publique et privée est reconnu comme le défi essentiel à relever.

33. Le message fondamental transmis par **M. Rice** est qu'il faut avoir différents types et degrés d'assurance pour répondre aux demandes futures. La structure actuelle du marché, avec des « silos d'assurance » est jugée inadéquate pour relever ces défis. De nouveaux acteurs sur le marché et de nouveaux produits sont souhaités. Pour répondre aux demandes, les assurances doivent passer des prestations définies à des contributions définies. Les « silos d'assurance » actuels sont clairement inadéquats.

V. CONCLUSION :

34. Les délégués du BIAC expriment l'espoir que les travaux de l'OCDE permettront de :

- Mettre au point des mesures vraiment efficaces et progressistes pour “vieillir actif” en reconnaissant le potentiel des personnes âgées.
- Estimer le fardeau que représentent les pathologies les plus importantes des personnes âgées, de telle manière qu'on puisse évaluer précisément le coût et la contribution de chacun des éléments de dépense.
- Encourager une meilleure diffusion des nouvelles technologies de la santé, car l'expérience actuelle montre que certains citoyens doivent attendre plusieurs années une technologie qui a déjà fait ses preuves dans d'autres pays.
- Comprendre et prendre en compte les besoins de nouveaux services qui commencent à apparaître afin de faciliter leur diffusion et accroître leur succès.
- Poursuivre l'examen des mécanismes financiers et d'assurance afin de faciliter des innovations financières capables de répondre aux nouveaux besoins démographiques et économiques.

ANNEXE--LISTE DES PARTICIPANTS**EXPERTS PATRONAUX**

Dr Alain SOMMER	Président du Task Force du BIAC sur la politique de la santé USINOR INDUSTRIEEL Email: alain.sommer@industeel.usinor.com	FRANCE
Pr Carlo CASTELLANO	Président de la réunion Vice-président du Task Force du BIAC sur la politique de la santé Président et Directeur général ESAOTE S.p.A. Email: carlo.castellano@esaote.com	ITALIE
M. Floris GOYENS	Juriste BVVO – UPEA Email: floris.goyens@bvvo.be	BELGIQUE
M. Gérard BOUQUET	Vice-président – Communication et affaires publiques PFIZER France Email: gerard.bouquet@pfizer.com	FRANCE
M. Pascal GAREL	Relations européennes et internationales, Responsable Fédération Hospitalière de France Email: p.garel@fhf.fr	FRANCE
M. Gilles SITBON	Conseiller du Président SANOFI Email: gilles.sitbon@sanofi-synthelabo.fr	FRANCE
M. Renato RIDELLA	Vice-président A.T. Kearney Email: renato.ridella@atkearney.com	ITALIE

Mme Alberta SCIACHI	Bureau des affaires internationales – AIOP (Association italienne d’hôpitaux privés) Président du Conseil de l’UEHP (Union européenne de l’hospitalisation privée) Email: sciachi@aiop.it	ITALIE
M. Machiel E.M. NUYTEN	Conseiller principal Santé, Confédération de l’industrie et du patronat, Pays-Bas, VNO-NCW Email : nuyten@vno-ncw.nl	PAYS-BAS
M. Anders MORIN	Chef de projet, Affaires sociales Email: anders.morin@svensktnaringsliv.se	SUÈDE
M. Anders STENLUND	Expert en politique de la concurrence Email: anders.stenlund@svensktnaringsliv.e	SUÈDE
Mme Helena BRUS	Président USCIB Health Care Policy Working Group Director, Economic and Health Care Policy Merck & Co. Inc. Division santé humaine Email: helena_brus@merck.com	ÉTATS-UNIS

ORATEURS INVITES PAR LE BIAC

Dr Stefano OLGIATI	Vice-président et chef d’entreprise Gruppo Ospedaliero San Donato Responsable développement Email: stolgiat@tin.it	ITALIE
M. Orio GIARINI	Association de Genève Association internationale pour l’étude de l’économie de l’assurance Email: info@genevaassociation.org	SUISSE
M. Daniel WHITAKER	Consultant Email: danielwhitaker@yahoo.com	ROYAUME-UNI

M. James A. RICE, Ph.D.	Président International Health Summit Email: jrice@ihsummit.com	ÉTATS-UNIS
-------------------------	---	------------

INVITES SPECIAUX DU BIAC

Mme Paulette GUINCHARD KUNSTLER	Vice-président Assemblée nationale française	FRANCE
---------------------------------	---	--------

M. Marc E. WEKSLER, M.D.	Professeur invité à l'Institut Pasteur Email: mweksler@pasteur.fr	FRANCE
--------------------------	---	--------

M. Patrick TASTAYRE	Responsable de la prospective CNP Assurances Email: patrick.tastayre@cnp.fr	FRANCE
---------------------	--	--------

COMITE CONSULTATIF ECONOMIQUE ET INDUSTRIEL AUPRES DE L'OCDE (BIAC)

Mme Hanni ROSENBAUM	Manager Email: rosenbaum@biac.org	
---------------------	--	--

RAPPORTEUR

M. Paal FRISVOLD	Directeur général du Bureau de Bruxelles, SPRL Email: paalfrisvold@skynet.be	
------------------	---	--

OBSERVATEURS

Mme Jane COOK	Secrétaire assistante Commonwealth Department of Health and Ageing Email : jane.cook@health.gov.au	AUSTRALIE
---------------	---	-----------

Mme Marion GRATT	Conseiller Délégation permanente auprès de l'OCDE Email: marion.gratt@bka.gv.at	AUTRICHE
------------------	---	----------

Dr Antonia ARNAERT	Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement Email: Antonia.Arnaert@health.fgov.be	BELGIQUE
--------------------	--	----------

M. Andreas VAROTSOS	Premier secrétaire Délégation permanente auprès de l'OCDE Email: a.varotsos@greece-oecd.org	GRÈCE
---------------------	---	-------

M. Andrea PERUGINI	Premier conseiller Délégation permanente auprès de l'OCDE Email: perugini@rappocse.org	ITALIE
Dr Luis DURAN	Conseiller, Système de santé Coordinateur du programme d'évaluation et de gestion des technologies de la santé Direction des services médicaux Institut mexicain de sécurité sociale Email : luis.duran@imss.gob.mx	MEXIQUE
Mme Margit WALLSTÉN	Conseiller Délégation permanente auprès de l'OCDE Email: margit.wallsten@foreign.ministry.se	SUÈDE
M. Felix GURTNER	Office fédéral des assurances sociales Division principale assurance-maladie et accidents Section prestations médicales Email : felix.gurtner@bsv.admin.ch	SUISSE
Mme Anne DENIS	Assistante Délégation permanente auprès de l'OCDE Email: anne.denis@fco.gov.uk	ROYAUME-UNI
Mme Melissa HORWITZ	Conseiller, science et affaires sociales Délégation permanente auprès de l'OCDE Email: Horwitzmp@state.gov	ÉTATS-UNIS

SECRETARIAT DE L'OCDE

Direction de l'éducation, de l'emploi, du travail et des affaires sociales

M. Jeremy HURST	Chef Unité des politiques de santé Email: jeremy.hurst@oecd.org
M. Manfred HUBER	Administrateur principal Unité des politiques de santé Email: manfred.huber@oecd.org

M. Stéphane JACOBZONE
Administrateur principal
Unité des politiques de santé
Email: stephane.jacobzone@oecd.org

Mme Francesca COLOMBO
Administrateur
Unité des politiques de santé
Email: francesca.colombo@oecd.org

M. Jens LUNDSGAARD
Économiste
Projet de l'OCDE sur la santé
Email: jens.lundsgaard@oecd.org

M. Gaetan LAFORTUNE
Consultant
Email: gaetan.lafortune@oecd.org

Direction de la science, de la technologie et de l'industrie

M. Iain GILLESPIE
Chef d'unité
Unité biotechnologie
Email: iain.gillespie@oecd.org

Mme Elettra RONCHI
Administrateur
Unité biotechnologie
Email: elettra.ronchi@oecd.org

M. Kees VAN GOOL
Administrateur
Unité biotechnologie
Email: kees.vangool@oecd.org

Direction des affaires financières, fiscales et des entreprises

Mme Nicole TAPAY
Administrateur principal
Division marchés financiers
Email: nicole.tapay@oecd.org

Département des affaires économiques

M. Howard OXLEY
Économiste principal
Équipe vieillissement/santé
Email: howard.oxley@oecd.org

Direction des relations extérieures et de la communication

M. John WEST
Chef
Division des relations publiques
Email: john.west@oecd.org

M. Will DAVIS

Administrateur principal
Division des relations publiques
Email: will.davis@oecd.org

Mme Meggan DISSLY

Administrateur principal
Responsable des relations avec la société civile
Division des relations publiques
Email: meggan.dissly@oecd.org

Mme Gráinne MOONEY

Coordinateur de programme
Division des relations publiques
Email: grainne.mooney@oecd.org

M. Jeremy MADDISON

Relations BIAC/TUAC
Division des relations publiques
Email: jeremy.maddison@oecd.org