

# L'EXPLOSION DES COÛTS, LA RECHERCHE DE L'EFFICIENCE ET LA TRANSPARENCE : les trois moteurs du changement en santé publique

PH. A. COUCKE (1)

**RÉSUMÉ :** La médecine actuelle est à l'aube de changements majeurs rendus incontournables par des statistiques peu enviables. Les moteurs des changements sont externes. Ils sont au nombre de trois : le contexte économique, les rapports rendus publics sur l'inefficience et la demande croissante pour une transparence accrue, demande exprimée par les usagers, le pouvoir politique et les payeurs. Le monde médical doit impérativement se réveiller et œuvrer à une réforme de l'écosystème en santé publique.

**MOTS-CLÉS :** Santé publique - Crise économique - Efficience - Transparence

**COST EXPLOSION, QUEST FOR EFFICIENCY AND TRANSPARENCY :  
THE THREE DRIVERS OF CHANGES IN PUBLIC HEALTH**

**SUMMARY :** Contemporary medicine is facing major and disruptive changes. These changes are unavoidable if one looks to the lackluster results. The real drivers for these necessary changes are external. The three major ones are the financial crisis, the public report on worldwide lack of efficiency and the ever growing request for transparency coming from users, political decision makers and payers. It is high time that the medical community awakes and becomes instrumental to the reform of the medical ecosystem.

**KEYWORDS :** Health care - Economic crisis - Efficiency - Transparency

## INTRODUCTION

S'il fallait résumer la médecine actuelle en 4 chiffres on obtiendrait : 50, 35, 10, et 5. Cinquante pour cent est le taux d'examen inutiles (source OMS : Organisation Mondiale de la Santé) et ce fléau est décrié dans la presse écrite grand public par Atul Gawande (mondialement connu, car à l'initiative du Safe Surgery Checklist de l'OMS) (1). Trente-cinq pour cent est le taux d'inefficience dans le système de santé (source OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique et rapport Bloomberg de 2014) (2). Dix pour cent, c'est le risque de complication ou de décès que l'on court quand on est hospitalisé (source IHI.org : Institute for Healthcare Improvement) (3). Selon une étude commanditée par l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), le taux d'erreur diagnostique serait de 5 % dans la population adulte américaine, ce qui représente, à l'échelle du pays, 12 millions d'américains par an victimes d'une erreur de diagnostic (4).

Devant ce constat factuel, on ne peut que penser qu'il y a lieu d'effectuer rapidement certains changements. Seulement, le secteur médical n'est pas réputé comme ultra-progressiste. Le conservatisme est bien ancré. Pour relever ces défis - qui sont des défis sociétaux - il y a lieu d'identifier les moteurs de changements. Nous évoquerons ce qui nous semble être les

moteurs les plus puissants et les plus à même de modifier l'écosystème médical.

## LES COÛTS DE LA MÉDECINE ACTUELLE

Il ne faut pas être prophète pour faire le constat que la situation dérape et échappe à tout contrôle. Selon la Banque Mondiale, la santé publique, aujourd'hui, représente en Belgique 11,2 % du PIB (Produit Intérieur Brut, ce qui correspond en gros à la richesse d'un pays) (5). Le budget des soins de santé (et ceci n'est qu'une prévision) - avalisé par le conseil des ministres le 23 octobre 2015 pour l'année 2016 - s'élève à 23.617 milliards d'euros. A cela, il faut bien entendu rajouter d'autres dépenses comme les frais liés aux conventions internationales (+ 600 millions d'euros), les frais d'administration des mutuelles (+ 900 millions d'euros), les frais d'administration de l'INAMI (+ 100 millions d'euros) et les «autres dépenses» (pas loin de 600 millions d'euros), pour un total approximatif de 2,1 milliards d'euros.

Ce budget annuel des soins de santé est calculé à partir du budget de l'année T-1 en tenant compte de la norme de croissance réelle (NCR) et de l'inflation. La NCR est en baisse constante depuis quelques années. Là où, entre 2005 et 2011, elle était encore de 4,5 %, elle n'a pas arrêté de se réduire pour atteindre 1,5 % en 2015 et elle descendra très probablement sous 0,75 % en 2016. L'indexation aussi régresse avec une valeur proche de 3 % en 2012. En 2015, elle s'élevait à 0,53 %. On estime aujourd'hui que ce budget augmentera en moyenne de 5,8 %

(1) Chef du Service de Radiothérapie, Département de Physique Médicale, CHU de Liège, Site Sart Tilman, Belgique.

jusqu'en 2024. L'économiste Lieve Annemans estime qu'en 2058, le coût des soins de santé atteindra 30 % du PIB, et cette augmentation astronomique est expliquée par le phénomène de vieillissement de la population, la norme de croissance et le coût de l'innovation.

Les Etats-Unis sont encore plus mal lotis puisque le budget annuel atteint déjà 17,4 % du PIB en 2013. Selon le CMS National Health Expenditure Data, la somme allouée à la santé était de 2,7 trillions de dollars en 2011 et on estime qu'en 2018, cette somme atteindra, au minimum, 4,0 trillions de dollars (6). Cette explosion des coûts de la santé devient la raison principale du creusement de la dette américaine et l'Office du Budget du Congrès estimait déjà, en 2008, que si rien ne change, Medicare et Medicaid (qui ne représentent qu'une partie des coûts en matière de soins de santé), à eux seuls, vont représenter 25 % du PIB en 2049.

Selon l'INAMI, les dépenses en matière de santé en Belgique sont essentiellement ventilées sur trois postes : les honoraires médicaux (+33 %), les séjours en hôpitaux (+25 %) et les fournitures pharmaceutiques (+18 %). Tous les autres postes (exemples : kinésithérapie, dialyse, revalidation etc.) représentent moins de 5 % de la charge individuellement. Aux USA, les chiffres correspondants, en 2011, sont, respectivement, de 21 % pour les honoraires médicaux, 33 % pour les séjours hospitaliers et 10,3 % pour les fournitures pharmaceutiques. On comprendra vite sur quels postes budgétaires le pouvoir politique envisage de faire des économies substantielles. Signalons d'ailleurs qu'un effort d'économies de 408,3 millions d'euros a été demandé pour l'année 2016 et cette demande est essentiellement adressée à l'industrie pharmaceutique (à hauteur de 60 millions d'euros) et aux médecins (à hauteur de 82,4 millions d'euros par la non-indexation des honoraires).

Ce qui est frappant quand on regarde en détails les chiffres des dépenses en matière de soins de santé, c'est que 1 % des usagers représentent plus de 20 % des dépenses et que 5 % des usagers utilisent, à eux seuls, 50 % des ressources financières disponibles.

Cette situation, qui sans exagération aucune est catastrophique, ne fera que se péjorer pour les raisons évoquées par L. Annemans. A nouveau, les statistiques donnent le vertige : le pourcentage de personnes d'un âge supérieur à 65 ans par rapport au nombre de personnes entre 15 et 64 ans sera, pour la Belgique, d'ici

2050, de 43,8 % (Source Eurostat 2013) (7). Quand on sait que cette frange de la population, souvent touchée par de multiples pathologies chroniques, est fortement consommatrice de soins, on comprend que la pérennité du financement de notre système de santé n'est pas assurée.

## EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'efficacité est définie par deux paramètres : la qualité et les coûts. Si on veut garder une qualité égale, il nous faudra drastiquement réduire les coûts. Posons-nous d'abord la question de l'efficacité du système.

L'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) a publié, en 2013, un rapport comparatif (8). Le résultat de ce rapport est surprenant de prime abord. Le pays qui semble le mieux placé en termes d'efficacité est le Royaume Uni et ce, pour 9 critères sur 11 évalués. Pour ce classement, les critères suivants ont été utilisés : la qualité des soins (avec quatre critères complémentaires dont : efficacité, sécurité, coordination des soins, soins centrés sur le patient), l'accès aux soins (avec deux critères complémentaires dont : problématique des coûts, rapidité des soins), l'efficacité, l'équité, et la santé en général. Les Pays-Bas et l'Allemagne se classent *ex æquo* à la 5<sup>ème</sup> place et la France se situe à la neuvième place. La Belgique n'a pas été incluse dans cette comparaison. Il est fort à parier qu'elle ne fait pas mieux que nos voisins germaniques et on peut caresser l'espoir qu'elle fait mieux que nos voisins latins du sud. Cela semble d'ailleurs confirmé par le rapport Bloomberg publié en 2014 (2). Dans ce rapport, le score en efficacité pour la Belgique est de 40,2 % (41<sup>ème</sup> au classement) et, à titre de comparaison, 51,6 % pour l'Allemagne et 41,1 % pour les Pays-Bas, ce qui les classe, respectivement, aux 23<sup>ème</sup> et 40<sup>ème</sup> places. La France ne figure pas dans les 50 premiers (2).

Un autre chiffre interpelle en matière d'efficacité. Ce chiffre a été publié en 2012 par IBM DeveloperWorks® (International Business Machines Corporation) (9). On a comparé le taux d'inefficacité en pourcentage de la valeur économique du secteur d'activité en question par rapport à d'autres secteurs d'activité humaine et on les a classés en ordre croissant : le monde récréatif et la communication sont évalués à < 20 % d'inefficacité. Les secteurs de l'alimentation, de la gestion de l'eau et de l'électricité,

ainsi que le secteur des transports, obtiennent un taux d'inefficience à < 30 %. Pour la construction, il est entre 30 et 35 %. Pour l'éducation, les organisations gouvernementales et la sécurité, on obtient un chiffre qui oscille entre 35 et 40 %. La palme d'or est attribuée à la santé avec un taux d'inefficience à 42 % ! On estime que, pour ce secteur, le potentiel d'amélioration est de 34 %. Si on reprend l'exemple des Etats-Unis avec un budget pharaonique attribué à la santé, le gaspillage annuel en 2013 correspond, approximativement, à 800 billions de dollars. Cette lacune en efficience se situe au niveau de manquements en matière d'application des soins, de la coordination des soins, de l'utilisation inutile de moyens diagnostiques et thérapeutiques (une médecine défensive), de la complexité administrative et des délais en paiements ou non-paiements, de la fraude et l'abus. Pour la Belgique, le gaspillage est proportionnellement du même ordre, et même si nous sommes optimistes et que, naïvement, nous considérons un taux d'inefficience de 30 % (largement moins catastrophique que le taux indiqué dans le rapport de Bloomberg), cela représente au minimum 3 % du PIB (entre 2 et 3 milliards d'euros). Il y a fort à parier que si nous disons, aujourd'hui, à ceux qui nous gouvernent que nous pouvons, dans un seul secteur, faire une économie sur le budget annuel alloué de 30 %, ce qui représenterait 3 % du PIB, nul doute qu'ils seraient tout ouïe.

Pourra-t-on maintenir le niveau de qualité ? Mais, tout d'abord, de quelle qualité parle-t-on ? On a tendance à déclarer que les citoyens Belges sont contents de leur système de santé. C'est essentiellement vrai parce qu'ils ont des structures proches de leur domicile et que les périodes d'attente sont encore acceptables par rapport à d'autres pays qui nous entourent. Encore que, il faut admettre que, pour certaines pathologies, ces délais d'attente s'allongent au-delà de ce qui est raisonnablement acceptable.

La vraie question en matière de qualité n'est donc pas la satisfaction «superficielle», mais la «valeur ajoutée». Est-ce que le traitement représente une vraie valeur ajoutée dans l'esprit du patient ? Sans conteste, ceci est un meilleur indicateur de qualité pour l'utilisateur et, *in fine*, le seul qui compte dans un système qui clame qu'il met au centre de ses préoccupations le patient. Peut-on aujourd'hui déclarer avoir une vue objective sur la qualité des traitements et leur valeur ajoutée ? Cette information n'est pas disponible. Si elle est manquante, c'est, en

grande partie, lié à une gestion budgétaire de nos institutions de soins, obnubilées par l'équilibre financier et, à ce jour, peu portées sur une réelle évaluation de la qualité des soins. Même le gouvernement fédéral, en la personne de son ministre de la santé, admet «*qu'une politique de soins pertinente et prospective n'est pas possible sans les nouvelles technologies de l'information*». Cette information est, en grande partie, manquante dans un monde médical confronté à une fracture numérique. En France, on a rapporté au CHAM (Conference on Health Analysis and Management) en septembre 2015 que 25 à 50 % des généralistes ne sont même pas encore informatisés. Nous n'avons pas ce genre d'estimation pour la Belgique, mais compte tenu de l'âge moyen de la population médicale (un généraliste sur deux a plus de 55 ans), il est fort à parier qu'une proportion non négligeable ne doit pas se sentir très à l'aise avec les TIC (Technologies de l'Information et de la Communication).

#### LA TRANSPARENCE EXIGÉE PAR L'USAGER

Le troisième moteur, et peut-être même le plus puissant, est une demande de plus en plus appuyée de la société civile à plus de transparence. Le monde médical vit, sans contexte, une révolution qui s'apparente à la découverte de l'imprimerie par Gutenberg. En effet, l'avènement de l'internet avec une information disponible à n'importe quel moment et dans n'importe quel lieu change l'équilibre écologique entre le patient et le praticien : il y a une réelle volonté, clairement exprimée par les usagers, de partenariat. On parle, en terme anglo-saxon, de «*empowerment*» (très mal traduit en français par «empouvoirement» ou «autonomisation»).

Ce mouvement de transparence en matière de qualité est inéluctable. Il est poussé par les réseaux sociaux qui semblent bien sonner le glas du «colloque singulier». Aux Etats-Unis, le site ProPublica publie, pour 17.000 chirurgiens, le taux de complications opératoires pondéré en fonction de la complexité des cas (10). En France, une initiative avait été lancée par l'hebdomadaire «Le Point» pour rendre publique la qualité des traitements hospitaliers (11). Afin d'en assurer une certaine qualité, la Haute Autorité de Santé a pris la balle au bond et publie, à son tour, sur son site Scope Santé, des données hospitalières (12). En Flandres, depuis un peu plus d'un an, les patients peuvent comparer différentes structures hospitalières

sur des indicateurs communément acceptés et donc, non critiquables. Il suffit que les patients se connectent au site «zorgkwaliteit.be» du «*Vlaams Indicatoren Programma*» (VIP<sup>2</sup>) pour s'adonner à cet exercice de comparaison.

Cette demande de transparence ne vient pas seulement de l'usager. Elle est aussi clairement exprimée par le pouvoir politique et les payeurs. Il y a, à l'évidence, une volonté d'évoluer vers un autre système de financement. On veut abandonner l'idée de financement à l'acte au profit d'un financement valorisant la qualité et la sécurité de la prise en charge. La publication d'indicateurs est une première étape, la demande appuyée d'accréditation en est une autre. Le troisième pas est annoncé : la nécessité d'enveloppes fermées pour des trajets de soins précis, concept inconcevable si on maintient une rémunération purement à l'acte.

## CONCLUSION

Des forces externes incontournables et inéluctables telles que les coûts, la recherche de l'efficacité et la volonté de transparence - clairement exprimée, et par l'usager et par les payeurs - sont en train de changer fondamentalement l'écosystème médical. Les méconnaître serait une grave erreur stratégique. Si nous voulons faire partie de cette mouvance, il est grand temps de sérieusement s'y intéresser et de s'y impliquer car, dans le cas contraire, nous allons être rapidement «kodakisés»<sup>(\*)</sup>.

Il est grand temps aussi que l'enseignement divulgué dans nos facultés sensibilise les nouvelles générations de médecins aux changements sociétaux majeurs auxquels ils devront faire face.

## RÉFÉRENCES

1. Gawande A. Overkill.— *Annals of Healthcare*, May 4, 2015. <http://www.newyorker.com/magazine/2015/05/11/overkill-atul-gawande> - Consulté le 26 avril 2016.
2. Bloomberg Best (and Worst). Most Efficient Health Care 2014 : Countries. Last visit April 21st 2016. <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries> - Consulté le 26 avril 2016.
3. Whittington J, Simmonds T, Jacobsen D.— *Reducing Hospital Mortality Rates (Part 2)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2005.
4. National Academy of Sciences, Engineering, and Medicine 2015. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington DC. The National Academy Press. [http://www.ahrq.gov/news/newsroom/press-releases/2014/diagnostic\\_errors.html](http://www.ahrq.gov/news/newsroom/press-releases/2014/diagnostic_errors.html) - Consulté le 26 avril 2016.
5. La Banque Mondiale. Dépenses en Santé. Total (% du PIB). <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS> - Consulté le 26 avril 2016.
6. Centres for Medicare and Medicaid Services. Research, Statistics, Data & Systems. National Health Expenditure Data. <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/index.html> - Consulté le 26 avril 2016.
7. Eurostat Statistics explained. Population Structure and Ageing Report June 2015. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing) - Consulté le 26 avril 2016.
8. OECD Indicators. Health at a glance 2013. <http://www.slideshare.net/fiab/ocdehealth-at-a-glance-2013> - Consulté le 26 avril 2016.
9. Dickman A, Gilmore P, Schume P.— *Care process management : using BPM tools and methodology in the health care environment*. IBM DeveloperWorks®; December 12th 2012. [http://www.ibm.com/developerworks/bpm/bpmjournal/1212\\_dickman/1212\\_dickman.html](http://www.ibm.com/developerworks/bpm/bpmjournal/1212_dickman/1212_dickman.html) - Consulté le 26 avril 2016.
10. Wei S, Allan M.— *Surgeon scorecard. ProPublica / Patient Safety*. July 2015. <https://projects.propublica.org/surgeons/> - Consulté le 26 avril 2016.
11. Capteur d'Avenir by Pollutec. Regard sur l'hôpital et développement durable. Environnement et santé en France – le point à début 2013. Pollutec 24 avril 2013. <http://blog.pollutec.com/environnement-et-sante-en-france-le-point-a-debut-2013.html> - Consulté le 26 avril 2016.
12. Haute Autorité de Santé (HAS). *Scope Santé. Qualité des Hôpitaux & Cliniques. Je m'informe. Je choisis!* <http://www.scopesante.fr/> - Consulté le 26 avril 2016.

<sup>(\*)</sup> A l'origine, la firme Kodak a nié l'importance et l'impact potentiel du numérique, raison pour laquelle la société a disparu momentanément du paysage économique avant d'être restructurée. Depuis lors, le terme «kodakisé» est utilisé de façon générique.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. Ph. A. Coucke, Service de Radiothérapie, Département de Physique Médicale, CHU de Liège, Site Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.  
Email : [pcoucke@chu.ulg.ac.be](mailto:pcoucke@chu.ulg.ac.be)