

# HealthCast 2020: Créer un futur durable\*

Institut de recherche sur la santé de PricewaterhouseCoopers



\*connectedthinking

## Préface

*HealthCast 2020* : Créer un futur durable<sup>1</sup> s'appuie sur les deux précédents rapports de recherche qui constituent le point de vue de PricewaterhouseCoopers sur les tendances majeures du secteur de la santé au niveau mondial. *HealthCast 2010 : Un monde de plus en plus petit, des attentes de plus en plus grandes*<sup>2</sup>, publié en 1999, se concentrait sur certains facteurs clés, tels que le consumérisme et Internet, qui allaient bouleverser l'industrie de la santé sur cette décennie. *Tactiques dans l'industrie de la santé : Plan pour l'avenir*<sup>3</sup>, publié en 2002, se fondait sur les tendances décrites dans *HealthCast 2010* pour présenter aux acteurs de la santé les stratégies porteuses pour les trois à cinq années à venir.

Dans cette édition de *HealthCast*, PricewaterhouseCoopers examine les solutions et les réponses mises en œuvre par les acteurs de la santé dans le monde pour répondre à la mondialisation et aux convergences à l'échelle planétaire observées dans ce secteur. Quelles idées, meilleures pratiques et leçons peut-on tirer des expériences dans divers pays pour créer un système de santé qui soit durable ? Qui trouve des solutions et comment ?

Ce rapport comporte deux parties. La première partie retrace l'évolution de ce phénomène de mondialisation du secteur de la santé, dans ses différentes étapes au fur et à mesure qu'évoluaient les priorités de santé publique, de l'accès aux soins dans les années 50, à la recherche aujourd'hui de la soutenabilité du système de santé. La seconde partie constitue le sujet de fond du rapport. Elle explore les sept caractéristiques majeures d'un système de santé durable à long terme. Ces caractéristiques ont été identifiées par PricewaterhouseCoopers à travers un travail de recherche et de conduite d'entretiens détaillés avec des hauts responsables de la santé dans 16 pays. Ces sept aspects, présentés de façon claire et précise et rapportant les idées et les innovations du monde entier, sont riches d'enseignements sur les évolutions, possibles ou en cours, des systèmes de santé.

---

<sup>1</sup> Creating a Sustainable Future

<sup>2</sup> Smaller worlds, Bigger expectations

<sup>3</sup> Healthcast tactics : Blueprint for the future

## Table des matières

|    |                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------|
| 4  | Synthèse                                                     |
| 10 | Chapitre 1<br>Convergence mondiale des politiques de santé   |
| 14 | Chapitre 2<br>La soutenabilité menacée des systèmes de santé |
| 18 | Chapitre 3<br>Caractéristiques d'un système de santé durable |
| 18 | 1. La recherche d'une vision partagée                        |
| 24 | 2. Une infrastructure informatique robuste                   |
| 28 | 3. Un ajustement des systèmes d'incitation                   |
| 34 | 4. Une standardisation de la qualité et de la sécurité       |
| 42 | 5. Une répartition stratégique des ressources                |
| 46 | 6. Un climat d'innovation                                    |
| 52 | 7. Des acteurs et des structures de soins adaptables         |
| 56 | Conclusion                                                   |

## Synthèse

Il apparaît de plus en plus évident que la soutenabilité des systèmes de santé tels qu'ils existent aujourd'hui sera radicalement remise en cause dans les quinze prochaines années si des changements importants ne sont pas mis en œuvre. D'une façon générale, ces systèmes sont menacés par des tendances fortes aux conséquences considérables – demande croissante des usagers, augmentation des coûts, qualité de service et de soins inégale, systèmes d'incitation mal ciblés. Sans réaction adaptée de la part des gouvernements, ces tendances finiront par peser sur les systèmes de santé en générant à la fois un endettement massif pour de nombreux pays et des problèmes d'accès aux soins extrêmement graves pour leurs citoyens.

Des solutions nouvelles sont aujourd'hui mises en œuvre à travers le monde pour permettre aux systèmes de santé de devenir durables. Il est urgent de s'y intéresser.



Il est nécessaire que la réflexion sur l'évolution des systèmes de santé dépasse les frontières nationales. Une attitude contraire pourrait s'avérer néfaste, voire dangereuse à terme pour de nombreux pays. Les systèmes de santé ne peuvent plus évoluer en vase clos du fait de la mondialisation à la fois des acteurs de santé et des problèmes de santé. De nouvelles solutions émergent au-delà des frontières, et des modèles économiques innovants sont mis en place, accompagnant ainsi la tendance à la globalisation du secteur de la santé. A titre d'exemple, ces solutions sont en train de modifier la conception qu'ont les Chinois du financement des hôpitaux, la façon dont les Américains recrutent leurs médecins, les procédures utilisées par les Australiens pour rémunérer les fournisseurs de soins, l'attitude des Européens vis-à-vis de la concurrence et ce que les gouvernements du Moyen-Orient élaborent pour les générations futures.

Dans un monde où les économies sont globalement interdépendantes et où la productivité se fonde sur la santé des citoyens, la soutenabilité des systèmes de santé est un sujet crucial en termes de défi national, d'impératif économique mondial mais aussi d'obligation morale de créer un système de santé durable.

L'idée de la soutenabilité est sujette à de multiples interprétations. Elle est souvent utilisée dans le contexte de la protection de l'environnement et du renouvellement des ressources naturelles. Une définition générale peut être trouvée dans le livre de Paul Hawkin, *L'Écologie du commerce* : « La soutenabilité est une situation économique où les sollicitations sur l'environnement provenant des individus et du commerce sont satisfaites sans réduire la capacité à subvenir aux besoins des générations futures ». Cette définition peut s'appliquer à plus d'un titre aux systèmes de santé. Au rythme de croissance actuel de la consommation de soins et en l'absence de réflexion globale sur le sujet, les organisations de santé seront bientôt incapables de satisfaire les demandes des citoyens en matière de santé. La soutenabilité des systèmes de santé existants est donc bel et bien aujourd'hui un enjeu crucial.



Depuis 1997, les dépenses de santé se sont notablement accrues dans les pays de l'OCDE. La part qu'elles représentent est de plus en plus significative. En 2002, les dépenses de santé cumulées des 24 pays de l'OCDE étaient de 2 700 milliards de dollars (2 200 milliards d'euros). L'Institut de recherche sur la santé de PricewaterhouseCoopers estime que les dépenses de santé des pays de l'OCDE vont plus que tripler pour atteindre 10 000 milliards de dollars (8 300 milliards d'euros) d'ici 2020.

Les organisations de santé et les gouvernements du monde entier cherchent d'urgence des solutions pour maîtriser les coûts tout en permettant un accès aux soins garanti et de qualité. Cependant, les approches conventionnelles échouent, même pour les nations les plus avancées au monde - en Europe, en Asie, au Moyen-Orient, en Australie, au Canada et aux États-Unis.

Parce qu'elles sont souvent considérées comme exerçant une activité strictement nationale, les organisations de santé n'ont pas partagé leurs idées autant que dans d'autres secteurs tels que la production industrielle ou les services. Ainsi, si chaque pays fait face à des obstacles spécifiques – réglementaires, économiques, culturels – les enjeux relevés sont remarquablement semblables et les réponses apportées explorent des pistes comparables.

En dépit de la complexité des enjeux auxquels les systèmes de santé sont confrontés, il existe des initiatives qui impliquent souvent l'innovation technologique, la prévention et la focalisation sur l'utilisateur. Elles ont été mises en place dans de nombreux pays et ont amélioré les résultats des systèmes de santé tout en économisant de l'argent.

Pour cette troisième édition de *HealthCast*, PricewaterhouseCoopers analyse les réponses

apportées de par le monde au phénomène de mondialisation de la santé. Cette étude tente d'identifier les efforts mis en œuvre par les différents pays pour créer un système de santé durable. Elle met en lumière les idées innovantes et les meilleures pratiques. Plus précisément, ce rapport poursuit quatre objectifs :

- Rappeler le contexte pour comprendre les tendances globales constatées dans le secteur de la santé.
- Participer à la réflexion en montrant la grande diversité des solutions mises en œuvre dans le monde et en soulignant ce qui fonctionne sur un marché de la santé de plus en plus global.
- Identifier les « facteurs clés » sur lesquels les dirigeants et l'administration peuvent agir pour mettre en œuvre un système de santé durable.
- Appeler à la mobilisation pour que les acteurs du secteur de la santé regardent au-delà de leurs propres frontières lorsqu'ils abordent les enjeux complexes de la soutenabilité.

L'étude de PricewaterhouseCoopers repose sur des entretiens réalisés auprès de plus de 580 responsables d'hôpitaux, de groupes de médecins, d'organismes d'assurance-maladie, de gouvernements et d'entreprises, dans 27 pays. En outre, PricewaterhouseCoopers a conduit des entretiens très approfondis auprès de 120 leaders d'opinion en matière de santé dans 16 pays. Parmi eux, on retrouve des décideurs en matière de politiques de santé, des responsables dans le domaine de l'assurance maladie et des directeurs généraux d'organisations de santé en Australie, au Canada, en Europe, en Inde, au Moyen-Orient, au Japon, à Singapour, en Afrique du Sud, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

## Cette étude approfondie a identifié plusieurs éléments majeurs :

- Nous nous attendons à ce que les dépenses de santé connaissent des taux de croissance beaucoup plus élevés que par le passé.

D'ici à 2020, nous prévoyons que les dépenses de santé vont tripler en dollars réels (corrigés de l'inflation), représentant respectivement 21 % du PIB aux États-Unis et 16 % du PIB dans les autres pays de l'OCDE. L'enquête *HealthCast 2020* de PricewaterhouseCoopers montre que près de la moitié des décideurs interrogés dans 26 pays pensent que les coûts des services de santé auront un taux de croissance plus élevé que dans le passé. Les décideurs des zones ayant une croissance démographique élevée (par exemple au Moyen-Orient et en Asie) pensent également que les coûts des services de santé s'accroîtront. Plus de la moitié des décideurs aux États-Unis et en Australie restent persuadés que les coûts continueront à croître à un rythme de plus en plus élevé. Les gouvernements, les structures hospitalières et le corps médical sont perçus comme disposant des leviers d'action nécessaires pour éliminer les dépenses inutiles en matière de santé.

- Il y a un large consensus sur la construction d'un système de santé fondé sur le partage des risques et des responsabilités entre des organismes publics et privés fournissant une couverture maladie, par opposition à l'approche historique consistant à reporter les coûts dans le futur, via par exemple l'augmentation de la dette. Seule une minorité de responsables aux États-Unis, au Canada et en Europe pensent qu'un système de santé principalement financé par l'impôt peut être durable. Plus de 75 % des participants à l'enquête de *HealthCast 2020* estiment que la responsabilité financière devrait être partagée. Même dans les systèmes où les services de santé sont principalement financés par l'impôt, comme en Europe et au Canada, seuls 20 % des participants sont favorables à cette approche exclusive.

- Universellement, les systèmes de santé font face au défi de la soutenabilité en matière de coûts, de qualité et de confiance de l'utilisateur. La transparence dans le domaine de la qualité des soins et de la tarification a été identifiée par plus de 80 % des participants à l'étude *HealthCast 2020* comme un facteur contribuant à un système de santé durable. Les avis des participants sur l'acteur par lequel la qualité des soins progresse le plus dépendent de leur zone géographique d'origine. Aux États-Unis, les groupes de

défense des patients ont été classés en premier, alors qu'en Europe et au Canada, ce sont les médecins. Au Moyen-Orient, en Australie et en Asie, c'est le gouvernement qui est considéré comme le principal responsable des progrès accomplis.

- Les programmes de prévention et de gestion des épidémies ont un potentiel inexploité qui permettrait d'améliorer le niveau de la santé de la population et de réduire les coûts.

Ces programmes exigent un soutien et une collaboration poussée des différents acteurs pour que les bénéfices attendus se réalisent. Selon l'enquête *HealthCast 2020*, la finalité des systèmes de santé est le bien-être des populations, la prévention et les soins. La grande majorité des participants (75 %) considère les listes d'attente comme une manière inefficace de gérer la demande de soins. Pourtant, seulement 26 % des participants ont estimé que les initiatives gouvernementales et privées favorisant un meilleur accès à la santé avaient été efficaces et seulement 33 % ont jugé que les campagnes éducatives ou de promotion de la santé avaient porté leurs fruits. Plus de 80 % des participants ont par ailleurs identifié le manque de coordination des soins comme un problème majeur.

- L'apparition de consommateurs de soins plus exigeants et mieux informés alimente l'intérêt grandissant que suscitent les systèmes de santé où les médecins sont rémunérés à la performance et où les coûts sont mieux partagés.

La tendance au développement de ce type de système apparaît clairement. Les leaders de l'industrie s'attendent à une évolution forte orientée vers le consommateur. Seuls 35 % des participants à l'enquête *HealthCast 2020* ont indiqué que les systèmes hospitaliers sont préparés à satisfaire cette nouvelle demande des usagers. Une grande majorité des organisations sondées (85 %) ont lancé des initiatives de rémunération à la performance contre 70 % qui avaient initié de tels programmes en 2002. 43 % des interlocuteurs ont indiqué que la participation directe des patients aux coûts est un moyen efficace ou très efficace pour gérer la demande de soins.

- Les technologies de l'information constituent une piste importante pour résoudre les difficultés rencontrées aujourd'hui par le secteur de la santé. Il est important qu'il y ait un véritable engagement et un véritable

investissement dans ce domaine de la part des acteurs de la santé. La grande majorité des participants à l'étude *HealthCast 2020* considère les technologies de l'information comme importantes ou très importantes pour la coordination des soins (73 %) et l'amélioration du partage de l'information (78 %). Mais les technologies de l'information ne constituent pas une solution en soi. Par ailleurs, un pourcentage moindre des personnes interrogées les considère également importantes ou très importantes pour améliorer la sécurité des patients (54 %) ou rétablir la confiance des patients (35 %).

La convergence à l'échelle mondiale concerne tout le secteur de la santé et favorise le partage des meilleures pratiques. Dans le domaine de l'accès aux soins et de la sécurité des patients, les frontières s'estompent entre les industries pharmaceutiques, les entreprises de biotechnologie, les fournisseurs de soins, et les organismes d'assurance-maladie. Il est important que l'ensemble des acteurs des systèmes de santé – hôpitaux, médecins, organismes publics, gouvernements, et toutes les entreprises travaillant dans ce secteur – envisagent les avantages d'une plus grande collaboration en développant des partenariats ou des affiliations.

Pour assurer la soutenabilité d'un système de santé, quelles sont les conditions à réunir ? L'étude de PricewaterhouseCoopers identifie sept caractéristiques principales d'un système de santé durable, que cela soit au niveau des gouvernements, des fournisseurs de soins ou des entreprises.

1. **La recherche d'une vision partagée :** une vision et une stratégie communes sont nécessaires pour équilibrer les intérêts publics et privés dans la construction d'un système capable de fournir à chacun les prestations de base en matière de santé, en fonction des priorités sociales nationales.
2. **Une infrastructure informatique robuste :** une meilleure utilisation de la technologie et des réseaux informatiques doit permettre d'accélérer l'intégration, la standardisation et le transfert des informations administratives et cliniques.
3. **Un ajustement des systèmes d'incitation :** les systèmes d'incitation doivent permettre de gérer et de garantir l'accès aux soins tout en servant de support aux dispositifs de responsabilisation des acteurs.
4. **Une standardisation de la qualité et de la sécurité :** des normes définies et appliquées en matière de soins doivent servir de base

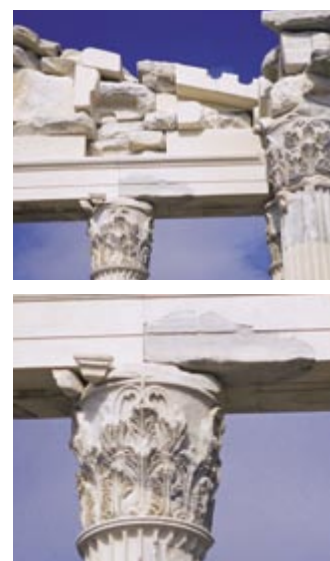
à la mise en place de mécanismes de responsabilisation et de renforcement de la transparence, et ainsi restaurer la confiance des patients.

5. **Une répartition stratégique des ressources :** l'allocation des ressources doit satisfaire les demandes concurrentes en matière de soins, en veillant à la fois à maîtriser les coûts et à permettre au plus grand nombre un accès aux soins.
6. **Un climat d'innovation :** l'innovation, la technologie et les nouveaux modes de fonctionnement sont un moyen d'améliorer sans cesse la qualité, l'efficacité et l'efficience des traitements médicaux.
7. **Des acteurs et des structures de soins adaptables :** une organisation plus flexible et une définition plus large des rôles en matière de soins doivent déboucher sur des procédures davantage centrés sur les besoins du patient.

Comment les divers systèmes de santé vont-ils satisfaire à l'exigence de soutenabilité ? Certaines solutions exigeront des changements radicaux dans les politiques nationales. Ces solutions peuvent être suggérées par les responsables des organisations de santé. Les autres domaines dans lesquels ces responsables possèdent une capacité à conduire le changement sont nombreux et nous avons été témoins de la mise en œuvre de solutions pionnières. L'analyse de ces solutions « pilotes » peut permettre aux décideurs concernés de commencer à élaborer des réponses aux défis majeurs auxquels les systèmes de santé sont confrontés.

Des enseignements partageables peuvent être tirés de ces expériences. Un panorama de solutions potentielles, issu de l'étude des différents systèmes de santé à travers le monde, fait l'objet de la deuxième partie de ce rapport. Ces solutions impliquent des changements à apporter aux systèmes, aux politiques et aux structures de santé, de nouvelles incitations et de nouveaux modèles de financement, une évolution des rôles, des qualifications et des comportements des acteurs, une adaptation des procédures et des modes de travail, et enfin des évolutions technologiques et une nouvelle utilisation des technologies existantes.

Par-delà les frontières, les langues et les cultures, PricewaterhouseCoopers présente les stratégies mises en œuvre par les systèmes de santé à travers le monde. Les solutions existent, sur le marché mondialisé de la santé, il suffit d'en prendre connaissance.



## Conclusion

Soutenabilité menacée et convergence sont les problématiques principales auxquels les systèmes de santé sont aujourd'hui confrontés à travers le monde.

De nombreuses bonnes pratiques apparaissent dont il est possible de s'inspirer. Leur diversité est étonnante mais leurs points communs aussi. Partout dans le monde et dans tous les secteurs de la santé, les décideurs explorent de nombreuses solutions qui se recoupent fréquemment.

- **La coopération** : les organismes payeurs, les établissements de soins et les professionnels de santé travaillent en commun pour favoriser la standardisation et l'adoption des changements nécessaires en termes de technologies et de pratiques. Ils associent leurs efforts pour renforcer la coordination et l'accès aux soins. Ils œuvrent ensemble pour réajuster les systèmes d'incitation afin d'atteindre leurs buts communs.
- **La focalisation sur l'usager** : les prestataires de soins se réorganisent en un continuum centré sur le patient dans une démarche de gestion de l'offre de soins. Les organismes payeurs placent l'usager au centre de leurs préoccupations. Les groupes pharmaceutiques et les entreprises de biotechnologie exploitent les nouvelles découvertes en pharmacogénomique pour accroître la personnalisation des traitements.
- **L'évaluation et la diffusion des technologies** : les organismes payeurs et les fournisseurs de soins se rassemblent sur une base régionale et/ou nationale pour établir des standards en matière d'infrastructures techniques et de communication de données. Ils mettent au point des dispositifs d'intéressement destinés à mieux répartir les risques et les bénéfices. Les décideurs de la santé et les organismes de recherche évaluent l'impact des technologies médicales sur la productivité et l'espérance de vie des populations..
- **la transparence** : les nouveaux dispositifs de rémunération et de suivi de l'activité mettent l'accent sur la sécurité, la performance et sur la responsabilité de tous. Les organismes payeurs et les fournisseurs de soins prennent part aux programmes de rémunération à la performance. Les associations professionnelles établissent des normes de qualité et de sécurité. Les gouvernements fixent les exigences minimales et mettent en place des dispositifs de suivi.
- **La gestion de l'offre de soins** : il est de plus en plus demandé aux fournisseurs de soins, aux entreprises pharmaceutiques et biomédicales et aux organismes payeurs de mettre en œuvre une gestion équilibrée de leur offre de services et de produits de santé, qui soit soucieuse des problèmes de financement public. Les gouvernements appellent de leurs vœux une rationalisation de l'offre de soins sur une base régionale. Les fournisseurs de soins répartissent et organisent l'offre de soins de manière à assurer l'accès aux soins des usagers, garantir la qualité des soins et réduire les duplications de services et les sources d'inefficience.
- **La gestion des ressources humaines** : de nouveaux modèles de recrutement, de développement et de fidélisation du personnel se diffusent afin de parer aux pénuries de ressources humaines actuelles et futures.



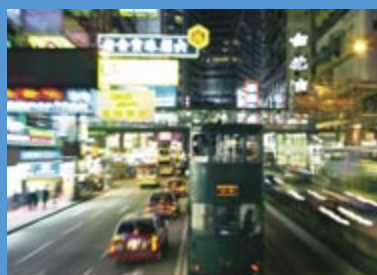
Le tableau ci-dessous établit une typologie des solutions porteuses de changement.

## Les différents types de solutions porteuses de changement

| Vecteur de solutions                                                                                         | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Bonnes pratiques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Systèmes</b>         | <p>Les standards de l'industrie et la réglementation sont les éléments sur lesquels les organisations isolées ont le moins de prise directe. Cependant, les organisations de santé doivent y consacrer des moyens et participer aux travaux destinés à bâtir un système de santé durable.</p>                                                                                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Travailler ensemble au-delà du cadre sectoriel et territorial traditionnel</li> <li>2. Déterminer les prestations de base en matière de soins et de couverture maladie et mettre en place un système d'assurance privé pour les autres prestations</li> <li>3. Utiliser la réglementation pour encourager et renforcer la concurrence</li> <li>4. Organiser les soins autour du patient</li> <li>5. Se rapprocher géographiquement des patients</li> <li>6. Prévoir de nouvelles façons de délivrer des soins à des patients qui se déplacent et voyagent de plus en plus</li> </ol>                      |
| <br><b>Finances</b>         | <p>Pour faire face aux nouveaux défis auxquels elles sont confrontées, les organisations de santé doivent se concentrer sur l'amélioration de leur situation financière. Ils y remédieront en agissant tant sur leurs recettes que sur leurs dépenses et sur leur capacité à savoir quand et comment effectuer des investissements.</p>                                                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Responsabiliser les usagers quant au coût de leur demande de soins</li> <li>2. Afficher les prix et faire apparaître les coûts</li> <li>3. Tirer les leçons des systèmes existants lors de la conception de systèmes de rémunération à la performance</li> <li>4. Intéresser les professionnels de santé aux résultats, et non à l'activité, par la rémunération à la performance</li> <li>5. Concevoir des incitations financières pour éviter l'éviction des patients « coûteux »</li> <li>6. Accéder à de nouvelles sources de financement grâce à des contrats de partenariat public-privé</li> </ol> |
| <br><b>Personnes</b>      | <p>Au bout du compte, ce sont des personnes qui délivrent des soins à d'autres personnes. La capacité du personnel à adhérer au changement rendra ces solutions praticables ou les réduira à néant. Les organisations qui peuvent aider leur personnel à faire face à ces changements sortiront gagnantes dans un système de santé mondialisé.</p>                                                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Établir des incitations partagées pour atteindre des objectifs communs</li> <li>2. Faire du bien-être le mode de vie idéal</li> <li>3. Former les salariés aux nouvelles technologies</li> <li>4. Élargir le champ d'intervention du personnel infirmier</li> <li>5. Reconsidérer les modèles traditionnels en matière de formation afin de répondre aux besoins futurs</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                        |
| <br><b>Fonctionnement</b> | <p>La capacité à reconsidérer les pratiques existantes pour accroître l'efficacité et l'efficience des soins va devenir une compétence indispensable dans ce contexte en rapide évolution. Tirer parti des nouvelles technologies, des évolutions thérapeutiques et de la mondialisation va demander aux organisations qu'elles modifient leur fonctionnement pour être efficaces et souples.</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer le rôle des généralistes dans l'orientation des patients vers des soins appropriés</li> <li>2. Trouver un accord sur des standards de qualité</li> <li>3. Rendre le signalement des erreurs médicales spontané et anonyme</li> <li>4. Communiquer sur les performances pour renforcer la transparence et le partage des connaissances</li> <li>5. Utiliser la recherche d'une meilleure qualité des soins pour faire progresser le marché</li> <li>6. Être à l'écoute des usagers</li> </ol>                                                                                                    |
| <br><b>Technologie</b>    | <p>Les nouvelles technologies médicales ou les nouveaux modes d'acquisition et de traitement des données des patients sont quelques-uns des exemples qui illustrent comment la technologie peut améliorer les systèmes de santé. Les organisations de santé devront faire preuve de sagesse quand il s'agira de déterminer comment et quelle technologie acquérir avec des budgets limités.</p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Investir dans une infrastructure informatique de partage de l'information</li> <li>2. Utiliser la technologie pour éliminer les doublons entre services et le manque d'efficacité au niveau administratif</li> <li>3. Faire de la technologie une raison de coopérer</li> <li>4. Déplacer les informations, pas les personnes</li> <li>5. Personnaliser au maximum les médicaments et les soins en fonction des patients grâce à la pharmacogénomique</li> <li>6. Prendre en compte l'impact de la technologie sur la productivité et l'espérance de vie</li> </ol>                                       |

## Chapitre 1 : Convergence mondiale dans le secteur de la santé

La mondialisation a radicalement modifié les modèles économiques en vigueur dans le secteur des services et dans l'industrie. Traditionnellement considérée comme une activité locale, la santé se mondialise elle aussi aujourd'hui. Cette mondialisation change la conception qu'ont les Chinois du financement des hôpitaux, la façon dont les Américains recrutent leurs médecins, les procédures utilisées par les Australiens pour rembourser les fournisseurs de soins, l'attitude des Européens vis-à-vis de la concurrence et ce que les gouvernements du Moyen-Orient élaborent pour les générations futures.



« Aucun pays ne détient toutes les réponses en matière de santé. Si les différents systèmes de santé reflètent inévitablement des réalités sociales et politiques locales, il y a de riches enseignements à tirer de la façon dont les autres pays ont modernisé leurs propres systèmes. En Angleterre par exemple, les politiques de santé qui rémunèrent les fournisseurs de soins sur la base de critères de qualité et de productivité obtiennent des résultats positifs dans ces deux domaines. C'est ce que le NHS s'efforce aujourd'hui de faire, aussi bien pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers ».

Simon Stevens, Président d'UnitedHealth Europe, professeur invité à la London School of Economics en qualité de spécialiste des politiques de santé, et ancien conseiller en politique de santé du gouvernement du Royaume-Uni de 1997 à 2004.

De plus en plus, les meilleurs spécialistes s'interrogent : comment pouvons-nous créer un système de santé meilleur et durable ?

Prenez l'exemple de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui a mis en place un dispositif de coopération au niveau mondial pour mettre au point chaque année une formule de vaccin contre la grippe. L'OMS possède ainsi un réseau de 112 centres nationaux spécialisés implantés dans 83 pays. Ces centres surveillent les virus de la grippe et en repèrent les

nouvelles souches dans le but de s'attaquer aux trois plus virulentes. On peut sans mal imaginer comment cette mondialisation des savoirs pourrait permettre d'identifier et de diffuser au niveau mondial les meilleures pratiques en matière de procédures de soins, de traitements médicaux et de mécanismes de financement.

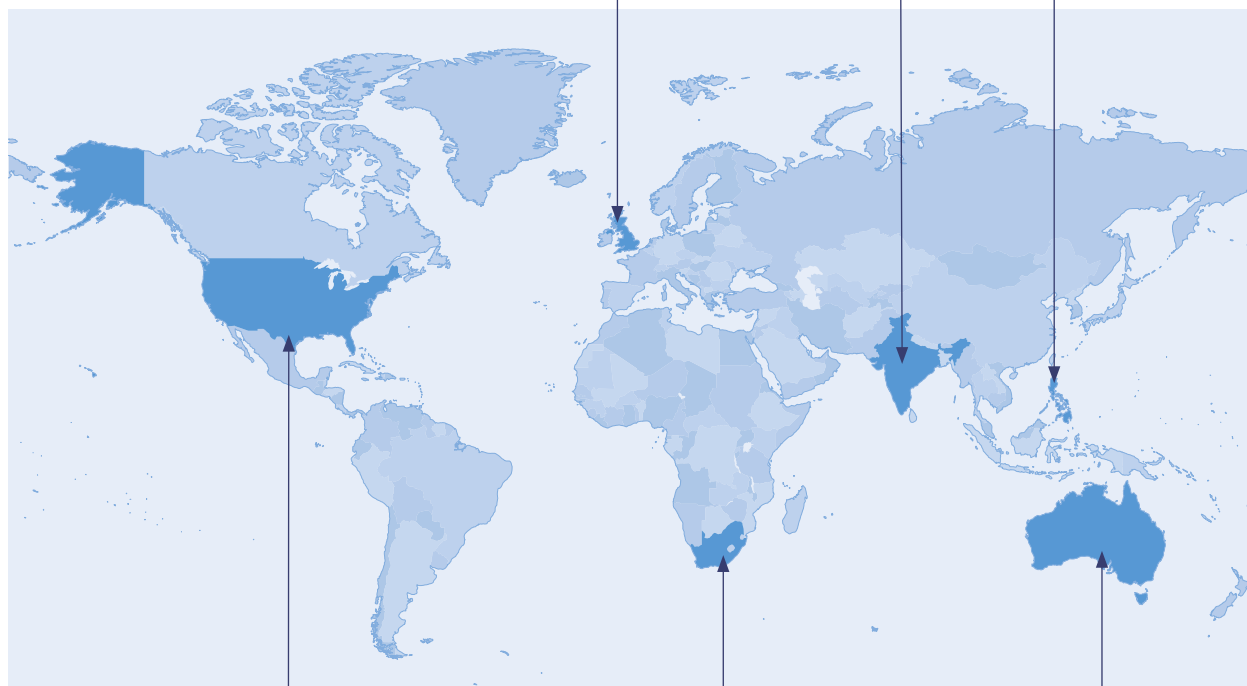
D'ores et déjà des interactions mondiales se mettent en place (cf. Schéma 1).

#### SCHÉMA 1

L'Angleterre met en place un système de reporting en matière de sécurité des patients sur le modèle du système existant aux États-Unis pour la sécurité aérienne.

Les industries pharmaceutiques délocalisent leurs essais cliniques des États-Unis vers l'Europe et l'Inde.

Les Philippines exportent leurs infirmières aux quatre coins de la planète.



Les États-Unis se tournent vers des sociétés indiennes et australiennes pour sous-traiter la lecture de leurs radiographies.

Des sociétés sud-africaines passent des contrats avec le NHS en Angleterre pour toutes sortes d'actes chirurgicaux.

L'Australie améliore le système américain DRG (Diagnosis-Related Group), qui a été ensuite adapté par Singapour, la France et l'Allemagne.

Source : PricewaterhouseCoopers Health Research Institute

La mondialisation de la santé a évolué par étapes, créant des opportunités et des défis. Le schéma 2 identifie les quatre étapes de cette évolution.

**SCHÉMA 2: Les quatre étapes de la mondialisation de la santé**

| 1950-1970                                        | 1970-1990                | 1990-2010                                                   | 2010-                                                             |
|--------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Les fondements                                   | Les découvertes          | La réactivité                                               | La soutenabilité                                                  |
| Accès aux soins<br>Initiatives de santé publique | Industrie pharmaceutique | Médecins<br>Financements<br>Accréditation<br>Sous-traitance | Transparence<br>Pandémies<br>Convergence<br>Mobilité des patients |

**Les fondements :** une sensibilisation mondiale aux questions de santé a commencé dans les années 50 avec la fondation de l’OMS et la prise de conscience que des progrès fondamentaux en matière sanitaire passaient d’abord par des initiatives de santé publique, notamment dans les domaines de la propreté de l’eau et de la vaccination. De nombreux pays européens ont adopté l’idée de « *solidarité* » autour d’un accès aux soins financé par des fonds publics.

**Les découvertes :** des années 70 aux années 90, alimentées par une demande croissante et par les progrès de la médecine, les dépenses de santé ont explosé. Les entreprises pharmaceutiques ont été les premières à étendre leur champ d’action car la nécessité d’innover et d’être compétitives les a incitées à rechercher des partenaires et des canaux de distribution à l’échelle planétaire. Aujourd’hui, la mondialisation de l’industrie pharmaceutique se poursuit avec des laboratoires engagés dans une compétition intense pour mettre au point des médicaments génétiquement ciblés et pour développer leurs recherches sur les cellules souches. De plus en plus d’essais cliniques sont délocalisés en dehors des États-Unis et de l’Europe vers des pays où leurs coûts sont plus faibles<sup>1</sup>. Des laboratoires pharmaceutiques délocalisent par exemple leurs essais en Inde car ce pays possède le plus important groupe de diabétiques au monde, et beaucoup n’ont jamais reçu de traitement médicamenteux, ce qui simplifie le recrutement de patients et la gestion des essais. Cette mondialisation de l’industrie pharmaceutique a fait naître la nécessité d’harmoniser les réglementations au niveau mondial. L’Union européenne a été précurseur dans ce type d’entreprise ardue mais indispensable. Son exemple met en lumière la nécessité de mettre plus largement

en place de telles normes dans d’autres domaines de la santé.

**La réactivité :** entre 1990 et 2010, les responsables des systèmes de santé commencent à envisager une multitude de solutions mondialisées à leurs difficultés nationales. Qu’une pénurie de main-d’œuvre se déclare et on augmente le recrutement international. Des infirmières venant des Philippines, des Caraïbes ou d’Afrique du Sud sont massivement recrutées en Angleterre et aux États-Unis grâce à un assouplissement des politiques d’octroi de visa pour les infirmières diplômées<sup>2</sup>. Selon certaines estimations, les infirmières philippines peuvent gagner en Angleterre jusqu’à neuf fois plus que leur salaire national. Cela a donné lieu à l’émigration d’environ 250 000 infirmières et a alimenté aux Philippines les craintes d’une fuite des cerveaux<sup>3</sup>. « *Aux États-Unis, la plupart des diplômés étrangers en médecine viennent d’Inde, du Pakistan, des Philippines et d’autres pays anglophones. Bien que les médecins africains ne représentent pas une part significative des médecins qui s’installent en Amérique, le moindre exode de médecins nationaux est susceptible de poser problème dans certains pays d’Afrique* » estime Edward Salsberg qui exerce au sein de l’Association des facultés de médecine américaines les fonctions de vice-président adjoint du département dédié aux questions de formation des personnels soignants et de directeur du Centre d’études sur le personnel médical. En 2002, environ un quart des médecins des États-Unis aura été formé dans des facultés de médecine étrangères. Manque-t-on de moyens financiers ? Dans plus de 50 pays, dont l’Australie, le Brésil, la Suède, la Malaisie et les Émirats Arabes Unis, les groupes hospitaliers mettent au point des partenariats public-



privé pour construire de nouveaux hôpitaux et cliniques<sup>4</sup>. Des doutes surgissent-ils quant à la qualité ? Des agences d'accréditation de dimension internationale vendent leurs services dans le monde entier. Faut-il réduire les coûts ou développer les services ? On sous-traite à des sociétés étrangères spécialisées. Connus dans les pays anglo-saxons sous le nom de « *nighthawking* » (noctambulisme), un système se développe ainsi où des hôpitaux américains se tournent vers des compagnies en Australie, en Israël, en Inde, en Suisse ou au Liban pour faire analyser les résultats de scanners durant la nuit<sup>5</sup>.

**La soutenabilité :** à l'étape suivante, les systèmes de santé vont chercher à devenir durables, que ce soit au niveau des organisations comme au niveau des pays. L'augmentation rapide des coûts force les acteurs de la santé à évaluer leur future viabilité. Les progrès en matière de communication permettent d'échanger et de partager les données et les meilleures pratiques d'un continent à l'autre. Avoir la possibilité de faire ces comparaisons implique que les fournisseurs de soins et les organismes payeurs<sup>6</sup> vont être mis au défi de défendre des modes de fonctionnement qui avaient évolué en vase clos pendant des décennies. Pour que leurs systèmes de santé deviennent durables, les responsables auront besoin d'informations, d'instruments de mesure et de transparence afin de les aider à prendre des décisions. Selon Donald Berwick, président et directeur général de l'Institut pour l'amélioration des soins à Cambridge, dans le Massachusetts, « *la transparence dans le domaine de la santé est à la fois un atout pour l'apprentissage et une obligation éthique* ». Dans les pays où des niveaux d'imposition élevés couvrent le coût des soins, les populations exigeront plus de transparence sur l'utilisation de leurs impôts et les bénéfices qu'elles en retirent ou non.

Les hôpitaux hollandais sont par exemple obligés de faire figurer leurs listes d'attente sur Internet. Au Canada, l'Ontario est en train de mettre au point un système qui rend publics les délais d'attente dans des domaines comme la chirurgie du cancer ou les scanners IRM<sup>7</sup>. Grâce à cette transparence, il devient possible de comparer à la fois l'accès aux soins, le coût et la qualité des soins. Mieux comprendre l'origine des coûts est considéré comme l'une des clés de la refonte des systèmes de santé dans de nombreux pays.

La mondialisation s'étend aux patients eux-mêmes. L'Organisation mondiale du tourisme prévoit que le tourisme mondial va tripler d'ici à 2020. Les vols à bas prix, rendus possibles par des avions commerciaux toujours plus gros et plus rapides, décuplent les risques de migration des maladies. Lorsque l'épidémie de Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) s'est déclarée en 2003 en Asie et dans de nombreuses autres régions du monde, l'OMS a pressé la Chine d'améliorer d'urgence son système de surveillance du SRAS et a demandé au gouvernement chinois de fournir une information plus transparente et plus précise sur l'épidémie<sup>8</sup>.

En conclusion, cette étape vers la « soutenabilité » est une étape de convergence. Une convergence à l'échelle planétaire se traduisant par le partage des meilleures pratiques et l'effacement des frontières entre l'industrie pharmaceutique, les fournisseurs de soins, les médecins et les organismes payeurs. La soutenabilité implique que l'on comprenne la nature mixte de la santé. Elle a besoin d'une gouvernance qui intègre et équilibre les besoins des différents acteurs pour faire face à l'objectif de leur propre pérennité, tout en créant un modèle d'ensemble capable de perdurer au-delà de 2020.

Bienvenue sur le marché mondialisé de la santé.



## Chapitre 2 : La soutenabilité menacée des systèmes de santé

La mondialisation de la santé ouvre des opportunités extraordinaires qui sont aujourd'hui hypothéquées par de sévères menaces pesant sur tous les pays. Des dépenses de santé qui explosent, une qualité des soins inégale et un accès aux soins mal partagé ou mal géré menacent la viabilité à long terme des organisations et des systèmes de santé, et par conséquent le bien être des populations. Plus grave encore, l'augmentation des dépenses de santé qui pèsent directement ou indirectement sur les entreprises est un facteur important d'affaiblissement de la capacité des économies des pays développés à affronter la concurrence mondiale, ce qui fait peser sur ces économies un risque majeur de déstabilisation.



L'enquête *HealthCast 2020* de PricewaterhouseCoopers montre que près de la moitié des responsables de soins dans 27 pays estiment que les dépenses de santé vont augmenter à un rythme plus élevé que par le passé (cf. Schéma 3). Il n'est guère surprenant de constater que ce sont des responsables de santé du Moyen-Orient et d'Asie – régions où la croissance démographique est élevée – et d'Australie qui sont les plus enclins à penser que les coûts de la santé vont connaître une accélération. Aux États-Unis, 51 % des responsables ont également indiqué que les coûts excéderaient les taux de croissance constatés sur ces dernières années.

Alors que l'augmentation des dépenses de santé paraît échapper à toute maîtrise, on se préoccupe de plus en plus de la soutenabilité des systèmes de santé. Aux États-Unis, on envisage la faillite du régime public d'assurance-maladie pour les personnes âgées (Medicare) d'ici à 2019<sup>9</sup>. Cela alors que les États-Unis vont lancer en 2006 une nouvelle allocation pour les dépenses de médicaments destinée aux personnes âgées dont le coût devrait s'élever à 1 200 milliards de dollars<sup>10</sup> (1 000 milliards d'euros) durant la prochaine décennie. Comme l'a déclaré Alan Greenspan, l'ancien président de la Réserve fédérale américaine, « *en tant que nation, il se pourrait bien que nous ayons déjà fait aux prochaines générations de retraités des promesses que nous ne pourrions pas tenir* »<sup>11</sup>.

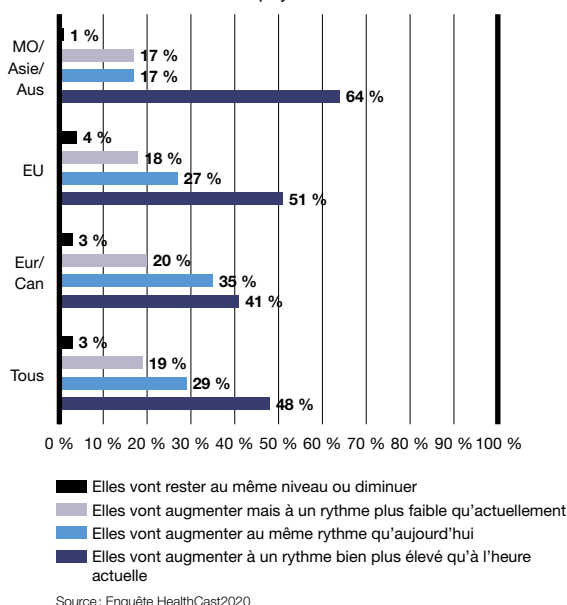
Pendant ce temps, le système de santé français, classé le meilleur au monde par l'OMS en 2000, est au bord de la faillite : il perd chaque minute 23 000 € et on prédit son effondrement total d'ici 2020<sup>12</sup>. En Angleterre, en dépit d'une hausse record des financements depuis 2000, la transparence financière accrue a mis en lumière des déficits de plusieurs millions de livres pour certains systèmes de santé régionaux. L'existence de marchés captifs, où le fournisseur de soins contrôle le marché en déterminant l'activité et en fixant les prix et le niveau de qualité, combinée à un pouvoir de négociation relativement faible du côté de la demande de soins, a pour effet que, dans certaines régions, les soins proposés sont considérés comme n'étant ni supportables financièrement ni même appropriés.

L'analyse que fait PricewaterhouseCoopers des données des pays de l'OCDE montre que les hausses les plus importantes des dépenses de santé ont commencé en 2000<sup>13</sup>. En 2002, les 24 pays de l'OCDE dépensaient 2 700 milliards de dollars (2 200 milliards d'euros) pour la santé. Selon les estimations de PricewaterhouseCoopers, les dépenses de santé de ces pays feront plus que tripler, pour atteindre les 10 000 milliards de dollars (8 200 milliards d'euros) d'ici à 2020. Alors que les dépenses de santé s'envolent, certaines nations craignent qu'elles n'engloutissent un part croissante des salaires et du pouvoir d'achat.

Selon les estimations de PricewaterhouseCoopers, les dépenses de santé représenteront vers 2020 21 % du produit intérieur brut (PIB) des États-Unis et une moyenne de 16 % du PIB pour les autres pays de l'OCDE (cf. Schéma 4). On s'attend par la suite à ce que le rythme de croissance des dépenses de santé des pays de l'OCDE se réduise, les dépenses des États-Unis demeurant néanmoins sensiblement plus élevées que les autres. Vers 2020, les États-Unis, qui représentaient 55 % des dépenses de santé de l'OCDE en 2003, n'en représenteront plus que 50 %, ce qui demeure toutefois une part très significative.

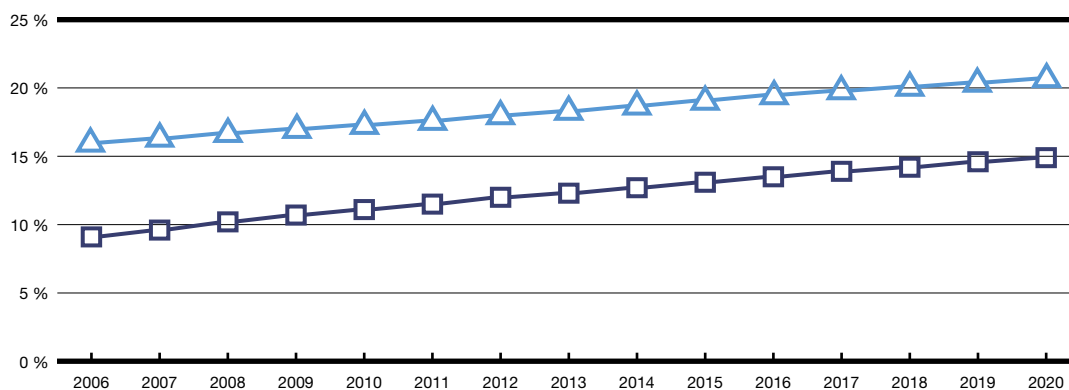
Plusieurs tendances confirment cette prévision. La convergence en matière de santé au sein de l'Union européenne mais aussi au plan mondial est susceptible d'entraîner des taux de croissance des dépenses similaires parmi les pays de l'OCDE. S'il est arrivé que les dépenses de santé des États-Unis représentent le double, voire le triple des chiffres enregistrés par d'autres pays de l'OCDE, l'écart toutefois s'est réduit. Il est attendu que le recours aux soins augmente dans une Europe vieillissante, ainsi que dans les pays de l'Est en voie de développement où la demande de soins reste aujourd'hui contenue. Dans le même temps, on s'attend à ce que la croissance générale du PIB

**SCHÉMA 3 :** dans quelle mesure pensez-vous que les dépenses de santé vont croître dans votre pays ?



demeure modérée. Et si le « *Consumérisme* » risque d'avoir des conséquences importantes dans le domaine de la santé, un autre élément en « C » peut avoir un impact encore plus grand : la Chine. La croissance des salaires en Amérique, en Europe et au Japon a été faible ces dernières années et on s'attend à ce que l'énorme réservoir de main d'œuvre de la Chine maintienne l'inflation mondiale à un niveau bas<sup>14</sup>. Cependant, rien ne semble pouvoir empêcher une inflation plus élevée dans le secteur de la santé, ni par conséquent l'accroissement de la proportion du PIB consacrée aux soins et aux fournitures médicales. En fait, certains économistes estiment que lorsque leurs revenus augmentent, les gens dépensent moins en biens de première nécessité comme la nourriture, les vêtements et le logement et consacrent leurs moyens supplémentaires à des dépenses comme les loisirs, les voyages et la santé.

**SCHÉMA 4 :** les prévisions de dépenses de santé exprimées en % du PIB



Source : Estimations PricewaterhouseCoopers

—▲— US —■— Autres pays de l'OCDE

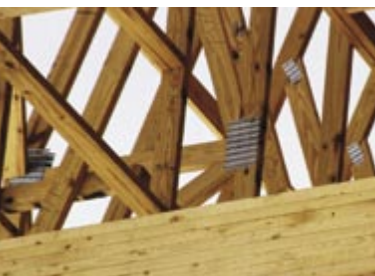
La croissance de la population conjuguée à son vieillissement est fréquemment mentionnée comme la principale menace pesant sur la soutenabilité des systèmes de santé existants. Mais ce n'est pas ce phénomène qui empêche à lui seul les systèmes de santé d'être durables. Par exemple, l'Italie, le Japon et l'Espagne – trois des pays qui vieillissent le plus vite – dépensent moins par habitant que les États-Unis. Contrairement à une opinion répandue, les enfants vieillissants du baby boom aux États-Unis ne sont responsables que d'une toute petite part de l'augmentation des dépenses de santé et ne sont pas la cause principale d'une augmentation qui est bien supérieure au taux d'inflation général<sup>15</sup>. Toutefois, une réelle préoccupation existe concernant la diminution de la part des populations contribuant au financement des systèmes de santé publics. Plutôt que de considérer le vieillissement comme un problème, il devrait être salué comme une réussite. Un allongement de la durée de vie, une meilleure qualité de vie et une existence plus productive sont les objectifs visés par la plupart des systèmes de santé.

Dépenser plus pour la santé n'est pas forcément une mauvaise chose. Le développement des économies va de pair avec l'accroissement des dépenses de santé, qui contribuent à augmenter la productivité de la population. Cependant, certains estiment que, passé un certain point, des dépenses de santé plus élevées ne peuvent engendrer que de modestes bénéfices marginaux. En outre, des études récentes montrent qu'une dépense plus élevée n'est pas forcément synonyme de meilleure qualité de soins. Selon les données de l'OCDE, les États-Unis qui sont le pays

dépensant le plus par individu pour la santé en termes de pourcentage du PIB, ne se classent qu'au 22<sup>e</sup> rang des pays de l'OCDE en termes d'espérance de vie<sup>16</sup>.

Les interrogations en matière de qualité des soins sont aussi troublantes qu'universelles. Dans de nombreux pays européens, les temps d'attente pour l'accès aux soins et les données sur les infections nosocomiales font régulièrement la Une des journaux. « *En Irlande, les dépenses publiques de santé ont augmenté de 136 % entre 1996 et 2004. Une grande partie de cette augmentation a été absorbée par des hausses de salaires, y compris pour le personnel administratif, et non par les soins effectivement dispensés. Ceci a créé un mécontentement général au regard des sommes dépensées par rapport au surplus de qualité obtenu* », note G.A. Lynch, directeur financier de l'hôpital Adelaïde & Meath de Dublin, qui englobe le National Children's Hospital.

Les leaders d'opinion en matière de santé s'inquiètent de voir les coûts augmenter trop rapidement, particulièrement par rapport à d'autres dépenses. « *Nos techniques de gestion de la demande sont-elles efficaces ? Non. Toute la dépense est concentrée sur les soins curatifs et les affections chroniques. L'obsession actuelle de la maîtrise des coûts doit laisser la place à une action sur les solutions à plus long terme* », a déclaré M. Anton Rijnen, directeur général de Medihelp, une mutuelle privée d'Afrique du Sud. Gerrit Muller, directeur financier du ministère de la Santé sud-africain, a ajouté : « *En Afrique du Sud, nous ne prétendons pas gérer la demande ; nous la traitons.* » Ceci est vrai dans beaucoup d'endroits.

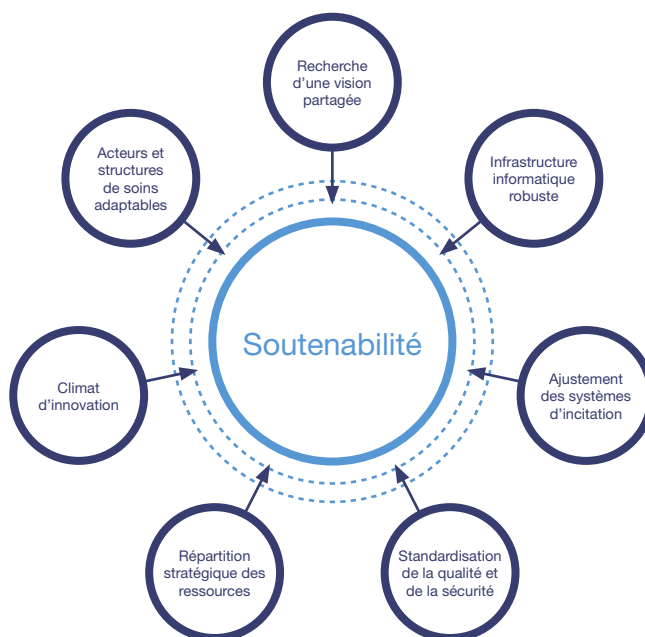


## Les facteurs clé de la soutenabilité

Sur la base des projections actuelles en matière d'évolution des dépenses de santé et de soutenabilité des systèmes de santé, PricewaterhouseCoopers a mené des entretiens auprès de plus de 120 responsables et leaders d'opinion dans le domaine de la santé et commandité une étude portant sur plus de 580 responsables d'organismes de santé, décideurs publics, professionnels de santé et autres cadres dirigeants du public comme du privé. A travers cette étude et les entretiens réalisés, PricewaterhouseCoopers a identifié sept facteurs clés qui s'avèrent essentiels pour créer un système de santé durable, capable de maîtriser les coûts et de permettre un accès équitable à des soins de qualité. Nous soulignons ici l'importance de ces facteurs que nous reprendrons en détail plus loin dans ce rapport.

Un système de santé durable présente plusieurs ou toutes les caractéristiques ci-dessous :

- 1. La recherche d'une vision partagée :** une vision et une stratégie communes sont nécessaires pour équilibrer les intérêts publics et privés dans la construction d'un système capable de fournir à chacun les prestations de base en matière de santé, en fonction des priorités sociales nationales.
- 2. Une infrastructure informatique robuste :** une meilleure utilisation de la technologie et des réseaux informatiques doit permettre d'accélérer l'intégration, la standardisation et le transfert des informations administratives et cliniques.
- 3. Un ajustement des systèmes d'incitation :** les systèmes d'incitation doivent permettre de gérer et de garantir l'accès aux soins tout en servant de support aux dispositifs de responsabilisation des acteurs.
- 4. Une standardisation de la qualité et de la sécurité :** des normes définies et appliquées en matière de soins doivent servir de base à la mise en place de mécanismes de responsabilisation et de renforcement de la transparence, et ainsi restaurer la confiance des patients.
- 5. Une répartition stratégique des ressources :** l'allocation des ressources doit satisfaire les demandes concurrentes en matière de soins, en veillant à la fois à maîtriser les coûts et à permettre au plus grand nombre un accès aux soins.
- 6. Un climat d'innovation :** l'innovation, la technologie et les nouveaux modes de fonctionnement sont un moyen d'améliorer sans cesse la qualité, l'efficacité et l'efficience des traitements médicaux.
- 7. Des acteurs et des structures de soins adaptables :** une organisation plus flexible et une définition plus large des rôles en matière de soins doivent déboucher sur des procédures davantage centrés sur les besoins du patient.



La suite de ce rapport décrit le rôle que joue chacun de ces sept facteurs dans la mise en place de systèmes de santé durables et met en évidence les stratégies que les responsables de la santé dans le monde entier commencent à adopter pour relever ces défis.



## Chapitre 3 : Caractéristiques d'un système de santé durable

### Facteur de soutenabilité n° 1

La recherche d'une vision partagée : une vision et une stratégie communes sont nécessaires pour équilibrer les intérêts publics et privés dans la construction d'un système capable de fournir à chacun les prestations de base en matière de santé, en fonction des priorités sociales nationales.

*« Les systèmes de santé de tous les pays industrialisés sont aujourd'hui sous tension. Le défi est de réussir à trouver un équilibre entre la prise en charge privée et la solidarité nationale, dans un souci de soutenabilité des finances publiques. En Europe, cette soutenabilité ne pourra être atteinte sans un renforcement du rôle de la « demande » de soins au sens économique et une évolution radicale de la fonction des organismes payeurs ».*

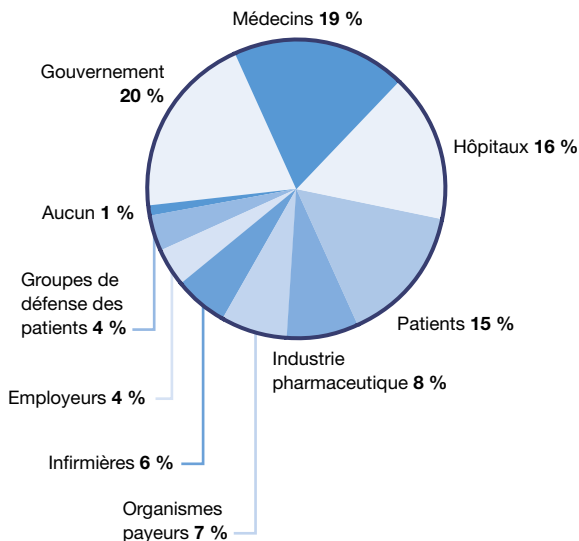
Simon Stevens, Président d'UnitedHealth Europe, professeur invité à la London School of Economics en qualité de spécialiste des politiques de santé, et ancien conseiller en politique de santé du gouvernement du Royaume-Uni de 1997 à 2004.



La soutenabilité commence par la recherche d'une vision partagée sur les objectifs d'un système de santé durable. Dans d'autres secteurs, un terrain d'entente a été trouvé en termes de standards et d'infrastructures afin de faire disparaître les cloisonnements. Parvenir à cette vision partagée exige que l'on procède à une estimation pragmatique de ce que chacun des acteurs peut apporter pour contribuer à la soutenabilité des systèmes de santé. Que ce soit au niveau international, national ou local, cela suppose que les systèmes de santé se penchent sur leurs faiblesses, leurs forces et leurs atouts.

La bonne nouvelle cependant est qu'il ne tient qu'à nous de réussir. Plus de la moitié des participants à l'enquête *HealthCast 2020* estiment que ce sont d'abord les gouvernements, les médecins et les établissements de soins qui ont la capacité de mettre un terme aux dépenses de santé inutiles. Les patients arrivent à la quatrième place juste derrière les établissements de soins (Schéma 5).

**SCHÉMA 5 :** Capacité des différents acteurs à éliminer les dépenses de santé inutiles



Source : HealthCast 2020

Les gouvernements ont un rôle clé dans l'élaboration de cette vision partagée et dans l'édiction de normes pour faire en sorte que le secteur de la santé fonctionne davantage comme un marché.

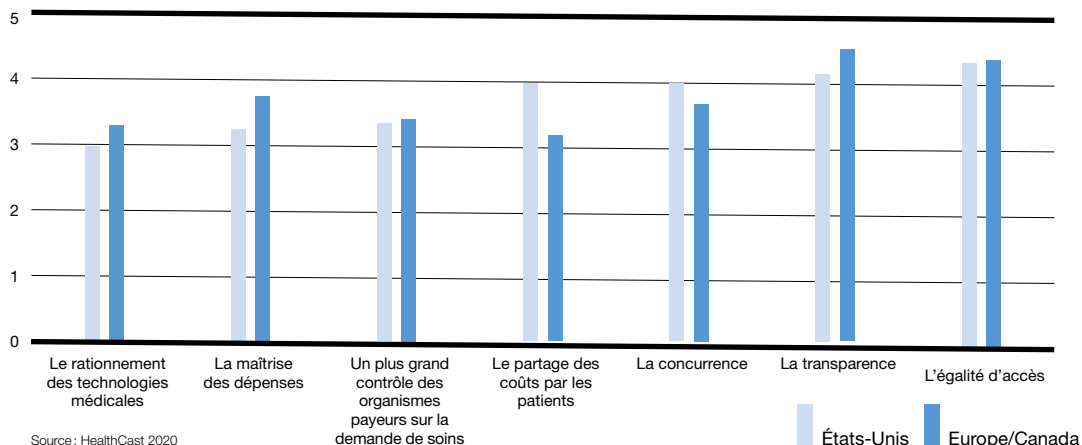
L'enquête *HealthCast 2020* nous indique où regarder pour bâtir cette vision partagée. Lorsqu'ils ont donné leur définition d'un système de santé durable, les personnes interrogées ont cité deux ingrédients principaux. Le premier - et le plus important - était pour eux la transparence et l'accès aux soins. Ainsi, plus de 80 % des personnes interrogées estiment que ces éléments sont importants ou très importants pour créer un système de santé durable. Les Américains accordent la première place à l'accès aux soins. Les autres pays jugent que c'est la transparence qui compte le plus. Ces sujets, et notamment la façon de définir l'accès aux soins et la transparence, sont des questions à débattre à l'échelle nationale pour bâtir une vision partagée.

Le deuxième ingrédient principal d'un système de santé durable concerne le financement des soins. Plus de 50 % des participants à l'enquête *HealthCast 2020* indiquent que le jeu de la concurrence, le financement par l'impôt de tout ou partie des soins, la régulation des dépenses de santé par les pouvoirs publics et le partage des coûts par le patient sont des éléments importants. Bien sûr, le libre jeu de la concurrence et la régulation des dépenses de santé par les pouvoirs publics sont des solutions extrêmement opposées. Il se pourrait toutefois que le secteur de la santé ait besoin d'un peu des deux aussi longtemps qu'il y aura un accord sur les objectifs poursuivis. Équilibrer ces deux approches nécessitera une régulation publique efficace, une bonne coopération des acteurs et une planification adéquate.

Ces vues différentes sur les questions de financement sont une des leçons essentielles de l'enquête *HealthCast 2020* qui montre que l'importance et donc le rôle accordé à la concurrence s'inscrivent dans un contexte sociétal : on lui accorde une place plus importante aux États-Unis que dans les pays qui offrent une assurance-maladie universelle, comme en Europe ou au Canada (cf. Schéma 6).

Un autre composant essentiel dans l'élaboration d'une vision partagée est la recherche d'un équilibre entre le financement public et privé des systèmes de santé. On assiste à une convergence des modes de financement des systèmes de santé au niveau mondial. Aux États-Unis, où le système de santé est traditionnellement considéré comme de financement privé, l'extension progressive des programmes gouvernementaux est telle qu'une moitié des dépenses de soins sera financée par l'impôt avant 2020<sup>17</sup>. Dans le même temps, des réformes reposant sur l'introduction d'une dose de concurrence sont

**SCHÉMA 6 :** Les aspects importants d'un système de santé durable, sur une échelle de 1 à 5 (5 étant la note la plus élevée)



Source : HealthCast 2020

en train de faire évoluer les systèmes publics en place en Allemagne, aux Pays-Bas, en Angleterre et en France. L'intérêt nouveau porté à la contribution des patients et aux assurances privées commence à éroder les systèmes universels et gratuits du passé.

De nombreux gouvernements considèrent le financement public intégral des dépenses de santé comme insoutenable à long terme. Edward Oh, directeur du développement des activités groupe d'une grande société de services de santé à Singapour, explique : « *l'obstacle principal, ce sont les sommes que le gouvernement est disposé à allouer aux services de santé. Singapour s'efforce de fournir des soins de première classe dans un cadre de financement du tiers-monde. Les fonds sont insuffisants pour répondre aux attentes des patients à tous les niveaux* ». Au bout du compte, ce sont les usagers qui payent la totalité des dépenses de santé, que ce soit sous forme d'impôts, de dons, d'honoraires ou de primes d'assurance. Mais trouver la meilleure combinaison de ces sources de financement dépend du contrat social propre à chaque pays. En Angleterre, l'Observatoire de l'Opinion publique indique que l'hostilité à l'égard des hausses d'impôts diminuait considérablement lorsqu'on expliquait aux gens comment serait dépensé leur argent. Lorsqu'on les interroge sur une augmentation des impôts d'un penny pour augmenter les recettes générales de l'Etat, seules 40 % des personnes interrogées répondent favorablement. A l'inverse, si on leur annonce que l'augmentation d'impôts ira au National Health Service (NHS), 80 % des personnes approuvent<sup>18</sup>. Certains pays, comme les Pays-Bas, demandent à leurs citoyens de payer un certain pourcentage de leur couverture d'assurance maladie. Les travailleurs allemands et français contribuent pour leur part aux dépenses de santé par le biais d'un régime de prélèvements salariaux obligatoires. Aux États-Unis, où l'accent est mis davantage sur le choix individuel, la seule imposition directe sur les travailleurs en matière de santé finance l'assurance maladie des personnes âgées (Medicare). Les États-Unis font ainsi partie des pays développés où l'imposition est la plus faible en matière de santé. Cette situation risque d'évoluer rapidement du fait des besoins de financement croissants du programme Medicare<sup>19</sup>.

Parvenir à une vision partagée ne sera pas facile. Cela représente de nombreux défis à relever, ainsi :

- Il n'existe aucun consensus sur les critères d'une réussite à long terme.
- Les systèmes d'incitations ne sont pas adaptés dans un système fragmenté où les incitations financières quand elles réduisent les coûts dans un domaine peuvent les augmenter ailleurs ou avoir des conséquences indésirables en termes de qualité et d'accès aux soins.
- Même lorsque les décideurs parviennent à se mettre d'accord sur des objectifs communs, trouver des accords sur le financement et la gouvernance reste difficile.

## Bonnes pratiques transférables



### Travailler ensemble au-delà du cadre sectoriel et territorial traditionnel

La recherche des meilleurs soins n'est plus contrainte par les frontières nationales. Une décision de la Cour de justice des Communautés européennes établit que tout citoyen de l'Union a le droit de franchir les frontières au sein de l'UE pour se faire soigner (hors soins hospitaliers) et d'être remboursé selon les règles en vigueur dans son État d'origine. L'accès aux soins est facilité par une nouvelle carte d'assurance maladie de l'UE, qui sert de passeport médical aux Européens qui ont besoin de se faire soigner dans un autre pays que le leur. Dans certaines circonstances, le patient peut également avoir droit aux soins hospitaliers dans un autre pays, mais les soins non urgents doivent être autorisés au préalable par le régime d'assurance maladie du pays dont est originaire le patient. Un nouveau système de remboursement et d'assurance va être introduit aux Pays-Bas en 2006. Dans ce système où des compagnies d'assurance privées seront mises en concurrence, un niveau plus élevé de collaboration entre les acteurs sera nécessaire. C'est pourquoi certaines compagnies d'assurance collaborent avec des médecins universitaires à Leyde pour mettre en place un centre d'étude sur le traitement des patients de plus de 80 ans qui tendent à présenter des problèmes de santé complexes et coûteux. Le recours à un dossier informatisé du patient et à un système de communication entre spécialistes et généralistes sont aussi conçus pour améliorer la qualité de la santé et la qualité de vie des patients âgés. Les gouvernements des pays en voie de développement travaillent pour leur



part en partenariat avec des laboratoires pharmaceutiques pour avoir accès à des médicaments gratuits ou à prix réduit. A Trinidad et Tobago, où les soins sont subventionnés par l'État, les patients bénéficient par exemple de produits pharmaceutiques à prix réduits, notamment des antirétroviraux utilisés dans le traitement du VIH/SIDA, grâce à un programme de lutte contre les maladies infectieuses.



**Déterminer les prestations de base en matière de soins et de couverture maladie et mettre en place un système d'assurance privé pour les autres prestations**

Plus de trois-quarts des participants à l'enquête *HealthCast 2020* déclarent que le poids financier des dépenses de santé doit être mieux partagé. En dépit des appels réitérés pour que soit créée une assurance maladie universelle aux États-Unis par exemple, l'étude a montré que seulement 6 % des sondés dans ce pays sont favorables à un système financé essentiellement par l'impôt. (Actuellement, 46 % des dépenses de santé y sont financées par la fiscalité). Même dans les régimes où la santé est financée avant tout par des recettes fiscales, comme en Europe et au Canada, seuls 20 % des personnes interrogées se prononcent en faveur de cette approche à titre exclusif.

Tandis que continue le débat sur la solidarité, certains pays européens se dirigent vers un régime de base public complété par un marché d'assurances privées. Dans le nouveau système hollandais, ce sont ces assurances qui prendront en charge les frais d'hôpital et les honoraires de spécialistes, selon un nouveau système d'analyse des coûts par groupe de patients et par traitements qui est estimé couvrir environ 70 % des besoins de soins. En vertu de la nouvelle loi, tous les citoyens néerlandais bénéficieront du régime de base d'assurance maladie indépendamment de leurs revenus, mais ils devront souscrire à des polices d'assurances privées pour les soins non couverts par le régime de base. Il n'est pas possible d'abandonner le régime de base. Les Néerlandais devront acquitter environ 1 100 € par an pour cette couverture, qui restera gratuite pour les enfants de moins de 18 ans. Le choix du médecin sera libre, même si dans certains cas les patients pourront avoir à acquitter un supplément pour être soignés dans l'hôpital de leur choix. Les personnes consommant peu de soins pourront prétendre à un remboursement

partiel de leur cotisation. La solidarité nationale s'exercera à travers le système fiscal par le versement d'allocations santé. Les assureurs passeront indépendamment des contrats avec les prestataires de soins et avec les établissements hospitaliers, ce qui les amènera à chercher à se différencier. Les compagnies d'assurance mettront en place un fond pour les patients à haut risque afin d'éliminer les problèmes de sélection des risques. Les compagnies d'assurance et les fournisseurs de soins devront répondre à des exigences accrues en matière de suivi, générant ainsi davantage de données qui pourront être exploitées dans une perspective de comparaison des performances. Le marché de l'assurance individuelle en matière de santé connaît un essor dans les pays en voie de développement. Ainsi en Inde où la compagnie Yashaswini Insurance offre une couverture pour les principales opérations chirurgicales, y compris celles liées à des pathologies antérieures à la souscription de l'assurance, et qui s'adresse à des agriculteurs indiens qui n'avaient, jusque-là, eu aucun accès à une couverture maladie<sup>20</sup>. En Afrique du Sud, seuls 16 % des citoyens d'un pays de 44 millions d'habitants disposent d'une couverture maladie. Si les soins de base sont gratuits, les soins plus élaborés sont remboursés en fonction des ressources des patients. Cela a pour conséquence que les personnes dépourvues d'assurance ne peuvent pas payer les soins hospitaliers. Si le montant total des dépenses de santé avoisine les 1 200 dollars par personne dans le secteur privé, il n'est que d'environ 200 dollars dans le secteur public. Bien que les responsables concernés aient le sentiment que les dépenses de santé dans le secteur public pourraient être plus élevées, leur urgence est de réduire l'inéquité du système en rééquilibrant la dépense publique et la dépense privée<sup>21</sup>.

Beaucoup considèrent que le régime de base d'assurance maladie suisse, qui est obligatoire et couvre tous les habitants en matière de maladie et d'accidents, pour certaines actions de prévention, et pour la maternité, peut être considéré comme un modèle pour déterminer les soins de base dont doivent bénéficier les individus. Les assurés payent une cotisation et prennent à leur charge une partie des dépenses. La cotisation consiste en un montant forfaitaire de 188 € par an pour les plus de 18 ans, plus 10 % des dépenses qui excèdent le montant de ce forfait jusqu'à un maximum de 438 € par an (la moitié pour les moins de 18 ans), et 6 € supplémentaires par jour pour les frais de

séjour à l'hôpital. En plus du régime obligatoire, des assureurs proposent parfois des polices d'assurance optionnelles qui sont soumises à approbation des services fédéraux concernés. « En principe, un système de santé reposant sur le jeu du marché est plus efficace pour contenir les coûts, mais chacun doit avoir accès à une couverture maladie publique et les soins de base doivent être garantis par l'Etat », explique Peter Schöne, directeur général de DRK Trägergesellschaft Südwest, un complexe hospitalier allemand à but non lucratif. En Allemagne, où le régime public d'assurance maladie est financé par les cotisations salariales, le taux de cotisation nécessaire pour couvrir les dépenses de santé est passée de 8,5 % dans les années 1960 à 14,3 % en 2004<sup>22</sup>.



### **Utiliser la réglementation pour encourager et renforcer la concurrence**

Faire le choix du marché ou pas ? C'est la réglementation qui détermine habituellement le champ et les règles du jeu en matière de concurrence et, de plus en plus, les gouvernements choisissent d'introduire le jeu du marché dans le secteur de la santé. « *La concurrence dans le domaine de la santé va créer de nombreuses opportunités pour les entreprises. Seule la pratique dira quelles opportunités se créeront et où. Le processus dynamique et complexe qui aboutit à la mise en place de la concurrence exige une réglementation spécifique et adéquate ainsi qu'un contrôle antitrust attentif* » estime Frank de Grave, président de l'Autorité hollandaise de régulation de la santé. « *Des sociétés étrangères pénètrent sur le marché et les premiers entrants sont impatients d'investir, mais il y a des contrôles réglementaires, une certaine lourdeur bureaucratique et les résultats sont incertains. Il existe de puissants monopoles au niveau régional et les contrôles antitrust sont faibles* ». En Australie, les autorités de régulation sont lentes à évoluer note Russell Schneider, directeur général de l'Australian Health Insurance Association Ltd. : « *en l'état actuel de la réglementation, je ne vois aucun changement particulier par rapport à ce que nous avons connu les années précédentes* ».

La recherche d'un profit est inhérente au mécanisme concurrentiel et c'est un élément qui heurte certaines personnes. « *J'ai l'intime conviction que dès que vous faites intervenir la notion de profit, vous compromettez le*

*système* », commente Altaf Stationwala, vice-président du William Osler Health Centre, le plus grand centre hospitalier public de l'Ontario, au Canada. « *Nous devons juste changer la façon dont notre système est dirigé, de sorte qu'au lieu de nous faire concurrence les uns les autres, nous soyons encouragés à travailler ensemble pour produire le plus de valeur ajoutée et pour prendre les meilleures décisions* ».

La concurrence se développe au fur et à mesure que les gouvernements recherchent des moyens plus efficaces que les systèmes non-compétitifs traditionnels pour satisfaire la demande de soins. Pour ses avocats, la concurrence est un moyen d'éliminer le gaspillage des ressources. La déréglementation de l'industrie des télécommunications aux États-Unis a par exemple généré des gains de productivité substantiels et une baisse des tarifs, qui ont fait croître la demande de lignes téléphoniques. « *La concurrence et les technologies de l'information ont constitué des facteurs complémentaires à l'origine de l'augmentation de la productivité* », note le Panel sur les Technologies de l'Information en Santé dans un rapport établi en 2005 et destiné au Coordonnateur national pour les technologies de l'information sur la santé aux États-Unis, David Brailer<sup>23</sup>.

En dépit des résistances que rencontrent l'accroissement de la concurrence et l'irruption du secteur privé, de plus en plus de gouvernements s'aperçoivent que pour satisfaire les besoins des usagers et réduire les dépenses, la privatisation et l'introduction de la concurrence peuvent être nécessaires (cf. Schéma 7). En Angleterre, pour augmenter la capacité de soins, réduire les listes d'attente pour les patients non urgents et encourager l'innovation en matière de soins, le NHS a récemment sous-traité environ 250 000 actes médicaux non urgents au secteur privé. Son objectif à moyen terme est de faire passer les actes médicaux sous-traités à environ 15 % des dépenses nationales de santé. Netcare, le plus grand réseau privé de médecins et d'hôpitaux d'Afrique du Sud, réalise 44 500 opérations de la cataracte par l'intermédiaire d'unités mobiles dans toute l'Angleterre. De même, le gouvernement irlandais a récemment acheté à des prestataires de soins privés des actes de santé spécifiques pour réduire les listes d'attente.

L'Angleterre doit devenir plus habile dans sa gestion du marché. En d'autres termes, elle doit disposer de prestataires de soins suffisamment



| Pays                 | Type de concurrence encouragé                                                                                                                                                                                                                                                  | Résultats                                                                                                 |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Australie            | En 2000, le gouvernement a encouragé les usagers à se doter d'une assurance maladie privée en proposant une réduction d'impôts de 30 % et en forçant les entreprises à proposer des primes d'assurance moins chères aux premiers souscripteurs.                                | Le nombre des Australiens assurés est passé de 30 % en 1998 à 45 % en 2002.                               |
| Canada               | En 2005, la Cour suprême du Canada a autorisé les assurances privées, jugeant que les listes d'attente étaient devenues si longues qu'elles violaient « <i>la liberté, la sûreté et la sécurité</i> » des patients garantie par la Constitution du Québec.                     | L'application du jugement a été retardée jusqu'en juin 2006, les débats étant toujours en cours.          |
| Royaume-Uni          | En 2004, le NHS a sous-traité divers actes de chirurgie à des sociétés sud-africaines.                                                                                                                                                                                         | La longueur des listes d'attente a diminué.                                                               |
| Allemagne            | Certains hôpitaux publics ont été privatisés, générant une efficacité accrue et des résultats équivalents en termes de qualité des soins.                                                                                                                                      | Réduction des coûts, concurrence entre groupes hospitaliers privés.                                       |
| République d'Irlande | En 2002, création d'un fond public destiné à permettre aux patients d'être traités dans des hôpitaux privés en Irlande, Grande-Bretagne ou dans d'autres pays.<br><br>Allègement d'impôts pour les hôpitaux privés dans le but d'accroître rapidement leur capacité d'accueil. | Réduction de la longueur des listes d'attente.<br><br>Accroissement rapide du nombre des hôpitaux privés. |
| Pays-Bas             | Les compagnies d'assurance vont mettre les fournisseurs de soins en concurrence, pour les forcer à se différencier.                                                                                                                                                            | Lancement en 2006.                                                                                        |
| Singapour            | Privatisation de MediShield Plus, un organisme gouvernemental proposant une couverture maladie pour les soins hospitaliers.                                                                                                                                                    | En cours.                                                                                                 |
| États-Unis           | Medicare sous-traite sa nouvelle couverture en matière de médicaments à des organismes privés spécialisés dans la couverture des dépenses de médicaments qui seront mis en concurrence pour attirer les bénéficiaires.                                                         | Lancement en 2006.                                                                                        |

nombreux pour rendre un choix possible ou pour être en mesure d'adapter les solutions proposées aux besoins des patients », considère David Colin-Thome, responsable national des Soins de base au ministère de la Santé britannique.

Aux États-Unis, le Congrès a voté un moratoire temporaire sur les nouveaux hôpitaux spécialisés parce que les hôpitaux publics existant se plaignaient de la focalisation exclusive de ces nouveaux entrants sur les actes à forte rentabilité, comme la chirurgie cardiaque. Si ce moratoire a été levé en 2005, le débat continue à faire rage sur le bien-fondé de cette concurrence.



#### **Accéder à de nouvelles sources de financement pour rester concurrentiels**

Pour être durables, les établissements de santé ne peuvent pas compter uniquement sur les fonds publics, surtout quand leurs concurrents utilisent des capitaux privés. Un mélange de financement privés, de philanthropie et de fonds publics sera nécessaire, mais les établissements de santé auront besoin d'un modèle économique pour attirer les investisseurs. Une enquête de PricewaterhouseCoopers dans 55 hôpitaux allemands a identifié le manque d'investissement comme la première cause d'augmentation des dépenses, parce que ces

hôpitaux n'étaient pas en mesure d'améliorer l'efficacité de leurs installations. Les pays qui ont des besoins en infrastructures se lancent dans des partenariats avec des entreprises privées pour financer bâtiments et services. Les partenariats public-privé, largement utilisés en Angleterre, se sont diffusés sur toute la planète, notamment en France, en Espagne et en Roumanie, où le premier hôpital privé s'est ouvert en 2005. Depuis 1997, 68 programmes de construction d'hôpitaux ont été lancés grâce à ces partenariats. Plus d'un tiers de ces hôpitaux sont maintenant opérationnel et de nombreux autres sont en construction. Des arrangements contractuels peuvent être pris entre acteurs publics et privés pour que les ressources, les risques et les bénéfices soient mutualisés, par exemple entre un organisme public comme le ministère de la Santé et une entreprise privée, afin d'améliorer l'efficacité, l'accès aux financements, et le respect des normes. Des programmes de construction de 12 hôpitaux financés par le privé sont par exemple en cours en Espagne pour un montant estimé à 3,6 milliards d'euros. L'administration espagnole publie un « *appel d'offres* » pour faire construire un hôpital par une société privée et en retour l'entreprise sélectionnée se voit attribuer le droit d'assurer la gestion des services non-médicaux de l'hôpital pendant les 20 ou 30 années que doit durer sa concession.



## Facteur de soutenabilité n° 2

Une infrastructure informatique robuste : une meilleure utilisation de la technologie et des réseaux informatiques doit permettre d'accélérer l'intégration, la standardisation et le transfert des informations administratives et cliniques.

« *Le papier tue.* »

Newt Gingrich, ancien président de la Chambre des Représentants aux États-Unis, s'exprimant sur le problème de l'archivage papier des dossiers patients<sup>52</sup>.



73 % des participants à l'enquête *HealthCast 2020* estiment que les technologies de l'information sont importantes voire très importantes pour la coordination des soins. Il est en effet difficile de dispenser des soins intégrés et décloisonnés quand les dossiers médicaux et autres sources d'information sur les patients se trouvent en de multiples endroits et qu'il n'y a aucun moyen de centraliser cette information. « *Nous procédons à un bilan général pour tous les nouveaux patients à leur entrée dans le service. Bien que ce soit à ce moment-là que l'on nous remet la demande de prise en charge concernant le patient, il faut en pratique 24 à 48 heures pour obtenir le dossier médical [complet] du patient. C'est la population des patients à la santé fragile et vacillante qui bénéficierait le plus de systèmes d'information interconnectés* », a déclaré Patricia Kolling, responsable du respect des normes et procédures chez BEI, une des plus grandes chaînes de maisons de retraite aux États-Unis.

Surchargé de données, le secteur de la santé a besoin de moyens pour mieux gérer l'information. Les systèmes de classification de type « *Case mix* », développés initialement aux États-Unis, ont été modifiés et sont bien établis - ou font encore l'objet de nouvelles évolutions - en Australie, en Allemagne, au Royaume-Uni, en Belgique, en Espagne, au Portugal, en Norvège, en Suède, en Autriche, en France et aux Pays-Bas. Une fois mis en place, ces systèmes créent de grandes banques de données financières, démographiques et cliniques qui peuvent être utilisées en permanence pour l'aide à la décision et le pilotage de la performance. Des pays en voie de développement comme l'Inde, confrontés à des problèmes relevant tant du monde développé que du Tiers-monde, sont demandeurs de ce type de données et de bonnes pratiques. « *D'un côté, il y a une population urbaine qui ne cesse de croître, et qui souffre de maladies liées à l'évolution de son mode de vie comme l'hypertension, les problèmes cardiaques et le diabète. D'un autre côté, l'immense population rurale dispose d'un accès réduit au système de soins et est très exposée aux maladies contagieuses et aux épidémies* » indique Sangita Reddy, directeur général pour l'Inde des hôpitaux Apollo, le plus grand groupe d'hôpitaux privés d'Asie.

Maîtriser l'évolution de la technologie et des communications dans le but d'améliorer les soins suppose de construire une infrastructure partagée pour utiliser au mieux ces nouvelles sources de données. Le ministère américain des Anciens combattants effectue par exemple depuis 1994 un suivi des données médicales des vétérans grâce à un système de dossiers informatisés à travers un réseau de 157 hôpitaux et de 869 centres de consultation. Toutefois, en dehors des systèmes gouvernementaux, il est rare que les transferts d'information se produisent aussi facilement.

La construction d'une infrastructure informatique robuste se heurte à de nombreuses difficultés :

- La technologie exige au départ un apport financier supplémentaire ;
- L'absence de standards rend l'interopérabilité presque impossible ;
- L'adoption d'une technologie peut prendre des mois, si ce n'est des années ;
- Les personnels se voient souvent imposer des solutions technologiques sans formation préalable adaptée ni accompagnement dans le changement de leurs modes de fonctionnement.

## Bonnes pratiques transférables



### Investir dans une infrastructure informatique de partage de l'information

C'est le but poursuivi en Angleterre par le NHS qui est la plus grande organisation de santé au monde et qui occupe le cinquième rang des employeurs mondiaux avec 1,3 millions de salariés (après l'armée chinoise, les chemins de fer indiens, Wal-Mart et l'armée des États-Unis). Le NHS est en train d'investir 6,2 milliards de livres (9,9 milliards d'euros) sur une période de dix ans (officiellement entamée en 2002) pour créer un réseau national reliant 270 établissements de santé, 18 000 sites, et 28 000 médecins. Le but est un meilleur partage des dossiers patients informatisés, la prescription à distance et la prise de rendez-vous par voie électronique, tout en gardant à l'esprit le principe fondamental de libre choix du patient.

C'est à partir de 2004 que le NHS a exigé que les médecins généralistes anglais s'informatisent pour continuer à être payés. Le résultat en est qu'à de très rares exceptions près tous les médecins anglais se servent d'ordinateurs pour créer des dossiers médicaux informatisés (EMR) pour leurs patients. Bientôt, tous les médecins d'Angleterre pourront suivre le parcours de leurs patients par l'intermédiaire d'un système d'information intégré à l'échelle nationale. Ce système utilise les dossiers EMR des patients pour construire une gigantesque base d'informations permettant d'analyser l'état de santé de la population. Ce système est également conçu pour permettre une meilleure coordination des soins, pour rendre la facturation plus efficace et pour améliorer la qualité des soins en permettant par exemple aux médecins de signaler facilement les effets indésirables des médicaments. L'Allemagne et d'autres pays européens sont également en train d'élaborer leurs propres systèmes de dossiers médicaux informatisés.

De son côté, le gouvernement fédéral canadien a consacré 1,1 milliard de dollars pour financer Canada Health Infoway, Inc., une organisation à but non lucratif ayant pour mission d'accélérer le développement et la mise en place au Canada de systèmes d'information en matière de santé<sup>24</sup>. Cette organisation a été instituée pour renforcer l'infrastructure informatique nationale en matière de santé afin d'améliorer la qualité et l'accès aux soins.

Les ministres de la Santé de l'UE et la Commission européenne appellent de leurs vœux un système de soins informatisé transeuropéen à l'horizon 2010. Dans ses communications sur l'informatisation de la santé, la Commission européenne insiste sur l'importance d'une coopération entre les autorités de santé des différents États et fixe des dates butoirs pour que ces pays définissent d'ici fin 2006 une approche commune en matière de données d'identification des patients ainsi que des standards pour les données à caractère médical et pour qu'ils conviennent, d'ici à 2008 d'une position commune sur l'infrastructure réseau<sup>25</sup>. Si des normes techniques peuvent être définies dans ces délais, reste à savoir dans quelles proportions elles pourront être mises en œuvre et intégrées aux différents programmes nationaux en matière de santé.

Dans un contexte de mondialisation de la santé, diverses stratégies de convergence pourront être choisies qui dépendront notamment de l'évolution des pratiques de santé au niveau planétaire. La convergence des normes cliniques et des déterminants des politiques de santé des différents pays aura un impact majeur sur l'évolution de ces pratiques et par conséquent sur les choix en matière de données médicales informatisées. Ainsi, par exemple, sur la question du choix entre donner aux patients un accès à leurs propres données de santé comme il est prévu en Angleterre, et l'approche plus répandue consistant à concevoir les dossiers médicaux informatisés en fonction des seuls besoins des professionnels de santé.





### Utiliser la technologie pour éliminer les doublons entre services et le manque d'efficacité au niveau administratif

En Australie, les organismes payeurs ont travaillé avec la Commission d'assurance maladie (HIC) sur un nouveau système d'information en ligne conçu pour réduire les coûts administratifs. Grâce à la carte à puce du patient, un fournisseur de soins a immédiatement accès aux données utiles en matière de prise en charge et de remboursements. Environ 40 % des généralistes en Australie ont maintenant recours à ce système pour transmettre les demandes de remboursement électroniquement, et le ministre australien de la Santé, Tony Abbott, a récemment annoncé qu'il pourrait bientôt devenir obligatoire de passer par HIC Online et Healthconnect, les deux services de remboursement en ligne. Une étude réalisée en 2004 a constaté que 95 % des utilisateurs de HIC Online avaient été remboursés plus rapidement et que 84 % avaient constaté une efficacité accrue de la démarche<sup>26</sup>.

Aux États-Unis, une étude menée en 2005 par Rand Corp. a montré que 77 milliards de dollars (63,7 milliards d'euros) pourraient être économisés chaque année si l'informatisation des systèmes de santé était correctement mise en œuvre et adoptée<sup>27</sup>. Certains fournisseurs de soins et organismes payeurs intègrent leurs systèmes d'informations et génèrent des économies sur une base régionale. Highmark, une importante compagnie d'assurance-maladie de Pennsylvanie, a ainsi donné accès à son système traitement des créances afin que les fournisseurs de soins puissent suivre et gérer les règlements qui leur sont dus. « *Nous avons changé les habitudes en donnant un droit de regard sur notre système. Tandis que les fournisseurs de soins profitent d'une plus grande rapidité des règlements, nous avons diminué le volume des réclamations et réduit nos frais administratifs,* » indique Jim Klingensmith, le vice-président chargé de ce projet. « *Dans notre cas, la transparence a permis d'améliorer la performance de nos services et le niveau de confiance de tous les intéressés* ».

Pour réduire la durée des procédures d'accréditation et le travail qu'elles représentent, le Conseil pour l'accès à des services de soins de qualité (CAQH) a mis en place un guichet unique destiné aux fournisseurs de soins, aux organismes fournissant une couverture maladie et autres organisations de santé aux États-Unis.

L'Universal Credentialing DataSource® est une procédure nationale unique qui supprime le besoin de multiplier les dossiers d'accréditation. Grâce à ce service en ligne, les fournisseurs de soins remplissent gratuitement un seul dossier standard qui couvre pratiquement toutes les conditions d'accréditation de n'importe quel organisme fournissant une couverture maladie. Ces organismes peuvent ensuite se rendre à leur tour sur un site unique pour accéder à l'ensemble des données pour chaque fournisseur de soins. Les uns comme les autres réalisent ainsi des économies de gestion. « Les organismes fournissant une couverture maladie se rendent compte qu'une rationalisation de la gestion administrative peut apporter beaucoup à l'amélioration des rapports avec les fournisseurs de soins », remarque Robin Thomashauer, directeur exécutif du CAQH. « *Et ce faisant, ils ajoutent également de la valeur à l'ensemble de leurs activités* ».



### Faire de la technologie une raison de coopérer

Aux États-Unis, plus de 200 organismes régionaux d'information sur la santé (RHIO) ont été institués par des consortiums constitués d'établissements de soins, de médecins et d'organismes payeurs afin de créer des réseaux locaux de dossiers patients informatisés. Bien que, dans certains cas, ce soient les compagnies d'assurances qui financent de telles entreprises, la recherche de sources de financements durables demeure une question cruciale. Par exemple, Blue Cross a alloué l'an dernier 50 millions de dollars à la RHIO « Massachusetts E-Health Collaborative » pour donner accès aux hôpitaux publics à un réseau partagé de dossiers patients informatisés<sup>28</sup>. L'utilisation de cartes à puces est en cours de déploiement dans beaucoup de pays du monde. Au Japon, seconde économie de la planète, les cartes à puces intelligentes comportant les données des patients facilitent les échanges de messages entre les fournisseurs de soins. Dans le passé, « *le médecin hospitalier qui voyait le patient en consultation externe n'avait pas connaissance de l'ordonnance prescrite par le médecin de famille ni de l'ordonnance établie par un autre hôpital où le patient avait consulté précédemment* », explique Mikio Tazoe, directeur général de l'hôpital universitaire d'Hokkaido au Japon. « *En réponse à ces problèmes, nous nous attachons à développer une coopération entre les différentes institutions médicales à l'échelon du district* ».



## Facteur de soutenabilité n° 3

Un ajustement des systèmes d'incitation : les systèmes d'incitation doivent permettre de gérer et de garantir l'accès aux soins tout en servant de support aux dispositifs de responsabilisation des acteurs.

*« La méthode du secteur public pour gérer la demande de soins est de laisser aux patients le choix d'attendre, c'est-à-dire de créer des files d'attente. Dans le secteur privé, le choix est laissé aux patients de payer. Ainsi, dans un sens, le mécanisme est identique : il s'agit de donner à l'utilisateur un choix, l'un est lié à l'argent, l'autre au temps ou au désagrément ».*

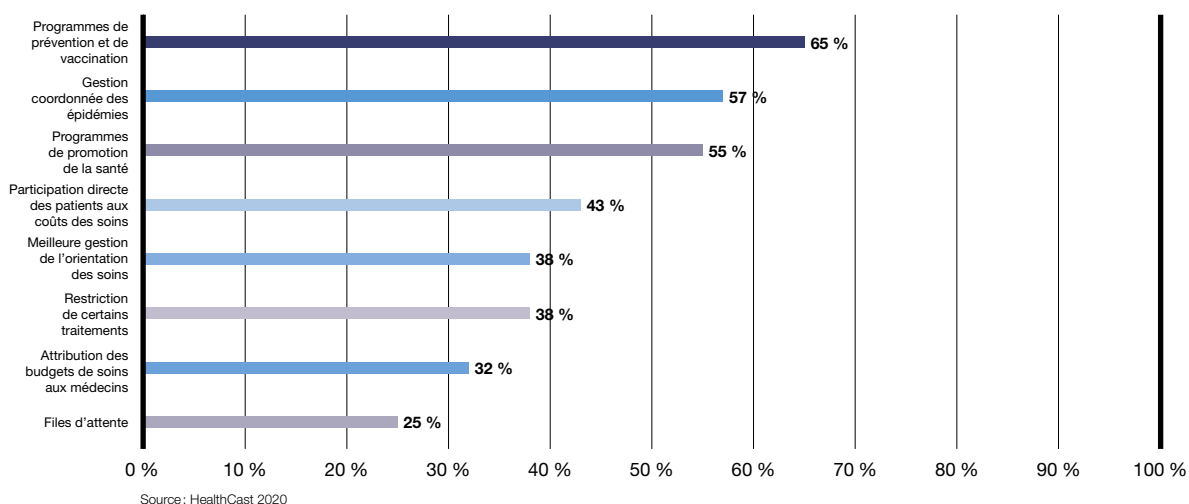
Francis Sullivan, directeur général de Catholic Health Australia



Plus de 80 % des participants à l'enquête *HealthCast 2020* précisent que l'égalité d'accès aux soins est un facteur important ou très important pour la soutenabilité à long terme des systèmes de santé, et les personnes interrogées indiquent que la gestion de la demande et les systèmes d'incitation sont cruciaux pour garantir et améliorer l'accès aux soins.

Les responsables des systèmes de santé en Europe, en Amérique du Nord, en Afrique, au Moyen-Orient, en Australie et en Asie ont tous exprimé leurs préoccupations quant à la nécessité d'ajuster les systèmes d'incitations. Les systèmes de santé aux États-Unis et en Europe doivent affronter le mécontentement et la perte de confiance des usagers du fait d'une utilisation brutale des outils de gestion de la demande comme la restriction de l'accès aux spécialistes et les listes d'attente. Seuls 25 % des participants à l'enquête *HealthCast 2020* considèrent que les files d'attente sont une manière efficace de gérer la demande (cf. Schéma 8). Les gouvernements cherchent à répondre à ce problème. Ces deux dernières années, les listes d'attente ont été sensiblement réduites en Angleterre et en Irlande et le Canada a fait un effort important pour faire de même. Les États ont compris que les listes d'attente en matière de soins pouvaient avoir un impact sur la productivité. L'Union européenne a récemment fait état d'une perte de 600 millions de journées de travail, chaque année, à cause de l'absentéisme des salariés pour raisons de santé, affectant le PIB de 2,6 % à 3,8 % <sup>29</sup>. Les moyens les plus efficaces pour gérer la demande, selon les participants à *HealthCast 2020*, sont les programmes de prévention et de vaccination ainsi que la gestion coordonnée des épidémies.

**SCHEMA 8 :** Proportion des participants considérant comme efficace les techniques suivantes de gestion de la demande de soins



Ajuster les systèmes d'incitation implique de reconsidérer les incitations des médecins et des patients. Par exemple, certaines organisations estiment que l'informatisation contribue à réduire le coût des soins, mais elles se heurtent à des difficultés de mise en place. « Nous avons participé à une expérimentation pour inciter les médecins à se servir d'équipements informatiques et nous étions disposés à financer ces équipements », a expliqué le docteur Aran Ron, président et directeur général de la compagnie d'assurance maladie nord-américaine GHI HMO décrivant une tentative, toujours à l'ordre du jour, de mettre en œuvre des technologies innovantes. « Mais ces médecins étaient peu disposés à les adopter, parce que cela impliquait pour eux de changer leurs pratiques. Lorsque les médecins ne voient

pas les bénéfices immédiats de l'informatisation, il faut leur trouver des incitations pour qu'ils adhèrent au changement ».

Les organismes payeurs, qui conçoivent les systèmes d'incitation et les procédures nouvelles doivent trouver des solutions aux problèmes suivants :

- Les patients ont des demandes illimitées ;
- Les médecins sont incités à prodiguer des soins au-delà du strict nécessaire ;
- Le rôle du gouvernement en matière de prévention et de santé publique doit être plus important, mais les intérêts des différents acteurs de santé créent souvent des interférences.

## Bonnes pratiques transférables



### Établir des incitations partagées pour atteindre des objectifs communs

Délivrer des soins fait intervenir un réseau complexe de fournisseurs de services et de produits médicaux. Les occasions de gaspiller sont donc fréquentes. Pour les participants à l'enquête *HealthCast 2020*, la soutenabilité à long terme des systèmes de santé dépend de la manière dont on arrive à inciter les professionnels de santé, les établissements de soins, les laboratoires pharmaceutiques et les organismes payeurs à mieux intégrer les soins et à gérer les maladies chroniques de manière coordonnée (cf. Schéma 9). « *Nous disposons de spécialistes des maladies cardiovasculaires de renommée mondiale, et nous cherchons à améliorer nos résultats auprès des patients atteints de ces pathologies. La difficulté est que tous les systèmes d'incitation financière sont organisés de manière à valoriser les soins effectivement réalisés dans une perspective de courte durée tandis qu'il n'existe aucune récompense pour ceux qui vont voir en amont afin de tenter de faire de la prévention ou un diagnostic précoce* », regrette Dick Pettingill, directeur général d'Allina Health System aux États-Unis.

Aux États-Unis, les hôpitaux peuvent maintenant partager les économies réalisées avec les médecins grâce au partage des gains, considéré comme une façon de maîtriser certaines dépenses liées aux technologies médicales. Grâce à ces programmes de partage de gains, les médecins peuvent partager les économies réalisées lors de l'achat de fournitures et d'équipements, à condition que la qualité des soins n'en pâtisse pas. Les programmes de partage de gains qui ont été

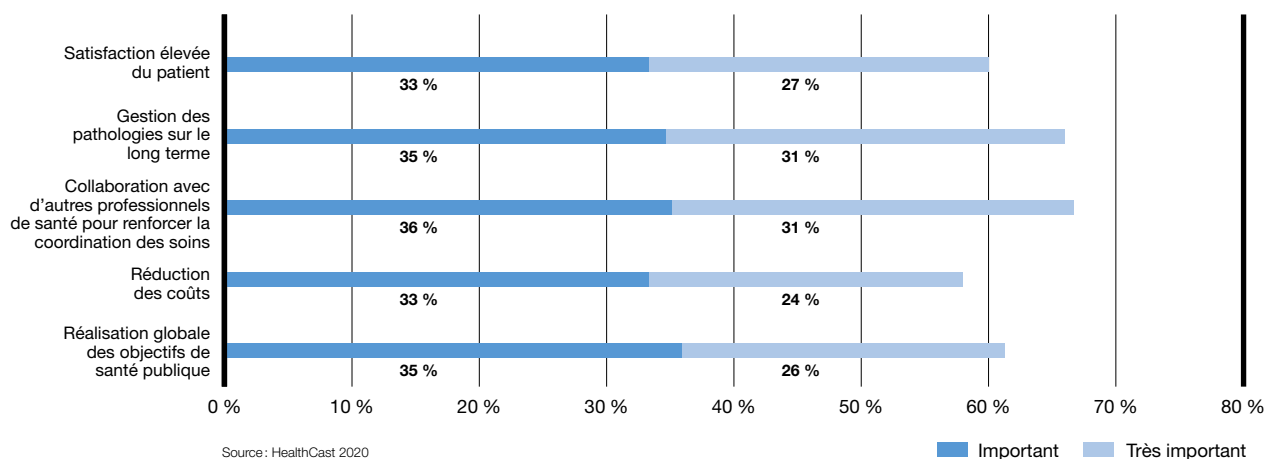
approuvés possèdent des traits communs tels que la transparence, la communication de renseignements par écrit aux patients et un contrôle des profits distribués aux médecins afin d'éviter qu'une recherche d'économies trop poussée ne nuise à la qualité des soins.



### Faire du bien-être le mode de vie idéal

Parce que la prévention affecte la demande de soins à long terme, les gouvernements, par opposition aux fournisseurs de soins ou aux assurances privées, doivent jouer un rôle central dans les initiatives de santé publique. Par exemple, les gouvernements doivent s'impliquer dans la promotion des comportements sains, un effort qui ne coûte rien mais qui peut être considéré comme une atteinte aux libertés individuelles. Face à des budgets restreints, les gouvernements ont, par le passé, principalement dépensé en direction des services hospitaliers et des médecins, et ont négligé les programmes de promotion de la santé et de prévention. Une autre approche des pouvoirs publics a consisté à contraindre les choix des usagers en rendant illégales les pratiques nuisibles à la santé. Les campagnes anti-tabac ont été les plus souvent mentionnées par les participants à l'enquête *HealthCast* comme les plus efficaces. Toutefois, ce combat n'est pas terminé. « *Les patients acceptent davantage de prendre en charge leur propre santé en réponse directe aux campagnes de promotion de la santé et de prévention des épidémies [de Trinidad et Tobago] et aux « chartes du patient »*. Cependant, le dynamisme de la publicité pour des produits nuisibles à la santé tels que les fast-foods, le tabac et l'alcool constituent un obstacle à cette tendance », note Valérie Rawlins, directrice de la Qualité de l'offre de soins du ministère de la Santé de Trinidad et Tobago.

**SCHÉMA 9 :** Importance des incitations financières pour atteindre les différents objectifs suivants du système de santé



Le manque de financements publics peut provenir du scepticisme des contribuables quant aux vertus des programmes de prévention. L'enquête *HealthCast 2020* a constaté que seules 26 % des personnes interrogées considèrent que les initiatives gouvernementales et privées pour promouvoir une meilleure santé sont efficaces. Elles ne sont que 33 % à penser que les campagnes d'éducation et de prise de conscience ont porté leurs fruits. Toutefois, de nombreux gouvernements prennent le bien-être au sérieux. La République d'Irlande a été la première nation du monde à introduire en 2004 une interdiction totale du tabac sur les lieux de travail en intérieur, suivie par la Nouvelle-Zélande. Début 2005, l'Italie a introduit une interdiction de fumer dans tous les lieux publics. Malgré l'opposition de certains intérêts commerciaux, l'interdiction de fumer dans les bars et les restaurants se propage rapidement en Australie, en Iran, au Monténégro, à Malte, en Norvège, en Suède, en Tanzanie, aux Pays-Bas, en Turquie, en Ouganda, ainsi que dans certaines villes du Canada, d'Angleterre et des États-Unis<sup>30</sup>.

Certains pays ont proposé des actions pour encourager les consommateurs à manger plus sainement. L'Angleterre se demande par exemple si elle ne devrait pas inciter les industriels de l'agro-alimentaire à adopter des étiquetages simples qui fassent ressortir la valeur nutritionnelle des aliments. La Suède étudie la possibilité de taxer les aliments présentant une teneur élevée en glucides et en lipides. En 2005, les États-Unis ont présenté de nouvelles recommandations diététiques et ont créé un site Internet sur lequel les gens peuvent suivre leurs apports alimentaires et leurs besoins en exercice physique. Au cours de ses 72 premières heures d'existence, le site a enregistré 160 millions de visiteurs, dont 20 % étaient originaires d'un autre pays que les États-Unis<sup>31</sup>.

Les gouvernements ne sont pas les seuls à prendre le bien-être au sérieux. Une entreprise nord-américaine, American Standard, a mis en place des programmes de bien-être qui ont débouché sur une amélioration de la santé de ses employés, une diminution des arrêts maladie et une réduction des dépenses de soins. « *La plupart des gens savent qu'ils devraient subir des dépistages préventifs, sans parler d'une coloscopie ou d'une mammographie, mais la vie quotidienne y fait obstacle. Ils ont des existences très remplies, par exemple par les enfants, l'Église, l'école*

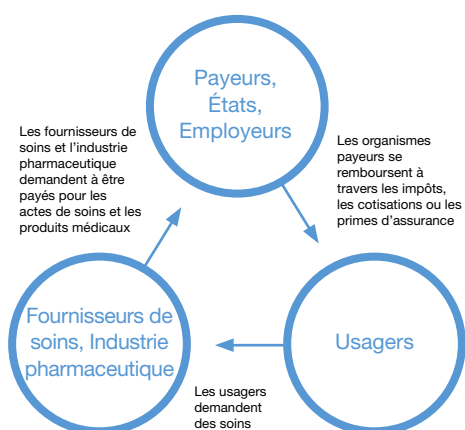
*ou la charge de parents âgés. Mais si nous rendons les actions préventives faciles et accessibles en leur offrant autant que possible des services à domicile, si nous éliminons les obstacles économiques en supprimant la franchise à verser pour les actions préventives concernées, nous inciterons les gens à se comporter comme nous le souhaitons. Sur une période suffisamment longue, ces comportements se traduiront par un retour sur investissement significatif, en termes de diminution des frais médicaux directs, de productivité accrue et de fidélité renforcée vis-à-vis de l'organisation »*, expliquait Joseph Checkley, directeur en charge des prestations sociales pour les employés chez American Standard. « *C'est un gros effort de construire une offre qui va des chips à faible teneur en sel et à faible teneur en matière grasse dans les distributeurs automatiques à la mammographie à domicile en passant par tout ce qui se situe entre ces deux extrémités* ».

En Afrique du Sud, des programmes de promotion du bien-être mis en place par un organisme privé incitent à des comportements plus sains. Selon les termes de Barry Swartzberg, directeur général de Discovery Health, une société sud-africaine, l'offre « *bien-être* » proposée par cet assureur agit « *à la façon d'une corruption bienveillante* ». Il permet aux membres de gagner des points échangeables lorsqu'ils recourent à des soins préventifs, tels qu'un dépistage du cholestérol, une mammographie, ou lorsqu'ils maintiennent un style de vie sain, par exemple en s'inscrivant dans une salle de sports.

Les points peuvent être échangés contre des récompenses en voyages ou en loisirs. Les dépenses liées aux maladies chroniques sont gérées de manière similaire. Les assurés souffrant de certaines maladies chroniques se voient attribuer des points pour participer à des dépistages médicaux, à des programmes de surveillance de leur état de santé et à des séances de promotion de modes de vie sains.

« *La promotion de la santé et de l'éducation à la santé sont des secteurs dans lesquels l'investissement et le remboursement doivent être soutenus* » fait remarquer Sarper Tanli, directeur général et directeur de la planification de Dubai Health Care City (DHCC, Cité de soins de Dubaï), qui doit s'ouvrir aux Émirats-Arabs-Unis en 2006. DHCC vise à devenir un lieu internationalement reconnu proposant une offre de soins de qualité et un pôle d'excellence

**SCHÉMA 10:** Les usagers ne supportent pas directement le coût réel de la santé



**SCHÉMA 11:** Effets de la participation financière des patients sur la fréquentation (Allemagne, 2004-2005)

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| Médecin généraliste   | -7.9 %  |
| Chirurgien            | -11.6 % |
| Gynécologue           | -15.1 % |
| Dermatologue          | -17.5 % |
| Othopédiste           | -11.3 % |
| Ensemble des médecins | -8.7 %  |

Source : German Resident Doctors Association

regroupant des services hospitaliers, des services de bien-être et des services médicaux, ainsi qu'un centre d'enseignement et de recherche.



### Responsabiliser les usagers quant au coût de leur demande de soins

Pour 43 % des participants à l'enquête *HealthCast 2020*, la contribution directe des patients aux coûts des soins est une méthode efficace ou très efficace pour gérer la demande en soins. Or les systèmes actuels de prise en charge des frais médicaux de la plupart des pays industrialisés isolent les usagers du coût réel des soins (cf. Schéma 10). S'il est vrai qu'un véritable marché en matière de soins n'est pas réaliste, les usagers cependant doivent comprendre quels sont véritablement le coût et la valeur des services et des produits de santé. Les États-Unis s'acheminent ainsi vers une augmentation des dépenses directement supportées par l'utilisateur. Selon ses défenseurs, cette approche a pour avantage de diminuer l'aléa moral, c'est-à-dire le fait qu'une personne consomme plus de produits et de services de santé qu'elle ne le ferait normalement si elle en supportait le coût. Pat Shehorn, directeur général de l'hôpital de Westlake aux États-Unis, résume ainsi le phénomène : « *Aussi longtemps que le système n'exige pas de ma part une grosse contrepartie, je vais lui réclamer le maximum. Je vais vouloir un de ces scanners haute-résolution en trois dimensions, et si je suis maladivement obèse, je vais exiger que l'on paye ma chirurgie pour personnes obèses* ».

Les organismes payeurs adoptent de plus en plus l'idée d'un certain type de contrepartie. Par exemple, une participation financière des patients a été instituée en Allemagne en 2004, une mesure qui a réduit les visites chez le médecin de 8,7 % (cf. Schéma 11).

Le gouvernement français envisage également de responsabiliser ses concitoyens concernant les dépenses de santé. Depuis 2005, chaque citoyen français doit choisir un « *médecin traitant* » par lequel il faut passer pour pouvoir consulter un spécialiste. Si les Français ont toujours la possibilité de consulter des spécialistes sans passer d'abord par leur médecin traitant, la part restant à la charge des usagers pour ces consultations peut aller jusqu'à 7 euros. En outre, le prix de chaque consultation comprend 1 euro qui n'est pas remboursé par l'État, la mutuelle ou l'assurance.



Aux États-Unis, où ce sont les employeurs qui fournissent à leurs salariés une couverture maladie, les entreprises mettent de plus en plus fréquemment en place ce qu'ils appellent des « *plans d'assurance maladie axés sur l'utilisateur* ». Des études montrent que la moitié des entreprises envisagent de recourir à de telles mesures pour réduire leurs coûts en matière de santé<sup>32</sup>. L'idée est de mêler incitations financières et informations sur les coûts et la qualité pour aider les usagers à prendre des décisions raisonnées lorsqu'ils choisissent leurs soins. Ces dispositifs sont le plus souvent constitués d'une assurance couvrant les frais de santé assortie d'une importante franchise et d'un compte épargne. Les usagers puisent dans leur compte épargne pour payer leurs soins, ce qui leur donne une meilleure idée des coûts réels. Les sommes non dépensées peuvent s'accumuler et être réutilisées au cours de l'année suivante. A ce jour, plus de 3 millions d'employés ont souscrit un de ces plans d'assurance maladie axés sur l'utilisateur<sup>33</sup>. Leur fonctionnement est optimal quand les employeurs rendent accessibles sur Internet des bases de données contenant des informations sur les coûts et la qualité des soins.



#### **Afficher les prix ; faire apparaître les coûts**

Demander aux usagers de contribuer davantage aux coûts sans plus de transparence est problématique. Aux États-Unis par exemple, les prix peuvent varier considérablement d'un fournisseur de soins à l'autre, d'un organisme payeur à l'autre. « *La santé axée sur l'utilisateur va devenir le plus important facteur d'évolution à court terme du système de santé aux États-Unis* », déclare Humphrey Taylor, président de l'institut de sondage Harris. « *Cependant, nous sommes encore loin d'un public bien informé. Beaucoup estiment que cela prendra 10 à 15 ans pour parvenir à un patient-usager éduqué et à un système transparent* ».



#### **Renforcer l'aide apportée aux patients pour s'orienter dans le système de soins**

L'Australie et les États-Unis emploient des coaches de santé pour aider les malades qui sont traités par de nombreux professionnels de santé et pour surveiller les facteurs de risque. Formés comme infirmiers, thérapeutes respiratoires, ou pharmaciens, ces coaches savent s'orienter dans un système de plus en

plus complexe. En Australie, l'orientation des patients est gérée par les assureurs maladie qui mettent à leur disposition un coach de santé avec lequel les patients travaillent de manière hebdomadaire sur des facteurs de risque qu'ils identifient volontairement grâce à une auto-évaluation. Si les facteurs de risque évoluent, le coach de santé prendra rendez-vous pour le patient avec un médecin généraliste.

« *Les usagers veulent un parcours de soins mieux coordonné. Les aider à s'orienter dans le système de santé est un moyen d'améliorer la santé des bénéficiaires de nos services* » explique Marl Boxer, président et directeur général en charge des plans d'assurance-maladie axés sur l'utilisateur et des services aux entreprises chez l'assureur américain WellPoint. Cette société a ainsi recours à des coaches de santé pour se différencier de la concurrence. Medicare se penche aussi actuellement sur cette idée en mettant des coaches de santé à la disposition de 180 000 de ses bénéficiaires atteints de maladies chroniques.

En Angleterre, en France et en Italie en revanche, on s'intéresse surtout aux médecins, que l'on considère comme des « *garde-barrières* » capables de limiter un recours exagéré aux spécialistes. Les experts italiens interviewés dans le cadre de l'enquête *HealthCast 2020* jugent que l'instauration d'une participation accrue des patients au coût des soins tend à réduire la demande de soins, que cette dernière soit justifiée ou non. Ils estiment à l'inverse que le renforcement du rôle de garde-barrière des médecins peut quant à lui réduire spécifiquement la demande de soins inutiles.

En Angleterre, la nouvelle « *Charte des services médicaux généraux* » incite les médecins généralistes à jouer ce rôle de contrôle de l'accès des patients aux spécialistes, et les incite à pratiquer eux-mêmes les actes nécessaires relevant de leur compétence. Certains s'inquiètent cependant à l'idée que la qualité des soins puisse en pâtir si les généralistes sont trop incités à ne pas envoyer les patients vers des spécialistes.

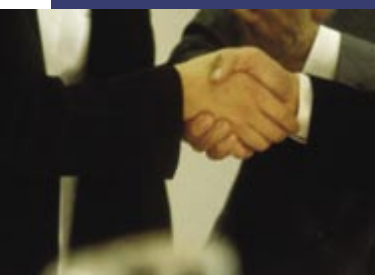


## Facteur de soutenabilité n° 4

Une standardisation de la qualité et de la sécurité : des normes définies et appliquées en matière de soins doivent servir de base à la mise en place de mécanismes de responsabilisation et de renforcement de la transparence, et ainsi restaurer la confiance des patients.

*« La soutenabilité d'un système de santé se mesure à ce qu'il améliore la longévité, la productivité et la qualité de vie de la population ».*

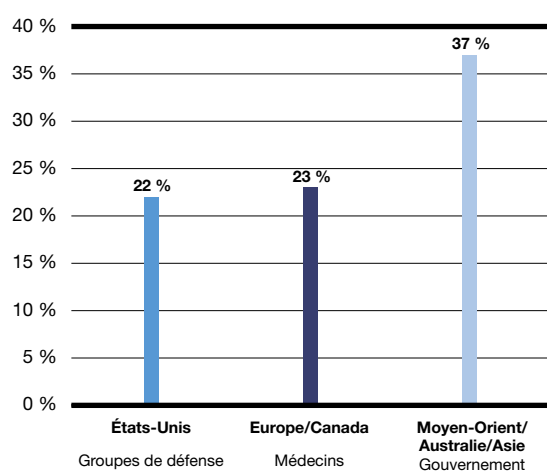
Herbert Pardes, médecin et directeur général du New York Presbyterian Medical Center



Plus de 80 % des personnes ayant répondu à l'enquête *HealthCast 2020* considèrent que la transparence en matière de qualité et de tarification des soins est un facteur de soutenabilité. La qualité et la sécurité des soins sont rapidement devenues une préoccupation majeure au niveau mondial. *« Donner accès à des soins de haute qualité constitue un engagement essentiel des gouvernements vis-à-vis de leur population. Il ne peut y avoir de place en la matière pour la complaisance ou pour les solutions de second rang. Les gouvernements doivent explorer des stratégies innovantes et globales pour rendre possible « la santé pour tous » »,* fait remarquer Sangita Reddy, directrice des Opérations des hôpitaux indiens Apollo. Toutefois, les gouvernements ne sont pas les seuls acteurs du système de santé à pouvoir agir pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Des dispositifs comme la rémunération à la performance et la pharmacovigilance, qui se concentre sur la sécurité des médicaments, se développent dans le secteur privé.

Quelles sont alors les solutions *« qui marchent »* en matière d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. Selon l'enquête *HealthCast 2020*, les médecins et les hôpitaux sont considérés comme ceux qui font le plus pour améliorer la qualité des soins. Malgré l'attention portée par des associations patronales comme Leapfrog aux États-Unis, les employeurs sont classés derniers. Helen Darling, présidente du National Business Group on Health, estime que les entreprises ont pris part à des programmes de rémunération à la performance avec l'espoir de maîtriser leurs dépenses de santé et d'améliorer la performance en la récompensant. Elle ajoute : *« Aujourd'hui, les fournisseurs de soins doivent reprendre l'initiative en matière de qualité des soins ».*

**SCHÉMA 12:** Acteurs qui ont le plus contribué à l'amélioration de la qualité des soins



Source: HealthCast 2020

Comment s'y prendre pour améliorer la qualité des soins ? Tout d'abord, les fournisseurs de soins pourraient tirer bénéfice d'une démarche de partenariats. L'enquête *HealthCast 2020* montre par exemple que ce sont les autres acteurs qui sont vus comme ayant permis d'accomplir le plus de progrès dans l'amélioration de la qualité (cf. Schéma 12). Aux États-Unis, ce sont ainsi les groupes de défense des patients qui sont classés premiers en matière de contribution à l'amélioration des soins, tandis qu'en Europe et au Canada, ce sont les médecins qui se voient attribuer la première place. Au Moyen-Orient, en Australie et en Asie, les gouvernements sont cités en tête. Pour améliorer leur image en la matière, les fournisseurs de soins, l'industrie pharmaceutique et les assureurs pourraient chercher à afficher des liens étroits avec la lutte contre les maladies cardiaques, qui est vue comme le domaine où le plus de progrès sont faits en matière de qualité des soins.

Il est intéressant de noter qu'à l'exception des employeurs, tous les groupes interrogés pour l'enquête se sont classés eux-mêmes premier en matière de progrès accomplis pour l'amélioration de la qualité des soins. Les employeurs ont quant à eux classé les hôpitaux à la première place.

La sécurité des patients est une composante majeure de ces progrès en matière de qualité des soins. Aux États-Unis, on estime que les erreurs médicales coûtent entre 48 000 et 96 000 vies chaque année<sup>34</sup>. Dans les hôpitaux du Royaume-Uni, près de 800 000 erreurs médicales sont commises chaque année, ce qui représente un pourcentage d'environ 11,7 %<sup>35</sup>. En ce qui concerne l'Australie, le

taux avoisinerait les 16,6 % mais la définition australienne de l'erreur médicale est plus large<sup>36</sup>. Au Canada, des études estiment le taux d'erreurs médicales à 7,5 % environ<sup>37</sup>. Toutefois, personne ne sait véritablement combien d'erreurs ou d'incidents surviennent chaque année du fait d'insuffisances dans les procédures de signalement et d'absence de définition unique et partagée de ce qu'est une erreur médicale.

La sécurité des soins réside également dans leur efficacité. Un complexe hospitalier du Massachusetts a ainsi lancé un système de codes barres sur les médicaments administrés dans ses hôpitaux et a réduit ainsi les erreurs dans l'administration des médicaments de plus de 50 %, permettant ainsi d'éviter environ 20 incidents médicamenteux par jour. Tout en permettant d'augmenter la sécurité des patients, ce système a également fait faire des économies en réduisant les coûts<sup>38</sup>.

Lorsqu'ils conçoivent des programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les gouvernements et les organismes de santé ont à résoudre les problèmes suivants :

- L'information en matière de qualité des soins est peu abondante et parfois contradictoire ;
- Les procédures de signalement des erreurs et incidents médicaux fonctionnent mal ;
- La définition de ce que sont des soins de qualité varie d'un acteur à l'autre ;
- Les systèmes de rémunération à la performance peuvent produire des résultats non-désirés.

## Bonnes pratiques transférables



### Harmoniser les standards de qualité

Les standards de qualité évoluent : alors qu'ils étaient à l'origine fondés sur les structures et la documentation, ils s'intéressent aujourd'hui aux procédures et aux résultats. Cette évolution ajoute à la complexité du système. Aux États-Unis, plus de cent organismes indépendants contrôlent la qualité. De plus, de nombreux organismes payeurs et prestataires de soins ont leur propre conception de la qualité. Multipliez cela à l'échelle mondiale et vous mesurerez l'ampleur de la tâche. Certains craignent en outre que des difficultés émergent dans la transposition des standards de qualité en raison de différences culturelles et compliquent de ce fait le processus. « *Le défi est de trouver*



*le bon ensemble de mesures, qui soit facile à généraliser et qui ait la même signification partout* » estime Arthur DeTore, médecin et vice-président en charge de la stratégie commerciale chez Parkview Health, un complexe hospitalier basé au nord-est de l'Indiana.

Pour faire la preuve de la qualité de leur offre de soins, certains hôpitaux sont à la recherche d'une accréditation reconnue mondialement. Soixante organismes de soins dans dix-sept pays sont ainsi accrédités par la Joint Commission International (JCI). Hamad Medical Corp. au Qatar cherche à devenir l'un des premiers hôpitaux accrédités par cette commission au Moyen-Orient. C'est pour fournir à ses citoyens des soins conformes aux standards internationaux et pour leur garantir que ses médecins ont été formés dans des facultés de tout premier plan que Hamad Medical Corp. recherche cette accréditation.



#### **Rendre le signalement des erreurs médicales spontané et anonyme**

Lorsque les erreurs ne sont pas signalées, personne n'en tire de leçons. En encourageant le signalement spontané et anonyme des erreurs médicales, les médecins et les organismes de soins peuvent comprendre comment les erreurs surviennent et revoir leurs procédures. En Angleterre, le nouveau système destiné à assurer la sécurité des patients s'est ainsi inspiré des principes qui fondent le système en vigueur aux États-Unis en matière de sécurité aérienne. Comme dans le secteur aéronautique, les signalements d'erreurs sont désormais spontanés, confidentiels et n'entraînent aucune sanction. Agaplesion AG, un hôpital allemand de taille moyenne, a également mis en place un système de signalement spontané selon lequel les médecins fournissent des informations de manière anonyme sur les incidents à l'occasion desquels l'hôpital a failli causer la mort du patient. L'idée est d'apporter des renseignements sur ce qui a pu causer l'incident, sur ce qui devrait être fait pour empêcher que les mêmes erreurs se

reproduisent et de garantir ainsi une qualité de soins irréprochable. Un système similaire de signalement spontané et anonyme des incidents dans les services de réanimation est utilisé par 23 structures de réanimation aux États-Unis. D'autres pays adoptent eux aussi cette idée du signalement « *sans faute* ». Les concepteurs de ces systèmes insistent par ailleurs sur l'importance d'utiliser un langage commun et de mettre en place un dispositif d'information permettant aux personnes ayant signalé un incident de prendre connaissance des suites données à leur initiative.

Gino Tosolini, médecin et directeur général de l'Agence régionale de santé de Friuli Venezia Giulia en Italie, a mis en place un programme visant à développer une nouvelle gouvernance dans les services de soins et les hôpitaux locaux. Ce programme met à disposition un guide sur le signalement des incidents et infections, ainsi que sur les standards de qualité. Le but de ce programme est de développer un système d'information en matière de sécurité des soins et de standardisation des procédures permettant une formation et une communication efficaces.

Beaucoup considèrent qu'il est moins important d'obliger à signaler les erreurs médicales que de former les professionnels de santé à ce qu'ils doivent signaler. « *On a beaucoup débattu pour savoir s'il fallait que ces signalements soient obligatoires. Certains avaient le sentiment que si les signalements devenaient obligatoires, ils risquaient paradoxalement de ne pas être faits* », remarque Peter Honig, vice-président en charge des questions de réglementations internationales et de la sécurité des produits chez Merck. « *Une des solutions est de travailler davantage sur la formation des prestataires de soins. Bien que nous ne connaissions pas l'ampleur réelle du sous-signalement des incidents médicamenteux après commercialisation, on estime que seulement 10 % des événements indésirables sont signalés en pratique. Pourquoi ce taux est-il si bas ? La plupart des prestataires*



*de soins ne sont pas suffisamment formés pour reconnaître et rapporter ces incidents ».* L'industrie pharmaceutique met aujourd'hui au point des systèmes de pharmacovigilance qui incluent des dispositifs très pointus pour détecter les incidents. Judith M. Sills, pharmacienne et responsable mondiale en matière de sécurité médicamenteuse chez Novartis Pharmaceuticals, fait remarquer que *« la réflexion et la réglementation en matière de sécurité ne cessent d'évoluer. Si un système doit couvrir ce domaine, il doit donc être dynamique et souple. C'est pourquoi certaines sociétés choisissent de construire leurs propres systèmes de pharmacovigilance ».*

À Boston, les principaux centres hospitalo-universitaires de la faculté de médecine de Harvard sont allés encore plus loin en matière d'information des patients. Dans le cadre de nouvelles mesures actuellement à l'étude, les médecins recevraient une formation sur la façon de présenter des excuses aux patients lorsque les choses se passent mal. Ces hôpitaux se joindraient ainsi à un nombre croissant de centres médicaux et d'assureurs en responsabilité professionnelle qui encouragent l'information immédiate et la présentation d'excuses aux patients en cas d'incidents médicaux<sup>39</sup>.



### **Intéresser les professionnels de santé aux résultats, et non à l'activité, par la rémunération à la performance**

On attend des médecins qu'ils remplissent un rôle de « *gardien* » dans l'accès aux soins pour éviter les abus, mais souvent les systèmes d'incitation financière existants les conduisent à prescrire toujours davantage de soins. Les systèmes de rémunération à l'acte comme le développement des litiges pour faute médicale contribuent tous deux par exemple à la croissance du volume de soins. Par ailleurs, il apparaît que l'avis des patients est rarement pris en compte dans les décisions de prescription de soins alors que ces derniers sont souvent plus enclins à la parcimonie. *« Un quart des coûts médicaux supportés par le programme Medicare est le fruit d'une douzaine d'opérations pour le recours auxquelles la décision comporte une composante discrétionnaire et pour lesquelles il existe un outil d'aide au choix pour le patient »*, fait remarquer Jack Wennberg, très connu pour ses recherches sur les variations dans les pratiques de soins aux États-Unis pour le

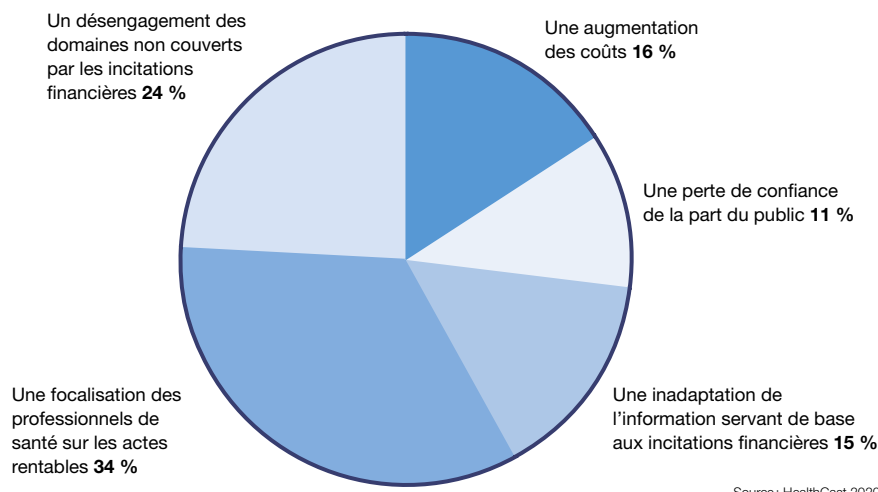
Dartmouth Atlas of Health Care. Lorsque sont organisés des essais cliniques donnant aux patients accès à ces outils d'aide à la décision, le nombre d'interventions chirurgicales diminue la plupart du temps quand les patients sont totalement informés. Plus de 50 % de cette baisse concerne des soins dont la demande est ordinairement sensible à l'offre (comme les soins de généralistes, les consultations de spécialistes, les hospitalisations et les séjours en unités de soins intensifs), et touche principalement les patients atteints de maladies chroniques. Concernant le problème d'une demande de soins apparaissant fonction de l'offre, Wennberg commente : *« Miami a des coûts deux fois plus élevés que Minneapolis concernant les soins pour lesquels la demande est sensible à l'offre, en grande partie parce qu'il y a à Miami plus de médecins et de lits d'hôpitaux et par conséquent une consommation plus importante. À l'inverse, pour les soins dits « discrétionnaires », à honoraires libres et non couverts par Medicare, il n'y a pas de corrélation avec la croissance globale des dépenses de soins. D'ailleurs, les tarifs à Miami sont plus élevés qu'à Minneapolis pour la plupart des soins concernés ».*

Trois facteurs ont entraîné l'adoption de systèmes de rémunération à la performance : la disponibilité de l'information, la possibilité d'un suivi en ligne et l'insatisfaction face au rythme du changement. Ces systèmes sont apparus comme le prolongement naturel des efforts pour surveiller et rendre compte de la qualité et de la sécurité des soins. En règle générale, les systèmes de rémunération à la performance récompensent les prestataires de soins sur la base de cinq critères principaux : les résultats, le respect de certaines procédures, la satisfaction des patients, la maîtrise des coûts et l'adoption des nouvelles technologies. Alors que de nombreux pays s'approprient à adopter des systèmes de rémunération des fournisseurs de soins basés sur leur performance, ils vont devoir tenir compte d'un certain nombre de risques identifiés par les participants à l'enquête *HealthCast 2020* (cf. Schéma 13).

Lorsque l'on demande aux participants à l'enquête *HealthCast 2020* quelle importance ils attribuent à la rémunération à la performance dans une optique d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, les réponses de 2005 diffèrent de celles données en 2002. Alors qu'en 2002, 69 % des personnes interrogées étaient favorables aux systèmes de rémunération à la performance,

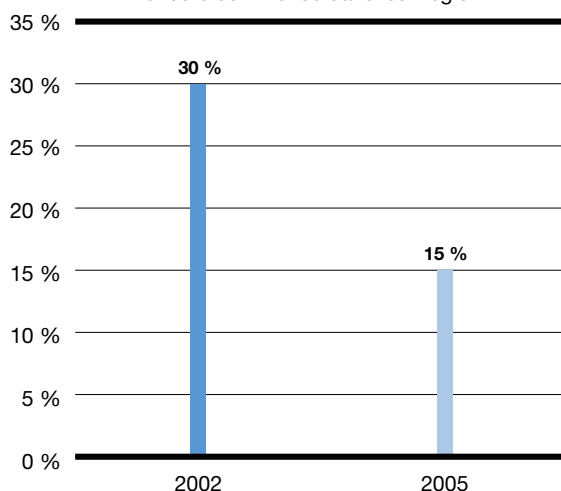


**SCHÉMA 13 :** Dans un système de rémunération à la performance, quel est à votre avis le risque majeur ?



ils ne sont plus que 61 % en 2005. Cette baisse d'enthousiasme relative mais réelle reflète probablement l'expérience de certains professionnels ou organismes de santé qui se sont trouvés pénalisés financièrement ou pensent l'être prochainement. L'enquête montre également que de plus en plus d'organismes mettent en place des systèmes de rémunération à la performance. En 2002, 70 % des organismes de santé interrogés avaient commencé à mettre en œuvre de tels dispositifs. Ils sont 85 % en 2005 (cf. Schéma 14).

**SCHÉMA 14 :** Proportion des personnes interrogées pour qui la mise en place de systèmes de rémunération à la performance n'a pas encore commencé dans leur région



Les organismes payeurs prennent conscience de la complexité de la mesure de la performance en matière de santé.

En Angleterre, le NHS utilise ainsi un ensemble de 146 indicateurs de performance destinés à identifier et à récompenser les pratiques de haute qualité en médecine générale. La somme de ces indicateurs permet de déterminer le « *bonus de performance* » attribué. Environ 18 % de la rémunération est ainsi indexée sur la performance<sup>40</sup>. Ces indicateurs couvrent un ensemble de pratiques organisationnelles et médicales. Dix maladies chroniques sont notamment prises en compte dont l'asthme, le diabète, l'hypertension artérielle et la santé mentale.

Aux États-Unis, une centaine de programmes de rémunération à la performance ont été mis en place par le gouvernement et les assureurs privés. Presque tous ces programmes ont démarré avec des groupements de médecins<sup>41</sup>. En Californie, l'Integrated Healthcare Association offre ainsi des primes aux médecins qui

effectuent sur leurs patients des dépistages du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein, des maladies coronariennes et d'autres pathologies dont le traitement est onéreux<sup>42</sup>.



### **Tirer les leçons des systèmes existants lors de la conception de systèmes de rémunération à la performance**

Depuis que les États-Unis ont remplacé dans les années 1980 leur ancien système de remboursement à l'acte par un système basé sur les « *Diagnosis Related Groups* » (DRG), cette méthode est considérée comme un nouveau moyen de rémunérer les soins. Les « *Diagnosis Related Groups* » ont été revus et adaptés dans de nombreux pays : une demi-douzaine de systèmes de santé européens sont en train de remplacer les budgets fixes par des dispositifs inspirés des DRGs qui rémunèrent les prestataires de soins sur la base de protocoles de soins, de leur performance ou d'un mélange des deux. Cependant, il n'y a bien sûr pas deux systèmes identiques.

Aux Pays-Bas par exemple, dans le cadre d'un système d'assurance maladie rénové lancé en 2006, les prestataires de soins et les sociétés d'assurance se mettent d'accord tous les ans sur un barème d'honoraires. Tant les remboursements « *de base* » que la part prise en charge complémentaire seront gérés par les compagnies d'assurances privées. Le système hollandais DTC, en cours de développement depuis près de quatre ans, est construit sur le concept des « *Diagnosis Related Groups* » et combine la rémunération des soins hospitaliers et des spécialistes.

En Espagne, c'est le choix des patients qui est utilisé au niveau régional de diverses façons pour faire évoluer les comportements des prestataires de soins. Dans la région de

Valence par exemple, le gouvernement a mis en place un dispositif innovant de rémunération à la performance. Dans trois autres provinces (Alzira, Torrevieja et Jávea), des compagnies d'assurance privées sont rémunérées par l'État à la capitation (c'est-à-dire qu'elles perçoivent une somme forfaitaire par patient) et passent des contrats avec les hôpitaux et les médecins généralistes. Ces compagnies sont chargées de la construction des infrastructures nécessaires, du recrutement du personnel et de la gestion des organismes de soins. Les usagers sont libres de choisir d'aller chez ces prestataires privés ou de se rendre dans une région voisine disposant de services de santé publics. Dans ce cas, la compagnie privée doit indemniser l'État pour tous les actes de soins reçus par le patient en dehors de sa région. C'est ce modèle économique qui a servi à la construction de nouveaux hôpitaux dans des régions où les hôpitaux publics n'existaient pas et à rénover certains hôpitaux publics existants. Un système similaire a été mis au point au Portugal, où le gouvernement prévoit de rénover une partie de son infrastructure hospitalière en recourant à ce type de mécanismes.



### **Être transparent ou disparaître**

D'après une étude de l'Université de Genève parue dans les Annales de la Médecine interne, 61 % des médecins se lavent les mains avant d'examiner un patient s'ils savent que quelqu'un les observe, tandis que seulement 44 % des médecins se les lavent s'ils pensent que personne ne les regarde<sup>43</sup>. Ce simple exemple illustre un facteur déterminant en matière de mesures relatives à la qualité et à l'efficacité des soins : on tend à se conformer davantage aux règles quand il y a un observateur. « Une transparence réelle dans le secteur de la santé permettra une tarification bien meilleure, des





dépenses mieux maîtrisées et une meilleure information sur la qualité des soins » fait remarquer Mark Roman, directeur en charge de la santé chez EDS, une société texane d'informatique. « *Cela aiderait à instaurer ou à restaurer la confiance dans le secteur* ».

Quelques exemples de transparence spontanée :

- Le St. George Hospital a récemment été le premier hôpital d'Angleterre à mettre spontanément en ligne le taux de complication rencontré par ses chirurgiens en cardiologie. « *Le souci d'améliorer la sécurité des patients est déterminant pour renforcer la diffusion d'informations* », estime Vaughan Lewis, pédiatre-conseil au Royal Devon & Exeter Healthcare, un centre de soins de pointe dépendant du NHS. Le Conseil sud-africain des organismes financeurs de soins envisage également de publier les données relatives aux coûts et à la qualité des soins des groupes hospitaliers d'Afrique du Sud. L'Andalousie, province autonome espagnole, rend transparente la performance des hôpitaux publics grâce à la publication en ligne de 26 indicateurs concernant l'accessibilité, les activités de soins et la satisfaction des patients.
- En Allemagne, l'Institut pour la qualité et l'efficacité des soins a été mis en place en 2004 pour fournir une évaluation scientifique de l'utilisation, de la qualité et de l'efficacité des services de soins et des produits pharmaceutiques. L'Institut a également évalué d'une part les protocoles de soins, faisant à cette occasion des recommandations

en matière de gestion des épidémies, d'autre part la publication d'informations sur la santé à destination des patients et des usagers<sup>44</sup>. Les résultats tirés des données recueillies par l'Institut en 2005 seront publiés en 2006. Pour l'instant, les prestataires de soins ne se sont pas montrés particulièrement enthousiastes pour publier leurs informations en matière de volume, de coûts et de qualité des soins. Comme le fait remarquer Eugen Münch, président du Conseil de surveillance et ancien directeur général de RHÖN-KLINIKUM AG : « *En Allemagne, la qualité est certes à un niveau relativement élevé, mais il y a toujours un manque de transparence. La principale raison en est que les médecins ne s'intéressent pas au signalement des traitements médicaux défectueux, or sans une grande transparence, les patients ne disposent pas de l'information appropriée* ». Les responsables du système de santé allemand comprennent bien que l'information sur l'efficacité des traitements médicaux est une bonne chose. Bert Uwe Drechsel et Peter Küstermann, respectivement membre du conseil d'administration et directeur financier des cliniques Helios Kliniken en Allemagne, sont ainsi convaincus que « *les coûts des traitements médicaux seront réduits grâce à une qualité accrue, car la durée des séjours diminuera et les erreurs de traitements seront moins nombreuses* ».

- Aux Pays-Bas, le programme Sneller Beter (« *Mieux et plus vite* ») a été lancé conjointement en 2003 par le ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports et l'Association des hôpitaux hollandais. Ce programme comprend trois principaux

domaines d'action : l'analyse comparative de la performance pour les hôpitaux et les soins généralistes ; la mise en place d'indicateurs de suivi destinés à rendre les soins meilleurs et plus sûrs ; et des actions relatives à la qualité, l'innovation et l'efficacité en matière de soins qui visent à obtenir rapidement des résultats importants dans les domaines de la sécurité des patients, de l'organisation des soins et du pilotage de l'offre de soins. Le ministère hollandais de la Santé a par ailleurs financé un système multidimensionnel d'analyse comparative de l'offre de soins à domicile qui a été cité par l'OCDE pour son exemplarité. Ce système inclut notamment des indicateurs spécifiques en matière de qualité des soins, d'efficience et de satisfaction des patients comme du personnel. Cette initiative a entraîné une amélioration générale des performances et a été étendue aux soins de longue durée et à la rééducation.

- Rien qu'aux États-Unis, le nombre de sites web qui fournissent, soit des données de nature médicale sur les hôpitaux, soit des informations sur la satisfaction des patients, est passé de moins de 10 à 47 au cours de la dernière décennie<sup>45</sup>. La quasi totalité des 4 200 hôpitaux généraux du pays - à l'exception d'une soixantaine - transmettent spontanément des informations au programme Medicare en échange de taux de remboursement plus élevés. Sur cette base, le programme publie en ligne un classement des hôpitaux à partir de 10 mesures de qualité qui font consensus en matière de traitement des affections cardiaques et des pneumonies. Un autre exemple est celui de la chaîne d'hôpitaux Norton Healthcare, dans l'ouest du Kentucky, qui publie 200 indicateurs de qualité en ligne. Quand les données sont disponibles, il présente aussi le classement de chacun des hôpitaux du groupe par rapport à la moyenne tant des hôpitaux du Kentucky que de l'ensemble des États-Unis.



#### **Utiliser la recherche d'une meilleure qualité des soins pour faire progresser le marché**

A mesure que l'exigence de transparence se diffuse au niveau mondial, les organismes de soins vont faire jouer la concurrence entre eux sur des critères de qualité et de prix des soins. « Les meilleurs leviers d'amélioration de la qualité des soins sont le jeu de la concurrence

et le fait qu'un organisme de soins dont les patients seraient insatisfaits sera exclu du marché », estime Axel Paeger, directeur général chez AMEOS, une chaîne d'hôpitaux privés basée en Suisse qui fournit des soins de court séjour et de psychiatrie en Allemagne. « La transparence doit être évaluée non par l'intermédiaire de la réglementation mais par le jeu de la concurrence et d'un dialogue volontaire qui inclut les patients dans la prise de décision », indique pour sa part Reinhard Schwarz, directeur général de Sana Kliniken en Allemagne, un hôpital privé de court séjour. La concurrence encourage aussi la spécialisation en mettant l'accent sur la productivité. Au Canada, une approche de type « chaîne de production » appliquée aux interventions chirurgicales sur les hernies a permis une amélioration de la productivité et de la sécurité. Les chirurgiens de l'hôpital Shouldice, qui comprend un centre d'excellence en matière de traitement des hernies de la paroi abdominale, effectuent environ 30 opérations de ce type par chirurgien et par jour. La nature répétitive de l'intervention rend les chirurgiens hautement productifs et augmente la qualité des soins.

## Facteur de soutenabilité n° 5

Une répartition stratégique des ressources : l'allocation des ressources doit satisfaire les demandes concurrentes en matière de soins, en veillant à la fois à maîtriser les coûts et à permettre au plus grand nombre un accès aux soins.

*« Le système médical japonais n'a pas forcément été conçu ni mis en place dans le but de répondre aux demandes des patients et ses insuffisances demandent aujourd'hui une réponse. La future réforme devra ainsi se concentrer sur ce qui est le mieux pour le patient, du point de vue du patient ».*

Shigehiko Kamoshita, directeur de l'hôpital San-iku Kai au Japon

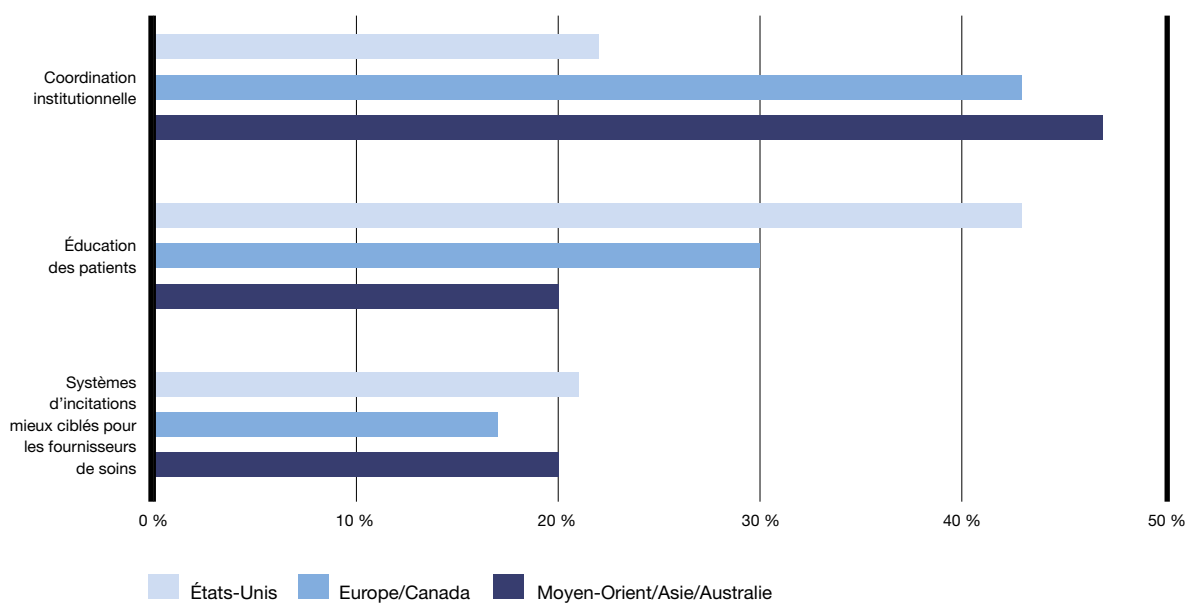


Les patients vivent la maladie comme un événement continu au cours duquel différents types de soins sont nécessaires. Le traitement d'un patient oblige les organismes de soins à trouver le moyen de faciliter le passage du patient d'un professionnel de santé à l'autre et de faciliter le partage d'informations entre les différents intervenants de la chaîne de soins (hôpitaux, services de soins à domicile, etc.). L'existence dans certains pays de multiples sources de financement dans le domaine de la santé a renforcé la tendance à une délivrance des soins au sein d'organisations séparées, ce qui ne correspond pas au besoin qu'ont les patients d'un parcours de soins décloisonné. Une coordination des soins tout au long du parcours du patient permettrait au contraire une amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Les solutions retenues pour une meilleure coordination des soins doivent être adaptées au contexte social et politique dans lequel elles sont mises en place. Un élément essentiel est de trouver le bon équilibre entre choix individuel et solidarité. Ainsi lorsque l'on demande aux participants américains à l'enquête *HealthCast 2020* comment mieux coordonner les soins, ils répondent majoritairement que la responsabilité devrait en incomber aux patients qui devraient recevoir une véritable éducation sur les traitements médicaux et les fournisseurs de soins (cf. Schéma 15). Les personnes interrogées issues de pays où existent des régimes d'assurance maladie universelle financés par l'État comme en Europe et au Canada se prononcent pour leur part clairement en faveur d'une coordination institutionnelle, ce qui est bien sûr une solution plus simple à mettre en œuvre avec un système de financement unitaire qu'avec un système de financement fragmenté. Cette philosophie se décline selon le degré d'implication financière des usagers du système de santé.



**SCHEMA 15:** Quelle est la manière la plus efficace d'assurer une meilleure coordination des soins ?



Lorsque les systèmes de santé cherchent à répartir correctement les ressources dont ils disposent, ils sont confrontés aux obstacles suivants :

- Les systèmes de santé sont organisés autour des besoins des médecins ;
- Les capitaux manquent pour rénover et reconstruire ;
- Les capitaux et les dispositifs de remboursement se sont jusqu'ici surtout concentrés sur les hôpitaux et les soins de courte durée.

## Bonnes pratiques transférables



### Organiser les soins autour du patient

Dans l'État de Victoria en Australie, 45 hôpitaux fournissent des services hospitaliers à domicile. D'initiative gouvernementale, ce programme offre des soins de type hospitalier comme l'administration d'antibiotiques par intraveineuse, les soins post-opératoires, les soins en matière de plaies non-chirurgicales et la chimiothérapie. L'Alfred Hospital, qui représente actuellement l'un des plus importants programmes de soins en Australie, donne un bon exemple des services

disponibles à travers les programmes de services hospitaliers à domicile. Le programme Alfred@Home comprend ainsi une permanence 24h/24 donnant accès à un médecin et à des produits pharmaceutiques. Les patients sont examinés régulièrement en clinique par leur médecin et se voit attribuer un coordinateur dans le cadre du programme

Orbis Medisch en Zorgconcern est un fournisseur de soins hollandais qui propose une chaîne de soins intégrée organisée autour des besoins du patient. Cela signifie que le point d'entrée du patient dans le parcours de soins (par exemple le médecin généraliste) est interconnecté au processus d'orientation du patient vers un service hospitalier grâce à une technologie adaptée, de type dossier médical électronique partagé. Cette coordination se poursuit au point de sortie de l'hôpital par un lien avec les services de rééducation et de soins à domicile. D'après Ludo Jansen, le PDG d'Orbis, « *un élément essentiel a été de faciliter les transitions et les orientations au sein du parcours de soins du patient qui ainsi ne se retrouve plus à devoir trouver lui-même son chemin dans un système complexe* ». Cette démarche s'est traduite par une amélioration de la qualité des soins, une réduction du nombre des consultations médicales, une plus grande rapidité de traitement, des économies de coûts

et une circulation plus fluide de l'information. Les assureurs de santé s'intéressent eux aussi de plus en plus à ce type d'organisation des soins dans une optique de maîtrise des coûts et de garantie quant à la qualité des soins.



### **Déplacer les informations, pas les personnes**

Les hôpitaux ruraux en Allemagne sont en train de se convertir en centres de diagnostics numériques. Grâce à la transmission de données par voie électronique, RHÖN-KLINIKUM AG, le plus grand groupe de soins allemand coté en Bourse, prévoit de relier de petits hôpitaux qu'il a récemment acquis à des services médicaux hautement spécialisés. Les diagnostics seront effectués grâce à un dispositif de télémédecine qui donne accès à une expertise médicale de pointe.

Comptant de vastes régions avec peu de médecins, la Norvège s'est convertie à la télémédecine. À Oslo, le ratio patients/spécialiste est de 291 pour 1 alors que dans la région rurale du Finnmark, il est de 1 194 pour 1. Cette situation est exacerbée par les longues distances et un climat froid et rigoureux qui rend les trajets difficiles, surtout pendant l'hiver. En 2004, le gouvernement a dépensé 1,9 milliards de couronnes norvégiennes (240 millions d'euros) pour transporter des patients vers les hôpitaux qui sont le plus souvent situés dans les grandes villes régionales puis les en ramener. Les contraintes que cela impliquait sur les traitements décourageaient souvent les patients de se faire soigner jusqu'à ce que cela devienne urgent, ce qui augmentait souvent la gravité de leur état, les délais de rétablissement et les complications éventuelles. Les responsables gouvernementaux, qui se trouvaient face à un système traditionnel et onéreux de financement par tierce-partie, ont cherché ce qui pouvait inciter à une utilisation plus efficace des capacités disponibles et au développement de solutions locales. En 2003, le gouvernement a ainsi entamé un transfert échelonné (jusqu'en 2006) à la fois du financement et de la responsabilité du transport des patients à cinq autorités régionales de santé. Des idées nouvelles sont apparues au cours du débat sur les moyens alternatifs de fournir des soins à la population, et notamment le recours à la télémédecine. Le gouvernement norvégien s'appuyait dans sa démarche sur un principe simple: faire évoluer le système d'incitations pour encourager le déplacement des

informations plutôt que celui des patients. Pour permettre le déploiement de la télémédecine, il a fallu relever de nombreux défis:

- Mettre au point de nouvelles procédures pour identifier et documenter les traitements médicaux initiés par voie électronique;
- Coordonner les systèmes d'informations et la gestion administrative pour créer un véritable réseau des fournisseurs de soins;
- Accroître la standardisation des protocoles de soins pour réduire la disparité dans les traitements médicaux;
- Élaborer un dispositif de remboursement permettant de suivre les services rendus.



### **Éviter l'exclusion des patients « coûteux »**

Les incitations financières qui sous-tendent le bon fonctionnement d'un marché concurrentiel entraînent souvent des effets indésirés. Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête *HealthCast 2020* estiment que le risque majeur lié à ces incitations financières est de voir les fournisseurs de soins se concentrer sur les actes médicaux les plus rentables au détriment des domaines non couverts par ces incitations. Dans un tel cas, les gouvernements doivent souvent intervenir pour réguler la concurrence et s'assurer que les incitations contribuent bien à assurer la soutenabilité du système de santé.

A Singapour par exemple, le système de soins public repose sur deux groupes d'hôpitaux mis en compétition: le Singapore Health Services et le National Healthcare Group. Chacun possède ses hôpitaux, ses spécialistes, ses centres médicaux spécialisés et ses polycliniques. La concurrence qui existait entre ces deux groupes a changé de forme lorsque le système de remboursement des soins est passé d'un financement à l'acte à une allocation globale, ce qui a incité les deux groupes à s'adresser des cas l'un à l'autre et a ainsi permis d'optimiser les dépenses. Par exemple, l'un des groupes d'hôpitaux a fermé son service d'urgence afin que les patients se dirigent vers le service correspondant de l'autre groupe.



### **Se rapprocher des patients**

Les systèmes de santé tentent de se rapprocher géographiquement des patients en proposant des unités de soins plus petites et

moins chères à construire. Un exemple de ce phénomène est l'explosion du nombre de petits hôpitaux spécialisés et de centres de chirurgie ambulatoire aux États-Unis qui contribuent à rapprocher les soins des patients. Plus de 100 hôpitaux spécialisés ont ainsi été construits au cours des cinq dernières années aux États-Unis.

Dans la province autonome d'Andalousie en Espagne, 17 nouveaux « CHARES » (Centros Hospitalarios de Alta Resolución, centres hospitaliers de haute résolution) sont en construction. Ces nouveaux hôpitaux seront de petite taille et construits autour des principes d'accessibilité, de rapidité, d'efficacité, et de numérisation des informations médicales. Les CHARES apporteront des alternatives innovantes aux hôpitaux de court séjour traditionnels, comme la chirurgie ambulatoire, des délais d'attente réduits et une logistique destinée à améliorer les consultations externes et les procédures de diagnostic. L'initiative CHARES s'annonce comme pouvant complètement transformer le réseau hospitalier traditionnel de cette région.

Parmi les responsables d'hôpitaux allemands interrogés en 2005 par PricewaterhouseCoopers, 120 directeurs généraux et directeurs financiers entrevoyaient un processus de consolidation à l'œuvre sur le marché allemand qui va entraîner une réduction du nombre d'hôpitaux dans ce pays. Plus d'un tiers des personnes interrogées déclarent avoir l'intention d'instituer des « *centres d'aide médicale* » (centres ambulatoires) et 50 % déclarent rechercher une coopération plus soutenue avec les autres hôpitaux. Cette

évolution du marché allemand vers des services de soins décloisonnés et un développement des traitements ambulatoires devrait s'appuyer sur un renforcement de la prévention, de l'auto-traitement, des soins généralistes, des cliniques de jour et de la télémédecine.



## Facteur de soutenabilité n° 6

Un climat d'innovation : l'innovation, la technologie et les nouveaux modes de fonctionnement sont un moyen d'améliorer sans cesse la qualité, l'efficacité et l'efficience des traitements médicaux.

*« C'est une chose d'introduire une nouvelle technologie qui permette un diagnostic bien plus complet d'un problème donné; mais si vous ne disposez pas des moyens de traiter et de répondre au problème identifié grâce à cette technologie, où est l'avantage ? »*

Graham Scott, président de l'Institut Canadien pour l'Information sur la Santé



Toutes les organisations de santé, depuis les plus petits fournisseurs de soins locaux jusqu'aux centres hospitalo-universitaires les plus renommés au monde, ont à la fois la responsabilité et l'opportunité d'entretenir l'innovation. L'innovation peut influencer les politiques de santé, ce qui est nécessaire pour que ces politiques répondent toujours mieux aux besoins des usagers, pour que les systèmes de santé deviennent durables et enfin pour parvenir à une amélioration de la santé de la population. Pour J. David Liss, vice-président du Presbyterian Hospital System de New York, « chaque hôpital, à n'importe quel niveau de soins et dans n'importe quelle communauté, doit se positionner comme un centre d'innovation, un organisme leader et précurseur, et non comme une victime des politiques publiques menées. Il incombe aux hôpitaux de maximiser l'impact des soins qu'ils dispensent en promouvant la santé comme une priorité nationale ».

Pour être durables, les organisations de santé doivent innover dans leur façon d'adopter les nouvelles technologies de l'information en matière médicale et biomédicale. La technologie est souvent stigmatisée, étant perçue comme un facteur d'accroissement des dépenses de santé. Les technologies médicales sont majoritairement considérées par les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête *HealthCast 2020* comme un facteur d'augmentation des dépenses de santé. L'enquête montre toutefois qu'une minorité considère que la maîtrise ou le rationnement de l'usage des technologies médicales est un facteur important ou très important de soutenabilité à long terme du système de santé. En clair, peu souhaitent arrêter la marche de l'innovation technologique. Peut-être savent-ils que l'innovation pourra demain leur apporter des bénéfices. Selon un rapport récemment publié par la Commission européenne, l'Europe est en train de glisser à la seconde place derrière les États-Unis en matière d'innovation dans l'industrie pharmaceutique et il faut qu'elle modernise non seulement sa recherche et développement dans ce secteur mais aussi ses systèmes de santé pour inverser cette tendance<sup>46</sup>.

En tout cas, ne pas utiliser les innovations technologiques à bon escient et ne pas faire évoluer les modes de gestion de manière appropriée augmente encore davantage les coûts. « *Nous [les assureurs] n'avons pas su tirer correctement parti des technologies médicales, et cela joue contre nous. Elles sont devenues un facteur d'augmentation de nos dépenses alors que la plupart des théories économiques prédisent qu'elles réduisent les coûts* » confie Russell Schneider, directeur général de l'Australian Health Insurance Association Ltd. Il est en tout cas certain que l'utilisation des technologies médicales varie considérablement autour du globe (cf. p. 50 : Une journée dans la vie d'un IRM).

D'après l'enquête *HealthCast 2020*, les technologies de l'information sont perçues comme un facteur contribuant à résoudre les problèmes de santé mais non comme une solution en elles-mêmes. La vaste majorité des personnes interrogées considère les technologies de l'information comme importantes ou très importantes pour la coordination des soins (73 %) et l'amélioration du partage d'informations (78 %). Un nombre plus réduit considère qu'elles sont importantes ou très importantes pour améliorer la sécurité des patients (54 %) ou restaurer leur confiance dans le système de soins (35 %).

L'innovation doit être envisagée à travers toute la « *chaîne de la valeur* ». Elle dépasse le stricte cadre de la technologie. Elle permet d'apporter des réponses à des besoins non satisfaits, d'encourager le changement et les améliorations et de diffuser les bonnes pratiques. Tandis que les systèmes de santé évoluent vers la soutenabilité à travers l'adoption d'innovations appropriées, ils sont confrontés aux obstacles suivants :

- Les organisations résistent au changement ;
- Les technologies médicales innovantes permettent des diagnostics plus précoces qui peuvent augmenter le coût global des traitements ;
- Le développement et la mise en place des technologies demandent des investissements importants qui dépassent les moyens de beaucoup d'organisations de santé.

## Bonnes pratiques transférables



### Aider les salariés et les médecins à changer de façon de travailler et de mode de fonctionnement

Kaiser Permanente, l'organisme d'assurance-maladie et le fournisseur de soins le plus important des États-Unis, est en train d'investir près de 2 milliards de dollars dans KP HealthConnect, un projet d'informatisation des dossiers médicaux. Le projet a été conçu en intégrant entre autres choses les besoins de formation des salariés dont le rôle allait être modifié. « *KP HealthConnect est actuellement le plus grand projet de transformation d'entreprise ayant un impact sur les employés* », souligne Linda Trembl, directrice chargée du management stratégique des ressources humaines pour le Nord de la Californie chez Kaiser Permanente. Le projet inclut une aide à la transition professionnelle comprenant des conseils en termes de carrière, une évaluation des compétences, des formations et une initiation à l'informatique. Les médecins de Kaiser reçoivent une formation sur la façon de conduire un entretien avec un patient qui fait intervenir « *une troisième personne dans la pièce* », cette « *troisième personne* » étant l'écran d'ordinateur.

En Hollande comme aux États-Unis, les fournisseurs de soins à domicile forment les infirmières et les aides à l'utilisation d'ordinateurs portables et d'assistants numériques personnels disposant d'un accès Internet leur permettant de mettre à jour à distance les dossiers médicaux électroniques des patients. Dans les deux pays, ces initiatives sont motivées par le besoin de créer plus d'efficacité, de faciliter le transfert d'informations et d'améliorer la qualité par la standardisation des procédures de soins. Toutefois, les organismes de soins à domicile indiquent qu'il faut parfois aux infirmières de 18 à 24 mois pour s'adapter à l'utilisation des assistants numériques personnels et des ordinateurs portables.





### Personnaliser au maximum les médicaments et les soins en fonction des patients grâce à la pharmacogénomique

Tandis que le secteur de la santé se mondialise, les soins vont pour leur part être de plus en plus personnalisés. La pharmacogénomique est en train de changer la façon dont les médicaments sont découverts, testés, commercialisés et prescrits à mesure que l'on passe de traitements mis en œuvre en fonction des symptômes des patients à des thérapies reposant sur leur profil génétique. En identifiant les marqueurs génétiques correspondant à une condition donnée, les chercheurs espèrent mettre au point des médicaments et des thérapies qui s'attaquent davantage aux causes profondes des maladies qu'elles n'en font disparaître les symptômes. « L'émergence de la pharmacogénomique peut être l'occasion pour l'industrie pharmaceutique et les médecins de mettre au point des thérapies plus efficaces pour les patients tout en réduisant tant le coût de développement des médicaments que plus généralement le coût des soins. Grâce aux progrès de notre connaissance des maladies humaines et le recours à la pharmacogénomique, la recherche peut maintenant se concentrer sur 5 000 cibles au lieu de 500 », estime Denny Van Liew, directeur au sein de l'équipe de management stratégique du département Global Research & Development de Pfizer, qui est engagée à ce jour dans 430 projets de développement de médicaments.

La pharmacogénomique a de grandes implications pour les professionnels de santé. « Nous commençons à reconnaître que les différents groupes ethniques réagissent différemment aux médicaments », confie Herbert Pardes, du New York Presbyterian. « Malgré l'existence de solutions mondiales, nous aurons toujours besoin d'approches différenciées localement ». Par exemple, le New York Presbyterian dépense plus de 2 millions de dollars chaque année pour faire bénéficier ses patients des services d'interprètes.



### Prendre en compte l'impact de la technologie sur la productivité et l'espérance de vie

Peut-on donner un prix à la santé ? Les dépenses de santé ne cessent d'augmenter, mais il en est de même pour l'espérance de vie. Faire une analyse coûts-bénéfices en matière

de santé n'est pas aisé mais est parfaitement possible. David Cutler, professeur d'économie à Harvard, a par exemple analysé qu'en matière de traitement et de prise en charge des affections cardiaques, des enfants prématurés, des dépressions et des cataractes, le bénéfice des progrès technologiques dépassait largement leur coût<sup>47</sup>. Les maladies cardiaques représentent jusqu'à 10 % de la totalité des dépenses de santé et le taux de mortalité dans les pays de l'OCDE ne cesse de chuter depuis 1970.

Robert Galvin, médecin et directeur mondial de la division santé chez General Electric Healthcare, fait remarquer : « Le passage d'une optique de réduction des coûts à une optique d'analyse de la valeur constitue un changement profond et réel. La poursuite sans relâche d'une réduction des coûts en tant qu'objectif unique de la gestion des soins n'est pas tenable sur le long terme et est largement rejetée par les professionnels de santé, les patients et l'opinion publique en général. Analyser la valeur signifie être prêt à investir dans les innovations valables tout en disant non à celles qui ne génèrent pas le surplus de qualité et d'efficacité attendu ». Il reste que le niveau d'investissement devient une source de controverse. Les défibrillateurs implantables par exemple, qui ont été comparés aux airbags dans les voitures, sont des appareils mis en place chez un nombre croissant de malades cardiaques, à raison de plus de 20 000 dollars par patient. « La résistance des organismes financeurs à l'encontre des innovations technologiques est tout simplement incroyable », s'étonne Denis Hogg, directeur général de l'hôpital Epworth dans l'État de Victoria en Australie. « Les anciennes procédures invasives sont effectivement moins chères à mettre en œuvre, mais elles reviennent au final plus cher aux entreprises et à la société car les gens ne peuvent pas reprendre leur activité aussi rapidement. A cela, les organismes financeurs répondent logiquement : ce n'est pas notre problème, nous ne sommes pas là pour financer le bien-être de la population ».



### Être à l'écoute des usagers

A l'occasion de l'enquête HealthCast 2010 menée en 1999, seuls 24 % des personnes interrogées se déclaraient d'accord avec cette affirmation : « Les hôpitaux ou les complexes hospitaliers sont en mesure de répondre aux besoins et aux demandes d'usagers de plus en plus informés et exigeants ». Six ans plus tard,

dans notre enquête de 2005, ils sont 35 % à répondre affirmativement à cette question.

Dans un secteur de plus en plus centré sur l'utilisateur, les prestataires de soins doivent se concentrer sur la façon d'améliorer leurs relations avec les patients. *« Mon père subissait un traitement. Il a commencé à en parler, et la façon dont le traitement était administré m'a fait réfléchir. Je lui ai donc donné une liste de questions à poser la prochaine fois qu'il irait à l'hôpital. Son médecin lui a alors dit que s'il continuait à poser toutes ces questions, il cesserait de s'occuper de lui. Mon père a répondu : si vous ne pouvez pas répondre à ces questions, alors peut-être que vous ne devriez pas me soigner »* raconte Mark Roman, responsable des prestations de santé chez EDS, une société américaine de technologies de l'information.

Dans les années qui viennent, un pourcentage plus important de médecins sera des femmes, dont certaines ont une approche de la profession différente de celle des hommes. En Australie, les médecins généralistes femmes d'un centre médical de Brisbane peuvent facturer 5 dollars de plus par consultation parce qu'elles passent plus de temps avec les patients et abordent plus de problèmes que leurs confrères hommes<sup>48</sup>. Cela a été parfaitement accepté par des patients recherchant une prise en charge plus personnalisée.

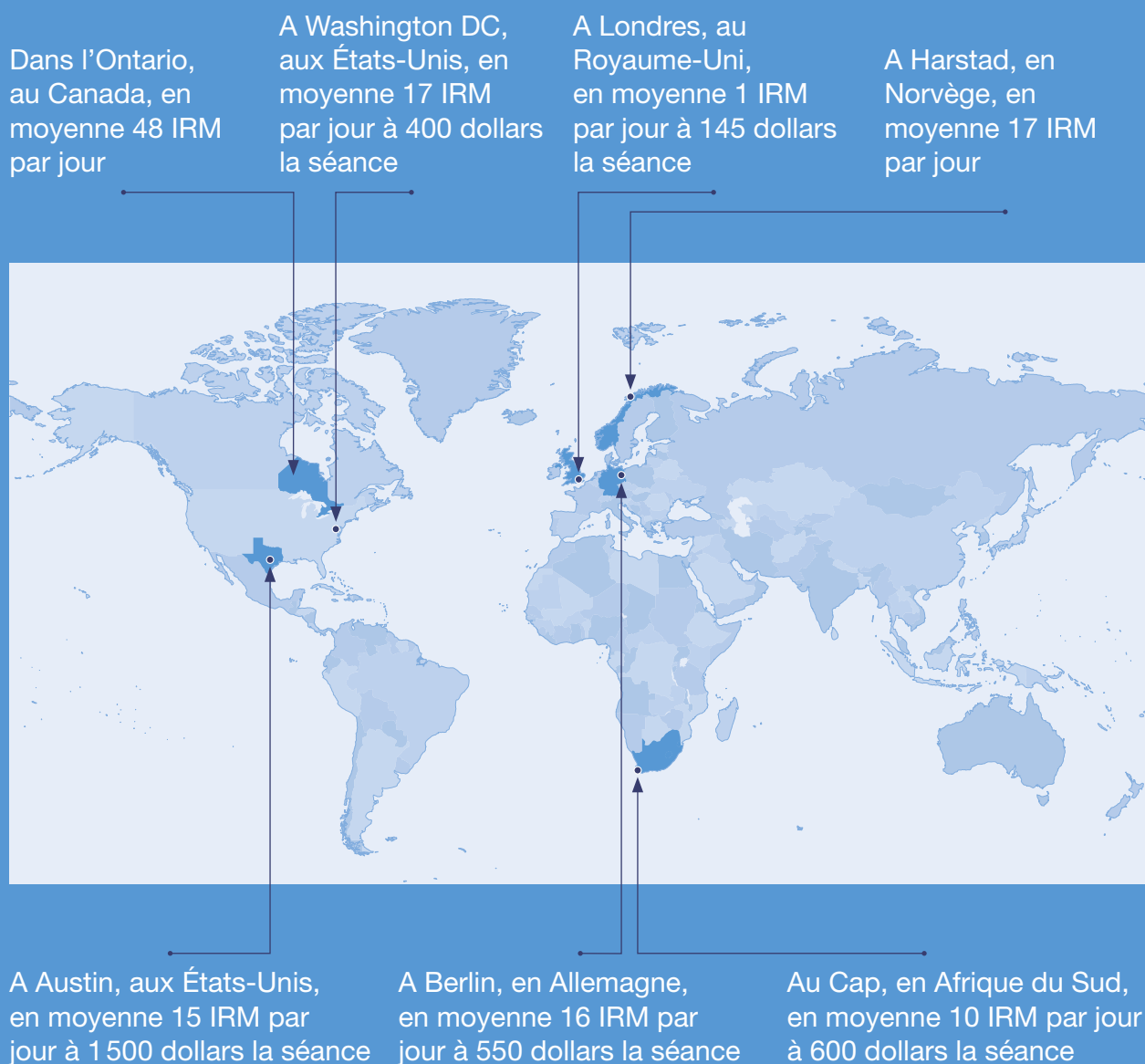
Concernant les personnes âgées, la société BEI, l'une des plus grandes chaînes de maisons de retraite aux États-Unis, rénove un grand nombre de ses résidences pour que les pensionnaires s'y sentent davantage chez eux : les repas sont servis dans une ambiance conviviale et il y a un point de rencontre sous une véranda où les résidents peuvent se réunir.

Pour Patricia Kolling, responsable en charge du respect des réglementations chez BEI : *« La plus grande exigence des usagers en matière de soins est une menace qui pèse sur les maisons de retraites telles qu'elles existent aujourd'hui »*.

Dans certaines régions d'Italie, les personnes âgées reçoivent d'organisations privées des bons pour payer des soins à domicile. Cette initiative a été conçue pour réduire la demande de lits en soins de longue durée et pour améliorer la qualité de vie de la population âgée.



SCHÉMA 16: Sept IRM dans sept villes du monde



Source: PricewaterhouseCoopers Health Research Institute

## Washington DC, États-Unis – Une médecine de pointe

Situé sur le campus d'un centre hospitalo-universitaire de premier plan, cet IRM est la propriété de l'hôpital et fonctionne sept jours sur sept, du matin au soir, réalisant en moyenne une séance d'imagerie par heure. Aucun patient n'est admis sans prescription d'un médecin et toutes les factures sont payées par le gouvernement et les assurances privées. Un manipulateur fait fonctionner l'appareil et les résultats sont interprétés par un médecin qui peut ne pas être sur place.

## Austin, États-Unis – Rentabiliser

Avec un investisseur extérieur et quatre investisseurs médecins, cet IRM a été conçu pour permettre un bon retour sur investissement. Il fonctionne six jours sur sept, réalisant en moyenne deux séances d'imagerie par heure. Les patients doivent avoir une prescription d'un médecin pour accéder à l'IRM, mais ils peuvent obtenir d'être traités dans la journée s'ils le souhaitent. Des manipulateurs sont sur place pour faire fonctionner l'appareil.

## Berlin, Allemagne – Un radiologue sur place

En semaine, cette machine fonctionne à raison de deux séances par heure durant la journée. La nuit et les week-ends, l'IRM est inactif, sauf en cas d'urgence. La plupart des Allemands ne voient jamais de facture, car le régime public d'assurance maladie de ce pays rémunère directement les médecins sur une base trimestrielle. Certains usagers ont une assurance privée à laquelle ils doivent soumettre leurs factures pour règlement. Contrairement aux appareils américains, un manipulateur et un radiologue supervisent le fonctionnement de l'IRM.

## Le Cap, Afrique du Sud – Traité le jour même

Les patients peuvent être envoyés par un médecin ou venir d'eux-mêmes. Si le patient est assuré, l'approbation préalable d'un médecin est nécessaire à la prise en charge. Cet IRM fonctionne cinq jours sur sept, mais à raison en moyenne d'un patient par heure seulement. Cet IRM est la propriété de radiologues privés qui traitent votre cas le jour même ou sous 24 heures au maximum.

## Harstad, Norvège – Sept jours sur sept

Propriété de l'hôpital, cet IRM fonctionne 10 heures par jour et sept jours sur sept, ce qui en fait un IRM très utilisé. Les patients doivent avoir une prescription d'un médecin pour accéder à l'IRM. Ils doivent payer un forfait de 30 dollars s'ils ne sont pas patients de l'hôpital, ces derniers ne payant rien. Comme pour l'IRM de Berlin, un manipulateur et un radiologue assurent le fonctionnement l'appareil.

## Londres, Angleterre – Pas d'argent, pas de personnel

Cet IRM basé à l'hôpital est la propriété du gouvernement et ne fonctionne qu'à mi-temps pour des raisons de maîtrise des coûts destinée à juguler un important déficit budgétaire. La productivité y est un enjeu majeur, mais comme il n'y a pas assez d'argent pour payer les manipulateurs, cet IRM est classé parmi les cinq plus mauvais d'Angleterre concernant les délais d'attente. Les patients doivent avoir une prescription d'un spécialiste ou de leur médecin de famille, mais ni l'un ni l'autre ne leur seront d'une grande utilité avec un appareil qui ne réalise que 10 séances par semaine.

## Ontario, Canada – L'IRM le plus productif

Le gouvernement canadien a fait un gros effort pour réduire le délai d'attente pour accéder à cet IRM. Aujourd'hui, le délai moyen est de 6 semaines contre 22 semaines auparavant. Propriété de l'hôpital, cet IRM fonctionne 24 heures sur 24 en semaine et 16 heures par jour le week-end, avec des séances d'une durée moyenne de 30 minutes. Une prescription de médecin est requise et une équipe de sept manipulateurs permet de tenir le rythme de fonctionnement tandis que 10 radiologues se relaient pour interpréter les résultats. Tous les frais sont pris en charge par le régime public d'assurance maladie de la province.

## Facteur de soutenabilité n° 7

Des acteurs et des structures de soins adaptables : une organisation plus flexible et une définition plus large des rôles en matière de soins doivent déboucher sur des procédures davantage centrées sur les besoins du patient.

*« Je pense que nous avons dépassé l'idée que les gens auront un seul métier pour leur vie entière. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Nous sommes à une époque où les gens font trois carrières différentes durant leur vie. Nous devrions partir du principe que ce sera aussi le cas pour nos personnels de santé et planifier nos ressources humaines en conséquence ».*

Kathy Eagar, professeur à l'Université de Wollongong en Australie et spécialiste du développement des services de santé



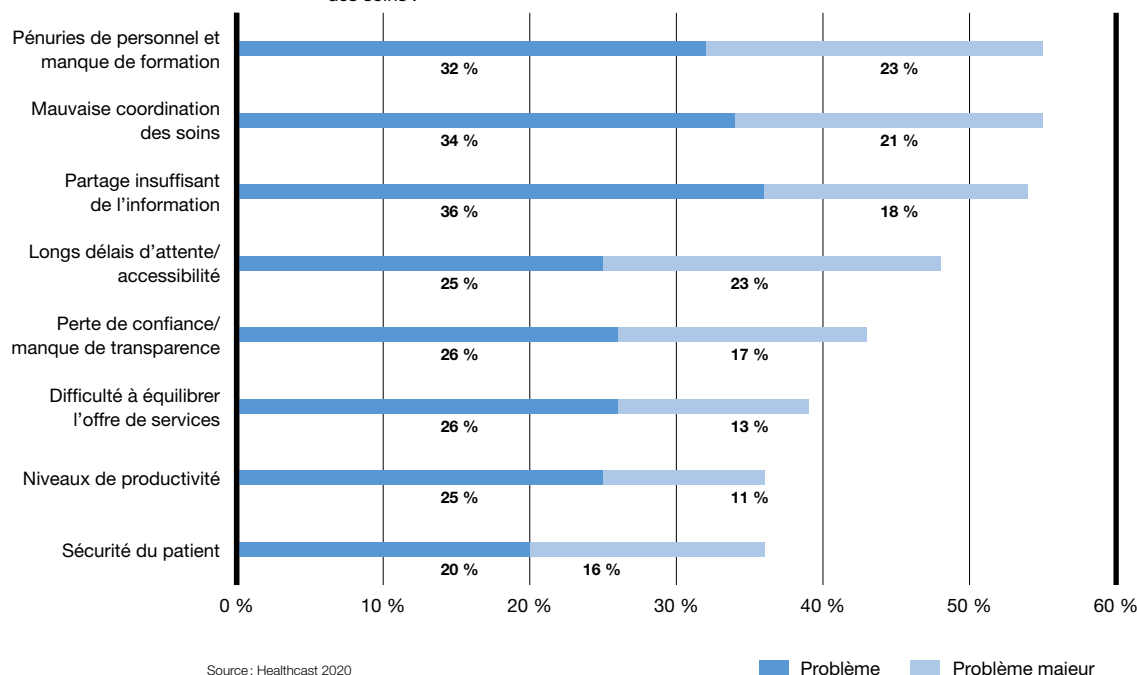
La santé est une affaire de lieux et de personnes. Une définition étroite des rôles en matière de soins, comme une culture et des structures médicales rigides, sont préjudiciables aux systèmes de santé durables. La technologie supprime certains emplois et en crée de nouveaux par exemple en informatique et en pharmacogénomique. Elle permet aussi d'offrir de meilleurs soins dans les cliniques, dans les cabinets médicaux et même à domicile.

Les hôpitaux requièrent traditionnellement que les patients et les médecins viennent à eux. La plupart des hôpitaux ont été construits sur un modèle de délivrance de soins à des malades hospitalisés qui a été étendu, remodelé et modifié jusqu'à devenir un labyrinthe bien peu accueillant pour le patient. Ce modèle est en train de changer. Les patients et les médecins découvrent des méthodes plus commodes d'administration de soins, et la technologie permet aux professionnels de santé de communiquer avec les meilleurs spécialistes internationaux.

L'accent mis sur les soins à l'hôpital a étouffé le développement d'un système de soins destiné aux personnes âgées dans de nombreux pays. En République d'Irlande par exemple, le manque de solutions de soins de longue durée accroît la durée des séjours à l'hôpital et augmente le montant total des dépenses. Le gouvernement australien pour sa part limite le nombre de nouvelles structures résidentielles pour personnes âgées, créant de ce fait des goulots d'étranglement similaires.



**SCHÉMA 17 :** Dans quelle mesure les éléments suivants posent-il problème en matière de délivrance des soins ?



Selon l'enquête *HealthCast 2020*, les structures de soins sont confrontées à de nombreux problèmes. Quand on leur demande de classer ces difficultés, les personnes interrogées citent en premier lieu deux éléments principaux : d'une part les pénuries de personnel et le manque de formation, d'autre part la coordination insuffisante des soins. Seuls 20 % des sondés ne citent pas ces éléments comme représentant un problème (cf. Schéma 17).

Pour devenir durables, les systèmes de santé doivent mettre en place des acteurs et des structures de soins adaptables. Ce faisant, ils seront confrontés à de nombreux obstacles :

- Les groupes professionnels, les instances de régulation et même les usagers peuvent avoir une approche « territoriale » et inflexible concernant le rôle des professionnels de santé ;
- Les pénuries de personnel sont aggravées par les mouvements de population et certaines pratiques de recrutement qui produisent une distribution inadaptée des professionnels de santé ;
- Les programmes de formation sont souvent en retard par rapport aux demandes du marché ;
- Les professionnels de santé se déplacent de plus en plus au-delà des frontières, ce qui crée des problèmes en matière de droit d'exercer, de qualité des soins et de sécurité des patients.

## Bonnes pratiques transférables

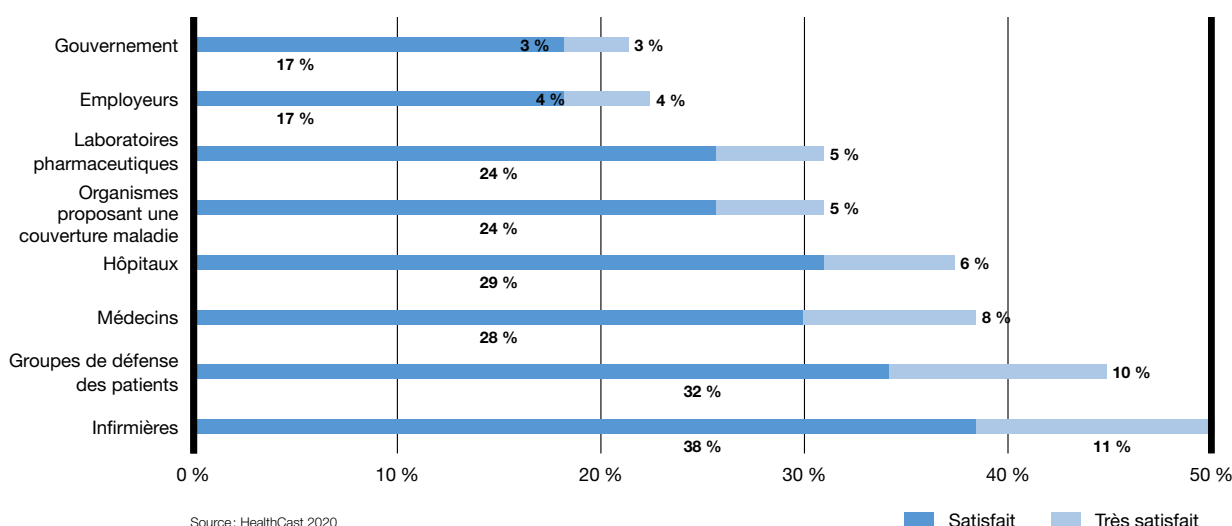


### Élargir le champ d'intervention du personnel infirmier

Lorsqu'on a demandé aux participants à l'enquête *HealthCast 2020* quels étaient les acteurs qui avaient le mieux réussi à améliorer la communication à destination des patients, le personnel infirmier s'est vu attribuer la tête du classement (cf. Schéma 18). Cette reconnaissance des compétences du personnel infirmier, couplée à sa pénurie chronique, souligne le rôle essentiel qu'il joue pour répondre aux attentes des usagers en matière de délivrance de soins à « valeur relationnelle ajoutée ».

Dans le monde entier, le rôle du personnel infirmier prend davantage d'importance. En Angleterre, les patients préfèrent souvent voir un médecin, mais le NHS confie de plus en plus de dossiers aux infirmiers afin d'alléger la charge de travail des médecins. En Australie, malgré une forte résistance des médecins aux nouvelles mesures permettant aux infirmiers d'exercer en indépendant, ils ont à présent le droit de prescrire certains médicaments et certaines analyses. Ces infirmiers indépendants travaillent aujourd'hui dans les services d'urgences, dans les centres de soins communautaires et au sein de services spécialisés comme la psychiatrie et les soins aux toxicomanes et aux personnes dépendantes à l'égard de l'alcool.

**SCHÉMA 18 :** Dans quelle mesure trouvez-vous que les acteurs suivants ont amélioré la communication à destination des patients au cours des deux dernières années ?



Certains États américains ont étendu le pouvoir de prescription aux infirmiers, aux assistants de médecins, aux pharmaciens, aux sages-femmes et aux naturopathes. Lorsqu'ils effectuent ces prescriptions, ils sont placés sous la supervision d'un médecin. Le centre hospitalo-universitaire de l'Université Vanderbilt dans le Tennessee (États-Unis) étudie actuellement la façon dont le personnel infirmier expérimenté pourrait être utilisé pour fournir les soins généralistes ordinairement réservés aux médecins de famille, aux pédiatres, aux obstétriciens et aux internes. « *Dans certains endroits, jusqu'à 60 % des consultations médicales ne sont pas nécessaires parce qu'elles ne requièrent pas un examen physique mais seulement un échange d'informations* », remarque Paul Keckley, directeur général du Vanderbilt Center for Evidence-Based Medicine. « Si nous reconstruisions le système d'incitation financière en se basant sur les résultats et les procédures et non en se basant sur le nombre de consultations, nous pourrions réellement accroître l'efficacité et l'efficience des soins généralistes ».

Plusieurs pays adoptent des systèmes de rémunération à la performance ou créent des plans de carrière pour les personnels infirmiers expérimentés afin d'accroître leur fidélisation. Le NHS a ainsi décentralisé son système de rémunération et de prestations complémentaires et les infirmiers se voient proposer des logements subventionnés et d'autres avantages dans le but de les retenir.



### Reconsidérer les modèles traditionnels en matière de formation et d'autorisation d'exercice

Si les systèmes de santé durables élargissent le rôle des personnels infirmiers, ils auront besoin de plus d'infirmiers. Or la plupart des pays font face à des pénuries de personnel infirmier, principalement parce que les systèmes actuels de formation, de formation continue et de fidélisation des infirmiers ne fonctionnent pas. D'ici à 2010, on prévoit que la pénurie d'infirmiers atteindra les 275 000 ETP (équivalent temps plein) aux États-Unis, 53 000 au Royaume-Uni, et 40 000 en Australie<sup>49</sup>. En conséquence, de nombreux systèmes de santé sont en train de débaucher des infirmiers aux Philippines et dans d'autres pays. Toutefois, ce recrutement dans des nations moins développées n'est ni éthique ni durable<sup>50</sup>.

Les écoles d'infirmiers et les facultés de médecine ont besoin de trouver comment renforcer le recrutement de leurs filières. Aux États-Unis par exemple, l'Association des facultés de médecine américaines estime que les facultés auront besoin de former 15 % de médecins supplémentaires durant la prochaine décennie pour parer aux pénuries prévisibles résultant de la croissance de la population, du vieillissement de la génération du Baby Boom, des départs de médecins à la retraite et des femmes médecin désirant des rythmes de travail moins contraignants. Un accroissement de 2 500 diplômés par an dans les facultés de médecine américaines compenserait une pénurie de médecins attendue d'ici 2020 évaluée entre 85 000 et 200 000 ETP.

Pour combattre la pénurie d'infirmiers, certains hôpitaux américains commencent à mettre en place leurs propres centres de formation. En Californie, les groupes Catholic Healthcare West et Kaiser financent un programme en matière de ressources humaines, le Labor Management Partnership, inspiré du partenariat entre le syndicat new-yorkais « *Union 1199* » et plusieurs universités et hôpitaux à New York qui propose des programmes d'équivalence en matière de diplômes, une préparation à la formation d'infirmier, l'assistance de conseillers, et un programme d'obtention de visa pour les médecins formés à l'étranger.

De sévères pénuries de médecins en Afrique ont amené certaines cliniques à pourvoir les postes manquants grâce à un programme de formation original : elles forment d'anciens patients. Les médecins sont fréquemment amenés à réparer des fistules obstétricales se produisant quand de jeunes mères mettent au monde des bébés trop gros pour leur bassin. Suite à l'opération, les patientes, qui souvent restent à la clinique, se voient proposer une formation directement « *sur le terrain* » qui leur permet de devenir aides infirmières, infirmières ou même chirurgiens. Chandler Ralph, directrice générale du Centre médical Adirondack et fondatrice de l'Helena Ptochia Foundation basée aux États-Unis, collecte des fonds pour financer la construction au Ghana d'un hôpital spécialisé dans la réparation des fistules obstétricales : « *Nous faisons aussi de la formation sur le terrain aux États-Unis : cela s'appelle l'internat. Je pense que ces chirurgiens formés localement sont une source de recrutement formidable car les besoins sont gigantesques – véritablement gigantesques* ».

L'harmonisation de la formation et de la reconnaissance des diplômes facilite la mobilité des médecins depuis les pays connaissant des surplus d'effectifs. L'Union européenne a ainsi mis en place un système de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles pour les professions médicales. Des directives sectorielles garantissent la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles dans le secteur de la santé (médecins, personnel infirmier, dentistes, sages-femmes et pharmaciens) entre les États membres. Certains pays de l'UE, tels que l'Espagne, l'Italie et l'Allemagne, signalent qu'ils ne connaissent pas de pénurie de médecins.



### Prévoir de nouvelles façons de délivrer des soins à des patients qui se déplacent et voyagent de plus en plus

L'urbanisation et les nouvelles tendances en matière de voyages modifient les endroits où les patients ont besoin de soins. Les Chinois émigrent par exemple de plus en plus vers les grandes métropoles. La Chine compte ainsi 166 villes de plus d'un million d'habitants alors que les États-Unis n'en comptent que neuf. Certaines régions ne peuvent même plus faire face au besoin croissant de praticiens. Teruo Koromogawa, directeur général et vice-président en charge des finances de la clinique Adventiste de Tokyo, note qu'au Japon, « *il est aujourd'hui réellement difficile d'être rentable à moins que les médecins réussissent à voir un nombre élevé de patients en passant seulement 3 minutes par patient ; on appelle couramment cela le « traitement en 3 minutes ».* Il en résulte que les médecins ne peuvent pas passer assez de temps avec chaque patient et que par conséquent le niveau d'échange d'information ne s'améliore pas ».

En outre, les patients cherchent de plus en plus à se faire soigner loin de chez eux. Les prestataires de soins en Arizona, en Floride, en Espagne et en France traitent chaque année davantage de « *retraités migrants* », des personnes âgées qui se déplacent en hiver vers des climats ensoleillés et sont d'importants demandeurs de soins. Le tourisme médical vers des destinations comme Abu Dhabi ou l'Inde constitue lui aussi un potentiel commercial énorme estimé à quelques 2 milliards de dollars de revenu annuel d'ici 2015<sup>51</sup>. La demande de soins est ici alimentée par les longues listes d'attente des systèmes de santé nationaux surchargés, comme en Angleterre et au Canada, ainsi que par la clientèle américaine recherchant des pays avec des coûts de soins moins élevés.

## Conclusion

Soutenabilité menacée et convergence sont les problématiques principales auxquelles les systèmes de santé sont aujourd'hui confrontés à travers le monde.



De nombreuses bonnes pratiques apparaissent dont il est possible de s'inspirer. Leur diversité est étonnante mais leurs points communs aussi. Partout dans le monde et dans tous les secteurs de la santé, les décideurs explorent de nombreuses solutions qui se recoupent fréquemment.

- **La coopération** : les organismes payeurs, les établissements de soins et les professionnels de santé travaillent en commun pour favoriser la standardisation et l'adoption des changements nécessaires en termes de technologies et de pratiques. Ils associent leurs efforts pour renforcer la coordination et l'accès aux soins. Ils œuvrent ensemble pour réajuster les systèmes d'incitation à fin d'atteindre leurs buts communs.
- **La focalisation sur l'utilisateur** : les prestataires de soins se réorganisent en un continuum centré sur le patient, dans une démarche de gestion de l'offre de soins. Les organismes payeurs placent l'utilisateur au centre de leurs préoccupations. Les groupes pharmaceutiques et les entreprises de biotechnologie exploitent les nouvelles découvertes en pharmacogénomique pour accroître la personnalisation des traitements.
- **L'évaluation et la diffusion des technologies** : les organismes payeurs et les fournisseurs de soins se rassemblent sur une base régionale et/ou nationale pour établir des standards en matière d'infrastructures techniques et de communication de données. Ils mettent au point des dispositifs d'intéressement destinés à mieux répartir les risques et les bénéfices. Les décideurs de la santé et les organismes de recherche évaluent l'impact des technologies médicales sur la productivité et l'espérance de vie des populations.
- **La transparence** : les nouveaux dispositifs de rémunération et de suivi de l'activité mettent l'accent sur la sécurité, la performance et sur la responsabilité de tous. Les organismes payeurs et les fournisseurs de soins prennent part aux programmes de rémunération à la performance. Les associations professionnelles établissent des normes de qualité et de sécurité. Les gouvernements fixent les exigences minimales et mettent en place des dispositifs de suivi.
- **La gestion de l'offre de soins** : il est de plus en plus demandé aux fournisseurs de soins, aux entreprises pharmaceutiques et biomédicales et aux organismes payeurs de mettre en œuvre une gestion équilibrée de leur offre de services et de produits de santé, qui soit soucieuse des problèmes de financement public. Les gouvernements appellent de leurs vœux une rationalisation de l'offre de soins sur une base régionale. Les fournisseurs de soins répartissent et organisent l'offre de soins de manière à assurer l'accès aux soins des usagers, garantir la qualité des soins et réduire les duplications de services et les sources d'inefficience.
- **La gestion des ressources humaines** : de nouveaux modèles de recrutement, de développement et de fidélisation du personnel se diffusent afin de parer aux pénuries de ressources humaines actuelles et futures.

Par-delà les frontières, les langues et les cultures, PricewaterhouseCoopers présente les stratégies mises en œuvre par les systèmes de santé à travers le monde. Les solutions existent, sur le marché mondialisé de la santé, il suffit d'en prendre connaissance.



## Contacts internationaux

| Pays                     | Contact                  | Téléphone            | Adresses mails                      |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Argentine                | Jorge C. Bacher          | +54 11 58116952      | jorge.c.bacher@ar.pwc.com           |
| Australie                | Anne-Marie Feyer         | +61 2 82663925       | anne-marie.feyer@au.pwc.com         |
| Belgique                 | Johan Haelterman         | +32 2 710 4176       | johan.haelterman@be.pwc.com         |
| Brésil                   | Edgar D'Andrea           | +55 11 3879 2800     | edgar.dandrea@br.pwc.com            |
| Canada                   | John Casola              | +1 46 815 5135       | john.casola@ca.pwc.com              |
| Chine                    | Nova Chan                | +86 21 5383 6222     | nova.chan@cn.pwc.com                |
| Europe de l'Est          | Ruxandra Stoian          | +40 21 202 8728      | ruxandra.stoian@ro.pwc.com          |
| Danemark                 | Poul Madsen              | +45 39 45 31 38      | poul.madsen@dk.pwc.com              |
| France                   | Jean-Louis Rouvet        | +33 1 56 57 85 78    | jean-louis.rouvet@fr.pwc.com        |
| Allemagne                | Harald Schmidt           | +49 (69) 95 85 17 02 | harald.schmidt@de.pwc.com           |
| Inde                     | Rajarshi Sengupta        | +91 33 2357 3391     | rajarshi.sengupta@in.pwc.com        |
| Italie                   | Franco Ancona            | +39 06 570831        | franco.ancona@it.pwc.com            |
| Irlande                  | Paul Monahan             | +35 3 1 662 6241     | paul.monahan@ie.pwc.com             |
| Japon                    | Tatsumi Shiota           | +8 1 35532 2067      | tatsumi.shiota@jp.pwc.com           |
| Japon                    | Ichiro Hatanaka          | +81-3 6266 5582      | ichiro.hatanaka@jp.pwc.com          |
| Luxembourg               | Luc Henzig               | +352 49 48482520     | luc.henzig@lu.pwc.com               |
| Mexique                  | Francisco Ibanez         | +52 55 52636085      | francisco.ibanez@mx.pwc.com         |
| Moyen-Orient             | Fiona Nicholas           | +971 430 43 108      | fiona.nicholas@ae.pwc.com           |
| Pays-Bas                 | Robbert-Jan Poerstamper  | +31 30 219 5906      | robbert-jan.poerstamper@nl.pwc.com  |
| Nouvelle- Zélande        | Suzanne Snively          | +64 4 462 7451       | suzanne.snively@nz.pwc.com          |
| Norvège                  | Bjørn Hesthamar          | +47 9526 1479        | bjorn.hesthamar@no.pwc.com          |
| Portugal                 | Joao Pontes Amaro        | +351 21 359 9314     | joao.pontes.amaro@pt.pwc.com        |
| Singapour                | Shong Ye Tan             | +65 6236 3262        | shong.ye.tan@sg.pwc.com             |
| République Sud-Africaine | Jannie Prinsloo          | +27 (12) 429 0500    | jannie.prinsloo@za.pwc.com          |
| Espagne                  | Ignacio Riesgo           | +34 91 568 4400      | ignacio.riesgo@es.pwc.com           |
| Suède                    | Claes Stattin            | +46 855 533 021      | claes.stattin@se.pwc.com            |
| Suisse                   | Hans-Peter Munger        | +41 58 792 7970      | hans-peter.munger@ch.pwc.com        |
| Taiwan                   | Vanessa Yeh              | +886 2 2729 6665     | vanessa.yeh@tw.pwc.com              |
| Thaïlande                | Nangnoi Charoenthaveesub | +662 344 1381        | nangnoi.charoenthaveesub@th.pwc.com |
| Thaïlande                | Iain Brewster            | +66 2344 1032        | iain.brewster@th.pwc.com            |
| Royaume-Uni              | Simon Leary              | +44 20 780 49969     | simon.m.leary@uk.pwc.com            |
| États-Unis               | Jim Henry                | +1 678 419 2328      | jim.henry@us.pwc.com                |
| Uruguay                  | Leonardo Decarlino       | +598 2916 0463       | leonardo.decarlino@uy.pwc.com       |

- 1 "Costs, Regulations Move More Drugs Tests Outside USA; Other Nations Want Drugs Tested on Their Populations," by Julie Schmit, USA Today, May 17, 2005.
- 2 "Getting Creative: Nursing Recruiters Leave No Stone Unturned," by Jose Latour, U.S. Visa News, June 28, 2001; "Foreign Nurses Arrive to Help Baby Boomers," by Ahmar Mustikhan, Shreveport Times, July 10, 2005; "U.S. Ready to Absorb 3,500 New Pinoy Nurses," Manila Standard, July 23, 2005.
- 3 "Philippines: Health System Suffers Brain Drain," Inter Press Service News Agency (IPS) Asia-Pacific, February 2003.
- 4 Investing in Private Healthcare in Emerging Markets Conference: International Finance Corporation (IFC), Washington, DC, February 16-18, 2005.
- 5 "Hospitals Outsourcing Radiology," Asbury Park Press, NJ, October 12, 2004.
- 6 Dans ce document, nous utilisons l'expression « organisme payeur » pour désigner toute organisation qui finance les soins des patients, qu'il s'agisse d'un organisme public (financé par l'impôt ou par des cotisations sociales), d'un assureur privé ou d'un employeur.
- 7 "The Wait Time Strategy," Ontario Ministry of Health, December 8, 2004. ([http://www.health.gov.on.ca/transformation/wait\\_times/strategy\\_overview.pdf](http://www.health.gov.on.ca/transformation/wait_times/strategy_overview.pdf))
- 8 "SARS Under Control in China: WHO," by Lisa Rose Weaver, CNN.com, June 12, 2003.
- 9 U.S. Department of Health and Human Services News Release, March 23, 2005.
- 10 "Medicare Drug Benefit May Cost 1 200 Billiards; Estimate Dwarfs Bush's Original Price Tag," by Ceci Connolly and Mike Allen, The Washington Post, Feb. 9, 2005.
- 11 "Boomers, Act II," by Christopher Reynolds, American Demographics, Oct 1, 2004.
- 12 "National Mood of Hypochondria Turns France into the Sick Man of Europe: Doctors Decry the Culture that Creates le Malade Imaginaire," by Kim Willsher, The Sunday Telegraph, September 26, 2004.
- 13 PricewaterhouseCoopers' analysis of OECD health spending included data from the following countries: Austria, Belgium, Canada, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Japan, Luxembourg, the Netherlands, Portugal, Spain, Czech Republic, Denmark, Hungary, Iceland, Norway, Poland, Slovak Republic, Sweden, Switzerland, Turkey, United Kingdom, and United States.
- 14 "From T-shirt to T-bonds – China and the World Economy," The Economist, July 30, 2005.
- 15 "Aging Plays Limited Role in Health Care Cost Trends," by Bradley C. Strunk and Paul B. Ginsburg, Data Bulletin, Center for Studying Health System Change, September 2002.
- 16 OECD Health Data 2005, June 8, 2005.
- 17 "Trends: US Health Spending Projections for 2004-2014," by Stephen Heffler, Sheila Smith, Sean Keehan, Christine Borger, M. Kent Clemens, and Christopher Truffer, Health Affairs, February 23, 2005.
- 18 "We Can Save the NHS – If We're Ready to Pay for it," by Julian Le Grand, The Observer, October 21, 2001.
- 19 "Change in Challenging Times: A Plan for Extending and Improving Health Coverage," by Jeanne M. Lambrew, John D. Podesta, and Teresa L. Shaw, Health Affairs, March 23, 2005.
- 20 "New Targets for 'Yashaswini' While Farmers Remain Ignorant," Deccan Herald, Wednesday, April 20, 2005.
- 21 South Africa Department of Health, figures for 2004/2005 supplied by Gerrit Muller, chief financial officer.
- 22 "Crisis Response: Global Healthcare Strategy in the 21st Century," Capital Health and the Global Strategy Initiative, Report on Symposia Washington, D.C., and Paris, 2004.
- 23 "Health Information Technology Leadership Panel, Final Report," by The Lewin Group, Inc., March 2005.
- 24 Information from Canada Health Infoway website at <http://www.infoway-inforoute.ca/aboutinfoway/index.php?lang=en>.
- 25 "Perspectives on eHealth in Europe," by Jon Hoeksma and Véronique Lessens, August 2005.
- 26 "Doing Business Online," Australian Government Health Information Commission. [http://www.hic.gov.au/providers/resources/online\\_initiatives/hic\\_online/1162\\_doing\\_business\\_online\\_A4.pdf](http://www.hic.gov.au/providers/resources/online_initiatives/hic_online/1162_doing_business_online_A4.pdf)
- 27 "Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, And Costs," by by Richard Hillestad, James Bigelow, Anthony Bower, Federico Girosi, Robin Meili, Richard Scoville, and Roger Taylor, Health Affairs, 24:5, September/October 2005.
- 28 "Get Ready to Get Wired," by Brad Stone, Newsweek Special Edition: Your Health in the 21st Century, Summer 2005.
- 29 "Brave New Working World?" Europe Needs Investment in Workplace Health Promotion – More Than Ever Before," by Michaela Mißler and Thomas Theuringer, Federal Association of Company Health Insurance Funds (BKK), Germany, June 2003.
- 30 "Smoking Ban," Wikipedia.org, June 10, 2005. [http://en.wikipedia.org/wiki/Smoking\\_ban#Countries](http://en.wikipedia.org/wiki/Smoking_ban#Countries)
- 31 "Building the Pyramid: The Government's Updated Nutrition Icon Lets You Personalize Its Recommendations – Provided You Have Internet Access," by Sally Squires, The Washington Post, April 26, 2005.
- 32 "U.S. Consumer Directed Health Plan," by Frost and Sullivan, MarketResearch.com, January 25, 2005.
- 33 "Medicine for Medicaid," by Regina E. Herzlinger and Tom Nerney, The Wall Street Journal, August 2, 2005, Page A10.
- 34 "To Err is Human: Building a Safer Health System," Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors, Institute of Medicine, November 1, 1999.
- 35 "Adverse Events in British Hospitals: Preliminary Retrospective Record Review," by C. Vincent, G. Neale, and M. Woloshynowych, BMJ, March 2, 2001; 322(7285):517-9.
- 36 "The Quality in Australian Health Care Study," by RM Wilson, WB Runciman, RW Gibberd, BT Harrison, L Newby, and JD Hamilton, Med J Aust, 1995; 163: 458-471
- 37 "The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada," by GR Baker, PG Norton, V Flintoft, R Blais, A Brown, J Cox, E Etchells, WA Ghali, P Hebert, SR Majumdar, M O'Beirne, L Palacios-Derflinger, RJ Reid, S Sheps, and R Tambllyn, CMAJ, May 25, 2004;170(11):1678-86.
- 38 "Bar Coding for Patient Safety," by Alexi A. Wright, M.D., and Ingrid T. Katz, M.D., M.H.S., New England Journal of Medicine, July 28, 2005.
- 39 "Hospitals Study When to Apologize to Patients," by Liz Kowalczyk, The Boston Globe, July 24, 2005.
- 40 "Quality Incentives: The Case Of UK General Practitioners," by Peter C. Smith and Nick York, Health Affairs, May 1, 2004, Vol 23, Issue 3, 112-118.
- 41 "Provider Pay-for-Performance Incentive Programs: 2004 National Survey Results," by Geof Baker and Beau Carter, Med-Vantage, Inc., First Quarter 2005.
- 42 Information from the Integrated Health Association website at: <http://www.iha.org/IHA%20P4P%202005%20Grid.htm>.
- 43 "Hand Hygiene among Physicians: Performance, Beliefs, and Perceptions," by Didier Pittet, MD, MS; Anne Simon, MD; Stephane Hugonnet, MD, MSc; Carmen Lucia Pessoa-Silva, MD; Valerie Sauvan, RN; and Thomas V. Perneger, MD, PhD, Annals of Internal Medicine, 2004, 141:1-8.
- 44 "Germany's Evidence-Based Healthcare System Policy," by Peter T. Sawicki, at a briefing organised by the Alliance for Health Reform and by The Commonwealth Fund, April 22, 2005, Washington, DC. See [http://www.allhealth.org/event\\_042205.asp](http://www.allhealth.org/event_042205.asp).
- 45 "The State of the Art of Online Hospital Public Reporting: A Review of 47 Websites," the Delmarva Foundation, September 2004.
- 46 "Prescription for Prosperity: The Continental Shift of the Drug Industry," by Chris Mondics, The Philadelphia Inquirer, August 21, 2005.
- 47 "Is Technological Change in Medicine Worth It?" by David M. Cutler and Mark McClellan, Health Affairs, September/October 2001.
- 48 "Female Doctors Charge \$5 More," by Ainsley Pavey, The Sunday Mail, April 10, 2005.
- 49 "Trends in International Nurse Migration," by LH Aiken, J Buchan, J Sochalski, B Nichols, M Powell, Health Affairs, May 1, 2004.
- 50 "International Rescue? The Dynamics and Policy Implications of the International Recruitment of Nurses to the UK," by James Buchan, Journal of Health Services Research and Policy, 2004.
- 51 "Get Well Away – Medical Tourism to India," The Economist, October 9, 2004.
- 52 "The Reformer and the Gadfly Agree on Health Care," by Dana Milbank, The Washington Post, July 22, 2005.