Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé

Synthèse

OCDE

Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé

SYNTHÈSE

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES POUR UNE VIE MEILLEURE

Le rapport ***Tacking Wasteful Spending on Health*** est publié exclusivement en anglais.

Cette synthèse est une traduction partielle en français du rapport
et contient l'avant-propos, les remerciements, la table des matières, le résumé ainsi que le chapitre 1.

La version complète du rapport en anglais peut être consultée à l'adresse suivante :
http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en.

Avant-propos

Dans les pays de l'OCDE, une grande partie des dépenses et des activités des systèmes de santé constituent, au mieux, une forme de gaspillage, ou ont, au pire, des effets nocifs sur notre santé. Un patient sur dix dans la zone OCDE subit un préjudice inutile au cours de son traitement. Plus de 10 % des dépenses hospitalières sont consacrées à remédier à des erreurs médicales évitables ou à des infections nosocomiales. Un enfant sur trois naît par césarienne, alors que la proportion d'accouchements par césarienne pour raisons médicales devrait plutôt s'établir autour de 15 %. Parallèlement, le taux de pénétration du marché pour les médicaments génériques – qui ont des effets équivalents à ceux des médicaments de marque mais sont généralement vendus moins cher – est compris entre 10 et 80 % dans les pays de l'OCDE. Enfin, un tiers des citoyens de l'OCDE considèrent que le secteur de la santé est corrompu, voire extrêmement corrompu.

Alors que les budgets publics sont sous pression dans le monde entier, il est inquiétant de constater que près d'un cinquième des dépenses de santé apportent une contribution nulle, ou très limitée, à l'amélioration de l'état de santé de la population. En d'autres termes, les pouvoirs publics pourraient dépenser beaucoup moins dans ce domaine sans que cela n'ait d'impact sur la santé des patients. Les efforts déployés pour renforcer l'efficience des dépenses de santé à la marge ne suffisent plus.

Il ressort de ce rapport que les responsables de l'action publique peuvent utiliser plus intelligemment les budgets de la santé et prendre des mesures précises pour réduire le gaspillage, tout en améliorant la santé de la population. Des initiatives s'imposent pour lutter contre le gaspillage au niveau de la prestation des soins, de la gestion des services de santé et de l'administration des systèmes de santé. Il convient notamment d'éliminer les dépenses allouées aux soins de faible valeur, comme les actes chirurgicaux et les procédures cliniques inutiles. Il est également souhaitable de modifier l'utilisation des ressources ou les approches suivies quand il existe une autre solution meilleur marché et tout aussi bénéfique pour le patient – il faut, par exemple, encourager l'emploi des génériques, renforcer le rôle dévolu au personnel infirmier, ou veiller à ce que les patients qui n'ont pas besoin d'être soignés à l'hôpital soient pris en charge dans des structures moins consommatrices en ressources.

Certes, ces objectifs sont ambitieux et difficiles à atteindre. Pour changer, il faut remettre en question des habitudes bien ancrées et les intérêts en place, et investir dans des alternatives fiables aux solutions coûteuses existantes. Autre point essentiel : il faut élaborer des systèmes de données plus performants et plus adaptés pour suivre les avancées accomplies. Les patients, les prestataires, les gestionnaires et les autorités de contrôle ont tous leur part de responsabilité dans le gaspillage et l'inefficience des dépenses. À l'échelle de l'OCDE, les dépenses allouées aux systèmes de santé représentent 9 % du PIB, et trois quarts de ces dépenses proviennent de fonds publics. Toutes les parties prenantes doivent donc contribuer à trouver une solution à ce problème. Le gaspillage dans les systèmes de santé est aujourd'hui incontestable, et le moment est venu d'agir pour y remédier.

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé conjointement par une équipe d'auteurs de la Division de la santé de l'OCDE. Il a été coordonné par Agnès Couffinhal, qui a aussi écrit plusieurs chapitres. Le chapitre 1 a été écrit par Agnès Couffinhal et Karolina Socha-Dietrich, le chapitre 2 par Ian Forde et Carol Nader, le chapitre 3 par Michele Cecchini et Sherry Lee, le chapitre 4 par Karolina Socha-Dietrich, Chris James et Agnès Couffinhal, le chapitre 5 par Chris James, Caroline Berchet et Tim Muir, le chapitre 6 par Michael Mueller, Luc Hagenaars et David Morgan, et le chapitre 7 par Agnès Couffinhal et Andrea Frankowski, avec le concours de Julien Daviet pour les travaux de recherche.

L'équipe adresse tous ses remerciements aux délégués et experts nationaux pour avoir répondu au questionnaire et pour leurs commentaires sur la version préliminaire et leurs suggestions aux différents stades du projet, notamment lors de la réunion d'experts du 8 avril 2016, et de la réunion du Comité de la santé de l'OCDE des 28 et 29 juin 2016.

Ce rapport a également bénéficié des connaissances, du contenu et des commentaires reçus de la part de Torfinn Aanes (autorité norvégienne du médicament – LIS), Hanne Bak Pedersen (Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé), Reinhardt Busse (Technische Universität Berlin), Alessandro Cassini (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies), Mark Cormack (ministère de la Santé, Australie), Eric de Roodenbeke (Fédération internationale des hôpitaux), Triin Habicht (ministère des Affaires sociales, Estonie), John Henderson (ministère de la Santé du Royaume-Uni), Hyoung-Sun Jeong (Université de Yonsei), Ruth Lopert (Pharma Policy & Strategy, Management Sciences for Health), Øyvind Melien (Direction norvégienne de la Santé), Martin Mielke (Robert Koch-Institut), Sophie Peresson (Pharmaceuticals & Healthcare Programme, Transparency International RU), Charles Price (Commission européenne), Peter Smith (Imperial College de Londres), Agnès Soucat (Organisation mondiale de la santé), Marianne Van den Berg (Commission européenne) et Paul Vincke (Réseau européen sur la fraude et la corruption dans le secteur de la santé). Ces personnes, de même que les institutions qu'elles représentent, ne sont pas responsables des opinions exprimées dans ce rapport.

À l'OCDE, les auteurs remercient Annalisa Belloni, Ian Brownwood, Allison Colbert, Francesca Colombo, Niek Klazinga, Valérie Paris, Mark Pearson et Stefano Scarpetta de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, pour la contribution précieuse qu'ils ont apportée à ce rapport grâce à leurs nombreux commentaires et avis. Ronni Gamzu (Centre médical Sourasky à Tel Aviv) a initié la réflexion sur le contenu de ce rapport. Les auteurs adressent également leurs remerciements à Natalie Corry, Duniya Dedeyn, Susannah Nash et Isabelle Vallard pour leur soutien sur le plan administratif, et à Gaëlle Balestat pour son appui sur le plan statistique. L'édition du rapport a été réalisée par Amy Gautam. L'équipe remercie également Marlène Mohier pour son aide dans la préparation du manuscrit.

TABLE DES MATIÈRES DU RAPPORT COMPLET

Chapitre 1. Inefficience des dépenses et gaspillage dans les systèmes de santé : cadre d'analyse et synthèse des résultats

Partie 1. Gaspillage dans le contexte de la prise en charge clinique

Chapitre 2. Produire les bons soins : réduire les soins à faible valeur et les événements indésirables

Chapitre 3. Soins de faible valeur, grands enjeux : promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens

Partie 2. Gaspillage opérationnel dans les systèmes de santé : options pour réduire les dépenses en médicaments et en soins hospitaliers

Chapitre 4. Réduire les dépenses pharmaceutiques inefficaces

Chapitre 5. Réduire le gaspillage opérationnel par un meilleur ciblage des soins hospitaliers

Partie 3. Gaspillage lié à la gouvernance des systèmes de santé

Chapitre 6. Dépenses administratives dans les systèmes de santé : Y a-t-il matière à dégraisser ?

Chapitre 7. Gaspillage intentionnel : fraudes, abus, corruption et autres atteintes à l'intégrité dans le secteur de la santé

Résumé

Jamais les systèmes de santé des pays de l'OCDE n'ont été aussi efficaces pour promouvoir l'amélioration de la santé et l'allongement de l'espérance de vie. Pour autant, ils impliquent des engagements budgétaires considérables que les pays peinent à contrôler. Les pressions s'accumulent pour offrir à une population vieillissante un accès élargi et plus équitable à des soins de qualité et aux nouveaux traitements.

Dans les pays de l'OCDE, une grande partie des dépenses de santé sont, au mieux, inefficaces ou, au pire, gaspillées. Un patient sur dix subit un préjudice évitable pendant son traitement, tandis que plus de 10 % des dépenses hospitalières sont consacrées à réparer ces événements indésirables. Beaucoup plus de patients encore reçoivent des soins inutiles ou à faible valeur. Une proportion significative des hospitalisations d'urgence auraient pu être aussi bien traitées, voire mieux, dans des services de soins primaires ou par les patients eux-mêmes, s'ils y étaient formés. Les variations importantes observées d'un pays à l'autre en matière de prescription d'antibiotiques mettent en évidence une consommation excessive de ces produits, ce qui entraîne un gaspillage de ressources financières et contribue au développement de la résistance aux antimicrobiens. Le potentiel des médicaments génériques reste sous-exploité. Enfin, un certain nombre de procédures administratives n'apportent aucune valeur ajoutée, tandis que des ressources disparaissent en raison de la fraude et de la corruption. Selon les estimations disponibles, un cinquième des dépenses de santé pourraient être réaffectées à des fins plus utiles.

Ce rapport s'inscrit dans une démarche systématique qui vise à : i) recenser les activités inefficaces et sources de gaspillage au sein des systèmes de santé ; ii) analyser leurs causes et les parties prenantes concernées ; et iii) établir une liste de mesures correctives adaptées. Il peut être difficile, pour les professionnels de la santé, les gestionnaires et même les hommes politiques responsables des systèmes de santé, d'admettre l'existence de l'inefficience des dépenses et du gaspillage. Mais ce rapport souligne le corollaire positif de ce constat difficile : des opportunités existent, au sein du système de santé, pour libérer des ressources et améliorer la qualité des soins. La réduction des dépenses inefficientes et du gaspillage peut engendrer des économies considérables : les responsables de l'action publique qui s'efforcent de faire face à l'augmentation constante des dépenses de santé ne peuvent manquer de saisir la possibilité d'évoluer vers un système de santé plus efficient.

De manière pragmatique, le présent rapport qualifie de « gaspillage » : i) les services et les processus qui sont dangereux ou qui ne produisent pas d'effet bénéfique ; et ii) les coûts qui pourraient être évités par le recours à des solutions meilleur marché produisant des effets bénéfiques identiques voire supérieurs. En mettant en relation acteurs – patients, cliniciens, gestionnaires et autorités de contrôle – et principales causes du gaspillage – erreurs et décisions sous-optimales, lacunes organisationnelles et défauts de coordination, incitations financières en décalage avec les objectifs du système de santé, et tromperie délibérée – il est possible de définir trois grands types de gaspillage :

- Le gaspillage dans les soins cliniques désigne les cas dans lesquels les patients ne reçoivent pas les bons soins pour des raisons qui pourraient être évitées. Cette catégorie inclut les événements indésirables évitables – par exemple les erreurs de sites en chirurgie et de nombreuses infections contractées pendant les traitements – et les soins de faible valeur – comme les accouchements par césarienne sans indication médicale ou l'utilisation de l'imagerie en l'absence de raisons médicales valables.
- Le gaspillage opérationnel se produit quand des soins procurant autant d'effets bénéfiques pour le patient pourraient être dispensés en utilisant moins de ressources. C'est notamment le cas lorsque des médicaments ou des dispositifs médicaux non utilisés sont jetés ou lorsqu'il est possible d'acheter des intrants à un prix inférieur (par exemple en ayant recours à des médicaments génériques). Dans d'autres cas, on utilise des intrants coûteux, au lieu d'intrants meilleur marché, qui ne procurent aucun effet bénéfique supplémentaire pour le patient. En pratique, cela se produit souvent lorsque les patients vont se faire soigner aux urgences, sont hospitalisés en raison de l'aggravation évitable de symptômes de maladies chroniques qui auraient pu être traités au niveau des soins primaires, ou ne peuvent quitter l'hôpital en l'absence de soins de suite adaptés.
- Le gaspillage lié à la gouvernance a trait aux ressources qui ne sont pas censées contribuer directement aux soins aux patients. Entrent dans cette catégorie les procédures administratives inutiles, ainsi que la fraude, les abus et la corruption, qui détournent des ressources qui devraient servir à atteindre les objectifs des systèmes de santé.

Tous les pays de l'OCDE sont déjà engagés dans la lutte contre le gaspillage. Au moins 10 pays produisent des atlas pour repérer les écarts entre les soins de santé qui ne seraient pas justifiés sur le plan médical, et 19 pays ont recours à l'évaluation des technologies de la santé (ETS) pour déterminer l'utilité de certains nouveaux traitements. Près de la moitié des pays de l'OCDE s'emploient activement à promouvoir la prescription de médicaments génériques. Au moins 14 pays ont renforcé l'accès aux soins primaires et de proximité pour limiter les consultations inutiles dans les services d'urgence. Toutefois, jusqu'à présent, seuls quelques-uns ont mis en place des systèmes complets et transparents de notification des événements indésirables, qui permettent de tirer des enseignements et de prévenir d'éventuels problèmes futurs, ou ont adopté des approches systématiques pour détecter les fraudes et les abus. Dans l'ensemble, les efforts pourraient donc être beaucoup plus systématiques.

Il est essentiel d'améliorer l'information. La production et la publication d'indicateurs (comme ceux qui ont trait aux soins inutiles ou à une faible valeur, à la sur-prescription d'antibiotiques, ou aux sorties d'hôpital retardées) sont indispensables pour sensibiliser un plus large public à l'ampleur de ce problème. Aujourd'hui, aucun pays n'est en mesure de communiquer des informations sur le recours inutile à l'imagerie par résonance magnétique pour les douleurs lombaires, et seuls cinq peuvent établir un lien entre la prescription d'antibiotiques et les diagnostics. On dispose de données sur les sorties d'hôpital retardées pour seulement trois pays. Or ces informations sont indispensables pour étayer la formulation de politiques publiques propres à lutter contre le gaspillage au moyen de la réglementation, d'incitations et de changements sur le plan de l'organisation et des comportements.

Il est possible de changer durablement les choses si patients et cliniciens sont convaincus que la meilleure option est celle qui engendre le moins de gaspillage. Les initiatives comme la campagne *Choosing Wisely*® illustrent ce qu'il est possible de réaliser. Lancée par des cliniciens, cette campagne vise à réduire les soins de faible valeur en encourageant le dialogue entre le patient et le prestataire de soins sur l'utilité de certains services. Elle est désormais en vigueur dans au moins un tiers des pays de l'OCDE. Pour lutter contre le gaspillage, il est souvent indispensable de changer les habitudes – qu'il s'agisse de renforcer l'adhésion à des recommandations de bonne pratique clinique, d'accroître la sécurité des soins ou de convaincre les patients de ne pas se précipiter aux urgences ou de ne pas demander des antibiotiques dès les premiers signes de rhume.

Les incitations jouent aussi un rôle essentiel. Les décideurs doivent instaurer un environnement qui récompense la pertinence des services dispensés plutôt que leur quantité – il s'agit par exemple de passer à des systèmes de paiement qui encouragent des soins utiles aux patients, à tous les niveaux. Un tiers des pays de l'OCDE œuvrent déjà à récompenser différents types de prestataires en fonction des résultats obtenus plutôt que du nombre d'interventions réalisées. Pour réduire la fréquence des services de santé inutiles et des manques de coordination qui coûtent cher, quelques payeurs, aux États-Unis notamment mais aussi en Suède, au Portugal et aux Pays-Bas, ont adopté des paiements forfaitaires ou fondés sur la population, avec des résultats prometteurs.

Par ailleurs, il convient d'agir directement pour amorcer des changements organisationnels et favoriser la coordination entre les prestataires, en vue de réduire les dépenses inefficientes. Au nombre des bonnes pratiques dans ce domaine figurent la mise en place d'une planification explicite des sorties d'hôpital – qui existe dans au moins cinq pays – ou l'achat conjoint de produits pharmaceutiques hospitaliers. Beaucoup de ces pratiques impliquent le partage d'informations entre différentes parties prenantes au moyen des TIC, même si les efforts visant à dresser un inventaire plus complet de l'ensemble des parcours de soins peuvent être freinés par des cadres inadaptés pour la gouvernance des données de santé. Enfin, la réglementation peut intervenir pour imposer ou développer les pratiques exemplaires – comme le recours à l'ETS pour les décisions relatives à la couverture ou l'octroi d'agréments pour établir des normes de sécurité – ou pour limiter ou interdire des pratiques qui ne sont pas souhaitables (prescription de soins que l'on dispense soi-même ou utilisation de certaines techniques commerciales pour encourager la prescription de médicaments, par exemple).

Pour résumer, les stratégies destinées à réduire le gaspillage consistent à : i) arrêter les activités qui n'apportent pas de valeur ajoutée et ii) changer d'approche quand il existe une autre solution meilleur marché et tout aussi bénéfique pour le patient. Ces stratégies n'impliquent pas nécessairement un remaniement en profondeur des systèmes de santé, mais elles supposent d'investir et de changer les comportements. Il existe de réelles possibilités de libérer des ressources en s'attaquant au gaspillage dans les systèmes de santé à l'échelle de l'ensemble de l'OCDE.

Chapitre 1

Inefficience des dépenses et gaspillage dans les systèmes de santé : Cadre d'analyse et synthèse des résultats

par Agnès Couffinhal et Karolina Socha-Dietrich

Ce chapitre présente le cadre et l'approche qui ont guidé l'élaboration de ce rapport, ainsi que ses principaux constats. À partir d'une définition simple et pragmatique du gaspillage, la section 1 identifie et propose une typologie des différentes formes de gaspillage présentes dans les systèmes de santé. Ce cadre d'analyse est ensuite utilisé pour identifier les moyens d'action contre ces différents types de gaspillage. Les trois sections suivantes offrent une vue d'ensemble du gaspillage dans les soins cliniques, du gaspillage opérationnel et du gaspillage lié à la gouvernance. La dernière section met en avant les avantages de la lutte contre les différentes catégories de gaspillage, et présente la structure de l'ensemble du rapport.

Nous remercions tous les autres auteurs du rapport pour leur participation aux différentes sections de ce chapitre, ainsi que Mark Pearson et Francesca Colombo (OCDE) pour leurs commentaires détaillés sur les versions précédentes. Nous remercions par ailleurs tous les délégués et experts pour leurs commentaires sur la version préliminaire et leurs suggestions aux différents stades du projet, notamment lors de la réunion d'experts du 8 avril 2016, et de la réunion du Comité de la santé de l'OCDE des 28 et 29 juin 2016. Nous remercions en particulier Mark Cormack (ministère de la Santé, Australie), Triin Habicht (ministère des affaires sociales, Estonie), Peter Smith (Imperial College de Londres) et Agnès Soucat (Organisation mondiale de la santé) pour leurs suggestions et la documentation fournie.

Introduction : pourquoi la lutte contre le gaspillage contribue à améliorer l'efficience des systèmes de santé

La plupart des acteurs du système de santé (pouvoirs publics, gestionnaires, personnel et même patients) ont un avis sur la manière dont des moyens supplémentaires pourraient être utilisés pour améliorer les services de santé. L'évaluation des technologies de la santé (ETS) permet de repérer les nouveaux traitements dont la qualité est supérieure à celle des anciens, et qui doivent être accessibles. Les données opérationnelles permettent d'identifier les services saturés. Les investissements dans les infrastructures électroniques sont reportés en raison d'un manque de financement. Si un ministre de la santé dispose d'un milliard d'euros (EUR) supplémentaires, ou un directeur d'hôpital de 10 millions d'euros supplémentaires, ou un médecin de 10 000 EUR supplémentaires, ils dépenseront — probablement — cet argent à bon escient pour améliorer les services de santé.

Il en va différemment lorsque l'on demande à ces mêmes intervenants de choisir où réaliser des économies afin d'éviter l'escalade des dépenses de santé. La commercialisation de nouveaux traitements entraîne rarement l'abandon des traitements plus anciens et moins efficaces. Les autorités régionales ou les gestionnaires peinent à fermer ou fusionner des hôpitaux afin de réaliser les économies d'échelle permettant à la fois d'accroître la qualité et de réduire les coûts. Les patients réclament des examens ou des prescriptions complémentaires juste « par mesure de sécurité », pour retourner plus vite au travail, même si rien ne prouve que ces soins feront une quelconque différence. Toutefois, pour mieux maitriser les budgets publics, les décideurs doivent déterminer comment contrôler les dépenses de santé.

Les analystes, en particulier dans le contexte de la réponse à la crise financière internationale de 2008, font souvent la distinction entre mesures de réduction immédiates des coûts et réformes structurelles (Clements et al., 2014). Les premières se sont certes révélées efficaces, mais elles peuvent également être non tenables, voire préjudiciables. Par exemple, les coupes dans les dépenses de santé publique sapent les efforts destinés à éviter la survenue de maladies, tandis que l'augmentation de la participation financière des patients a un effet appauvrissant. En revanche, des réformes structurelles sont jugées indispensables pour améliorer l'efficience et faire fléchir in fine la courbe de croissance des dépenses publiques (Coady et al., 2014 ; OCDE, 2015a). Sans remettre en cause la nécessité de ces réformes, le fait est que la plupart nécessitent des modifications complexes sur de nombreux plans, et des efforts soutenus ; en outre, les preuves de leur impact, surtout à court terme, sont faibles.

Selon le présent rapport, la lutte contre l'inefficience des dépenses et le gaspillage est une piste négligée dans le débat sur le choix entre mesures de réduction des coûts et réformes structurelles. De fait, l'élimination du gaspillage est un objectif intermédiaire qu'il convient de poursuivre dans la mesure où elle peut : i) générer des économies stratégiques ; ii) contribuer au changement en mettant l'accent sur la qualité dans les systèmes de santé ; et iii) faciliter considérablement les réformes structurelles à long terme.

Les soins délivrés par les systèmes de santé doivent maximiser les bénéfices pour les patients. Dans leur grande majorité, les habitants des pays de l'OCDE peuvent effectivement obtenir les soins dont ils ont besoin, en temps opportun, et sans avoir à payer des sommes excessives. Leur espérance de vie à la naissance est aujourd'hui supérieure à 80 ans et ils sont bien moins susceptibles de mourir des suites d'une crise

cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral qu'ils ne l'étaient il y a dix ans. En outre, malgré la prévalence accrue de maladies chroniques comme le diabète, les systèmes de santé progressent dans la prise en charge de ces maladies et en réduisent les complications graves.

Cependant, une part significative des dépenses de santé ne contribue que modestement à l'amélioration des résultats pour les patients. Pire encore, certaines ressources du système de santé sont probablement gaspillées (l'encadré 1 présente des estimations disponibles pour quelques pays). Il peut être difficile, pour les professionnels de la santé, les gestionnaires et même les hommes politiques responsables des systèmes de santé, d'admettre l'existence de l'inefficience des dépenses et du gaspillage. Mais ce rapport souligne le corollaire positif de ce constat difficile : des opportunités existent, au sein du système de santé, pour libérer des ressources et améliorer la qualité des soins. En d'autres termes, la réduction des dépenses inefficientes et du gaspillage peut engendrer des économies considérables — une avancée stratégique pour les responsables de l'action publique. En outre, elle mobilise les acteurs autour du programme de transformation fondé sur la qualité des soins, qui d'après de nombreux commentateurs doit guider les réformes (Porter et Teisberg, 2006). Ce rapport souligne en outre que de nombreuses politiques de lutte contre le gaspillage sont compatibles avec les réformes structurelles à long terme — et leur ouvrent même la voie.

Encadré 1.1. Économies susceptibles d'être réalisées si les pays éliminaient le gaspillage

- Selon une estimation prudente, le gaspillage représenterait plus de 20 % des dépenses totales aux États-Unis, avec un maximum proche de 50 % (Berwick et Hackbarth, 2012).
- Selon une enquête, en Australie, près d'un tiers du total des dépenses de santé seraient gaspillées (Swan et Balendra, 2015).
- Selon une étude conduite aux Pays-Bas, la lutte contre le recours excessif aux soins et le renforcement de leur intégration permettraient d'économiser 20 % sur le budget des soins aigus (Visser et al., 2012).

Ce chapitre présente le cadre et l'approche qui ont guidé l'élaboration de ce rapport, ainsi que ses principaux constats. À partir d'une définition simple et pragmatique du gaspillage, la section 1 identifie trois catégories principales de gaspillage. Ce cadre d'analyse permet ultérieurement d'identifier les moyens de lutte contre ces différents types de gaspillage. Les trois sections suivantes offrent une vue d'ensemble du gaspillage dans les soins cliniques, du gaspillage opérationnel et du gaspillage lié à la gouvernance. La dernière section propose une brève conclusion et présente la structure de l'ensemble du rapport.

1. Cadre d'analyse sur le « gaspillage » : définition, typologie des formes de gaspillage et leviers d'action

L'hypothèse selon laquelle une part considérable des dépenses de santé serait gaspillée a été avancée pour la première fois de manière systématique il y a moins de dix ans (New England Healthcare Institute, 2008 ; Bentley et al., 2008 ; Berwick et Hackbarth, 2012). Toutefois, ni ces analyses axées sur les États-Unis ni les suivantes

ne proposent de définition simple du gaspillage, ou de typologie solide des formes de gaspillage, conceptualisée de manière à être transposable d'un système de santé à un autre. En outre, il n'existe pas de consensus entre les auteurs en ce qui concerne le lien entre « gaspillage » et « efficience ». Cette courte section définit le gaspillage et énonce les trois types de gaspillage identifiés par la mise en relation entre, d'une part, les acteurs du système de santé impliqués dans les différentes formes de gaspillage et d'autre part, les facteurs explicatifs de ce gaspillage. Cette approche permet par la suite d'identifier les catégories de mesures possibles de lutte contre le gaspillage.

De manière pragmatique, le présent rapport qualifie de « gaspillage » :

- les services et les processus qui sont dangereux ou qui ne produisent pas d'effet bénéfique ;
- les coûts qui pourraient être évités par le recours à des solutions meilleur marché produisant des effets bénéfiques identiques voire supérieurs.

Sont concernées les dépenses de santé auxquelles il pourrait être renoncé sans que la réalisation des objectifs du système de santé en soit compromise. Ceci renvoie à la notion d'« efficience productive », qui désigne une situation dans laquelle un résultat est obtenu au coût le plus faible possible. En même temps, la réduction du gaspillage comme défini ici ne nécessite ni rationnement, ni réallocation des ressources d'une catégorie de patients au profit d'une autre, voire d'une catégorie de soins à une autre. En d'autres termes, le programme de lutte contre le gaspillage n'aborde pas frontalement la question plus vaste de savoir si une combinaison différente d'intrants pourrait produire de meilleurs résultats globaux (efficience d'allocation et redistribution). Le gaspillage constitue une forme d'inefficience, sans être synonyme d'inefficience[1].

Les activités générant du gaspillage impliquent différents acteurs du système de santé et ont plusieurs facteurs explicatifs possibles. Sur la base de ces deux dimensions qui caractérisent chaque type d'activité source de gaspillage, une typologie est élaborée pour différencier trois catégories principales de gaspillage. Les acteurs potentiellement à l'origine du gaspillage sont être classés en quatre groupes : les patients, les cliniciens, les gestionnaires (qui opèrent au niveau d'un établissement, ou à un niveau plus macro, tel que l'administration du système de santé)[2] et l'autorité de tutelle du système (une entité unique ou plusieurs entités). Ces acteurs ont différents objectifs et différentes incitations, mais, dans l'ensemble, le système de santé est censé être organisé de façon à harmoniser leurs comportements aux fins de la réalisation de ses objectifs.

Quatre raisons principales expliquent pourquoi les acteurs peuvent individuellement contribuer au gaspillage de ressources.

- Premièrement, ils ne sont pas conscients du problème : les biais cognitifs, le déficit de connaissances et les habitudes entraînent des décisions sous-optimales et des erreurs, ainsi que des écarts par rapport aux meilleures pratiques.
- Deuxièmement, ils ne peuvent pas mieux faire : le système est mal organisé, mal géré, et la coordination insuffisante.

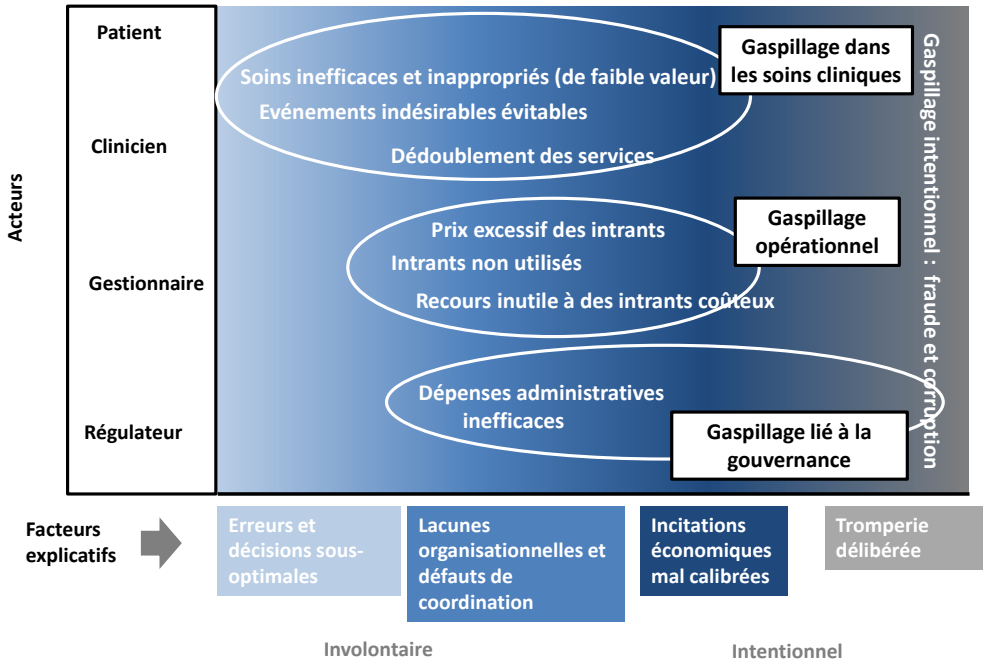
Dans ces deux premières situations, les acteurs n'ont pas l'intention de gaspiller et peuvent agir au mieux de leurs moyens, mais le résultat est sous-optimal.

- Troisièmement, les acteurs risquent d'y perdre s'ils évitent le gaspillage ; c'est le cas lorsque les incitations économiques ne sont pas alignées avec les objectifs du système, par exemple quand les cliniciens sont rémunérés à l'acte indépendamment de la question de savoir si les soins ajoutent de la valeur.
- Quatrièmement, les acteurs choisissent délibérément de servir leurs propres intérêts au détriment du système. Ce dernier facteur explicatif est en fait une variante de la troisième raison (des incitations mal calibrées), mais il fait plus explicitement référence à la fraude et à la corruption, autrement dit, l'intention de contourner le système.

En mettant en relation acteurs impliqués et facteurs explicatifs, le graphique 1.1 met en évidence trois grandes catégories de gaspillage : gaspillage dans les soins cliniques, gaspillage opérationnel et gaspillage lié à la gouvernance.

- Le gaspillage dans les soins cliniques désigne les cas dans lesquels les patients ne reçoivent pas les soins appropriés. Cette catégorie inclut, premièrement, les événements indésirables évitables, imputables à des erreurs, des décisions sous-optimales et des lacunes organisationnelles, notamment à la mauvaise coordination entre prestataires ; ensuite, les soins inefficaces et inappropriés, parfois appelés soins de faible valeur, essentiellement dus à des décisions sous-optimales et à des incitations économiques mal calibrées; enfin, la duplication inutile de services.
- Le gaspillage opérationnel se produit quand des soins procurant autant d'effets bénéfiques pour le patient pourraient être dispensés en utilisant moins de ressources. C'est notamment le cas lorsqu'il est possible d'acheter des intrants à un prix inférieur, lorsque l'on utilise des intrants coûteux, au lieu d'intrants meilleur marché, qui ne procurent aucun effet bénéfique pour le patient, ou simplement parce que l'on jette des intrants sans qu'ils aient servi. Ce type de gaspillage est essentiellement le fait de gestionnaires et témoigne d'un manque d'organisation et de coordination.
- Le gaspillage lié à la gouvernance a trait aux ressources qui ne contribuent pas directement aux soins aux patients, soit parce qu'elles servent à l'administration et à la gestion du système de santé et de ses différentes composantes, soit parce qu'elles sont détournées de leur usage prévu par la fraude, les abus et la corruption. Cette catégorie comprend donc deux types de gaspillage différents. Premièrement, le gaspillage administratif peut aller du niveau micro (gestionnaire) au niveau macro (autorité de tutelle). Là encore, le manque d'organisation et de coordination en est la principale cause. Deuxièmement, la fraude, les abus et la corruption détournent des ressources qui devraient servir à réaliser les objectifs des systèmes de santé. N'importe quel acteur peut être impliqué. Et pour que l'analyse soit exhaustive, elle doit impérativement inclure les entreprises/industries qui opèrent dans le secteur de la santé. En tout état de cause, ce type de gaspillage se distingue essentiellement des autres parce qu'il est motivé par l'intention de tromper.

Graphique 1.1. Les trois catégories de gaspillage en fonction des acteurs et des causes



En principe, deux grandes stratégies sont envisageables pour lutter contre le gaspillage – qui renvoient aux éléments constitutifs de sa définition: i) arrêter les activités qui n'apportent pas de valeur ajoutée et ii) changer d'approche quand il existe une autre solution meilleur marché et tout aussi bénéfique pour le patient[3]. Il est toutefois difficile de tirer des conclusions définitives et étayées par des évaluations objectives sur les stratégies optimales de lutte contre le gaspillage. L'expérience des pays, notamment en ce qui concerne l'identification, la mesure et la lutte explicite contre les différents types de gaspillage, est très disparate et n'est pas systématiquement documentée. Pour combler cette lacune, un questionnaire a été envoyé aux pays de l'OCDE[4]. Le rapport s'appuie largement sur les réponses apportées, ainsi que sur les documents publiés par tous les pays de l'OCDE. Dans de nombreux cas toutefois, les données relatives à l'impact des politiques restent limitées ou mitigées et fortement liées au contexte.

Quels types de mesures peut-on mettre en place ? Lutter contre le gaspillage nécessite de produire, publier et utiliser davantage d'information. L'information est indispensable au choix des priorités et à un leadership reposant sur des preuves, mais elle est également importante pour élaborer le détail des politiques spécifiques qui recourent à d'autres moyens d'action.

En parallèle, il faut donc formuler des politiques ciblant les acteurs qui contribuent au gaspillage et s'attaquant aux causes de leur comportement. Il existe quatre types de leviers d'action[5] :

- Les incitations économiques et financières, qui cherchent à influer sur le comportement des patients, des cliniciens ou des gestionnaires, sont particulièrement adaptées lorsque le mauvais calibrage des incitations économiques est la cause principale du gaspillage.

- Les politiques visant à faire changer les comportements et notamment qui, *via* l'information (sensibilisation, persuasion et formation), lèvent les obstacles empêchant une prise de décision optimale.
- Les changements organisationnels s'appuient sur des politiques qui modifient le lieu, le rôle, le nombre, la coordination et les outils disponibles pour réaliser les tâches spécifiques incombant aux différents acteurs.
- La réglementation qui peut imposer un changement de comportement, d'organisation ou d'information.

Les sections suivantes de ce chapitre présentent successivement les principaux constats du rapport sur le gaspillage dans les soins cliniques, le gaspillage opérationnel et le gaspillage lié à la gouvernance. Chaque section donne des détails et des exemples de gaspillage, en explique les principales causes, synthétise les données disponibles sur l'ampleur du problème et montre la difficulté à mesurer le gaspillage. Enfin, des stratégies pour y remédier sont présentées et classées en fonction des leviers d'action utilisés.

2. Gaspillage dans les soins cliniques : Quand les patients ne reçoivent pas les bons soins

Le gaspillage dans les soins cliniques a lieu lorsqu'un patient ne reçoit pas les bons soins pour des raisons qui auraient pu être évitées. Il englobe les événements indésirables évitables et les soins de faible valeur.

2.1. Les soins de faible valeur, voire dangereux, ne sont pas rares

Les événements indésirables sont désastreux pour les patients et gaspillent les ressources des systèmes de santé alors qu'ils peuvent souvent être évités

Les événements indésirables menacent la sécurité des patients. Selon l'enquête *Harvard Medical Practice Study* (Brennan et al., 1991), un événement indésirable est un « dommage lié aux soins (plutôt qu'à la maladie sous-jacente) qui entraîne une prolongation de l'hospitalisation ou une invalidité à la fin de l'hospitalisation, ou les deux ». Dans le même ordre d'idée, l'*Institute for Healthcare Improvement* définit un événement indésirable comme un « dommage physique involontaire imputable aux soins (ou à l'absence de traitement médical indiqué), qui nécessite un suivi, un traitement ou une hospitalisation supplémentaires, ou qui entraîne le décès » (http://www.ihi.org). Une « erreur clinique » peut conduire à un événement indésirable, à moins d'être détectée à temps ou simplement par chance (Reason, 2000).

Malgré les intentions louables des prestataires, il y a toujours des événements indésirables évitables dans les systèmes de santé. Le risque est inhérent à la prestation des soins et peut donc provoquer un événement indésirable. Certains résultats inattendus ou indésirables ne peuvent pas être évités, et ne devraient pas être qualifiés de gaspillage. Néanmoins, les événements indésirables sont souvent évitables. Les exemples les plus frappants sont ce que l'on appelle les « never events » (événements qui ne devraient jamais arriver) ou les « événements sentinelles », qui ne devraient jamais se produire et qui sont toujours évitables. Parmi ces évènements rares, on peut citer l'oubli d'un corps étranger après une opération chirurgicale, ou les erreurs de site en chirurgie comme l'ablation du mauvais rein. Cependant, les infections associées aux soins, les erreurs de médication et les complications post-opératoires, comme la

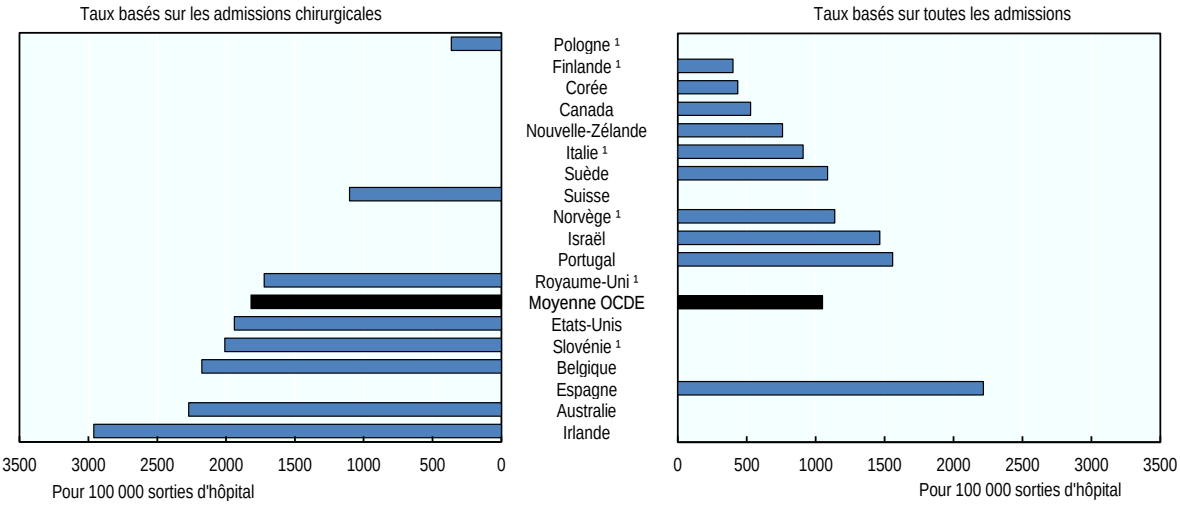
formation de caillots sanguins, sont bien plus fréquentes et, dans une large mesure, évitables. Les événements indésirables évitables sont souvent source de morbidité et de mortalité chez les patients, et de coûts pour les payeurs, compte tenu des services supplémentaires requis.

D'après les chiffres disponibles, l'ampleur et le coût des événements indésirables sont significatifs :

- Un rapport récent indiquant que les erreurs médicales seraient la troisième cause de décès aux États-Unis attire l'attention sur ce problème (Makary et Daniel, 2016).
- Des études internationales révèlent que les événements indésirables survenant en milieu hospitalier entraînent une hausse des coûts hospitaliers comprise entre 13 et 16 % (Jackson, 2009), et qu'entre 28 et 72 % d'entre eux sont considérés comme évitables après expertise (Brennan et al., 1991 ; Rafter et al., 2016, notamment).
- Les données relatives aux soins primaires sont rares, mais l'étude *Primary Care International Study of Medical Errors* montre qu'environ 80 % des erreurs peuvent être classées dans les « erreurs de processus », qui peuvent en grande majorité être corrigées (Makeham et al., 2002).

L'OCDE collecte des données sur quatre événements indésirables (graphique 1.2). Les chiffres montrent que les taux communiqués varient du simple au décuple dans les systèmes de santé. Il est fort peu probable que ces chiffres reflètent des écarts « réels » ; ils témoignent plutôt d'énormes différences dans la volonté des individus, au sein des différents systèmes, d'admettre que des erreurs ont été commises.

Graphique 1.2. Septicémie suite à une opération abdominale, 2013 (ou année la plus proche)



Note : les taux n'ont pas été corrigés du nombre moyen de diagnostics secondaires. La moyenne de l'OCDE inclut huit pays (partie gauche) et dix pays (partie droite).

1. Le nombre moyen de diagnostics secondaires est < 1.5.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé (2016), http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

Les événements indésirables évitables sont imputables à des erreurs et des décisions sous-optimales, ainsi qu'à des défaillances organisationnelles, par exemple, le non-respect des pratiques cliniques standard (négligence), qui n'est pas décelé suffisamment tôt, ou le manquement de l'établissement de soins à définir ce type de pratiques et à former son personnel en conséquence. De même, l'absence de communication entre membres du corps médical peut entraîner des événements indésirables, mais uniquement en l'absence de systèmes qui rendent ces manquements visibles et qui les interceptent.

Les soins de faible valeur se rencontrent à tous les stades du parcours de soins

La grande majorité des cliniciens s'efforcent de choisir les soins les mieux adaptés à chaque patient, en faisant, dans l'idéal, attention au coût. On parle de soins de faible valeur lorsque ces objectifs ne sont pas atteints. Il s'agit des soins inefficaces, c'est-à-dire des actes dont la valeur clinique n'est pas avérée, ou pour lesquels le risque de préjudice est supérieur à l'effet bénéfique escompté, mais aussi de soins inappropriés, c'est-à-dire d'actes qui peuvent être efficaces pour certaines catégories de patients mais qui sont réalisés d'une manière qui ne correspond pas aux recommandations de bonne pratique (RBP) clinique fondées sur des données probantes, ou qui ne tiennent pas compte des préférences des patients. Si l'on tient compte des coûts, il s'agit également des actes qui procurent un effet bénéfique marginal, voire nul, par rapport à des solutions moins coûteuses et, de manière plus générale, des soins qui apportent des bénéfices exagérément faibles par rapport à leur coût — entre d'autres termes, qui présentent un rapport coût/efficacité trop faible.

Les procédures de faible valeur peuvent se rencontrer à toutes les étapes du parcours de soins, à commencer par un nombre excessif d'examens diagnostics (par exemple le recours excessif ou prématuré à l'imagerie dans le cas de douleurs lombaires ou de céphalées) ou le surdiagnostic (découverte chez une personne d'une affection qui ne s'accompagne pas de troubles). Par exemple, une revue Cochrane note que, sur 2 000 femmes invitées à participer à un dépistage du cancer du sein par mammographie au cours d'une période de 10 ans, un décès par cancer du sein sera évité et 10 femmes en bonne santé qui n'auraient pas été diagnostiquées si elles n'avaient pas participé au dépistage seront traitées inutilement (Gøtzsche et Jørgensen, 2013). Les soins de faible valeur englobent également les interventions chirurgicales inutiles (comme les césariennes non justifiées, ou l'arthroscopie du genou en cas d'ostéoarthrite). Une analyse portant sur des hôpitaux australiens a révélé que cinq procédures non étayées par des données cliniques étaient pratiquées plus de 100 fois par semaine. Les cinq procédures chirurgicales « à éviter » étaient la vertébroplastie en cas de fractures vertébrales douloureuses dues à l'ostéoporose, l'arthroscopie du genou en cas d'ostéoarthrite, l'ablation laparoscopique du nerf utérin en cas de douleurs pelviennes chroniques, l'ablation d'ovaires sains lors d'une hystérectomie et l'oxygénothérapie hyperbare pour divers problèmes de santé, tels que le cancer, la maladie de Crohn ou les maladies vasculaires cérébrales (Duckett et al., 2015). Les médicaments peuvent aussi être en cause. La prescription d'antimicrobiens[6] est un parfait exemple de traitement permettant de sauver des vies dont l'usage inapproprié non seulement relève du gaspillage mais constitue une menace systémique pour notre santé (encadré 1.2).

Encadré 1.2. Soins de faible valeur, grands enjeux : Lutter contre la sur-prescription d'antimicrobiens

L'utilisation inappropriée des antimicrobiens a un effet délétère.

- Les thérapies antimicrobiennes jouent un rôle essentiel dans la médecine moderne, mais leur usage inapproprié (une forme de soins de faible valeur) est la principale cause de l'augmentation de la résistance aux antimicrobiens (RAM). Leur usage excessif sur le bétail représente également une part non négligeable de la consommation inappropriée totale d'antimicrobiens.
- Ces dernières années, la consommation totale d'antimicrobiens s'est stabilisée, voire a reculé, dans certains pays, mais elle continue de progresser dans d'autres, malgré les inquiétudes croissantes qu'elle suscite.
- Environ 50 % de la consommation d'antimicrobiens chez l'homme n'est pas justifiée (Wise et al., 1998). Cependant, pour les soins de longue durée et en médecine générale, cette proportion peut atteindre 90 % (Wang et al., 2014). Les infections virales des voies respiratoires et les infections des voies urinaires sont les pathologies les plus susceptibles d'entraîner cet usage inapproprié car les prescriptions sont souvent empiriques.
- L'usage irrationnel des antimicrobiens a des conséquences désastreuses sur le plan économique. La résistance croissante aux antimicrobiens a d'importantes retombées négatives sur le plan social. Les patients infectés par des organismes résistant aux antimicrobiens souffrent d'une morbidité prolongée et grave, et d'un risque accru de mortalité. En 2007, ces dépenses s'élevaient à 940 millions EUR en Europe, et, d'après les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), l RAMa coûté 20 milliards USD aux États-Unis en 2012 (ECDC et EMEA, 2009 ; CDC, 2013). Selon les modélisations, l'impact économique des niveaux actuels de RAM par rapport à un monde sans RAM ressortirait à 0.03 % du produit intérieur brut (PIB) en 2020 et à 0.16 % en 2050 dans les pays de l'OCDE, soit une perte cumulée de 2 900 milliards USD (Cecchini et al., 2015).
- La consommation inappropriée d'antimicrobiens est essentiellement imputable à des facteurs humains qui déterminent le comportement des médecins (habitudes de prescription) et des patients (qui insistent pour se faire prescrire des antimicrobiens ou pratiquent l'automédication). Les obstacles organisationnels, comme le manque de tests de diagnostic rapide en nombre suffisant, peuvent aussi expliquer la prescription inappropriée d'antimicrobiens (Cabana et al., 1999).

La conjugaison de quatre moyens d'action peut favoriser une consommation plus rationnelle d'antimicrobiens.

- Certaines mesures peuvent entraîner un changement de comportements chez les acteurs concernés :
  - Élaboration et mise en œuvre de RBP fondées sur des données probantes afin de permettre aux cliniciens d'évaluer leurs prescriptions au regard d'un cadre plus vaste de bonnes pratiques médicales et de la rationalisation de l'usage des antimicrobiens.
  - Mise en œuvre de programmes d'encadrement de l'utilisation des antimicrobiens, fondés sur des activités pluridisciplinaires destinées à réguler et à persuader les prescripteurs et le grand public de faire un usage approprié des antimicrobiens (RBP, suivi, formation et campagnes de sensibilisation par exemple). Lorsqu'ils sont bien conçus, ces programmes peuvent faire reculer le taux de prescription d'antibiotiques (variation médiane jusqu'à -40 %) et la RAM (variation médiane jusqu'à -68 %) (Davey et al., 2013). Par exemple, le programme pluridimensionnel mis en œuvre aux États-Unis par le groupe Kaiser Permanente à l'intention des prescripteurs a permis de diminuer de 45 % la prescription de certains antibiotiques (Epson, 2015).

Encadré 1.2. Soins de faible valeur, grands enjeux : Lutter contre la sur-prescription d'antimicrobiens *(suite)*

  - Déploiement de campagnes multimédia afin d'informer les éventuels patients des effets d'un usage inapproprié des antimicrobiens. La Belgique a organisé des campagnes médiatiques ciblées sur le grand public, dans le cadre d'une stratégie plus vaste destinée à rationaliser le recours aux antimicrobiens. Entre 2000 et 2015, la consommation d'antibiotiques a baissé de 39 %, produisant au total une économie d'environ 642.2 millions EUR (Goossens et al., 2015).

- Les changements organisationnels peuvent aider les cliniciens à mieux cibler leur prescription d'antibiotiques :
  - En imposant l'utilisation de tests de diagnostic rapide chaque fois que c'est possible, on permet aux médecins de prendre des décisions éclairées quant à l'utilisation, la sélection et la durée/le dosage des antimicrobiens, mais aussi de gérer les attentes des patients vis-à-vis de la prescription d'un traitement. D'après une revue systématique Cochrane et une méta-analyse, le recours à des tests de diagnostic rapide peut réduire la prescription d'antibiotiques de 22 % par rapport à une prescription empirique (Aabenhus et al., 2014). En France, le recours accru à ces tests par les médecins qui dispensent des soins primaires a permis de réduire de 39 % la prescription d'antibiotiques (Michel-Lepage et al., 2014).
  - Les procédures visant à imposer la prescription différée peuvent être réorganisées dans les soins primaires et ambulatoires, afin de réduire les prescriptions lorsqu'il est possible de traiter des cas sans recourir immédiatement aux antimicrobiens.
- Des incitations économiques ciblant les prestataires et les demandeurs de soins peuvent favoriser le bon usage des antimicrobiens :
  - Les incitations perverses, comme la prescription et la vente concomitantes par les médecins et les pharmaciens, devraient être éliminées par la dissociation de ces fonctions. Les dispositifs de rémunération à la performance peuvent encourager à respecter des objectifs de bonnes pratiques spécifiques, tangibles et mesurables. En Suède, une modeste incitation de ce type a permis de combler un tiers de l'écart entre le taux de prescription réel et l'objectif ciblé (Anell et al., 2015).
  - Le relèvement du coût restant à la charge des patients pour les antimicrobiens qui sont les plus susceptibles d'être utilisés de façon inappropriée peut aussi s'avérer utile, mais cette intervention doit être bien conçue afin d'éviter des effets inattendus. Par exemple, le plafonnement du remboursement des fluoroquinolones au Canada a fait reculer de 80 % le nombre de prescriptions, ce qui a été partiellement compensé par la hausse des prescriptions d'autres antibiotiques (MacCara et al., 2001).
- Enfin, les pays devraient continuer à encourager et à appuyer le développement de systèmes efficaces pour assurer le suivi i) de la prévalence de la RAM et ii) de l'évolution de la consommation d'antimicrobiens. Les pouvoirs publics devraient comprendre comment il convient d'interpréter les données en fonction de la stratégie retenue pour les recueillir (ventes ou remboursement), et obtenir des informations représentatives sur le volume, le coût et les tendances chronologiques et géographiques du recours aux antimicrobiens, dans tous les segments concernés du secteur de la santé.

Même si les soins de faible valeur ne sont nulle part pleinement quantifiés, l'ampleur du problème est indéniable. L'étude des disparités géographiques en matière de procédures cliniques constitue l'outil le mieux à même de mesurer l'étendue du gaspillage lié aux soins de ce type. En effet, les écarts considérables observés dans la quantité des soins dispensés aux patients ne peuvent pas s'expliquer par des facteurs

relatifs à la demande (morbidité et différences socioéconomiques) ou à l'offre (accessibilité de certaines interventions ou d'outils de diagnostic). Une étude menée en 2014 par l'OCDE examine les disparités géographiques au sein de 13 pays et entre ces pays, pour 10 interventions. Le taux des interventions cardiaques variait du simple au triple d'un pays à l'autre, et jusqu'au sextuple dans un même pays. Au Canada, en Espagne et au Portugal, le taux de pose de prothèses du genou pouvait varier du simple au quintuple d'une région à l'autre (OCDE, 2014). Il est difficile d'imaginer que ces variations s'expliquent par des différences en termes de besoins. Il est plus probable que, dans certaines régions, les patients subissent des interventions qui seraient considérées comme inutiles dans d'autres régions, ou bien que la prestation de services médicaux est largement insuffisante dans les régions affichant l'intensité d'interventions la plus faible.

Les soins de faible valeur sont principalement dus à des décisions sous-optimales associées à des incitations qui ne sont pas alignées avec les objectifs du système de santé. Les différences entre la façon dont les soins devraient être dispensés conformément aux RBP et la pratique peuvent s'expliquer par un manque de connaissances, un biais cognitif ou une opposition à un changement de pratique, même s'il est prouvé que l'ancienne pratique est obsolète. Le développement de la « médecine défensive », essentiellement motivée par la crainte de passer à côté d'un diagnostic de faible probabilité ou d'être poursuivi en justice, peut aussi conduire à un sur-traitement, en particulier à la prescription d'examens inutiles. Autre facteur explicatif : la demande de traitements supplémentaires exprimée par les patients, qui ne sont pas toujours conscients des risques. La prestation de soins de faible valeur est également motivée par des raisons financières, comme la rémunération à la pathologie ou la rémunération à l'acte des prestataires, ou encore la couverture des interventions quel qu'en soit le bénéfice pour le patient. Les assurés comme les prestataires (cliniciens ou directeurs d'établissement), qui sont rémunérés pour leurs services, ne sont pas incités à éviter les soins de faible valeur.

2.2. La promotion des soins à forte valeur passe par un changement de comportement

Des informations plus nombreuses et de meilleure qualité sont nécessaires pour évaluer et limiter la fréquence des événements indésirables et des soins de faible valeur

La transparence et la qualité de l'information sur les événements indésirables restent globalement faibles. Il est difficile de lutter contre la propension instinctive — voire les incitations — à sous-déclarer les incidents. Pour promouvoir la transparence, il faut de la confiance (quant au fait que l'objectif du recueil de données n'est pas de désigner des coupables mais d'apprendre) et l'assurance que des enseignements en seront tirés et que des mesures correctives seront prises pour empêcher de nouveaux incidents du même type. Ces changements impliquent un leadership fort et durable, de sorte que le recueil de données s'améliore parallèlement à leur utilisation. Tous les pays de l'OCDE n'ont pas adopté de systèmes d'information et d'apprentissage sur les événements indésirables : bien souvent, les systèmes n'enregistrent pas les événements indésirables en dehors des soins en milieu hospitalier (soins ambulatoires, soins en établissements d'accueil médicalisés ou soins à domicile). Il serait utile d'étendre ces bonnes pratiques à d'autres prestataires, comme en Nouvelle-Zélande, où elles sont appliquées par les services

d'ambulance, les maisons de retraite, les résidences pour personnes âgées et d'autres prestataires non hospitaliers (Health Quality & Safety Commission New Zealand, 2015).

Concernant les soins de faible valeur, le recueil des données a beaucoup progressé. Au moins dix pays de l'OCDE utilisent des atlas pour repérer les variations dans les soins et les résultats enregistrés en matière de santé dans diverses zones géographiques. Dans l'ensemble, l'élaboration d'indicateurs est toutefois plus ou moins avancée selon les pays. Il est impératif de trouver un consensus sur les indicateurs à utiliser et sur la manière de standardiser et d'interpréter les chiffres. Autre difficulté : pour évaluer le caractère approprié d'une procédure donnée, il faut souvent des informations sur les maladies (codes des maladies) et sur les patients. Les bases de données administratives sont rarement suffisamment détaillées. L'OCDE travaille avec la campagne *Choosing Wisely*® (voir plus loin) à l'élaboration d'indicateurs comparables à l'échelon international sur les soins inadéquats.

Enfin, il est impératif de mieux prendre en compte le point de vue des patients dans les systèmes de données, et in fine dans les processus décisionnels. Si l'on veut identifier le gaspillage dans les soins cliniques, il faut comprendre et classer les effets bénéfiques et négatifs des procédures cliniques. Cette tâche est généralement réalisée sous l'angle clinique, mais il se peut que les cliniciens et les patients aient des avis divergents, et il faut en tenir compte dans la prise de décisions. Ainsi, on peut recueillir des données directement auprès des patients en les interrogeant sur leur vécu (Patient-Reported Experience Measures – PREM), sur les résultats obtenus (Patient-Reported Outcome Measures – PROM) et sur les incidents rencontrés (Patient-Reported Incident Measures – PRIM). Les PREM et les PROM peuvent être utilisés pour veiller à ce que les patients reçoivent des soins correspondant aux résultats qui importent à leurs yeux, ce qui est fondamental si l'on veut que les soins soient adaptés. Les PRIM peuvent aider les patients à assurer la sécurité des soins qu'ils reçoivent (encadré 1 3). Il est crucial de combler ce déficit d'information si l'on veut renforcer la sensibilisation et définir par la suite des moyens d'action fondés sur des données concrètes, dans l'objectif de faire bouger les choses.

Encadré 1.3. Améliorer la sécurité des patients dans les systèmes de santé de l'OCDE : indicateurs sur les incidents déclarés par les patients (PRIM) en Norvège

Dans le cadre de la campagne en faveur de la sécurité des patients lancée par la Norvège en 2011, le questionnaire *Patient-Reported Incident in Hospital Instrument* a été intégré à l'enquête nationale sur le vécu des patients. Il consiste en 13 questions sur la perception qu'ont les patients de la sécurité à l'hôpital (notamment par rapport au respect des mesures d'hygiène par le personnel ou aux erreurs de médication). Il apparaît que les taux d'incidents déclarés par les patients correspondent aux mesures objectives de la sécurité des patients, comme le *Global Trigger Tool* (Bjertnaes et al., 2015). Voir l'encadré 2.7 du rapport principal pour plus d'informations.

Pour lutter contre le gaspillage dans les soins cliniques en changeant les comportements, les politiques publiques sont aussi importantes que les incitations

Parmi les moyens d'action non contraignants destinés à changer les comportements figurent la communication d'informations au public, les audits et le retour d'information, ainsi que la communication de RBP et d'informations aux médecins et aux patients afin de favoriser le dialogue. Par exemple, en Écosse, l'association d'un meilleur retour d'information et de messages de rappel à visée pédagogique a permis

de faire reculer de plus de 20 % la prescription d'examens (Thomas et al, 2006). Les RBP ont la capacité d'améliorer le processus et les résultats des soins, de réduire les interventions inutiles et d'économiser des coûts. Par exemple, aux États-Unis, une évaluation ciblée sur des patients présentant un cancer du poumon non à petites cellules a révélé que, pour les personnes qui suivaient un programme reposant sur des RBP fondées sur des données probantes, le coût des soins ambulatoires était inférieur de 35 % (Neubauer et al., 2010).

Si l'on veut éliminer les soins de faible valeur, il faut que les cliniciens et les patients aient la même perception de ce que sont des soins inappropriés. Cela peut passer par un dialogue intensif entre eux, que l'on peut faciliter. Les aides à la décision permettent ainsi aux patients de comprendre que le souhait de dépister tôt un cancer dangereux est susceptible de leur porter préjudice car ils peuvent recevoir des traitements inutiles pour une maladie qui ne met pas leur vie en danger. Il est prouvé que ces outils améliorent la prise de décisions concernant le choix des traitements pour le cancer du sein : chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie et chimiothérapie (Zdenkowski et al., 2016). Il a également été démontré qu'ils font baisser les taux d'arthroplastie de la hanche et du genou de 20 à 40% (Arterburn et al., 2012). En s'appuyant sur ces principes, la campagne *Choosing Wisely*® vise à limiter les soins de faible valeur (encadré 1.4).

Encadré 1.4. Limiter les soins de faible valeur dans les systèmes de santé de l'OCDE : L'initiative *Choosing Wisely*®

La campagne *Choosing Wisely*®, lancée à l'initiative de cliniciens, vise à réduire les soins de faible valeur en encourageant le dialogue entre le patient et le prestataire de soins sur l'utilité de certains traitements. La campagne a été lancée aux États-Unis en 2012, puis étendue à plusieurs autres pays. Aux États-Unis, l'analyse des premières tendances parmi sept services sur lesquels portaient les recommandations *Choosing Wisely*® a fait apparaître une légère diminution du recours à deux services : l'imagerie pour les céphalées (de 14.9 à 13.4 %) et l'imagerie cardiaque pour les patients à faible risque (de 10.8 à 9.7 %) (Rosenberg et al., 2015). Par contre, on observe une augmentation de l'utilisation de deux autres services et une tendance stable pour trois autres. On peut en conclure que le programme *Choosing Wisely*® devrait être utilisé en conjonction avec d'autres interventions. Voir l'encadré 2.8 du rapport principal pour plus d'informations.

Concernant la sécurité, l'utilisation systématique de listes de contrôle relativement simples s'avère efficace (Bliss et al., 2012), de même que les initiatives ciblant l'hygiène des mains des professionnels de santé, dans le but de réduire les infections associées aux soins (encadré 1.5). Toutefois, pour être efficaces, les listes de contrôle et autres outils similaires doivent être intégrés à des activités d'éducation, de suivi et de retour d'information de plus grande envergure. La finalité doit toujours être de favoriser une *culture* de l'amélioration de la qualité et de la sécurité, plutôt que la simple mise en œuvre de plusieurs initiatives isolées.

Encadré 1.5. Améliorer la sécurité des patients dans les systèmes de santé de l'OCDE : Encourager le lavage des mains en Australie et aux États-Unis

D'après des audits menés en Australie dans le cadre d'une initiative nationale qui encourage les personnels de santé à veiller à l'hygiène de leurs mains *(National Hand Hygiene Initiative)*, le respect des règles s'est amélioré, passant de 63.5 % dans 182 hôpitaux participants en août 2009 à 83.2 % dans 890 hôpitaux en octobre 2015 (Hand Hygiene Australia, 2015). Aux États-Unis, dans un service de soins intensifs, l'hygiène des mains du personnel soignant a été évaluée au moyen de caméras à déclenchement à distance qui surveillaient les lavabos et les distributeurs de désinfectant, avant et après communication des constats. Durant les 16 semaines qui ont précédé la communication des constats, le taux d'hygiène des mains était inférieur à 10 %. Durant les 16 semaines qui ont suivi, il est passé à 81.6 %, pour atteindre 87.9 % 75 semaines plus tard (Armellino et al., 2012). Voir l'encadré 2.10 du rapport principal pour plus d'informations.

Outre les moyens d'action non contraignants, on peut également modifier les incitations économiques existantes et introduire des changements organisationnels afin de favoriser la prestation de soins offrant une forte valeur et sans risque. Des pays de l'OCDE testent divers modes de remboursement, notamment les systèmes de paiement mixte qui introduisent un élément de paiement à la performance dans les méthodes de rémunération à la pathologie et à l'acte qui existent déjà. Au Danemark, dans le cadre d'une initiative pilote, certains hôpitaux sont remboursés en fonction des résultats obtenus chez les patients, au lieu d'utiliser le système de paiement reposant sur la classification en groupes homogènes de maladies (GHM). La France prévoit des sanctions financières à l'encontre des médecins qui ne respectent pas les pratiques de prescription, ainsi qu'un dispositif de paiement à la performance pour les soins ambulatoires qui récompense la prescription appropriée de benzodiazépines. Ces initiatives n'ont pas encore fait l'objet d'évaluations systématiques. Dans le cas d'événements indésirables, certains systèmes de santé ont décidé d'imposer des sanctions financières afin de rendre les soins plus sûrs. Par exemple, Israël a défini quatre « événements qui ne devraient jamais arriver » (« *never events* »), que les hôpitaux ne peuvent pas facturer aux caisses d'assurance maladie. Les incitations financières peuvent également cibler les patients. Il est par exemple possible d'introduire un système de participation aux coûts pour des soins considérés de faible valeur, ou de ne pas les prendre en charge.

Les changements organisationnels peuvent passer par une meilleure utilisation de la technologie et par une coordination accrue des soins. La saisie électronique des ordonnances médicales (SEOM) améliore la sécurité en évitant les problèmes liés à la lisibilité, à l'ambiguïté des abréviations ou au manque d'informations des cliniciens lors de la prescription de traitements ou d'examens (Bates et al., 1998). La SEOM peut être associée à des RBP ou à des outils d'aide à la décision pour éviter les soins de faible valeur. D'après les conclusions d'une analyse systématique de la littérature, le recours à la saisie électronique est associé à une amélioration du respect des RBP, et à une réduction du nombre d'examens, de la durée médiane d'accès à un traitement approprié et des coûts (Georgiou et al., 2007). De nombreux pays travaillent à la mise en place du dossier médical électronique qui contiendra toutes les informations pertinentes sur chaque patient. Cependant, en raison de problèmes techniques, juridiques et culturels dans nombre de cas, ce dispositif est encore loin d'être pleinement mis en œuvre. En attendant, certains pays ont mis en place des systèmes de partage de l'information plus ciblés, axés sur la médication (Allemagne ou Danemark,

par exemple) ou sur certaines pathologies (comme SveDem, le registre suédois de la démence).

Ces moyens d'action peuvent s'accompagner de mesures réglementaires plus contraignantes. Par exemple, pour limiter les événements indésirables causés par des lacunes organisationnelles, un pays peut imposer aux prestataires de santé d'obtenir une accréditation, comme c'est le cas en Australie. Pour lutter contre les soins de faible valeur, Israël exige l'obtention d'une autorisation préalable pour certaines interventions trop utilisées. Plus important encore, il faut abandonner les technologies obsolètes et imposer l'utilisation de certains outils, tels que les évaluations des technologies de la santé (ETS), afin de juger de l'efficacité des interventions avant qu'elles ne soient financées sur des fonds publics. Par ailleurs, certains pays sont passés d'un système de responsabilité civile pour l'indemnisation des préjudices médicaux à un système « sans faute » financé par l'État afin de lutter contre le recours à la médecine défensive qui tend à encourager la délivrance de soins de faible valeur.

Le tableau 1.1 synthétise les constats sur le gaspillage dans les soins cliniques. Pour chaque type de gaspillage, il indique les acteurs concernés et les principaux facteurs explicatifs (ceux de moindre importance apparaissent en gris). La colonne « information » indique les systèmes d'information et les données qui peuvent servir à mieux saisir et suivre le problème. La colonne suivante présente une synthèse des moyens d'action à disposition des pouvoirs publics, selon quatre catégories. Les deux dernières colonnes donnent des exemples de l'impact de ces politiques et de bonnes pratiques, lorsque c'est possible.

Tableau 1.1. Acteurs, causes et moyens d'action : Synthèse des constats relatifs au gaspillage dans les soins cliniques

Type de gaspillage	Acteurs	Principaux facteurs explicatifs	Systèmes d'information requis	Moyens d'action	Impact	Exemples par pays
Événements indésirables évitables		Lacunes organisationnelles, décisions sous-optimales, incitations mal-calibrées	Systèmes de notification des événements indésirables, indicateurs PRIM	**Changement de comportement** : RBP, listes de contrôle, normes de pratique, campagnes de sécurité **Changements organisationnels** : amélioration de la coordination et de l'utilisation des TIC **Incitations** : sanctions financières pour les « événements qui ne devraient jamais arriver », passage d'un système de responsabilité civile à un système « sans faute » **Réglementation** : accréditation obligatoire des prestataires	+ + + +	**Espagne :** une liste de contrôle en cinq points est utilisée dans les services de soins intensifs afin de réduire les infections liées aux cathéters intravasculaires centraux **Allemagne, Danemark et Suède** : des systèmes de partage de l'information plus ciblés axés sur la médication ou sur certaines maladies **Israël :** le ministère de la Santé a défini quatre « événements qui ne devraient jamais arriver » que les hôpitaux ne peuvent pas facturer aux caisses d'assurance maladie **Australie** : tous les hôpitaux doivent satisfaire à dix normes nationales dans le cadre de l'accréditation obligatoire
		Lacunes organisationnelles, incitations mal calibrées				
Soins de faible valeur		Décisions sous-optimales, incitations mal calibrées	Atlas des variations dans les soins de santé, indicateurs PREM et PROM	**Changement de comportement** : audit et retour d'information, RBP, listes de procédures interdites, campagnes de promotion du dialogue entre patient et clinicien (*Choosing Wisely* ®, RBP, aides à la décision) **Incitations** : paiements forfaitaires, à la performance et en fonction des résultats, participation financière des patients pour les interventions de faible valeur, abandon des soins de faible valeur, passage d'un système de responsabilité civile à un système « sans faute » **Réglementation** : ETS systématiques, autorisation préalable pour certaines procédures	+ ? +	**États-Unis, Pays-Bas, Italie, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni (et autres) :** campagne *Choosing Wisely* ® **Angleterre** : le « *Maternity Pathway Payment* » supprime l'incitation financière pour les césariennes **États-Unis** : des programmes fondés sur la qualité des soins conditionnent le paiement à la qualité et au bénéfice apporté par les soins **France** : le taux de remboursement des médicaments dépend de leur efficacité pour une indication donnée et selon la gravité de l'affection **Israël** : le centre d'autorisation préalable pour la cathétérisation cardiaque a fait diminuer la pose d'endoprothèses injustifiée.
		Décisions sous-optimales, incitations mal calibrées				
		Incitations mal calibrées				
Sur-prescription d'antimicrobiens		Décisions sous-optimales, lacunes organisationnelles, incitations mal calibrées	Système de suivi des prescriptions	**Changement de comportement :** RBP, campagnes **Changements organisationnels :** outils de diagnostic rapide, programmes d'encadrement **Incitations** : paiements à la performance, participation financière des patients	+ ++ +	**La France** a mis en place un programme de formation médicale continue concernant les maladies transmissibles **La Belgique** est l'un des rares pays à avoir mené une analyse coûts-avantages complète de sa campagne dans la presse. Les programmes d'encadrement sont largement mis en œuvre et se sont révélés efficaces aux **États-Unis**, en **France** et dans d'autres pays.
		Décisions sous-optimales, incitations mal calibrées				

: gestionnaire : clinicien : patient + : quelques signes d'un impact positif mais limité et dépendant du système ++ : impact positif **?** : impact non connu à ce jour.

3. Gaspillage opérationnel : Quand les soins peuvent être prodigués en utilisant moins de ressources, ou des ressources moins coûteuses

Dans le cas du gaspillage opérationnel, les soins que les patients reçoivent sont ceux dont ils ont besoin, contrairement au gaspillage dans les soins cliniques, mais il aurait été possible d'obtenir les mêmes bénéfices (voire des bénéfices supérieurs) en réduisant les ressources employées.

Les soins nécessitent des ressources humaines et matérielles, comme du personnel médical, des produits pharmaceutiques et d'autres fournitures médicales, des technologies, des équipements et des bâtiments. Des inefficiences se produisent lorsque l'une de ces ressources est :

- achetée à un prix trop élevé, par exemple lorsque le processus d'achat est mal organisé ;
- achetée mais pas utilisée, et jetée par la suite (produits pharmaceutiques) ou simplement peu utilisée (installations fixes)
- utilisée pour traiter des patients alors qu'il existe des méthodes moins chères et équivalentes ; citons par exemple l'hospitalisation superflue alors qu'il existe une solution équivalente en ambulatoire, la prescription de médicaments princeps plutôt que de génériques, ou le recours à du personnel médical hautement spécialisé pour prodiguer des soins de base.

Conformément à la définition générale du gaspillage, l'accent est mis sur les activités qui peuvent être supprimées ou pour lesquelles l'architecture actuelle d'un système donné, quel qu'il soit, offre la possibilité de recourir à des solutions moins coûteuses. L'analyse de l'expérience des pays met en évidence deux domaines principaux dans lesquels il est possible de réduire le gaspillage opérationnel : les produits pharmaceutiques et le recours aux services hospitaliers.

3.1. Il existe un éventail de possibilités pour réduire les dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, un dollar sur cinq dépensé dans le domaine de la santé est consacré aux produits pharmaceutiques (Belloni et al., 2016). Cette section commence par traiter du gaspillage imputable à l'achat de ces produits (ou de toutes fournitures médicales) qui, faute d'être utilisés, finissent par être jetés. Elle s'attache ensuite à analyser les possibilités de substitution de princeps par des génériques moins chers et équivalents d'un point de vue thérapeutique. Pour finir, elle traite de la problématique complexe des achats.

Les fournitures médicales non utilisées sont le plus souvent jetées pour rien

Il est difficile d'évaluer le montant total des fournitures médicales jetées, mais il est sans doute sous-estimé : dans la plupart des pays, les seules données disponibles concernent les points de collecte officiels. Quant au montant des fournitures jetées par les hôpitaux, il est encore plus difficile à estimer. D'autant qu'il est nécessaire de se débarrasser de certains produits, dès lors que des patients se rétablissent et n'ont plus besoin de médicaments, ou que leur traitement doit être modifié. Toutefois, il serait sans doute possible d'économiser environ 50 % du montant total des produits jetés (Trueman et al., 2010).

- En Australie, un audit de 2013 a révélé que la valeur annuelle des médicaments prescrits et rapportés par les patients dans les points de collecte s'élève à 2 millions AUD environ (Monash University, 2013).
- Si l'on inclut les médicaments prescrits et jetés par des patients chez eux, comme le fait, en Angleterre, le NHS, le coût annuel pourrait s'élever à 200 millions GBP (Trueman et al., 2010).
- Aux États-Unis, dans les principaux établissements de santé universitaires, qui représentent 4 % des hôpitaux du pays, on jette chaque année des produits médicaux recyclables pour un total d'au moins 15 millions USD (Wan et al., 2015).

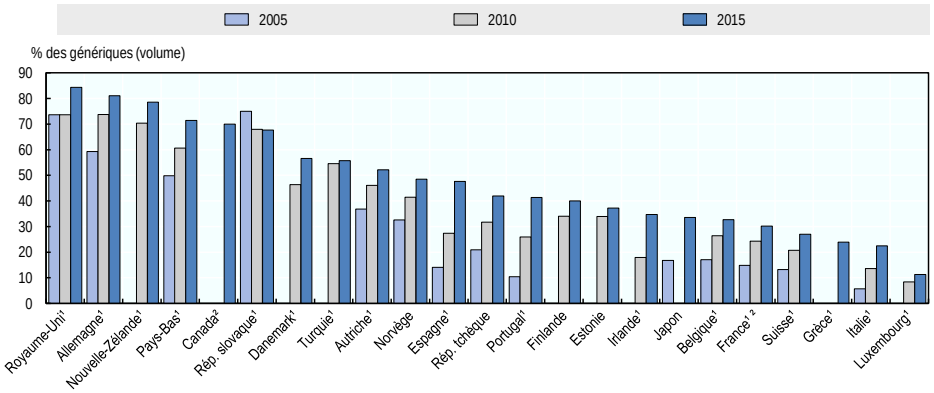
Les patients et les prestataires sont les principaux responsables de ce gaspillage. Ainsi, des prescriptions régulières mal réévaluées par les médecins ou les pharmaciens entraînent l'achat d'un volume excessif de produits médicaux. Par ailleurs, en raison d'un manque d'informations, de doutes ou d'une confusion, certains patients ne terminent pas leur traitement, ce qui peut avoir des conséquences négatives pour eux, ou sur un plan plus général (dans le cas des antibiotiques, cela contribue par exemple à la RAM). La mauvaise organisation de la gestion des fournitures et des stocks dans certains établissements de santé pourrait également être en cause, mais cet aspect a été moins étudié.

Pour remédier à ces problèmes, il convient de modifier les comportements au moyen de RBP, de programmes d'information et de campagnes de sensibilisation. Pour motiver les professionnels de santé et les patients à prescrire/consommer des médicaments en privilégiant le ratio coût/efficacité, ces outils doivent se concentrer sur les bienfaits de la médication plutôt que sur le seul gaspillage (voir encadré 1.2 sur la RAM). Une telle stratégie implique d'encourager une bonne communication entre cliniciens et patients, afin de réduire autant que possible les incertitudes de ces derniers concernant la prise de médicaments (Trueman et al., 2010). Des essais menés en Angleterre et en Suède laissent à penser qu'un moyen rentable de réduire le volume de produits pharmaceutiques non utilisés consiste à fournir des conseils, directement ou par téléphone, aux patients qui commencent un nouveau traitement (Clifford et al., 2006 ; Schedlbauer et al., 2007). Par ailleurs, la prescription électronique ou d'autres systèmes de réévaluation des prescriptions (Danemark, Royaume-Uni) peuvent améliorer le suivi des médicaments délivrés. Les données attestant de leur efficacité sont toutefois moins probantes.

La substitution par des génériques : un potentiel encore inexploité

L'utilisation de médicaments génériques permet de libérer des ressources au sein du système de santé. Aux États-Unis, par exemple, le marché des génériques est très dynamique, et un médicament de ce type coûte en moyenne 80 à 85 % moins cher qu'un princeps (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2013). De fait, la transition vers les génériques et ce que l'on appelle « la chute des brevets » (l'expiration du brevet d'un grand nombre de médicaments) expliquent la baisse des dépenses pharmaceutiques récemment observée dans les pays de l'OCDE (Belloni et al., 2016). Pour autant, parmi ces derniers, tous n'exploitent pas complètement ce potentiel (graphique 1.3) : la part des génériques dans les produits pharmaceutiques pris en charge par la couverture maladie de base varie entre 10 et 80 %.

Graphique 1.3. Évolution de la part de marché des médicaments génériques, en volume, dans les pays de l'OCDE entre 2005 et 2015 (ou année la plus proche)



1. Les données ne concernent que le marché des médicaments remboursés.

2. Les données les plus récentes disponibles datent de 2013.

Source : *Statistiques de l'OCDE sur la santé (2016)*, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

Les efforts pour accroître le recours aux génériques peuvent être limités par des décisions sous-optimales et par la réglementation en vigueur : dans le premier cas, en effet, les cliniciens et les patients ont souvent l'habitude d'utiliser un princeps. Dans le second cas, certains pays de l'OCDE ont toujours une réglementation qui empêche les médecins de se servir des dénominations communes internationales (DCI) pour prescrire un médicament (Belloni et al., 2016). De plus, la législation relative à la commercialisation est susceptible de retarder l'arrivée des génériques sur le marché (Vogler, 2012).

Pour favoriser l'utilisation de génériques, il faut commencer par adapter la réglementation afin d'accroître les possibilités de commercialisation et de substitution. À cette fin, il est nécessaire, d'une part, d'adopter des lois qui autorisent les laboratoires produisant des génériques à soumettre leurs produits au processus d'autorisation légal avant que le brevet du princeps n'arrive à expiration et, d'autre part, d'autoriser le remplacement de toutes les catégories de médicaments par des génériques, dès lors que cette possibilité existe. De plus, en facilitant le recours à la DCI, on peut accroître le taux de substitution des princeps par des génériques. Plusieurs pays de l'OCDE (Danemark, Espagne, Finlande et Suède) se sont également dotés d'une réglementation obligeant les pharmaciens à systématiquement remplacer le médicament prescrit par son équivalent générique le moins cher (Vogler, 2012).

Ces mesures peuvent s'accompagner d'incitations financières. La France a mis en place un mécanisme de paiement à la performance afin de récompenser les cliniciens qui prescrivent des génériques, tandis que le Japon a adopté un système de bonus en fonction de la part des génériques dans les médicaments prescrits. Dans la plupart des pays, les patients sont incités à choisir des génériques par une participation aux coûts plus faible (Belloni et al., 2016).

Il est également possible de cibler les patients avec des campagnes d'information en expliquant que les médicaments génériques sont équivalents aux médicaments d'origine (Danemark, Espagne, France et Portugal). En Norvège, les pharmaciens ont l'obligation d'informer les patients qu'il existe une option moins chère (Medicines for Europe, à paraître ; Belloni et al., 2016).

Bien qu'aucune évaluation formelle ne soit disponible, ces politiques, associées à l'expiration des brevets, ont certainement contribué à la hausse importante de la part de marché des génériques observée dans la plupart des pays ces dix dernières années (graphique 1.3).

En parallèle de la concurrence des médicaments génériques, les systèmes de santé pourraient réaliser d'importantes économies en ouvrant le marché à la concurrence des médicaments biosimilaires. Les médicaments biosimilaires sont les versions génériques de médicaments biologiques (à savoir des médicaments fabriqués à partir d'une source biologique, comme une bactérie ou une levure). Un nombre croissant de maladies sont traitées par des médicaments biologiques. En particulier, ces médicaments innovants ont inauguré une nouvelle ère de traitements ciblés contre le cancer, malgré leur coût très élevé (de 25 000 à 200 000 USD par an) (Belloni et al., 2016). Ainsi, l'émergence des médicaments biosimilaires promet des traitements plus abordables qui pèseront moins lourd dans le budget de la santé. Toutefois, l'adoption des médicaments biosimilaires est confrontée aux mêmes obstacles rencontrés pour concrétiser le potentiel des génériques (encadré 1.6).

Encadré 1.6 Économies actuelles et futures engendrées par l'utilisation des médicaments biosimilaires

Parallèlement à la concurrence des médicaments génériques, l'ouverture du marché à la concurrence des médicaments biosimilaires pourrait permettre aux systèmes de santé de réaliser des économies considérables. Par exemple, les brevets de huit médicaments biologiques majeurs vont arriver à expiration entre 2016 et 2020. L'analyse des données disponibles pour cinq pays européens (Allemagne, Espagne, France, Italie et Royaume-Uni) et les États-Unis indique qu'une réduction de 20 % du prix par jour de traitement pour ces huit produits pourrait engendrer des économies cumulées supérieures à 50 milliards EUR au total d'ici à la fin de l'année 2020 (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2016). En 2015, suite à l'ouverture d'une des catégories les plus utilisées de médicaments biologiques à la concurrence des biosimilaires — les érythropoïétines (EPO) — la réduction de prix observée (dans cette classe, à savoir pour les princeps comme pour les biosimilaires) était comprise entre 39 % en France et 55 % en Allemagne (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2016).

La réglementation de la commercialisation des biosimilaires varie considérablement d'un pays à l'autre. L'Union européenne a approuvé le premier biosimilaire en 2006 et occupe la première place en nombre de produits approuvés : 20 en juin 2016. Toutefois, le recours aux biosimilaires varie considérablement au sein de l'UE. Même le premier biosimilaire est peu, voire pas du tout utilisé dans certains pays (p. ex. Grèce, Irlande, et Slovaquie), alors qu'en Pologne, il est utilisé dans la quasi-totalité des traitements concernés (Ekman et Vulto, 2016). Les États-Unis ont adopté le cadre législatif de l'approbation des biosimilaires en 2010, mais le premier biosimilaire n'a été approuvé qu'en mars 2015 (Belloni et al., 2016).

Certaines mesures évoquées dans ce chapitre pour accroître le recours aux génériques pourraient également être appliquées aux biosimilaires. Par exemple, les médecins et les patients craignent souvent que les biosimilaires ne compromettent la qualité du traitement (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2016). C'est pourquoi les autorités réglementaires devraient communiquer leurs informations plus activement, et plus important encore, s'efforcer de prendre clairement position sur l'interchangeabilité des médicaments biologiques et biosimilaires. En Norvège et au Danemark, où les médecins jouent un rôle central dans la prise de décision, les biosimilaires ont été rapidement et durablement adoptés. De même, la concurrence des biosimilaires est forte en Allemagne, où les caisses d'assurance ont veillé à communiquer avec les médecins sur ce sujet et ont mis ensuite en place des quotas de prescription pour les biosimilaires (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2016). Un certain nombre de pays ont pris clairement position sur l'autorisation d'un passage aux biosimilaires en cours de traitement, notamment l'Allemagne, le Danemark, la Finlande, la France et la Norvège (Ekman et Vulto, 2016).

Les variations de prix constatées aussi bien entre les pays que dans chacun d'entre eux sont en partie injustifiées et causées par des inefficiences dans le processus d'achat

Comparer les prix des produits pharmaceutiques, notamment entre plusieurs pays, est un processus complexe. Les prix peuvent tout d'abord être relevés à différents niveaux (de la sortie du site de production au point de vente), et leurs variations — dues, en partie, aux forces qui s'exercent sur le marché — sont également susceptibles de refléter l'importance que chaque pays donne aux résultats de santé par rapport aux ressources financières dont il dispose. En outre, il arrive que des laboratoires accordent à certains pays des réductions soumises à un accord de non-divulgation, entraînant alors un écart entre les prix officiels et réels. En somme, il n'est pas possible d'évaluer l'ensemble des différences de prix, qui ne sont par ailleurs pas toutes injustifiées. Pourtant, des variations importantes dans un même pays ou entre pays similaires peuvent être le signe d'un processus d'achat inefficient.

- Entre plusieurs régions d'Italie, les prix des produits pharmaceutiques hospitaliers peuvent connaître des variations allant jusqu'à 23 % (Baldi et Vannoni, 2015).
- En Angleterre, selon le *Trust* (prestataire de soins), le prix d'un simple bracelet d'identification des patients peut varier du simple au double (NHS, 2014).
- Des études réalisées ces dix dernières années montrent qu'en Allemagne, au Danemark, aux États-Unis, en Suède et en Suisse, les prix des médicaments d'origine sont souvent élevés, tandis qu'ils sont très faibles dans d'autres pays, tels que l'Espagne, la Grèce, le Mexique, le Portugal et depuis peu, le Royaume-Uni. Par exemple, pour certains médicaments contre le cancer, les prix départ usine entre le pays le plus cher et le pays le moins cher peuvent varier de 28 à 388 % (Vogler et al., 2016).

Des prix relativement élevés peuvent être le signe de processus d'achat passifs, qui n'exploitent pas totalement le pouvoir de marché potentiel que représente l'achat groupé. Cela se produit soit parce que les prestataires ou caisses d'assurance de petite taille passent des contrats séparés pour des volumes limités de médicaments, soit parce que les gros acheteurs n'utilisent pas activement leur pouvoir de marché. Ce dernier cas signifie que les acheteurs, par exemple, n'engagent pas de négociations avec les fournisseurs et/ou mettent tous les produits d'une classe thérapeutique sur un pied d'égalité (ce qui signifie qu'ils ne font généralement pas la distinction entre les produits présentant un rapport coût-efficacité plus ou moins élevé). Par conséquent, aucun fournisseur ne peut envisager de vendre des volumes relativement plus importants. En d'autres termes, les acteurs n'induisent tout simplement pas de concurrence entre les fournisseurs de produits similaires.

Dans de nombreux pays de l'OCDE, en effet, les prestataires de soins individuels, notamment les hôpitaux ou les services relevant des autorités locales, ne mutualisent pas leurs processus d'achat. Cela non seulement les empêche de profiter des rabais offerts pour l'achat de gros volumes mais aussi les oblige à répéter inutilement les mêmes opérations. Par ailleurs, un acheteur seul ne dispose pas de la même marge de manœuvre pour négocier des contrats plus innovants ou, dans le cas d'un appel d'offres, pour établir un cahier des charges ou un mécanisme de mise en concurrence plus sophistiqué favorisant le passage d'un processus d'achat principalement fondé sur les prix à un processus d'achat fondé sur la valeur. Dans d'autres pays, les grandes caisses d'assurance

régionales ou nationales ne sont pas autorisées à négocier activement avec les fournisseurs ou ne peuvent pas choisir de fournisseur privilégié pour les produits appartenant à une même classe thérapeutique (c'est le cas pour Medicare et Medicaid aux États-Unis) (Kesselheim et al., 2016).

Afin d'améliorer leur processus d'achat, plusieurs pays de l'OCDE (le Danemark, la Grèce, l'Italie, le Mexique, la Nouvelle-Zélande et la Norvège) ont adopté diverses formes d'achat collaboratif et indiquent avoir bénéficié de baisses de prix considérables en conséquence (encadré 1.7). L'achat collaboratif (consortiums d'achat, achats groupés, etc.) augmente le pouvoir de marché des acheteurs et entraîne une diminution des coûts grâce à un prix unitaire plus faible et à une rentabilité accrue. En outre, ces collaborations favorisent l'établissement de stratégies d'achat adaptées à la situation d'un segment de marché spécifique. Les divers cadres législatifs et structures organisationnelles des systèmes de santé ont conduit au développement d'un large éventail de processus d'achat collaboratif. Ils peuvent prendre la forme d'organismes publics ou de groupes privés nationaux ou régionaux, qui engagent juridiquement leurs membres collaborateurs, ou de modèles hybrides publics ou privés fondés sur le volontariat. Les exemples les plus récents sont trois organismes publics établis à l'échelle nationale :

- un organisme central chargé des achats créé au Mexique a permis d'économiser quelque 2.8 milliards USD entre 2007 et 2010 par rapport au budget prévu, en se fondant sur les résultats de l'ancien système décentralisé (OCDE, 2013) ;
- en Italie, entre 2009 et 2012, les prix payés par l'organisme central chargé des achats (46 employés) ont été en moyenne entre 20 et 23 % plus bas que ceux payés par les autres acheteurs décentralisés (Baldi et Vannoni, 2015) ;
- en Grèce, la création d'un organisme central employant 26 personnes a permis d'économiser 180 millions d'euros par rapport au budget envisagé pour 2011 (Kastanioti et al., 2013).

L'amélioration des processus d'achat passe également par davantage de transparence dans la transmission des informations. Les pays devraient s'efforcer de systématiquement enregistrer et publier les données ayant trait aux variations de prix d'une région à l'autre, comme le font l'Australie et l'Angleterre. Il convient également de partager à l'échelle internationale les informations sur les prix. À tout le moins, il faudrait se demander si une réduction « privée » accordée à un pays est vraiment significative au regard des prix payés par les autres.

Encadré 1.7. Avantages de l'achat collaboratif : des prix réduits, une gestion des stocks et une expertise améliorées

Mexique – Jusqu'en 2007, la fonction d'achat de l'Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS) était répartie entre 60 entités individuelles. Les efforts de centralisation de l'IMSS, entrepris progressivement depuis 2007, ont abouti à une réduction des prix des produits pharmaceutiques et des autres fournitures médicales, à une amélioration de la gestion des stocks et à la création d'un centre d'excellence en matière d'achats qui est actuellement au service de tous les acteurs de la santé publique. Cela a engendré des économies cumulées d'un montant de 2.8 milliards USD entre 2007 et 2010 (OCDE, 2013).

Grèce – En 2010, les pouvoirs publics se sont efforcés d'unifier les appels d'offres annuels pour les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux passés par les hôpitaux publics. Au cours de la première année, l'agence centralisée – la Commission des marchés publics (EPY) — qui compte seulement 26 employés, est parvenue à réduire les prix des produits pharmaceutiques de 10 %, et ceux de certains dispositifs médicaux de 20 %. En outre, les délais de paiement ont été considérablement raccourcis (ils dépassaient trois ans en moyenne auparavant) et la gestion des stocks améliorée, ce qui permet un transfert des excès de stocks entre les hôpitaux (Kastanioti et al., 2013).

Nouvelle-Zélande – Depuis 1993, PHARMAC, un organisme public néo-zélandais, est le seul acheteur de produits pharmaceutiques financés par les pouvoirs publics. D'après les estimations de PHARMAC, fondées sur les prix pharmaceutiques de 2005 rapportés au volume de prescriptions réel, les achats groupés ont permis des économies cumulées à hauteur d'environ 5.1 milliards NZD entre 2005 et 2015, dont quelque 1.9 milliard NZD en 2014/15 (PHARMAC, 2015).

Danemark et **Norvège** – Depuis plus de vingt ans, ces deux pays ont recours à des organismes d'achat indépendants pour les produits pharmaceutiques hospitaliers (y compris ceux destinés aux traitements à domicile) et font état d'économies annuelles considérables, de 30 à plus de 60 % par rapport au barème des prix ou aux prix de gros moyens dans un groupe de pays voisins. À noter que ces organismes d'achat collaboratif matures sont fondés sur une participation volontaire ; cela signifie qu'ils ne disposent pas d'outils juridiques pour influencer les décisions des hôpitaux membres. Leur efficacité semble être liée au fait que les cliniciens continuent de jouer un rôle essentiel dans la prise de décision. Par conséquent, ces organismes d'achat collaboratif sont devenus spécialistes de la sélection stratégique de fournisseurs privilégiés (dans une classe de produits thérapeutiques), ce qui induit non seulement une concurrence mais facilite également l'adoption rapide et à grande échelle des médicaments génériques et biosimilaires.

3.2. Le recours aux soins hospitaliers à forte intensité de ressources peut être mieux ciblé

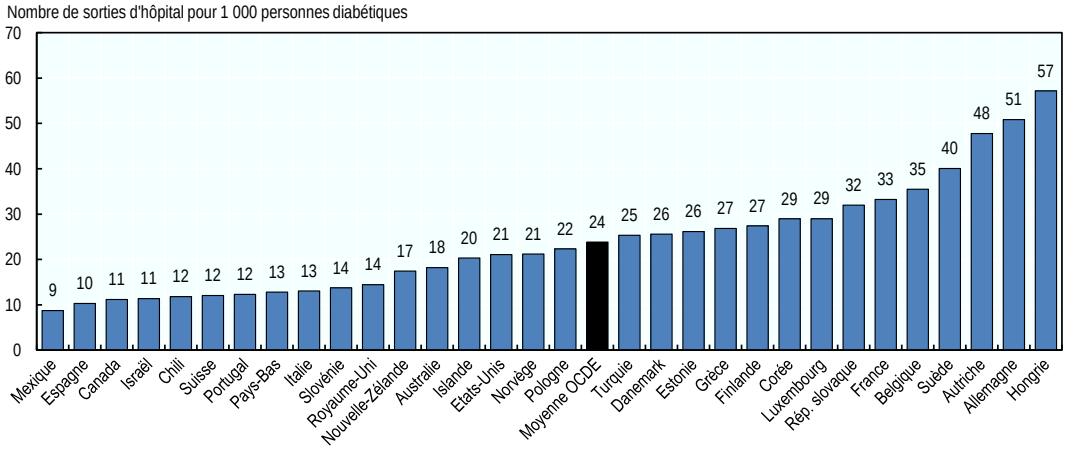
Les hôpitaux devraient se concentrer sur leur mission, qui est de fournir des services hautement techniques de la manière la plus efficiente. Toutefois, dans de nombreux cas, il serait possible de traiter les patients aussi bien sans recourir à des ressources ayant un coût si élevé. En particulier, une prise en charge médicale efficace dans le cadre des soins de santé primaires aboutirait à une réduction substantielle de la charge de travail dans les services d'urgence et limiterait l'hospitalisation des patients atteints d'une maladie chronique. De plus, un nombre croissant d'opérations chirurgicales mineures peuvent être réalisées en ambulatoire. Par ailleurs, plusieurs indicateurs donnent à penser que le séjour hospitalier de certains patients est plus long que nécessaire.

Les consultations en urgence, les admissions hospitalières et la durée de l'hospitalisation peuvent être encore réduites

Une part importante des consultations en urgence n'est pas justifiée. De surcroît, les données de l'OCDE révèlent de grandes différences entre les pays quant à l'admission en séjour hospitalier de personnes atteintes de maladies chroniques, telles que le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'asthme. Pour ces maladies, il a été démontré qu'une prise en charge appropriée et en amont, au niveau des soins primaires, évite l'admission hospitalière (Longman et al., 2015) et pourrait donc contribuer à réduire le nombre des hospitalisations. Enfin, grâce aux progrès des technologies médicales, la plupart des patients peuvent désormais bénéficier d'un nombre croissant de traitements chirurgicaux en ambulatoire, ce qui réduit le recours aux hospitalisations (Fischer et Zechmeister-Koss, 2014).

- La part des consultations en urgence injustifiées avoisine 12 % aux États-Unis et en Angleterre, 20 % en Italie et en France, 25 % au Canada, 30 % au Portugal et en Australie et 56 % en Belgique (Berchet, 2015)[7].
- En Angleterre, le coût des consultations en urgence injustifiées a été estimé à près de 100 millions GBP entre 2011 et 2012 (McHale et al., 2013) et à environ 38 milliards USD par an aux États-Unis (NEHI, 2010).
- Le taux de sortie d'hôpital pour 1 000 diabétiques peut être presque six fois plus élevé en fonction des pays (graphique 1.4) (OCDE, 2015b).
- Le nombre d'opérations chirurgicales mineures réalisées en ambulatoire peut connaître de très fortes variations d'un pays à l'autre. Ainsi, 83 % des opérations de la cataracte se pratiquent en chirurgie de jour, mais les taux varient de 27 à 100 % d'un pays à l'autre (OCDE, 2015c).

Graphique 1.4. Taux d'admissions hospitalières pour 1 000 personnes diabétiques, 2011 (ou année la plus proche)



Note : La moyenne de l'OCDE couvre 31 pays.

Source : OCDE (2015), « Improved Control of Cardiovascular Disease Risk Factors and Diabetes: The Central Role of Primary Care », *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-7-en.

Même lorsque l'hospitalisation est nécessaire, une mauvaise coordination des soins entraîne des situations dans lesquelles des patients prêts à quitter l'hôpital ne peuvent pas le faire, car les soins de suite dont ils ont besoin n'ont pas été prévus. Certains pays (le Canada, le Danemark, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suède) collectent des données sur les cas où les patients restent hospitalisés alors qu'un médecin a signé leur autorisation de sortie (graphique 1.5). Les médecins sont d'avis que le temps supplémentaire passé à l'hôpital n'est pas bénéfique au patient, et qu'il peut même s'avérer délétère dès lors que ce dernier pourrait être traité plus efficacement ailleurs. Or, ce temps supplémentaire a un coût significatif. Bien que les données ne puissent pas être exactement comparées, il semble y avoir d'importantes variations entre pays : le Danemark fait état d'environ 10 jours d'hospitalisation en plus en 2014 pour 1 000 personnes, et l'Angleterre de plus de 30. Certains pays ont aussi observé des évolutions notables : la Norvège a connu une baisse non négligeable en 2012, qui a coïncidé avec l'adoption de mesures destinées à améliorer la coordination des soins, tandis que le délai de sortie augmente en Angleterre depuis 2013, en grande partie parce que les patients attendent la mise en place des services sociaux.

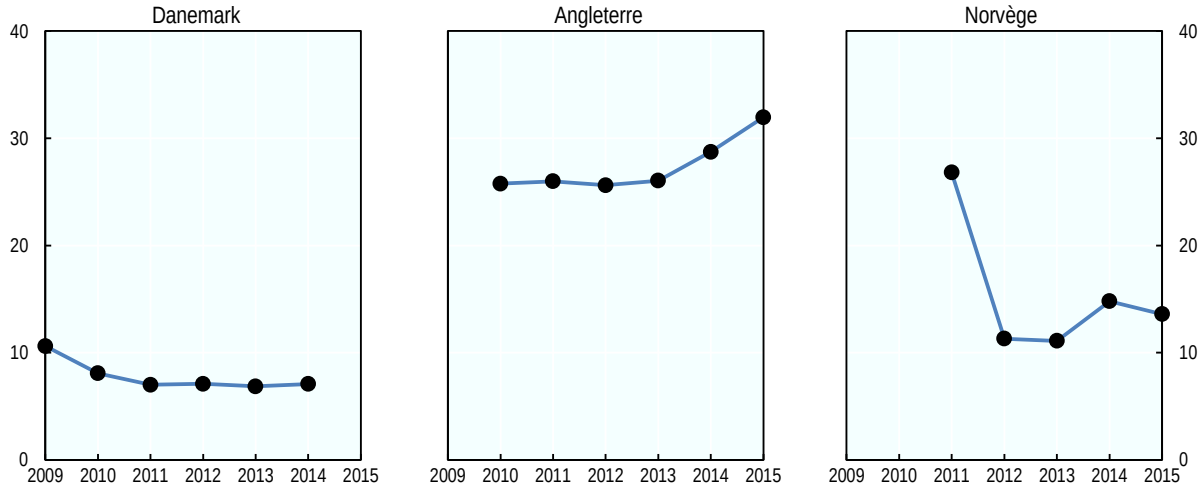
Les causes du recours excessif à l'hospitalisation sont variées et complexes

Les raisons du recours non justifié à l'hospitalisation sont nombreuses et interdépendantes. Elles ont trait notamment au comportement des médecins et des patients, à des incitations financières en décalage avec les objectifs du système de santé et à des lacunes dans l'organisation et la coordination. Ce dernier élément comporte deux aspects : i) l'absence de solution alternative à l'hospitalisation (telle que les soins primaires et de proximité) et ii) des insuffisances en matière de coordination des soins entre les hôpitaux et d'autres établissements.

Le manque de solutions de remplacement, en particulier s'agissant des soins primaires et de proximité, est l'une des principales causes du recours injustifié à l'hospitalisation. Une part non négligeable des patients rencontre des obstacles pour accéder aux soins primaires : manque de services ouverts en dehors des heures de travail ou délais d'attente trop longs, par exemple (Berchet et Nader, 2016). D'autres patients restent hospitalisés plus longtemps que nécessaire en l'absence de possibilité de soins de proximité. Toutefois, même lorsque d'autres services existent, le manque de communication et de coordination entre établissements peut allonger inutilement un séjour hospitalier. Le décalage entre les incitations financières des différents prestataires, qui s'accompagne souvent d'un décalage entre les sources de financement, en est une des causes : par exemple, si le prestataire de soins de longue durée, qui est financé par les services sociaux, est responsable du retard, c'est l'hôpital, financé par les autorités sanitaires, qui doit assumer les dépenses supplémentaires.

Les consultations en urgence injustifiées et les admissions hospitalières évitables ont également à voir avec la qualité des services de soins primaires. L'écart dans la prestation de soins primaires par rapport aux RBP fondées sur des données probantes entraîne un taux accru de complications médicales et d'admissions hospitalières. C'est particulièrement vrai pour les maladies chroniques : il a en effet été prouvé que ces dernières mènent plus facilement à une hospitalisation évitable lorsque le suivi est sous-optimal. (Freund et al., 2013)

Graphique 1.5. Retards de transfert des patients dans trois pays de l'OCDE (nombre total de jours par an pour 1 000 habitants), 2009 à 2015



Source : Analyse OCDE des données du NHS England, de la direction norvégienne de la Santé et du ministère danois de la Santé. À noter que les données de différents pays ne sont pas forcément comparables entre elles.

Quant aux patients, la participation aux coûts pour les soins ambulatoires peut les inciter à se rendre aux urgences pour bénéficier d'une consultation gratuite, comme c'est le cas en Grèce et au Portugal (Eurofound, 2014). La pauvreté, l'appartenance à une minorité, le faible niveau d'études et le manque d'aide sociale sont des facteurs supplémentaires qui ont des conséquences directes sur le recours trop fréquent à l'hospitalisation et aux consultations en urgence (Nishino et al., 2015). Les patients ont par ailleurs pris l'habitude de se rendre aux urgences car un ensemble de services médicaux y sont accessibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (Durand et al. 2012).

Des moyens d'action peuvent réduire le recours trop fréquent aux soins hospitaliers

Pour changer la manière dont les patients conçoivent le système de santé, il peut être nécessaire d'adopter plusieurs moyens d'action, qui vont de mesures simples et graduelles — mettre un terme aux activités qui sont sources de gaspillage par exemple — jusqu'à des politiques porteuses de transformations qui visent à repenser le système de santé et la prise en charge des maladies. Il est ici question de la première catégorie.

On recense premièrement les mesures qui visent à privilégier les options les moins coûteuses – soins primaires, services de soins de proximité ou établissements de soins intermédiaires – au bon endroit et au bon moment (encadré 1.8).

Encadré 1.8. Rendre les solutions de remplacement des soins hospitaliers plus largement accessibles

Dans les pays de l'OCDE, un grand nombre de personnes sont admises à l'hôpital pour des soins qui pourraient être prodigués tout aussi efficacement dans un autre cadre, et à moindre coût. Souvent, c'est parce qu'il n'existe pas d'autres établissements de soins, ou qu'ils ne sont pas accessibles au moment où l'on en a besoin. Les pays de l'OCDE tentent de régler ce problème i) en améliorant la disponibilité des services de soins primaires et de proximité existants, et ii) en mettant en place de nouveaux modèles de soins susceptibles de remplacer les soins hospitaliers.

- Certaines personnes se rendent à l'hôpital simplement parce que leur prestataire de soins primaires est fermé à certaines heures de la journée. Les *soins primaires en dehors des heures de travail* visent à combler cette lacune. Aux **Pays-Bas**, la mise en place à grande échelle d'organisations assurant des soins primaires en dehors des heures de travail, telles que des centres de médecine générale, s'est révélée efficace pour améliorer l'accès au bon moment à des services de soins primaires appropriés, et a permis d'augmenter le taux de satisfaction des patients et des médecins (voir par exemple Giesen et al., 2011).

- *En offrant des soins primaires dans les hôpitaux*, il est possible de rediriger les cas non urgents vers des établissements de soins primaires et d'accélérer la sortie des patients. Au **Canada**, aux **États-Unis**, en **France** et au **Royaume-Uni**, des procédures accélérées ont réduit le recours injustifié aux services d'urgence coûteux grâce à une prise en charge des cas non urgents dans une zone réservée dotée de personnel qualifié pour autoriser la sortie d'un patient (Cour des comptes, 2014 ; Rogers et al., 2004). Aux **Pays-Bas** et en **Suisse**, des prestataires de soins primaires sont placés dans les services d'urgence pour filtrer et rediriger les cas non urgents. Cette méthode s'est révélée efficace et rentable pour diminuer le recours aux services d'urgence (Thijssen et al., 2013, Wang et al., 2013).

- *Différent types d'établissements de soins* peuvent remplacer les soins hospitaliers. En **Australie**, aux **États-Unis**, en **Irlande** et en **Italie**, les centres de soins de proximité ont limité les consultations en urgence et les hospitalisations (Bruni et al., 2013). Les services de soins intermédiaires prodiguent des soins à court terme aux patients à risque d'hospitalisation, ou qui viennent de sortir de l'hôpital. Le cas de la **Norvège** laisse supposer que ce type de services est bénéfique pour les patients et permet de réaliser des économies (Garåsen et al., 2007), mais les expériences de **l'Angleterre** et des **Pays-Bas** soulignent l'importance de s'assurer que ces nouveaux modèles de soins sont bien intégrés au système existant (Mur-Veeman et Govers, 2011, Plochg et al., 2005). Le modèle d'hospitalisation à domicile est une initiative intéressante qui permet aux patients de bénéficier de soins hospitaliers à domicile lorsque leur maladie permet une prise en charge en toute sécurité dans ce contexte. Les données des **États-Unis** montrent que l'hospitalisation à domicile est non seulement moins coûteuse, mais améliore également les résultats de santé, réduit les taux de mortalité et accroît les taux de satisfaction (Klein et al., 2016).

Il est possible de réduire le gaspillage opérationnel en améliorant l'efficience des processus internes au sein des hôpitaux. À cet égard, les prestataires de santé commencent à tirer des enseignements des autres secteurs. Le « *lean management* » visait initialement à améliorer l'efficience des constructeurs automobiles, mais l'application de ses techniques aux soins de santé — par exemple, en définissant clairement les procédures standards ou en mettant en œuvre des systèmes de réapprovisionnement plus efficients — a permis d'améliorer la productivité et de réduire le gaspillage (Mazzocato et al., 2010 ; D'Andreamatteo et al., 2015).

Une réorientation des incitations financières peut contribuer au développement ou au recours plus fréquent à des services de soins utilisant moins de ressources. Au

Japon, les services d'urgence reçoivent des aides financières supplémentaires visant à encourager le transfert des patients vers des établissements de soins primaires (ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales du Japon, 2014). La Hongrie a réduit les subventions pour les admissions hospitalières en cas d'opération chirurgicale mineure, dans le but de favoriser la chirurgie ambulatoire. Du côté de la demande, il est possible d'augmenter les consultations dans les centres de soins primaires en ambulatoire en supprimant la participation financière des patients, comme l'attestent les exemples du Canada, du Danemark, de l'Espagne, de l'Italie, de la Pologne, du Royaume-Uni, et de l'Allemagne (Berchet, 2015).

Les incitations financières sont également employées dans certains pays pour cibler des lacunes de coordination spécifiques à l'interface entre les hôpitaux et d'autres structures. En Norvège, au Danemark et en Angleterre, les autorités locales sont sanctionnées financièrement si elles tardent à autoriser la sortie de patients. En Norvège, cela a contribué à réduire considérablement les retards après 2011 (graphique 1.5).

Il importe également d'appliquer des mesures non contraignantes pour améliorer la qualité des soins primaires et convaincre les patients de modifier leurs habitudes. Des RBP fondées sur des données probantes aident à prendre des décisions cliniques et à réduire les variations injustifiées en matière de soins, en particulier pour les maladies chroniques. Il a été démontré qu'une plus grande adhésion à ces RBP par les prestataires de soins primaires confrontés à des cas d'asthme, de MPOC ou de diabète aboutit à une réduction des admissions hospitalières (AHRQ, 2001). Par exemple, les mesures ciblées pour inciter les médecins à se conformer à ces RBP ont eu des effets positifs sur les statistiques du diabète au Royaume-Uni (Latham et Marshall, 2015). Des programmes de sensibilisation et des conseils peuvent aider les patients à mieux comprendre leurs problèmes de santé, et à consulter les prestataires de soins les plus appropriés.

Le tableau 1.2 résume les moyens d'action possibles pour réduire le gaspillage opérationnel.

Tableau 1.2. Acteurs, causes et moyens d'action : Synthèse des constats relatifs au gaspillage opérationnel

Type de gaspillage	Acteurs	Principaux facteurs explicatifs	Systèmes d'information requis	Moyens d'action	Impact	Exemples par pays
Produits pharmaceutiques et médicaux non utilisés et jetés		Décisions sous-optimales	Suivi du respect des prescriptions par les patients Suivi des prescriptions Suivi des stocks dans les établissements de soins	Changement de comportement : RBP, formations et campagnes de sensibilisation	+	Angleterre : les patients qui commencent un nouveau traitement peuvent demander conseil à leur pharmacien directement ou par téléphone Danemark, Royaume-Uni : les médecins reçoivent régulièrement une évaluation des prescriptions
		Lacunes organisationnelles		Changements organisationnels : systèmes de prescription électronique, meilleure gestion des stocks dans les établissements de soins	?	
		Lacunes organisationnelles				
		Réglementation inadéquate				
Utilisation des médicaments d'origine coûteux à la place des génériques		Réglementation inadéquate	Suivi des prescriptions et de l'utilisation des génériques	Réglementation : DCI pour les prescriptions, législation relative à l'autorisation de mise sur le marché, substitution obligatoire des médicaments prescrits par le générique le moins cher Incitations : paiement à la performance, participation des patients aux coûts, prix de référence national Changement de comportement : RBP, campagnes de sensibilisation	? ? ?	Danemark, Espagne, Finlande, Suède : substitution obligatoire par des génériques chez le pharmacien France, Japon : paiement à la performance pour les prescripteurs en fonction de la part de génériques dans les médicaments prescrits Danemark, Espagne, France, Portugal : campagnes d'information sur les génériques visant les patients
		Réglementation inadéquate, incitations mal calibrées				
		Décisions sous-optimales, incitations mal calibrées				
Prix trop élevés des produits pharmaceutiques		Lacunes organisationnelles, Réglementation inadéquate	Cartes des variations de prix Programmes d'information sur les prix Informations commerciales	Changements organisationnels : achats groupés, contrats et appels d'offres plus sophistiqués, plateformes d'achat en ligne plus faciles d'emploi, analyse des écarts de prix	++	Grèce, Mexique : organismes d'achat pour remplacer le système décentralisé Danemark, Norvège : achat mutualisé par le biais de la collaboration volontaire des acheteurs
		Lacunes organisationnelles				
Recours aux soins hospitaliers coûteux alors qu'il existe des options moins chères		Lacunes organisationnelles, incitations mal calibrées	Suivi des admissions hospitalières injustifiées et évitables Suivi des écarts en matière de soins primaires	Changements organisationnels : développement des soins primaires en dehors des heures de bureau, services de soins de proximité et intermédiaires, meilleure coordination des services et meilleure gestion des sorties Incitations : aides financières globales/en fonction des performances, incitations à la chirurgie ambulatoire, participation des patients aux coûts (à supprimer pour les patients ambulatoires, à augmenter pour les consultations non justifiées en urgence) Changement de comportement : RBP, éducation des patients et campagnes de sensibilisation	++ ++ ++	Norvège : centres de soins primaires plus importants (établissements de soins intermédiaires) ouverts 24 heures/24, 7 jours/7 États-Unis : centres de soins de proximité plus développés France, Royaume-Uni, États-Unis, Canada : dispositifs d'accès rapide dans les services d'urgence Hongrie : suppression des plafonds budgétaires pour les opérations chirurgicales en ambulatoire
		Décisions sous-optimales Incitations mal calibrées, décisions sous-optimales				
		Réglementation inadéquate				

: autorités de tutelle : gestionnaire : clinicien : patient + : quelques signes d'un impact positif mais limité et dépendant des systèmes ++ : impact positif ? : impact non connu à ce jour.

4. Gaspillage lié à la gouvernance

4.1. Les dépenses administratives sont inévitables mais doivent être bien ciblées

On considère souvent que, pour réduire le gaspillage, il faut commencer par agir sur les dépenses administratives. Ces coûts existent au niveau de la réglementation (macro), ainsi qu'à tous les niveaux de l'administration et de la gestion, notamment au niveau du personnel de santé des prestataires (micro). Il y a gaspillage administratif quand les tâches administratives n'apportent pas de valeur ajoutée, quand elles sont répétées inutilement ou quand elles sont plus onéreuses que nécessaire (c'est le cas, par exemple, si les obligations d'information ne se traduisent pas par un suivi effectif, ou lorsque les compétences des organismes font doublon, ou que des médecins effectuent des tâches administratives qui pourraient être accomplies par un personnel non médical). En d'autres termes, le gaspillage administratif concerne des activités qui pourraient être soit supprimées, soit menées à bien avec moins de moyens et/ou à moindre coût. Au niveau des prestataires de soins de santé, on peut citer notamment le gaspillage des ressources humaines lié à une gestion organisationnelle sous-optimale et l'absentéisme du personnel ; cela associe des aspects du gaspillage administratif et opérationnel et pose problème dans tous les secteurs, y compris le secteur de la santé.

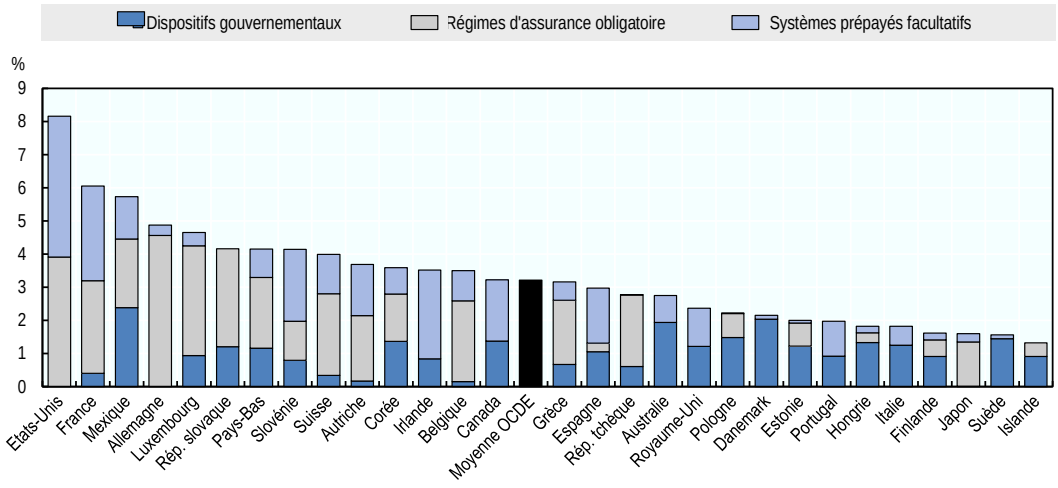
L'administration entre pour une part modeste dans le total des dépenses, mais des gains d'efficience sont possibles

Les dépenses administratives incluent les ressources destinées à la gestion du financement, de la gouvernance et de la prestation des services d'un système de santé. Au niveau du système, elles représentent une part modeste de l'ensemble des dépenses de santé : en 2014, les pays de l'OCDE consacraient en moyenne 3 % de leurs dépenses totales de santé aux dépenses administratives. Cette proportion était deux fois plus élevée en France, et même plus élevée encore aux États-Unis. *A contrario*, un certain nombre de pays font état de dépenses administratives inférieures de plus de 50 % (graphique 1.6) (OCDE, 2016).

Le niveau des dépenses administratives dépend, dans une certaine mesure, de la nature des systèmes de financement de la santé d'un pays. D'après le graphique 1.6, ces dépenses sont plus importantes dans les systèmes reposant sur des caisses de sécurité sociale ou une forme d'assurance obligatoire que dans les systèmes où la couverture est gérée par l'administration publique. Cependant, si l'on affine la cartographie des données en fonction des caractéristiques organisationnelles, il apparaît plutôt que les systèmes à payeur unique (une caisse de sécurité sociale ou un organisme gouvernemental) affichent généralement des niveaux de dépenses administratives inférieurs à ceux des systèmes à payeurs multiples, surtout lorsque les payeurs sont en concurrence et que le consommateur peut choisir son organisme de couverture (Mossialos et al., 2002). De plus, l'assurance privée produit une part relativement importante des dépenses administratives totales, tout particulièrement au regard de sa faible contribution à la mutualisation des ressources dans la plupart des pays. La possibilité pour les assureurs de tirer des bénéfices de leur activité peut également expliquer une partie des écarts observés. Ces écarts entre dispositifs de financement s'expliquent notamment par les différences de ressources qu'ils consacrent à des fonctions administratives spécifiques, telles que la collecte et la mutualisation des fonds, ou le marketing.

Les études s'intéressent moins aux disparités dans les dépenses administratives des différents prestataires de soins de santé, comme les hôpitaux et les cliniciens. Lorsque les données permettent de comparer les coûts administratifs des organisations de santé, on constate que c'est en Écosse que la part de ces coûts dans le total des coûts hospitaliers est la plus faible, à 11.6 %. Elle est deux fois plus élevée aux États-Unis (Himmelstein et al., 2014). Il est toutefois difficile de distinguer les coûts purement administratifs des établissements de soins, car nombre de fonctions ont une visée à la fois administrative et clinique. Les coûts administratifs des prestataires de soins varient également à l'intérieur d'un même pays. Ainsi, un récent rapport qui analyse les écarts de productivité et de résultats au sein du NHS England conclut que, dans les *trusts*, les coûts relatifs au personnel de terrain et au personnel administratif représentent entre 6 et 11 % du revenu total (Department of Health, 2016). Concernant les cliniciens, des études d'observation menées dans divers contextes et différents pays révèlent que les médecins passent de 8 à pas moins de 27 % de leur temps à « remplir des papiers » (Ammenwerth et Spötl, 2009, Mache et al., 2011, Arabadzhiyska et al., 2013, Westbrook et al., 2008). Dans ce contexte, les gaspillages surviennent lorsque des activités administratives relativement simples sont menées par des cliniciens hautement qualifiés dont le temps pourrait être mieux employé à traiter des patients[8]. Si l'on inclut dans la notion de « gaspillage administratif » les occasions manquées d'optimiser l'utilisation des ressources administratives, on soulève la question de l'absentéisme du personnel, qui peut être problématique. Par exemple, dans les *trusts* du NHS en Angleterre, le taux moyen d'absentéisme pour maladie s'établit à 4 % environ, soit plus que la moyenne observée dans le secteur public (2.9 %) et le secteur privé (1.8 %). Une réduction de 1 % du taux d'absentéisme pour maladie dans les *trusts* du NHS pourrait permettre d'alléger les coûts de personnel de 280 millions GPB (Department of Health, 2016).

Graphique 1.6. Part de l'administration dans les dépenses de santé courantes, par dispositif de financement, 2014 (ou année la plus proche)



Note : Les régimes d'assurance maladie obligatoire font principalement référence aux caisses sociales d'assurance maladie, mais peuvent également désigner l'assurance maladie obligatoire proposée par des assureurs privés. Les systèmes facultatifs de prépaiement font principalement référence aux régimes d'assurance maladie volontaire. La moyenne de l'OCDE englobe 30 pays.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé (2016), http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

Lorsque des mesures d'austérité sont mises en œuvre, les dépenses administratives sont souvent ciblées en premier. De l'avis général, des formalités administratives excessives sont fastidieuses (Morra et al., 2011, Cutler et al., 2012). La comparaison internationale des différences dans le mode d'administration des systèmes de santé peut donner de bonnes indications sur l'orientation de la politique publique. Toutefois, de simples comparaisons internationales du niveau des dépenses administratives peuvent être trompeuses, car elles reflètent les différences dans les structures de gouvernance et de financement, et ne rendent compte que des coûts, pas des effets bénéfiques potentiels de ces dépenses.

Il convient de souligner que l'administration ne devrait pas être considérée comme « mauvaise » en tant que telle. Par exemple, on peut s'attendre à ce que les systèmes de paiement à la performance soient administrativement plus lourds pour les prestataires et les payeurs, dans la mesure où ils nécessitent généralement de communiquer et d'analyser des données supplémentaires pour un nombre important d'indicateurs de la qualité des soins (OCDE et OMS, 2014). De même, malgré les coûts qu'elles induisent, les évaluations des technologies de la santé (ETS) favorisent de meilleures décisions sur la couverture des services actuels et nouveaux. Le suivi détaillé, par des inspections, de l'application des recommandations cliniques n'est pas lui non plus exempt de coûts, mais pourrait améliorer les pratiques cliniques. L'important est de comparer les coûts et les effets bénéfiques potentiels des activités administratives, qui sont difficiles à mesurer.

Même s'il est difficile de déterminer l'ampleur du gaspillage administratif, il est relativement aisé de conceptualiser ses facteurs sous-jacents. Le gaspillage peut être imputable aux lacunes organisationnelles habituelles et à une réglementation inappropriée, d'où des tâches sans valeur ajoutée ou des activités qui font double emploi. De plus, une mauvaise coordination des tâches administratives entre différents acteurs, dans ou entre les organisations, entraîne du gaspillage, de la même façon qu'une mauvaise coordination entre différents prestataires de soins se traduit par un gaspillage opérationnel.

Des études portant sur chaque système sont nécessaires pour déceler les gains d'efficience possibles sur le plan administratif

À tous les niveaux du système de santé, les stratégies destinées à réduire le gaspillage administratif sont centrées sur les changements organisationnels que révèlent des études détaillées des activités administratives. Les analyses fonctionnelles globales des organisations, ou les bilans approfondis du fardeau administratif supporté par les prestataires de santé, en particulier, constituent des approches prometteuses pour déterminer où il faut réduire les dépenses inutiles.

- L'Australie a commandé un examen du fonctionnement et de l'efficience de son ministère de la Santé (Commonwealth Department of Health), qui a mis en évidence des gains d'efficience opérationnelle, liés en partie à la suppression des doublons dans les activités administratives, chiffrés à environ 106 millions AUD.
- En Allemagne et aux Pays-Bas, différentes approches consultatives impliquant tous les grands acteurs, notamment les prestataires, ont été mises en œuvre pour mesurer les dépenses administratives et identifier les activités potentiellement sources de gaspillages. En Allemagne, la mise à plat du système a révélé 4.3 milliards EUR de coûts administratifs liés à la paperasserie et à la production d'informations, et recommandé 20 mesures pour améliorer l'efficience (Statistisches Bundesamt, 2015).

Les principales recommandations issues de ces revues portent le plus souvent sur des changements organisationnels propres au pays et au système, qui vont de légers ajustements à la refonte de la réglementation. Elles peuvent être regroupées dans les catégories suivantes :

- mieux utiliser les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour la communication entre le payeur et le prestataire ;
- simplifier les formalités administratives ;
- définir la taille appropriée des administrations.

Les solutions reposant sur les TIC peuvent alléger la paperasserie, notamment dans les relations entre prestataires et payeurs. Les coûts d'élaboration initiaux peuvent être substantiels, mais des gains d'efficience sont attendus à long terme. De telles mesures ont été adoptées dans plusieurs pays, dont la Belgique, l'Estonie, la France, la Norvège, la Slovénie et la Suisse (voir encadré 1.9) : rapports électroniques sur les performances, saisie électronique des ordonnances ou orientation des patients en ligne, établissement de dossiers médicaux électroniques ou, plus généralement, recours à une plateforme numérique pour l'échange d'informations entre prestataires et payeurs, par exemple. Souvent, le recours accru aux TIC par les prestataires a pour objectif secondaire d'améliorer la qualité des données et la sécurité des patients. Les TIC contribuent également à la simplification de la réglementation. Ainsi, en Israël, la généralisation du numérique a considérablement accéléré les procédures permettant aux diplômés du secteur médical d'obtenir leur autorisation d'exercice et de postuler pour les stages d'internat obligatoires. En outre, elle a amélioré l'affectation des internes en accroissant leurs chances de travailler dans l'établissement de leur choix. La simplification peut aussi passer par la standardisation des formulaires remplis par les médecins pour la facturation ou la prescription.

Encadré 1.9. Saisie électronique des ordonnances en Estonie

L'Estonie a mis en œuvre une vaste stratégie de santé en ligne qui s'appuie notamment sur la saisie électronique des ordonnances pour améliorer l'efficience. La saisie électronique des ordonnances a été lancée en 2010 et est intégrée à une plateforme qui donne également accès aux dossiers médicaux électroniques, à des images d'archive numérisées, à un portail destiné aux patients, ainsi qu'à un laboratoire et à des solutions de soins d'urgence en ligne.

Toutes les ordonnances saisies électroniquement par les médecins sont envoyées vers une base de données nationale à laquelle ont accès les pharmacies, les autres praticiens et la caisse d'assurance maladie. Les patients peuvent retirer leurs médicaments dans n'importe quelle pharmacie à l'aide de leur carte d'identification. Les ordonnances peuvent être renouvelées par les médecins par e-mail ou sur simple appel téléphonique, ce qui permet d'éviter une nouvelle consultation. Le recours accru au numérique a réduit la charge de travail administratif des pharmaciens ; la caisse d'assurance maladie bénéficie d'informations plus précises sur le marché pharmaceutique et peut ainsi contrôler les habitudes de prescription plus efficacement. Il a également amélioré l'efficience de la caisse d'assurance maladie estonienne : les coûts de personnel induits par la gestion des ordonnances erronées ont diminué de plus de 90 % entre 2009 and 2015. La base de données donne un aperçu de toutes les ordonnances délivrées à un patient, et permet de signaler les éventuelles interactions entre plusieurs médicaments. En mai 2011, 84 % de toutes les ordonnances étaient saisies électroniquement, et plus de 95 % des pharmacies étaient en mesure de les traiter. Plus de 90 % des patients sont satisfaits de ces services.

Source : Caisse d'assurance maladie estonienne (2016), https://www.haigekassa.ee/en/digital-prescription.

Afin d'améliorer l'efficience, il peut être recommandé de fusionner ou de dissocier des administrations. La décision de regrouper ou de scinder des organismes dépend du contexte national. Néanmoins, les pays s'efforcent de définir la taille organisationnelle qui convient le mieux pour accroître l'efficience.

Nombre de pays tentent d'améliorer l'efficience administrative *via* divers moyens d'action de nature réglementaire. Ces moyens d'action diffèrent nettement, par leur portée et leur étendue, des mesures qui renforcent la transparence des plafonds budgétaires fixés pour les dépenses administratives.

- L'Allemagne et les Pays-Bas ont introduit dans leur législation une obligation d'estimer toute charge administrative supplémentaire liée à chaque nouveau texte examiné par le Parlement.
- Au Danemark et en France (pour le principal assureur public, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, ou CNAMTS), des plafonds/objectifs d'efficience ont été définis en vue de renforcer la gouvernance des dépenses de santé.
- En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui contrôle l'assurance maladie obligatoire, examine les états financiers des sociétés d'assurance maladie. S'il juge excessifs leurs coûts administratifs, il peut imposer à ces dernières de les ramener en-deçà d'un certain niveau.
- Aux États-Unis, la loi sur l'accessibilité financière des soins (*Affordable Care Act*, ACA) comporte un ratio de sinistres médicaux (« Medical-Loss-Ratio ») exigeant des assureurs qu'ils consacrent au moins 80 à 85 % des primes aux remboursements des frais médicaux. Après son introduction en 2011, la part des coûts généraux non médicaux dans les primes nettes a diminué, ce qui a dégagé un total de 3.7 milliards USD d'économies en 2013. Reste à savoir dans quelle mesure ces économies sont à mettre au crédit de la nouvelle réglementation (McCue et Hall, 2015).

Enfin, suivant leur degré d'autonomie en matière de gestion, les prestataires de soins de santé peuvent s'attacher à comprimer les coûts administratifs sans faire intervenir les payeurs ou l'autorité de tutelle. À cette fin, comme dans d'autres secteurs, les prestataires peuvent rationaliser leurs structures de gestion et flexibiliser leurs effectifs, ou mieux organiser la gestion hospitalière. L'utilisation de solutions électroniques pour optimiser les ressources humaines hospitalières peut permettre de faire des économies en limitant l'embauche de personnel temporaire complémentaire. Pour régler le coûteux problème de l'absentéisme du personnel, l'Angleterre a rédigé récemment un rapport formulant un certain nombre de recommandations à l'échelle nationale et régionale, principalement axées sur l'amélioration de la santé et du bien-être du personnel (NHS Employers, 2014).

4.2. Gaspillage intentionnel : fraudes, abus, corruption et autres atteintes à l'intégrité dans le secteur de la santé

La dernière catégorie de gaspillage examinée ici concerne essentiellement le détournement illégitime et délibéré de ressources destinées à la santé, pour servir les intérêts de quelques-uns. Du point de vue du présent rapport, il est aisé de considérer ces agissements comme sources de gaspillage. En fonction du système et de la culture, ils peuvent être moralement répréhensibles, juridiquement sanctionnables, s'inscrire

dans « le cours normal des choses », être de faible ou de grande ampleur, rares ou systémiques. Différents termes sont employés pour les désigner : fraude, abus, corruption, népotisme et pots-de-vin, selon les circonstances. Afin d'éviter les débats sémantiques, ce rapport les qualifie d'« atteintes à l'intégrité », terme générique recouvrant divers types de comportements malhonnêtes qui consistent à détourner des ressources de leur finalité première. Les individus ou les entités qui agissent ainsi peuvent servir leurs propres intérêts ou ceux de l'entreprise, voire de la branche, où ils travaillent. Enfin, ils peuvent impliquer un ou plusieurs acteurs clés (graphique 1.1), mais aussi des entreprises opérant dans le secteur de la santé, qui fabriquent ou qui distribuent des biens et des services propres au secteur (produits pharmaceutiques ou matériel médical, par exemple) ou non (bâtiment, logiciels, services d'assurance, etc.)

S'inspirant du travail de Savedoff (2006), qui a le premier lié les transactions pouvant donner lieu à un acte de corruption et les divers acteurs du secteur impliqués, le rapport propose une cartographie détaillée des atteintes à l'intégrité au sein du système de santé. Celle-ci conduit à distinguer (i) les atteintes à l'intégrité dans la prestation et le financement des services, ii) des problèmes dans les achats et de la distribution ou iii) les pratiques d'affaires inappropriées. Les atteintes à l'intégrité au niveau de la prestation et du financement concernent principalement les patients, les payeurs et les prestataires. Les problèmes liés aux achats et à la distribution sont le fait de fournisseurs ou de fabricants, au détriment des payeurs ou des prestataires, et même — dans le cas de la contrefaçon de médicaments — le fait d'organisations criminelles, et, outre qu'ils entraînent un gaspillage, ils peuvent être dangereux pour la santé. Le dernier type d'atteintes à l'intégrité peut faire intervenir une « entreprise » du secteur de la santé, qui par exemple fournit des services (par exemple un professionnel de santé indépendant, un établissement de santé), ou qui développe, qui produit ou qui vend des médicaments. Tous ces intervenants ont des objectifs commerciaux ou de rentabilité légitimes, que certains peuvent, en pratique, chercher à atteindre par des moyens non déontologiques. Le tableau 1.3 donne des exemples pour chacune de ces trois catégories.

Tableau 1.3. Exemples d'atteintes à l'intégrité dans le secteur de la santé et acteurs potentiellement en cause

Prestation et financement des services	
Patients	Fraude destinée à obtenir une couverture injustifiée ; demandes de remboursement illicites ; pots-de-vin
Payeurs	Refus injustifié d'une couverture, de prestations ou de paiements ; détournement des ressources
Prestataires	Paiements informels ; sur-prestation ; surfacturation ; soins fantômes ; détournement des ressources ; absentéisme/paies frauduleuses
Achat et distribution	
Fournisseurs/fabricants	Influence indue exercée sur les procédures d'achat ; appels d'offres illicites ; collusion
Fournisseurs	Contrefaçon ; produits médicaux falsifiés ou de qualité sous-optimale
Pratiques des affaires inappropriées (par rapport à des objectifs commerciaux légitimes)	
Entreprises du secteur cherchant à influer sur le payeur, sur l'autorité de tutelle, sur le prescripteur ou sur le patient - directement - par le biais d'autres institutions (associations de patients, organismes de recherche, revues scientifiques, sociétés médicales, leaders d'opinion)	*Promotion inappropriée d'un environnement réglementaire favorable aux entreprises :* Allers-retours entre fonction publique et secteur privé ; corruption politique ; financement de campagnes électorales, de partis ou de candidats visant à influer sur la législation *Influence indue pour pénétrer un marché :* Communication d'informations fausses (diplômes/caractéristiques d'une installation) ; données fausses sur la sécurité ou l'efficacité d'un produit de santé (méthodologie d'un essai clinique, publication sélective de résultats) ; influence directe sur autorités décisionnaires (inspections, comités consultatifs, etc.) *Méthodes inappropriées destinées à accroître la demande de produits ou de services :* Médicalisation de nouveaux problèmes de santé ; pratiques abusives des visiteurs médicaux, dessous-de-table, aiguillage intéressé de patients

Quelle est l'ampleur de la corruption dans le secteur de la santé ?

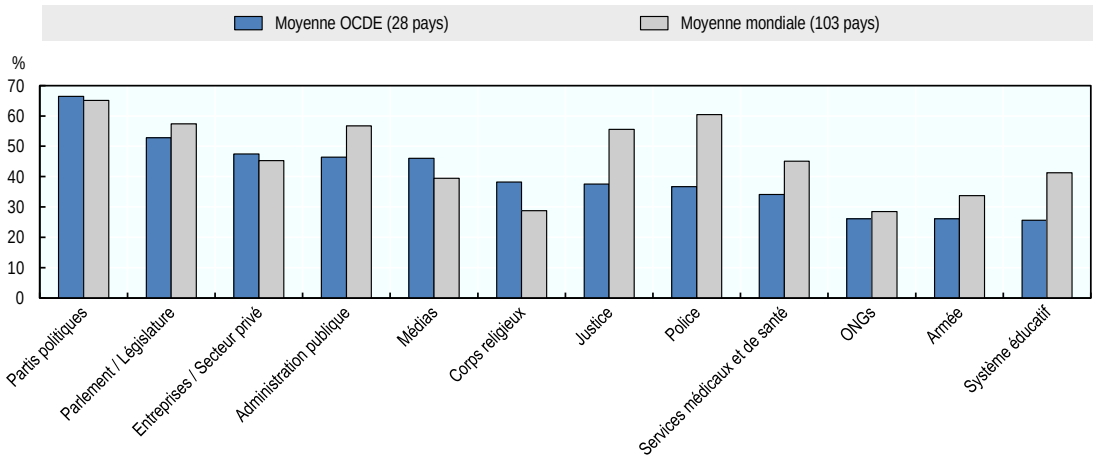
Un certain nombre d'éléments théoriques indiquent pourquoi le secteur de la santé est susceptible d'être particulièrement exposé à des atteintes à l'intégrité (Commission européenne, 2013). En effet, ce secteur se caractérise notamment, et peut-être davantage que d'autres, par une grande diversité de parties prenantes entretenant des relations complexes, une forte incertitude et un large éventail de transactions qui reposent souvent sur la délégation de responsabilités entre acteurs aux intérêts divergents qui ont accès à différentes informations et connaissances. Quelques exemples : les prestataires de soins possèdent un savoir spécialisé qui leur permet de décider du traitement à dispenser à tel ou tel patient ; les patients ne communiquent pas toujours toutes les informations sur leur état de santé ; et les industriels disposent d'informations sur le coût de développement et sur l'effet bénéfique potentiel d'un nouveau produit pharmaceutique. Ces caractéristiques se combinant, il est difficile de standardiser les services, de suivre les comportements et de veiller à la transparence à l'intérieur du système de santé. C'est pourquoi des atteintes à l'intégrité peuvent se produire.

Or, comme dans tout secteur de l'économie, on sait que les atteintes à l'intégrité dans le secteur de la santé sont difficiles à mesurer et à comparer d'un système à l'autre. Une première raison est l'absence de consensus sur la définition d'un cas de fraude, d'abus ou de corruption. Plus important encore, étant donné que la plupart de

ces pratiques sont répréhensibles et que certaines, au moins, peuvent être sanctionnées, elles sont, bien sûr, généralement occultes. Les enquêtes sur la perception de la corruption font partie des rares outils disponibles pour évaluer l'ampleur des atteintes à l'intégrité dans le secteur de la santé. Transparency International (2013) a récemment présenté une comparaison internationale du niveau de corruption perçu dans divers secteurs, dont celui de la santé. Le graphique 1.7 montre que, même si le secteur de la santé est classé dans le tiers inférieur des institutions corrompues dans les pays de l'OCDE, un tiers de la population le juge corrompu ou extrêmement corrompu (contre 45 % à l'échelle mondiale).

S'agissant du degré de gaspillage des dépenses en raison d'atteintes à l'intégrité, les chiffres publiés ont tendance à être peu élevés, ne serait-ce que parce qu'il est souvent long, sur le plan juridique, d'établir l'intention, alors que la détection des anomalies peut être, elle, relativement simple. Deux exemples : en France, la CNAMTS a récupéré 200 millions EUR correspondant au manque à gagner dû à une fraude aux soins de santé en 2014, soit 0.1 % des prestations d'assurance maladie ; aux États-Unis, les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ont récupéré 2.3 milliards USD, par restitution et recouvrement, à la suite d'une fraude, en 2014 également (HHS et Department of Justice, 2015), soit 0.2 % du total des dépenses consacrées à ces deux programmes. Néanmoins, ces chiffres concernent des atteintes à l'intégrité décelées et avérées, qu'il est difficile de distinguer des simples erreurs. Selon une publication annuelle censée présenter des données issues de quantifications méthodologiquement fiables et faisant l'objet d'une validation extérieure portant sur sept pays de l'OCDE, les pertes imputables à des fraudes ou à des erreurs totalisent, en moyenne, 6 % des dépenses de santé connexes. La plupart des estimations s'échelonnent entre 3 et 8 % (Gee et Button, 2015). Sachant que les pays ne peuvent recouvrer qu'une proportion bien plus faible, il existe des raisons d'améliorer les mesures qui visent à prévenir et à lutter contre les atteintes à l'intégrité dans le secteur de la santé des pays de l'OCDE.

Graphique 1.7. Proportion de la population considérant que les secteurs cités sont corrompus ou extrêmement corrompus, à l'échelle mondiale et dans les pays de l'OCDE



Source : Transparency International (2013), « Global Corruption Barometer », http://www.transparency.org/gcb2013/report.

Les moyens d'action peuvent limiter les atteintes à l'intégrité dans le secteur de la santé

Cette dernière section traite des stratégies destinées à lutter contre les atteintes à l'intégrité propres au secteur de la santé. Étant donné que ce dernier est principalement financé par des fonds publics dans la plupart des pays de l'OCDE et qu'il est fortement réglementé, il est tributaire de la qualité globale de la gouvernance, en particulier celle de l'administration publique dans des domaines comme les finances et le budget, la gestion financière, la passation des marchés et la gestion de la fonction publique. Une gouvernance insuffisante dans un pays donné risque d'avoir des répercussions sur le secteur de la santé. Et si la corruption sévit dans la fonction publique ou dans la passation des marchés publics, il est peu probable que le secteur de la santé puisse s'attaquer seul au problème. Au vu de ces considérations, le présent rapport se concentre sur deux domaines où au moins certains pays de l'OCDE ont mis en place des interventions spécifiques : la prestation/le financement des services et la pratique inappropriée des affaires.

Quelques pays se sont dotés de systèmes spécifiques pour lutter contre les atteintes à l'intégrité dans la prestation et le financement des services

Les efforts de lutte contre les atteintes à l'intégrité dans la prestation et le financement des services sont d'intensité très variable d'un pays de l'OCDE à l'autre. Ils ont avant tout une dimension organisationnelle ,qui consiste à assigner (ou non) la responsabilité de la détection ou de la lutte contre ces atteintes et du financement à des institutions spécifiques, et, parfois, à définir des moyens d'action. Il ressort des réponses des pays au questionnaire de l'enquête que quatre pays disposent de programmes ou d'institutions dédiés au niveau central ou gouvernemental (Belgique, Japon, Portugal et Royaume-Uni). D'autres délèguent cette responsabilité aux payeurs, qu'ils soient publics (Allemagne, États-Unis pour Medicare et Medicaid, France) ou qu'il s'agisse de sociétés d'assurance maladie privées (Pays-Bas et Turquie). Pour remédier aux atteintes à l'intégrité, un certain nombre de pays de l'OCDE n'ont pas d'institution propre au secteur de la santé, mais font appel à des organisations anti-fraude et anti-corruption généralistes[9]. Quand la responsabilité de la lutte contre la fraude repose sur des organisations privées, certains pays jugent nécessaire d'imposer des obligations ou des incitations juridiques supplémentaires pour garantir ces efforts. En effet, la détection de la fraude peut être onéreuse et la lutte contre les atteintes à l'intégrité ne présente pas forcément un bon rapport coûts-bénéfice pour les assureurs privés.

Les activités de détection de la fraude sont plus ou moins offensives. Elles peuvent s'appuyer sur de simples audits, sur des contrôles et/ou sur l'examen de plaintes. Il peut aussi y avoir des systèmes en place, comme une ligne téléphonique, pour encourager le signalement d'atteintes à l'intégrité. Les pays avancés recourent à des outils d'analyse statistiques sophistiqués pour déceler les atteintes, tels que l'exploration de données.

Face aux atteintes à l'intégrité, les intervenants de terrain soulignent l'importance d'une réponse stratégique graduelle, complète et qui peut être mise en œuvre de façon crédible. La première étape repose sur des outils comportementaux non contraignants. Il s'agit principalement de mener des actions de sensibilisation à un type précis de problème (par exemple la sur-prescription de tels ou tels examens, la fréquence inhabituelle de consultations répétées, etc.) en communiquant des informations et des données à tous les prestataires ou à un sous-ensemble de prestataires et, si c'est nécessaire et possible, en parvenant à un consensus technique sur le fait que le comportement en question est inadéquat. Cela peut suffire à faire évoluer le

comportement (parce que les acteurs en cause se sentent observés ou subissent la pression de leurs pairs). Si les problèmes persistent et/ou si leur ampleur l'exige, l'étape suivante est une enquête sur des cas spécifiques ou sur des pratiques inadaptées, via des techniques criminalistiques et le recours à des experts médicaux qui peuvent vérifier les faits et mener des investigations mais qui doivent pouvoir accéder à l'information médicale. La dernière étape consiste à prendre des sanctions administratives et/ou à intenter une action au civil ou au pénal. Globalement, il est impératif de mobiliser les professionnels de santé et de communiquer avec eux, en admettant que des erreurs peuvent se produire et que des circonstances particulières peuvent imposer de s'écarter des bonnes pratiques.

L'autorégulation reste la norme, mais certains pays ont fixé des limites à certaines pratiques

Pour lutter contre les pratiques d'affaire inappropriées, les pays agissent le plus souvent en réglementant afin de limiter ou d'interdire certaines pratiques. Ils accordent peu d'attention à la détection active des différents types d'atteintes à l'intégrité, préférant compter sur des lanceurs d'alerte pour signaler ces pratiques, ou analyser une crise et y faire face, surtout si elle a des conséquences sanitaires délétères. Les principaux domaines où des pays ont introduit des règles consistent, elles visent à restreindre l'aiguillage intéressé des patients par des prestataires de santé, ainsi que les moyens permettant à l'industrie pharmaceutique de faire de la publicité – y compris les *sunshine regulations* (réglementations sur la transparence) (encadré 1.10). Les questions sur la manière de veiller à l'intégrité de la recherche, tout particulièrement à propos des essais cliniques et des conflits d'intérêts, suscitent également de plus en plus d'attention. Cependant, en général, l'autodiscipline sectorielle et l'utilisation de codes de conduite produits par les industries, reste la norme.

Encadré 1.10. La montée en puissance des *sunshine regulations* dans les pays de l'OCDE

- Les *sunshine regulations* consistent à exiger que les versements effectués par les secteurs des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux aux acteurs du secteur de la santé soient systématiquement signalés aux autorités. Au cours des quinze dernières années, plusieurs pays ont mis en œuvre une législation spécifique et exhaustive, notamment les États-Unis, la France, le Portugal, et la République slovaque. Un autre groupe de pays (Allemagne, Australie, Belgique, Espagne et Italie) ont adopté une réglementation concernant la divulgation, mais elle est généralement moins complète (McDermott et al., 2015).
- La portée de ces lois sur la transparence varie d'un pays à l'autre. Aux États-Unis, les secteurs doivent déclarer leurs relations avec les médecins et les hôpitaux universitaires, alors qu'en France, ils doivent déclarer leurs liens avec tous les professionnels de santé et les associations les représentant, les sociétés scientifiques, les associations de patients et la presse. Les transactions à déclarer sont également variables. Aux États-Unis, tous les paiements et transferts de valeur doivent être déclarés. La déclaration peut être retardée lorsqu'il s'agit de paiements en lien avec la recherche. En France, les tarifs et honoraires ne sont pas divulgués. Généralement, les informations sont centralisées et publiées de manière plus ou moins facile d'accès pour les utilisateurs, par exemple au moyen d'une base de données en ligne sur laquelle il est possible de faire des recherches.
- Des critiques s'élèvent contre cette réglementation, qui serait susceptible de nuire à la réputation des prestataires, même lorsque leurs agissements ne sont pas répréhensibles, voire de réduire les financements en faveur de l'innovation ou de l'enseignement médical. Globalement, toutefois, l'obligation d'information gagne du terrain, et de nouveaux pays envisagent d'adopter des lois en ce sens. À noter que le code de conduite de la Fédération européenne des associations de l'industrie pharmaceutique exige que les entreprises déclarent tous les transferts de valeurs au bénéfice des prestataires à compter de juin 2016.

Dans l'ensemble, nombre de pays de l'OCDE doivent redoubler d'efforts pour restreindre les atteintes à l'intégrité dans le secteur de la santé, non seulement en vue de réduire le gaspillage et d'accroître l'efficience, mais aussi de renforcer la transparence, d'améliorer l'intégrité du secteur et de contribuer à la sécurité des patients (tableau 1.4).

Tableau 1.4. Acteurs, causes et moyens d'action : Synthèse des constats relatifs au gaspillage lié à la gouvernance

Type de gaspillage	Acteurs	Principaux facteurs explicatifs	Systèmes d'information nécessaires	Moyens d'action	Impact	Exemples par pays
Gaspillage administratif		Lacunes organisationnelles, réglementation inadéquate	Évaluation des coûts et avantages des activités administratives Recueil et communication d'informations sur la performance administrative	**Changements organisationnels :** regroupement/séparation/partage entre administrations ; meilleure coordination des activités administratives dans et entre institutions ; modes d'emploi et protocoles ; amélioration de la qualité de la gestion ; meilleure utilisation des TIC **Réglementation :** suppression de tâches administratives ; principes législatifs ; plafonnement budgétaire ; simplification des formalités ; standardisation des formulaires et obligations d'information	**?** **+** **?**	**Australie :** revue du fonctionnement et de l'efficience du ministère de la Santé : évaluation de l'efficience et de l'efficacité des opérations, des programmes et des services administratifs **Estonie :** mise en place de l'ordonnance électronique dématérialisée, ce qui permet de réduire le temps consacré à la délivrance des ordonnances et des médicaments et les délais de vérification par les prestataires et les assureurs **Allemagne et Pays-Bas** : efforts collaboratifs déployés par toutes les parties prenantes pour quantifier et convenir d'une réduction des obligations d'information administrative à faible valeur ajoutée **États-Unis :** calcul de la part des primes que les assureurs privés doivent consacrer aux remboursements des frais médicaux
		Lacunes organisationnelles, réglementation inadéquate				
		Lacunes organisationnelles, réglementation inadéquate				
Atteintes à l'intégrité dans la prestation et le paiement des services		Tromperie délibérée	Publication d'estimations; Recueil à grande échelle de données sur le traitement et la facturation	**Changements organisationnels :** mise en place/dotation en ressources d'institutions/de programmes dédiés ; exploration de données **Changement de comportement :** ligne téléphonique pour signaler des problèmes, observations adressées aux auteurs de pratiques inadéquates **Réglementation :** sanctions administratives et juridiques	**+** **?** **?**	**Belgique :** l'INAMI (Institut national de l'assurance maladie-invalidité) recourt à l'exploration de données pour déceler les atteintes à l'intégrité, met en œuvre une stratégie graduelle pour remédier à ces atteintes et peut prendre des sanctions administratives (amendes). **États-Unis :** les CMS font appel à des prestataires sous contrat, les Zone Program Integrity Contractors, pour détecter erreurs et fraudes et assurer la coordination avec les autorités. **Le Réseau européen sur la fraude et la corruption dans le secteur de la santé** (EHFCN) est une plateforme d'échange de connaissances pour les pays souhaitant remédier à ces atteintes à l'intégrité
Pratiques inadéquates		Tromperie délibérée	Communication d'informations sur le risque de conflit d'intérêts Communication de données sur des essais cliniques	**Réglementation :** limitation ou interdiction de certaines pratiques (marketing direct, cadeaux et invitations, aiguillage intéressé de patients, etc.)	**?**	Pays où les « sunshine regulations » sont détaillées et bien établies : **Australie, États-Unis, France, Portugal et République slovaque**

: secteur : autorité de tutelle : gestionnaire : clinicien : patient **+** : quelques signes d'un impact positif, mais limité et dépendant du système **?** : impact non connu à ce jour.

Conclusion : Autres avantages de la lutte contre le gaspillage

Pour résumer, ce chapitre de synthèse montre comment le gaspillage se manifeste dans de nombreux segments des systèmes de santé des pays de l'OCDE et entraîne une charge financière inutile. Par exemple :

- Les événements indésirables qui surviennent dans les hôpitaux accroissent de 13 à 16 % les coûts de ces établissements ; or, 28 à 72 % d'entre eux seraient évitables selon des études internationales.
- Les exemples de prestations inutiles ou inadaptées abondent en tous points du parcours de soins, à commencer par un nombre trop élevé d'examens médicaux et par le surdiagnostic. Les interventions chirurgicales superflues ne font pas exception. Ainsi, les données recueillies par l'OCDE révèlent des disparités injustifiées, entre et dans les pays, concernant les chirurgies cardiaques (du simple au triple) et les prothèses de genou (du simple au quintuple). L'emploi excessif et inapproprié de médicaments pose également problème : par exemple, la moitié des prescriptions d'antimicrobiens ne sont pas justifiées.
- Entre 12 % et 56 % des hospitalisations d'urgence concernent des pathologies qui auraient pu être traitées tout aussi bien, voire mieux, dans le cadre des soins primaires, moins onéreux.
- Souvent, le gisement d'économies financières lié à l'utilisation des génériques n'est pas pleinement exploité : la part des génériques dans les produits pharmaceutiques relevant de la couverture de base est comprise entre 10 et 80 % selon les pays de l'OCDE.
- D'un pays de l'OCDE à l'autre, les dépenses administratives peuvent être multipliées das un rapport de un a sept, en fonction de l'organisation du système de financement. Une complexité accrue peut avoir des effets bénéfiques et impliquer une obligation d'information sur les résultats, mais les compétences qui font double emploi entre organismes ou les obligations d'information qui ne se traduisent pas par un suivi effectif entraînent un gaspillage.
- Les pertes imputables aux fraudes et aux erreurs représentent, en moyenne, 6 % des paiements de services de santé.

Il semble donc possible de dégager et de mieux utiliser une proportion importante des ressources du système de santé en supprimant les activités qui n'améliorent pas les résultats et en remplaçant les activités coûteuses par d'autres qui sont meilleur marché mais qui produisent des résultats identiques ou supérieurs.

Ce chapitre et le reste du rapport montrent que même si le gaspillage est très répandu et prend de nombreuses formes différentes, les autorités peuvent agir. Elles ont besoin de davantage d'informations pour définir les priorités. Des initiatives nationales et internationales sont en place pour recueillir et publier des données sur les événements indésirables, les soins de faible valeur et d'autres types de gaspillage. Les programmes efficaces devraient être reproduits et généralisés. La mobilisation des acteurs peut contribuer à faire prendre conscience du gaspillage dans un système donné. Les Pays-Bas, par exemple, ont lancé en 2013 une campagne invitant la population à signaler les cas de gaspillage (encadré 1.11).

Encadré 1.11. Mobiliser les parties prenantes pour détecter et combattre le gaspillage dans les soins de santé et les soins de longue durée : Le cas des Pays-Bas

- En 2013, le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports a lancé une campagne pour encourager les citoyens et les professionnels à signaler les gaspillages constatés aux autorités.
- L'outil de signalement virtuel et anonyme a recueilli en trois mois plus de 16 000 réponses de patients confrontés à des soins inutiles (gaspillage de soins cliniques), au gaspillage opérationnel et au gaspillage lié à la gouvernance (charge administrative et fraude).
- Le ministère a ensuite lancé une série d'initiatives pour lutter contre le gaspillage dans trois domaines : médicaments et dispositifs médicaux, soins de longue durée et soins curatifs. En consultation avec les parties prenantes, des comités de pilotage présidés par des experts indépendants ont élaboré des plans d'action spécifiques. Les actions entreprises dans le cadre de ces initiatives visaient à prévenir la non-utilisation des dispositifs médicaux, en informant les nouveaux utilisateurs de manière proactive sur les fonctionnalités du dispositif concerné ; à sensibiliser les médecins au coût de leurs décisions en matière de soins ; et à éviter les consultations inutiles aux urgences.
- En outre, des initiatives pilotes ont été lancées pour limiter le gaspillage alimentaire dans les établissements de soins, réduire les quantités de médicaments non utilisés en soins palliatifs ; et éviter les réhospitalisations imprévues grâce à une meilleure gestion des sorties.
- Le site Internet du ministère a dressé une liste des meilleures pratiques afin d'inspirer les autres prestataires de soins de santé, et une lettre d'information numérique trimestrielle a été créée pour informer les personnes ayant signalé des cas de gaspillage des progrès effectués.

Source : Lafeber, F. et P. Jeurissen (2013), « Reducing Waste In Health And Long-Term Care In The Netherlands », *Euro Observer*, vol. 19, n° 4, pp. 34-37 ; et ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports.

Tous les pays de l'OCDE ont déjà pris des mesures de lutte contre le gaspillage, implicites ou non. Toutefois, les efforts pourraient être plus systématiques. Sur le plan stratégique, les conséquences diffèrent en fonction du type de gaspillage.

- Le gaspillage lié à la gouvernance existe dans tous les systèmes et ne doit pas être toléré. Cependant, les économies potentielles dans les pays de l'OCDE restent proportionnelles à l'ampleur du problème. Par exemple, une réduction stratégique des coûts administratifs, qui représentent en moyenne 3 % des dépenses dans les pays de l'OCDE, ne suffira pas à inscrire les systèmes de santé sur une trajectoire viable sur le plan financier. Parallèlement, des efforts bien ciblés pour réduire le gaspillage lié à la gouvernance pourraient engendrer des économies : en 2013–14, le ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis a économisé plus de 12 USD pour chaque dollar investi dans ses programmes d'intégrité (HHS, 2016). Plus que les économies peut-être, l'enjeu de la lutte contre le gaspillage lié à la gouvernance est l'amélioration de la gouvernance, de la transparence et, in fine, de la confiance des citoyens envers les systèmes de santé.
- La réduction des événements indésirables évitables et des soins de faible valeur pourrait libérer de substantiels volumes de ressources. Mais une approche descendante ne suffira pas. Des avancées durables vers des soins de meilleure qualité ne pourront être réalisées qu'avec la participation des patients et, surtout, des prestataires de soins. C'est pourquoi il importe d'encourager et d'émuler les initiatives allant de la base vers le sommet, telles que les programmes locaux axés

sur la sécurité des patients ou, la campagne *Choosing Wisely*®, ainsi que d'en tirer des enseignements. Les pouvoirs publics peuvent instaurer un environnement qui met l'accent sur la pertinence des services et non sur leur quantité. En d'autres termes, il s'agit de passer à des systèmes de paiement qui encouragent des soins utiles aux patients, à tous les niveaux. Un recours plus systématique à l'évaluation des technologies de la santé permettrait aussi de limiter les soins de faible valeur.

- Le plus difficile, peut-être, est d'éliminer le gaspillage opérationnel, c'est-à-dire de faire en sorte que l'option à moindre coût qui apportera un bénéfice au patient soit la solution naturelle ou privilégiée. Dans certains cas (par exemple, pour encourager l'emploi des génériques), la mise en œuvre des solutions disponibles est une question de priorité et de volonté politiques. Dans d'autres, par exemple pour limiter les soins hospitaliers non justifiés, les réformes peuvent devenir plus complexes et nécessiter des mesures de grande portée. La question de savoir si les réformes peuvent réellement engendrer des économies dépend du contexte économique du pays concerné, et demeure difficile à prouver empiriquement. La réduction du gaspillage opérationnel ouvre toutefois la voie à des réformes systémiques qui permettront des gains d'efficience. Par exemple, tout changement qui recentre les hôpitaux sur leur mission — fournir des services hautement techniques et spécialisés plutôt que des soins mobilisant moins de ressources — en vaut la peine, car il peut à terme faciliter la restructuration et reconfiguration des réseaux hospitaliers.

Ce rapport comporte trois parties. La première partie examine les soins cliniques qui engendrent du gaspillage. Elle se penche sur les erreurs médicales évitables et sur les soins de faible valeur (chapitre 2), puis, dans le cadre d'une étude de cas consacrée à ces derniers, sur la prescription injustifiée d'antimicrobiens (chapitre 3). La seconde partie traite du gaspillage opérationnel. Le chapitre 4 traite des médicaments et et le chapitre 5 de l'hôpital. Le gaspillage lié à la gouvernance est divisé en deux volets : les coûts administratifs (chapitre 6) et les atteintes à l'intégrité dans le secteur de la santé (chapitre 7).

Notes

1. À titre d'illustration, il est indiqué ci-après si des inefficiences spécifiques sont considérées comme du gaspillage conformément à la définition adoptée dans le rapport.

   - Erreur de site en chirurgie : oui.

   - Chirurgie robotique : oui – très coûteuse et sa capacité à améliorer les résultats n'est pas avérée (Wright et al., 2013 ; The Lancet, 2016).

   - Hospitalisation pour chirurgie alors qu'une intervention en ambulatoire est possible : oui, à condition que le coût soit plus faible.

   - Investissement insuffisant dans la santé publique : non – un investissement supplémentaire peut produire des gains d'efficience à long terme, mais ne permet pas de repérer les activités à supprimer ou à remplacer par des activités moins coûteuses tout en maintenant le même niveau de résultats pour les patients.

   - Coordination insuffisante des soins : cela dépend. La coordination peut améliorer les résultats et l'efficience, mais une coordination sous-optimale n'entraîne pas forcément du gaspillage. Garder un patient à l'hôpital parce que les soins de suite n'ont pas été organisés est un manquement de coordination qui coûte cher et donc constitue du gaspillage.

   - Imagerie systématique pour douleurs lombaires : une source de gaspillage dans la plupart des cas. À plus long terme, les économies structurelles peuvent nécessiter d'optimiser le nombre et l'emplacement des équipements de diagnostic coûteux.

2. Il convient de souligner que la distinction entre les cliniciens et les gestionnaires est quelque peu artificielle, dans la mesure où la plupart des cliniciens sont responsables de la gestion des ressources.

3. Comme nous l'avons vu plus haut, le rapport traite davantage de l'efficience de la production que de l'allocation, tout en reconnaissant que, dans les faits, la distinction entre les deux est en partie une question d'appréciation subjective. Il met donc l'accent sur les politiques visant à réduire le gaspillage, plutôt que sur l'ensemble des réformes destinées à accroître l'efficience, comme l'investissement dans la santé publique ou la restructuration hospitalière, qui sont des réformes à plus long terme.

4. Quinze pays ont répondu au questionnaire : Allemagne, Australie, Belgique, Danemark, Espagne, États-Unis, France, Israël, Japon, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Slovénie et Suisse.

5. Cette classification des moyens d'action est tirée de Roberts et al. (2008).

6. Le terme « antimicrobiens » fait référence à une vaste famille d'agents incluant tous les agents qui tuent les microbes ou inhibent leur croissance. Il existe différentes classes d'antimicrobiens, en fonction des microbes visés ou de la composition du produit. Les antibiotiques (ou antibactériens) constituent une sous-catégorie d'antimicrobiens ciblant spécifiquement les bactéries.

7. Les différences doivent être interprétées avec prudence dans la mesure où les définitions et les méthodes d'estimation sont sujettes à débat et varient d'un pays à l'autre.

8. La possibilité de confier indifféremment les tâches cliniques à du personnel possédant différents niveaux de qualification entre dans la catégorie du gaspillage opérationnel.

9. Autriche, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Hongrie, Irlande, Italie, Pologne, République slovaque, République tchèque, Slovénie et Suède.

Références

Aabenhus, R. et al. (2014), "Biomarkers as Point-of-care Test to Guide Prescriptions of Antibiotics in Patients with Acute Respiratory Infections in Primary Care », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010130.

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality (2001), « AHRQ Quality Indicators – Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions" », AHRQ Pub. n°02-R0203, Rockville, États-Unis.

Ammenwerth, E. et H. Spötl (2009), « The Time Needed for Clinical Documentation versus Direct Patient Care », *Methods of Information in Medicine*, pp. 84-91.

Anell, A., J. Dietrichson et L.M. Ellegard (2015), « Can Pay-for-performance to Primary Care Providers Stimulate Appropriate Use of Antibiotics? », *Working Paper n° 2015:36*, Lund University Publishing, Lund, http://lup.lub.lu.se/record/8499755.

Arabadzhiyska, P. et al. (2013), « Shedding Light on Junior Doctors' Work Practices After Hours », *Internal Medicine Journal*, pp. 1321-1326.

Armellino, D. et al. (2012), « Using High-Technology to Enforce Low-Technology Safety Measures: The Use of Third-party Remote Video Auditing and Real-time Feedback in Healthcare », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 54, n° 1, pp. 1-7, http://dx.doi.org/10.1093/cid/cir773.

Arterburn, D. et al. (2012), « Introducing Decision Aids at Group Health was Linked to Sharply Lower Hip and Knee Surgery Rates and Costs », *Health Affairs*, vol. 31, n° 9, pp. 2094-2104, doi: 10.1377/hlthaff.2011.0686

Baldi, S. et D. Vannoni (2015), « The Impact of Centralization on Pharmaceutical Procurement Prices: The Role of Institutional Quality and Corruption », *Regional Studies*, http://dx.doi.org/10.1080/00343404.2015.1101517.

Bates, D.W. et al. (1998), « Effect of Computerized Physician Order Entry and a Team Intervention on Prevention of Serious Medication Errors », *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, pp. 131-1316.

Belloni, A., D. Morgan et V. Paris (2016), « Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 87, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en.

Bentley, T.G.K. et al. (2008), « Waste in the U.S. Health Care System: A Conceptual Framework », *Milbank Quarterly*, vol. 86, n° 4, pp. 629–659, http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2008.00537.x.

Berchet, C. (2015), « Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 83, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/5jrts344crns-en.

Berchet, C. et C. Nader (2016), « The Organisation of Out-of-hour Primary Care in OECD Countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris, à paraître.

Berwick, D.M. et A.D. Hackbarth (2012), « Eliminating Waste in US Health Care », *Journal of the American Medical Association*, vol. 307, n° 14, pp. 1513-1516.

Bjertnaes, O. et al. (2015), « The Association Between Patient-Reported Incident in Hospitals and Estimated Rates of Patient Harm », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 27, pp. 26-30, http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzu087.

Bliss, L.A. et al. (2012), « Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist », *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 215, n° 6, pp. 766-76, http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.07.015.

Brennan, T.A. et al. (1991), « Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients – Results of the Harvard Medical Practice Study I », *New England Journal of Medicine*, vol. 324, pp. 370-376, http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199102073240604.

Bruni, M.L., I. Mammi et C. Ugolini (2013), « Does the Extension of Primary Care Practice Opening Hours Reduce Inappropriate Use of Emergency Services? An IV Approach », Département d'économie, université de Bologne, juin.

Cabana, M.D. et al. (1999), « Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement », *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, n° 15, pp. 1458-1465.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2013), « Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2013 », Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United States, http://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf.

Cecchini, M., L. Langer et L. Slawomirski (2015), « Antimicrobial Resistance in G7 Countries and Beyond: Economic Issues, Policies and Options for Action », Éditions OCDE, Paris, http://www.oecd.org/els/health-systems/Antimicrobial-Resistance-in-G7-Countries-and-Beyond.pdf.

Clements, B., S. Gupta et B. Shang (2014), « Bill of Health », *Finance and Development*, FMI, pp. 22-25, décembre.

Clifford, S. et al. (2006), « Patient-centered Advice Is Effective in Improving Adherence to Medicines », *Pharmacy World and Science*, vol. 28, n° 3, pp. 165-170.

Coady, D., M. Francese et B. Shang (2014), « The Efficiency Imperative », *Finance and Development*, FMI, décembre, pp. 30-32.

Cour des Comptes (2014), « Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, La Documentation française, pp. 351-377, septembre, www.ccomptes.fr.

Cutler, D., E. Wikler et P. Basch (2012), « Reducing Administrative Costs and Improving the Health Care System », *New England Journal of Medicine*, pp. 1875-1878.

D'Andreamatteo, A. et al. (2015), « Lean in Healthcare : A comprehensive review », *Health Policy*, vol. 119, n° 9, pp. 1197-209, http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.002.

Davey, P. et al. (2013), « Interventions to Improve Antibiotic Prescribing Practices for Hospital Inpatients », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4.

Department of Health (2016), « Operational Productivity and Performance in English NHS Acute Hospitals: Unwarranted Variations. An independent report for the Department of Health by Lord Carter of Coles », NHS Procurement https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/499229/Operational_productivity_A.pdf.

Duckett, S., P. Breardon et D. Romanes (2015), « Identifying and Acting on Potentially Inappropriate Care », *Medical Journal of Australia*, vol. 203, n° 4, pp. 183, http://dx.doi.org/10.5694/mja15.00025.

Durand, A.-C. et al. (2012), « Nonurgent Patients in Emergency Departments: Rational or Irresponsible Consumers? Perceptions of Professionals and Patients », *BMC Research Notes*, n° 5, p. 525.

ECDC – Centre européen de prévention et de contrôle des maladies/AEEM – Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (2009), « The Bacterial Challenge: Time to React. ECDC/EMEA Joint Technical Report », Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Stockholm, http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf.

Ekman, N. et P. Cornes (2016), « Reducing Health Care Costs and Building Trust in Biosimilar Medicines », *Generics and Biosimilars Initiative Journal*, vol. 5, pp. 84-88.

Epson, E. (2015), « Developing a Comprehensive State Antimicrobial Resistance Program », HAI Advisory Committee, http://www.cdph.ca.gov/programs/hai/Documents/2015Q2HAI-ACAR_Program_HAI_AC_Final%205.14.15.pdf.

Estonian Health Insurance Fund (2016), « Information on Digital Prescription », https://www.haigekassa.ee/en/digital-prescription.

Eurofound (2014), *Access to Healthcare in Times of Crisis*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

Commission européenne (2013), « Study on Corruption in the Healthcare Sector », Union européenne, http://dx.doi.org/10.2837/58154.

Fischer, S. et I. Zechmeister-Koss (2014), « Is Day Surgery Safe? A Systematic Literature Review », *European Surgery*, vol. 46, pp. 103-112.

Freund, T. et al. (2013), « Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalisations for Ambulatory Care-sensitive Conditions », *Annals of Family medicine*, vol. 11, n° 4.

Garåsen, H. et al. (2007), « Intermediate Care at a Community Hospital as an Alternative to Prolonged General Hospital Care for Elderly Patients : A Randomised Controlled Trial », *BMC Public Health*, vol. 7, p. 68.

Gee, J. et M. Button (2015), « The Financial Cost of Healthcare Fraud 2015: What Data from Around the World Shows », Littlejohn LLP et University of Portsmouth.

Georgiou, A. et al. (2007), « The Impact of Computerised Physician Order Entry Systems on Pathology Services: A Systematic Review », *International Journal of Medical Informatics*, vol. 76, n° 7, pp. 514-529, http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2006.02.004.

Giesen, P. et al. (2011), « Quality of After-hours Primary Care in the Netherlands : A Narrative Review », *Annals of Internal Medicine*, vol. 155, n° 2, pp. 108-113.

Goossens, H. (2015), « Antimicrobial resistance: Prevention and Not Just Treatment », présentation, Bruxelles.

Gøtzsche, P.C. et K. Jørgensen (2013), « Screening for Breast Cancer with Mammography », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 6, Art. n° CD001877, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub5.

Hand Hygiene Australia (2015), « National Data Period Three 2015 », http://www.hha.org.au/LatestNationalData.aspx (consulté le 29/02/2016).

Health Quality & Safety Commission New Zealand (2015), *Learning from Adverse Events*, décembre, 2015, http://www.hqsc.govt.nz/assets/Reportable-Events/Publications/learning-from-adverse-events-Dec-2015.pdf.

HHS – Health and Human Services (2016), *Annual Report to Congress on the Medicare and Medicaid Integrity Programs for Fiscal Years 2013 and 2014*, https://www.cms.gov/About-CMS/Components/CPI/Downloads/2016-07-15-FY-2013-2014-MandM-PI-RTC-FINAL.PDF.

HHS et DOJ – Health and Human Services et Department of Justice (2015), *Health Care Fraud and Abuse Control Program*, Annual Report for Fiscal Year 2014, http://oig.hhs.gov/publications/docs/hcfac/FY2014-hcfac.pdf.

Himmelstein, D. et al. (2014), « A Comparison Of Hospital Administrative Costs In Eight Nations: US Costs Exceed All Others by Far », *Health Affairs*, vol. 33, n° 9, pp. 1586-1594.

IMS Institute for Healthcare Informatics (2016), « Delivering on the Potential of Biosimilar Medicines: The Role of Functioning Competitive Markets », Parsippany, États-Unis, https://www.imshealth.com/files/web/IMSH%20Institute/Healthcare%20Briefs/Documents/IMS_Institute_Biosimilar_Brief_March_2016.pdf.

IMS Institute for Healthcare Informatics (2013), « Declining Medicine Use and Costs: For Better or Worse? A Review of the Use of Medicines in the United States in 2012 », Parsippany, États-Unis, http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/05/20/usareport.pdf.

Jackson, T. (2009), *One Dollar in Seven: Scoping the Economics of Patient Safety*, préparé pour le Canadian Patient Safety Institute, Edmonton.

Kastanioti, C. et al. (2013), « Public Procurement of Health Technologies in Greece in an Era of Economic Crisis », *Health Policy*, vol. 109, n° 1, pp. 7-13, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22502936.

Kesselheim, A.S., J. Avron, et A. Sarpatwari, (2016), « The High Cost of Prescription Drugs in the United States: Origins and Prospects for Reform », *Journal of the American Medical Association*, Special Communication, 23-30 août.

Klein S., M. Hostetter, et D. McCarthy (2016), « The Hospital at Home: Bringing Hospital-level Care to Patient », The Commonwealth Fund, août 2016, http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2016/aug/hospital-at-home.

Lafeber, F. et P. Jeurissen (2013), « Reducing Waste in Health and Long-Term Care in the Netherlands », *Euro Observer*, vol. 19, n° 4, pp. 34-37.

Latham, L. et E. Marshall (2015), « Performance-Based Financial Incentives for Diabetes Care: An Effective Strategy? », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 39, pp. 83-87.

Longman, J. et al. (2015), « Admissions for Chronic Ambulatory Care Sensitive Conditions – A Useful Measure of Potentially Preventable Admission? », *BMC Health Services Research*, vol. 15, n° 472, https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1137-0.

MacCara, M.E. et al. (2001), « Impact of a Limited Fluoroquinolone Reimbursement Policy on Antimicrobial Prescription Claims », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 35, n° 7-8, pp. 852-858.

Mache, S. et al. (2011), « Cardiologists' Workflow in Small to Medium-sized German Hospitals: An Observational Work Analysis », *Journal of Cardiovascular Medicine*, vol. 12, pp. 475-481.

Makary, M.A. et M. Daniel (2016), « Medical Error – The Third Leading Cause of Death in the US », *British Medical Journal*, vol. 353, i2139.

Makeham, M.A.B. et al. (2002), « An International Taxonomy for Errors in General Practice: A Pilot Study », *Medical Journal of Australia*, vol. 177, n° 2, pp. 68-72.

Mazzocato, P. et al. (2010), « Lean Thinking in Healthcare: A Realist Review of the Literature », *Quality & Safety in Health Care*, vol. 19, n° 5, pp. 376-382, http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2009.037986.

McCue, M.J. et M.A. Hall (2015), « The Federal Medical Loss Ratio Rule: Implications for Consumers in Year 3 », *Realizing Health Reform's Potential*, The Commonwealth Fund, pub. 1808, vol. 6.

McDermott, Will & Emery (2015), *Snapshot of Sunshine Rules in EU Countries for the Pharmaceutical Industry*, http://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=8d220555-2e13-49cf-8d46-c70b7a1ab3e5 (consulté le 4 juillet, 2016).

McHale, P. et al. (2013), « Who Uses Emergency Departments Inappropriately and When – A National Crosssectional Study Using a Monitoring Data System », *BMC Medicine*, vol. 11, n° 258.

Medicines for Europe, *Market Review 2016* (à paraître).

Michel-Lepage, A. et al. (2014), « Factors Associated with the Use of Rapid Antigen Diagnostic Tests in Children Presenting with Acute Pharyngitis Among French General Practitioners », *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, vol. 22, pp. 723-728.

Ministère japonais des Affaires sociales, de la Santé et du Travail (2014), *Overview of Health Care Payment System*, http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf.

Monash University, Centre for Medicine Use and Safety (2013), *The National Return and Disposal of Unwanted Medicines (NatRUM) Project Audit*, Melbourne.

Morra, D. et al. (2011), « US Physician Practices Versus Canadians: Spending Nearly Four Times as Much Money Interacting with Payers », *Health Affairs*, vol. 30, n° 8, pp. 1443-1450.

Mossialos, E. et al. (2002), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham.

Mur-Veeman, I. et M. Govers (2011), « Buffer Management to Solve Bedblocking in the Netherlands 2000-2010. Cooperation from an Integrated Care Chain Perspective as a Key Success Factor for Managing Patient Flows », *International Journal of Integrated Care*, vol. 11, Special 10th Anniversary Edition.

NEHI – Network for Excellence in Health Innovation (2010), « A Matter of Urgency: Reducing Emergency Department Overuse », *A NEHI Research Brief*, mars.

Neubauer, M.A. et al. (2010), « Cost Effectiveness of Evidence-Based Treatment Guidelines for the Treatment of Non–Small-Cell Lung Cancer in the Community Setting », *Journal of Oncology Practice*, vol. 6, n° 1, pp. 12-18, http://dx.doi.org/10.1200/JOP.091058.

New England Healthcare Institute (2008), « Waste and Inefficiency in the U.S. Health Care System Clinical Care: A Comprehensive Analysis in Support of System-Wide Improvement », New England Health Institute, http://www.nehi.net/writable/publication_files/file/waste_clinical_care_report_final.pdf.

NHS – National Health Service (2014) « Atlas of Variation: Procurement », http://ccgtools.england.nhs.uk/procurement/ProcAtlasOctober2014/atlas.html (consulté le 17 mai, 2016).

NHS Employers (2014), « Reducing Sickness Absence in the NHS Using Evidence-based Strategies », Londres, http://www.nhsemployers.org/~/media/Employers/Publications/Reducing%20sickness%20absence%20in%20the%20NHS.pdf.

Nishino, Y., S. Gilmour et K. Shibuya (2015), « Inequality in Diabetes-Related Hospital Admissions in England by Socioeconomic Deprivation and Ethnicity: Facility-Based Cross-Sectional Analysis », *PLoS ONE*, vol. 10, n° 2, p. e0116689, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116689.

OCDE (2016), *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2016*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

OCDE (2015a), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en.

OCDE (2015b), « Improved Control of Cardiovascular Disease Risk Factors and Diabetes: The Central Role of Primary Care », *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-7-en.

OCDE (2015c), *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr.

OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en.

OCDE (2013), *Public Procurement Review of the Mexican Institute of Social Security: Enhancing Efficiency and Integrity for Better Health Care*, Examens de l'OCDE sur la gouvernance publique, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264197480-en.

OCDE et OMS – Organisation mondiale de la santé (2014), *Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*, Open University Press – McGraw-Hill, Buckingham.

PHARMAC – Pharmaceutical Management Agency (2015), *Year in Review*, décembre 2015.

Plochg, T. et al. (2005), « Intermediate Care: For Better or Worse? Process Evaluation of an Intermediate Care Model Between a University Hospital and a Residential Home », *BMC Health Services Research*, vol. 5, p. 38.

Porter, M.E. et E. Teisberg (2006), *Redefining Health care. Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston.

Rafter, N. et al. (2016), « The Irish National Adverse Events Study (INAES): The Frequency and Nature of Adverse Events in Irish Hospitals – A Retrospective Record Review Study », *BMJ Quality & Safety*, publié pour la première fois le 9 février 2016, http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004828.

Reason, J. (2000), « Human Error: Models and Management », *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 768–770, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768.

Roberts, M.H. et al. (2008), *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, Oxford University Press.

Rogers, T., N. Ross et D. Spooner (2004), « Evaluation of a 'See and Treat' Pilot Study Introduced to an Emergency Department », *Accident and Emergency Nursing*, vol. 12, pp. 24-27.

Rosenberg, A. et al. (2015), « Early Trends Among Seven Recommendations from the Choosing Wisely Campaign », *JAMA Internal Medicine*, vol. 175, n° 12, pp. 1913-1920, http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5441.

Savedoff, W (2006), « The Causes of Corruption in the Health Sector: A Focus on Health Care Systems », *Rapport mondial sur la corruption 2006: corruption et santé*, Transparency International, Pluto Press, Londres.

Statistisches Bundesamt (2015), *Mehr Zeit für Behandlung. Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen*, Statistisches Bundesamt, im Auftrag des Nationalen Normenkontrollrates, Wiesbaden.

Swan, N, et J. Balendra (2015), « Wasted », *Four Corners*, 28 septembre, Australian Broadcasting Corporation, Sydney.

The Lancet (2016), « Robotic Surgery Evaluation: 10 Years Too Late », *The Lancet*, vol. 388, n° 10049, p. 1026, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31586-0.

Thijssen, W.A. et al. (2013), « The Impact on Emergency Department Utilization and Patient Flows After Integrating with a General Practitioner Cooperative : An Observational Study », *Emergency Medicine International*, Article 364659.

Thomas, R.E. et al. (2006), « Effect of Enhanced Feedback and Brief Educational Reminder Messages on Laboratory Test Requesting in Primary Care: A Cluster Randomised Trial », *The Lancet*, vol. 367, n° 9527, pp. 1990-1996, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68888-0.

Transparency International (2013), « Global Corruption Barometer », http://www.transparency.org/gcb2013/report.

Trueman, P. et al. (2010), « Evaluation of the Scale, Causes and Costs of Waste Medicines », Report of DH funded national project, York Health Economics Consortium and the School of Pharmacy, University of London, York et Londres.

Visser, S. et al. (2012), *Kwaliteit als medicijn, aanpak voor betere zorg en lagere kosten*, Booz & Company, août 2012, http://strategyand.pwc.com/media/uploads/BoozCo_Kwaliteit-als-medicijn.pdf.

Vogler, S. (2012), « The Impact of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies on Generic Uptake: Implementation of Policy Options on Generics in 29 European Countries – An Overview », *Generics and Biosimilars Initiative Journal*, vol. 1, n° 2, pp. 44-51.

Vogler, S., A. Vitry et Z. Babar (2016), « Cancer Drugs in 16 European Countries, Australia, and New Zealand: A Cross-country Price Comparison Study », *Lancet Oncology*, vol. 17, pp. 39-47, http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00449-0.

Wan, E.L. et al. (2015), « Global Public Health Impact of Recovered Supplies from Operating Rooms: A Critical Analysis with National Implications », *World Journal of Surgery*, vol. 39, pp. 29–35, http://dx.doi.org/10.1007/s00268-014-2834-2.

Wang, S. et al. (2014), « Inventory of Antibiotic Stewardship Programs in General Practice in France and Abroad », *Médecine et Maladies Infectieuses*, vol. 45, n° 4, pp. 111-123.

Wang, S. et al. (2013), « Hospital-integrated General Practice: A Promising Way to Manage Walk-in Patients in Emergency Departments », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, http://dx.doi.org/10.1111/jep.12074.

Westbrook, J. et al. (2008), « All in a Day's Work: An Observational Study to Quantify How and With Whom Doctors on Hospital Wards Spend their Time », *Medical Journal of Australia*, vol. 199, n° 9, pp. 506-509.

Wise, R. et al. (1998), « Antimicrobial Resistance Is a Major Threat to Public Health », *British Medical Journal*, vol. 317, n° 7159, pp. 609-610.

Wright, J.D. et al. (2013), « Robotically Assisted vs Laparoscopic Hysterectomy Among Women with Benign Gynecologic Disease », *Journal of the American Medical Association*, vol. 309, n° 7, pp. 689-698, http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.186.

Zdenkowski, N. et al. (2016), « A Systematic Review of Decision Aids for Patients Making a Decision About Treatment for Early Breast Cancer », *The Breast*, vol. 26, pp. 31-45, avril.

Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé

Synthèse

Le rapport T*ackling Wasteful Spending on Health* est publié exclusivement en anglais.

Cette synthèse est une traduction partielle en français du rapport et contient l'avant-propos, les remerciements, la table des matières, le résumé ainsi que le chapitre 1.

La version complète du rapport en anglais peut être consultée à l'adresse suivante : *http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

Table des matières du rapport complet

Chapitre 1 : Inefficience des dépenses et gaspillage dans les systèmes de santé : cadre d'analyse et synthèse des résultats

Partie 1 : Gaspillage dans le contexte de la prise en charge clinique

Chapitre 2 : Produire les bons soins : réduire les soins de faible valeur et les événements indésirables

Chapitre 3 : Soins de faible valeur, grands enjeux : promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens

Partie 2 : Gaspillage opérationnel dans les systèmes de santé

Chapitre 4 : Réduire les dépenses pharmaceutiques inefficaces

Chapitre 5 : Réduire le gaspillage opérationnel par un meilleur ciblage des soins hospitaliers

Partie 3 : Gaspillage lié à la gouvernance des systèmes de santé

Chapitre 6 : Dépenses administratives dans les systèmes de santé : Y a-t-il matière à dégraisser ?

Chapitre 7 : Gaspillage intentionnel : fraudes, abus, corruption et autres atteintes à l'intégrité dans le secteur de la santé