

L'eau se retire: le Tsunami arrive!

Pr Philippe A. Coucke
Service de Radiothérapie, Dpt de
physique médicale, CHU de Liège,
ULg

Tous les signes annonciateurs sont présents. L'augmentation affolante de la part prise par les soins de santé sur notre produit intérieur brut n'est pas soutenable à plus ou moins court terme. Les dépenses en matière de sécurité sociale comprenant les soins de santé vont exploser dans les années à venir en atteignant des chiffres qui vont crever tous les records: on parle d'atteindre plus de 30% en 2040! Un changement de cap radical est nécessaire pour maintenir le système de soins de santé sur la ligne de flottaison financière et pour améliorer la qualité des soins administrés.

**L'augmentation affolante de la part prise par les soins
de santé sur notre produit intérieur brut n'est pas soutenable
à plus ou moins court terme.**

L'étude MAHA 2014, conduite par Belfius (*Model for Automatic Hospital Analyses*), analyse sectorielle qui couvre la période 2009-2012 sur 100% des hôpitaux généraux qui participent sur une base volontaire, montrait une baisse du résultat d'exploitation courant et une baisse significative du résultat comptable. Les résultats sont encore pires en 2014 (1)! Quarante institutions sur 92 affichent un résultat courant négatif (résultat structurel), là où ce chiffre n'était que de 28 dans le rapport précédent. La détérioration de la situation financière s'explique par une augmentation de la différence entre le taux de croissance par rapport aux coûts salariaux (augmentation de la charge de rémunération de 3,6%, là où le Budget des Moyens Financiers n'augmente que de 2,4%). Toutefois, il reste encore des liquidités non négligeables et une bonne capacité d'autofinancement (forte hausse du niveau d'investissement, en particulier avec un fort recours au *cash-flow* disponible). La situation pourrait fortement changer par la sixième réforme de l'état qui transfère des compétences et des mécanismes de finan-

ciement vers les entités fédérées et par le changement du mode de financement des hôpitaux.

Et pourtant, en termes de qualité, il y a des constats et des chiffres qui font froid dans le dos. Selon l'OMS, un patient sur dix qui entre dans un hôpital en sortira moins bien ou décèdera suite aux interventions effectuées. Selon le rapport de *Patient Safety America* publié en 2013 (2), ce nombre de décès dans le secteur hospitalier aux USA dépasse 440.000 par an! On considère ce chiffre comme une sous-estimation du taux réel de décès «iatrogènes». C'est d'autant plus déplorable que, selon à nouveau l'OMS, un acte sur deux est inutile! Rajoutons à cela plusieurs publications (3, 4) qui font le lien entre le risque de décès et la dotation en infirmier(e)s (nombre d'équivalents temps plein – ETP – et niveau de formation). La publication du *Lancet* (4) est particulièrement intéressante puisqu'elle a trait à une étude effectuée dans 9 pays européens, y compris la Belgique (RN-4CAST consortium). Si on reprend les

chiffres de ce rapport, la moyenne européenne est de 8,3 patient(e)s par infirmier(e). Si ce chiffre augmente, le risque de mortalité augmente proportionnellement. Les auteurs de ces deux études mettent en garde contre des économies mal placées! En effet, si on relit les deux rapports MAHA, on y relève une augmentation conséquente de la charge de rémunération, essentiellement par une hausse de l'ancienneté du personnel soignant (infirmier et paramédical) et une augmentation (limitée) du nombre d'ETP (+0,98%). Il serait beaucoup trop facile de conclure qu'il faut impérativement restreindre le nombre d'ETP, particulièrement maintenant que nous sommes confrontés de plein fouet à des restrictions budgétaires *largu manu*, car ceci pourrait mettre la Belgique dans une situation peu enviable comparative-ment à nos voisins du Nord. Il est clair que nous devons changer notre approche des soins et réorganiser et responsabiliser la première ligne.

Tout le monde s'accorde à dire que nous avons atteint le point de rupture. Un système qui valorise le nombre d'actes (FFS, *Fee For Service*) sans se préoccuper de l'intérêt et de la qualité des actes perpétrés, est condamné. Les batailles de clocher entre les différents hôpitaux, les différentes spécialités pour monopoliser le plus possible «la source de revenus» (le patient) est anachronique.

Le 2 septembre 2014, dans sa lettre ouverte adressée au «nouveau» ministre de la santé (encore inconnu à cette date), le professeur ordinaire d'économie de la santé de l'université de Gand, Lieven Annemans (auteur de «De prijs van uw gezondheid» - Lannoo campus), affirme qu'il est grand temps «de changer de cap» (5) ! Il utilise le langage imagé de la marine: «réorganiser la flotte de nos hôpitaux et limiter la surpêche (redistribuer l'offre et réorganiser en réseaux), promouvoir les généralistes du rang de matelot au rang de timonier (pour accompagner adéquatement les patients), promouvoir les patients au grade de capitaine (*empowerment* et *literacy*), éviter de continuer à ramer contrecourant et patauger sur place (stimuler l'innovation rentable), élever l'eHealth au rang de boussole!» Il craint des «mutineries» et «des tentatives de carguer les voiles», mais ce voyage est inéluctable si nous considérons le patient et la qualité des traitements comme centres de notre raison d'être!

Le rapport du KCE 229Bs sur le nouveau financement des hôpitaux n'était pas encore sorti, que les syndicats médicaux le critiquaient déjà. Que contient donc ce rapport pour provoquer autant de remous avant même qu'il soit rendu public? Comme il est depuis lors publié et disponible sur internet, il est facile d'en rapporter les grandes lignes (6). En essence, il trace le cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux et propose trois axes complémentaires pour une réforme complète: une extension du système existant du financement prospectif par pathologie (DRG, Disease Related Groups), une réforme approfondie du paiement à l'acte des médecins spécialistes et une réorganisation complète du paysage hospitalier. Selon les experts du KCE, le tout forme un ensemble et les changements doivent tous se mettre progressivement en place de façon synchronisée.

Permettez-moi, ne fut-ce qu'un instant, de me mêler de ce qui me regarde directement: le paiement des médecins spécialistes. Est-il normal aujourd'hui qu'il y ait une telle différence entre les niveaux de

rémunération entre les différents spécialistes? En moyenne, les spécialistes les mieux payés gagnent 3 fois plus que les plus mal lotis. Pour les extrêmes, on atteint un facteur dix! Qu'est-ce qui peut expliquer de telles différences? La durée de la formation n'est-elle pas comparable? Le niveau d'expertise est-il tellement différent? Le niveau de responsabilité n'est-il pas le même? Est-ce qu'il y a une classe de «sur-médecins» et une classe de «sous-médecins» dans la cohorte des spécialistes?

N'est-ce pas l'illustration parfaite de la dérive du système? La mainmise de certaines spécialités sur les syndicats médicaux trouve ses origines au moyen-âge. La nomenclature et la tarification sont discutées entre syndicats médicaux et autres parties prenantes, en l'occurrence payantes, selon le sacro-saint principe qui dirige toute l'humanité: toute charité bien ordonnée commence par soi-même! Tant pis pour les dommages collatéraux pour ces «sous-médecins spécialistes», numériquement peu



**Que contient donc ce rapport pour provoquer
autant de remous, avant même qu'il soit
rendu public?**

Si on veut qualifier le système de santé de qualitatif, il faut mesurer ce que nous produisons, à l'instar de ce qui se fait systématiquement dans les autres secteurs d'activité industrielle.

représentatifs, qui n'ont donc pas voix au chapitre! Ces syndicats ne défendent pas tous les médecins, même s'ils clament le contraire à hue et dia. Loin de là, ils focalisent leurs efforts (financiers!) au service d'une caste de nantis. Pire encore, ils n'ont que faire de l'intérêt des patients!

D'aucuns diront que les différences de salaires s'expliquent par le biais des compléments d'honoraires pour les patients en chambre privée. Parlons de ce «beau» principe: est-ce «normal» de demander un complément d'honoraires pour un acte médical intellectuel si le patient est en

Il est indéniable que le défi de la réorganisation et de la modernisation de la santé publique est colossal, car il s'agit fondamentalement d'une remise en question totale de la culture.

chambre privée? Le patient paye un complément pour un «luxe», c'est-à-dire le confort matériel de pouvoir résider pendant son hospitalisation dans une chambre privée. Mais ce complément ne devrait en aucun cas couvrir l'acte intellectuel! Si on part du précepte que pour une pathologie donnée l'exercice et l'effort intellectuel sont les mêmes pour un patient en chambre commune ou privée, je ne comprends pas que l'on puisse défendre la majoration de l'acte intellectuel. Si on défend ce principe, on accepte intrinsèquement que l'on réfléchit plus pour un patient en chambre privée (et donc fortuné) qu'en chambre commune.

Est-ce équitable et par ailleurs compatible avec l'éthique médicale?

Comment peut-on encore aujourd'hui – sans sourciller – remettre en question (même si on ne le dit pas haut et fort) la nécessité d'une démarche qualité et la mesure d'indicateurs objectifs, solides, validés et transparents. Il suffit de regarder la réaction de ces syndicats qui montent le ton contre l'Agence intermutualiste (AIM) parce que celle-ci vient de publier un classement des hôpitaux (communiqué de presse de l'ABSyM du 03-10-2014). La vraie question est: qui s'occupe réellement encore des intérêts des patients et de la qualité des traitements? Cela devrait être la priorité de toutes les parties prenantes autour de la table mais nous faisons aujourd'hui le constat amer – comme Michel Porter du Harvard Business School (7) – que le patient est plutôt vu comme un distributeur de menue monnaie. Il y a une compétition féroce entre les différentes parties prenantes mais celles-ci ne visent pas nécessairement et prioritairement à l'amélioration de la qualité des soins et à apporter une réelle valeur ajoutée pour le patient!

Quand on clame que le système actuel n'a qu'un seul défaut (la surconsommation), on ne peut s'empêcher de sourire. Comment peut-on être tellement aveuglé par son nombre? Affirmer que notre système de santé délivre des soins de qualité est faire preuve d'un aveuglement pathologique et d'un manque complet de conscience environnementale. Si on veut qualifier le système de santé de qualitatif, il faut mesurer ce que nous produisons, à l'instar de ce qui se fait systématiquement dans les autres secteurs d'activité industrielle. Le principe de base de management «*you can only manage what you do measure*» est trop

souvent bafoué en santé publique. Quand on dit que la population belge perçoit le système de santé comme étant de bonne qualité, c'est tout simplement parce que tout a été fait pour le rendre parfaitement opaque. Persister dans cette voie serait suicidaire, car l'accessibilité ubiquitaire à l'information de bonne qualité va sonner le glas à cette «suprématie» des hommes en blanc, trop souvent encore considérés comme des grands prêtres au savoir et à la puissance illimités. Le mouvement qui vise l'*empowerment* et l'amélioration de la *literacy* (le niveau de compréhension et de connaissance en matière médicale) représente une impérieuse nécessité de la population (= société) et des patients à prendre part activement à leur prise en charge.

Il est indéniable que le défi de la réorganisation et de la modernisation de la santé publique est colossal, car il s'agit fondamentalement d'une remise en question totale de la culture. Il va falloir quelqu'un qui ose allumer la mèche et, visiblement, autour de la table des parties prenantes peu ont la clairvoyance et le courage de se remettre en question.

Devant cette couardise généralisée, la question que l'on doit donc se poser aujourd'hui est la suivante: «Y a-t-il encore un capitaine courageux à bord»? Y-a-t-il encore un politicien qui a réellement une vision sociétale et qui ne vise pas purement et simplement sa réélection? «*Make no mistake*», vous allez devoir rendre des comptes et c'est la population qui, par l'exigence d'une plus grande transparence, mettra en exergue l'inefficience du système et la mainmise de certaines parties prenantes sur cette manne financière dont ils croient faussement qu'elle est encore inépuisable. Pourrions-nous pour une fois faire nôtre l'expression du président Obama: «*Yes we can!*»...

Références

1. Rapport MAHA 2014: 20 ans d'analyse sectorielle des hôpitaux généraux en Belgique, disponible sur www.beillus.com
2. <http://patientsafetyamerica.com/truth-about-healthcare/>
3. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1001025>
4. <http://www.thelancet.com/journals/lanet/article/PIIS0140-6736%2813%2962631-8/abstract>
5. <https://www.medquality.net>
6. http://kps.igov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_225B_reforme_financement_hopitaux_Synthese.pdf
7. Michel Porter, *Redefining Health Care*. Harvard Business Review Press, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts USA 2006