14 novembre 2024

Gaspillage et sobriété : peut-on soigner mieux avec moins ?

Philippe DOMY
Directeur général honoraire du CHU de Montpellier

Nota. Pour retrouver les autres conférences de ce colloque : dans la page d'accueil (https://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/) cliquer sur "Rechercher un document" et dans la fenêtre qui s'affiche, entrez le mot-clé : COLL2024

MOTS-CLÉS
COLL2024, système de santé, soins, données de santé, organisation, action, qualité, sécurité, éthique, management, engagement, économie, performance, efficience, efficacité, pertinence, valeur, budget, finance.

RÉSUMÉ
Peut-on soigner mieux avec moins ? Malgré un contexte économique et financier contraignant, tant par l'accumulation des déficits et des gaspillages que par la difficile promotion de la sobriété des soins, de nombreux cas d'usage emblématiques démontrent, aussi bien en médecine de ville qu'à l'hôpital, les voies accessibles à la promotion de l'efficience comme outil de lutte contre le gaspillage, gage d'économies importantes et de sobriété comme facteur d'efficacité et de sécurité des soins. Sortir de l'action incrémentale au bénéfice d'un engagement transformatif de notre système de santé, permet de relever ce défi par une congruence d'actions des gouvernants, des professionnels de santé, des patients et des citoyens pour une meilleure allocation de ressources garantissant le meilleur état de santé au meilleur coût. C'est humainement un enjeu de management et d'engagement sur les valeurs humanistes de notre système de santé.

Le gaspillage et la sobriété sont des enjeux majeurs dans tous les secteurs, au premier chef celui des soins de santé. Gaspiller signifie dépenser ou consommer inconsidérément, avec intempérance ou prodigalité. Le gaspillage, dans le secteur médical, peut se manifester à plusieurs niveaux. Au plan matériel, avec des équipements ou des médicaments mal ou peu, voire pas, utilisés, du fait de surconsommation d'instruments à usage unique. Ce peut être aussi des gaspillages financiers, par maintien de procédures inutiles, des tests redondants ou non pertinents, des hospitalisations évitables. Des gaspillages humains par sous-utilisation des compétences des professionnels de santé, du temps perdu en bureaucratie, « maladministration » ou maintien de tâches répétitives aisément numérisables.

La sobriété incarne la qualité d'une personne qui dépense ou consomme avec retenue et modération. Elle implique de se concentrer sur les soins qui apportent une réelle valeur ajoutée pour le patient, tout en évitant les interventions inutiles. *Primum non nocere*, tel que prescrit le serment d'Hippocrate, implique d'éviter les traitements ou les actes médicaux qui n'ont pas démontré leur efficacité. Privilégier la prévention (alimentation, activités physique et psychique, vaccination) pour réduire les coûts liés aux maladies

évitables ; réduire, toutes les fois que possible, les soins inutiles en prenant des initiatives tel le « *choosing wisely* »[1], qui vise à limiter les actes médicaux non justifiés.

Quant à soigner, il s'agit d'apporter une attention particulière à l'exécution d'une tâche, comme dispenser des soins médicaux à un être malade. Soigner mieux impacte les patients et les soignants. Mais aussi la qualité des soins : moins de gaspillage permet de réinvestir dans des pratiques et des technologies réellement bénéfiques. La satisfaction des soignants d'œuvrer dans un système allégé des lourdeurs administratives et des pratiques superfétatoires est propice à l'amélioration des conditions de travail. Et le respect du principe d'équité dans la gestion efficace des ressources permet d'accorder davantage de soins à ceux qui en ont besoin.

La réalité de la question est, au regard des nombreux facteurs de gaspillage, comment promouvoir la sobriété dans notre système de soins de santé et faire face à l'accroissement permanent de dépenses publiques qui devraient être beaucoup plus contraintes ? Les acteurs dénoncent les dysfonctionnements du mode de gestion du système de santé dans un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), décliné en enveloppes cloisonnées par type de soins, régulées à coup de rabots et de délais, sans que ni stratégie stable ni vision globale pluriannuelle ne s'affirme. Dès lors, les constats convergent, le système est à bout de souffle et confronté à de multiples difficultés : inégale qualité des soins, gaspillages, pertes d'attractivité et de souveraineté, épuisement des professionnels, déserts médicaux, perte de confiance dans sa robustesse… C'est en cela que, telle que posée, la question pourrait paraître quelque peu provocante à celles et ceux qui considéreraient que notre système de santé aurait atteint l'inéluctable faillite.

Les limites et les défis à surmonter ne manquent pas. Mais il en est un, et non des moindres, à éviter : la sobriété ne doit pas devenir un prétexte à limiter l'accès aux soins, au risque de rationnement. Réformer les pratiques médicales et culturelles de l'ensemble des professionnels de santé se heurte, dans notre système de santé comme dans tout autre système, à la résistance au changement et demande du temps et des efforts de formation. L'efficacité d'une telle transition repose sur la coopération entre les soignants, les décideurs politiques et les citoyens.

Un contexte difficile pour un système de santé unique au monde auquel nous sommes profondément attachés

Rappelons que la France est le seul pays à garantir à tous un égal accès aux soins, quels que soient la situation de chacun et le prix de la prestation, tout en s'attachant à respecter le libre choix de son médecin traitant et de son établissement de traitement. Partout ailleurs, soit vous jouissez de la liberté de choix et vous payez, soit c'est gratuit et vous ne bénéficiez d'aucune liberté de choix. Mais les menaces sur sa pérennité sont fortes du fait de données macro-économiques contraignantes. Des prélèvements obligatoires proches des 50 % du PIB, qui ne cessent d'augmenter en raison d'un budget social chroniquement inflationniste, une charge annuelle de la dette publique, supérieure à 113 % du PIB, devenue considérable, voire insupportable. Sans compter le facteur aggravant de nos dépenses de santé qui augmentent continûment plus vite que la croissance économique et l'inflation, portant la dépense annuelle de santé en France, par habitant, à 6 630 $[2]. Quant aux dépenses de soins hospitaliers, tous secteurs confondus, elles représentent près de 120 milliards d'euros, soit 48 % de la consommation de soins

[1] « Choisir judicieusement ».

[2] Réunion ministérielle OCDE sur la santé du 23/01/2024 à Paris, « Des politiques meilleures pour des systèmes de santé plus résilients ».

et de biens médicaux (CSBM) pris en charge à 93 % par l'Assurance Maladie, à 4,5 % par les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) et par l'État pour 1,5 %[3]. Le secteur de la santé emploie 2,5 millions personnes, soit 9 % de l'emploi en France et conserve encore de solides atouts par la qualité des soins et l'accessibilité qu'il maintient à bout de bras, malgré les difficultés qui s'amoncellent. C'est dire s'il est temps de réagir et de mettre en œuvre les mesures de redressement qui s'imposent, une fois les marges de manœuvre identifiées, pour un sursaut salutaire.

Le système de santé fait face à la conjonction de plusieurs transitions structurantes

Une transition démographique avec le vieillissement de la population qui entraîne une augmentation de la demande de soins dans la durée et exige une anticipation forte des politiques de santé à mettre en œuvre pour y répondre en temps utile et de façon maîtrisée. Une transition épidémiologique avec la part croissante des maladies chroniques qui génère des dépenses toujours en croissance combinée à une stabilité, voire une résurgence, des maladies infectieuses en lien avec les résistances bactériennes et le changement climatique. Une transition écologique qui renforce la nécessité d'une rationalisation des dépenses énergétiques et une optimisation des ressources passant par une sobriété des soins et une gestion durable de ces ressources. Une transition technologique liée aux innovations biotechnologiques et médicales, lesquelles, bien que très prometteuses, élargissent le spectre de traitements et de parcours de soins possibles, pouvant entraîner une hausse des coûts ou inversement des économies importantes. D'où l'urgence à se doter d'un outil, aux vertus conjuguées de l'économie avec le management des hommes et des organisations, qu'est l'efficience.

Utiliser l'efficience comme outil de la lutte contre le gaspillage et pour la promotion de la sobriété

Par définition, il s'agit là de rechercher la meilleure allocation de ressources garantissant le meilleur état de santé au meilleur coût, comparativement aux alternatives disponibles. L'efficience dans les systèmes de soins vise à maximiser les résultats de santé en utilisant de manière optimale les ressources disponibles. En ciblant une meilleure allocation des ressources, l'efficience contribue à offrir des soins de qualité tout en réduisant les coûts, améliorant ainsi la soutenabilité et l'accessibilité des services de santé. Elle joue un rôle-clé dans la réponse aux défis croissants tels que le vieillissement de la population, les avancées technologiques et les crises sanitaires, en permettant des ajustements agiles et efficaces pour répondre aux besoins de santé des populations, tout en minimisant les gaspillages et les inefficacités ; elle trouve ses leviers aussi bien dans la qualité, l'organisation que dans le financement de la santé[4].

L'efficience s'analyse au regard de la demande de soins de santé, quantifiée par les ressources consommées ; elle n'est alors qu'une approximation du besoin réel de santé. Mais elle s'analyse aussi par l'offre de soins et de services qui concerne l'ensemble des professionnels, des établissements publics et privés et des services de prévention, de promotion et d'éducation de la santé. L'efficience concerne également les mécanismes de financement liés à la prise en compte de la « socialisation » des coûts et de la prise en charge des patients, des règles de tarification des professionnels et des établissements de santé. Le financement est une condition de soutenabilité et d'équité du système affectant

[3] OCDE (2017) Tackling Wasteful Spending on Health.

[4] OCDE (2010) « Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé », Département affaires économiques, Note de politique économique N 02.

la répartition des ressources et l'accessibilité des services. L'efficience tient compte enfin du pilotage et de la gouvernance du système de santé, lui-même axé sur une maîtrise de l'offre, des dépenses et de la qualité, pondérées selon les priorités politiques nationales. Ainsi définie, elle constitue l'outil essentiel pour obtenir les gains de productivité permettant de dégager les marges de manœuvre nécessaires aux redéploiements de moyens, pour l'amélioration de l'efficacité d'ensemble du système de santé. N'oublions pas que l'OCDE estime que les manques d'efficacité, ajoutés aux soins inappropriés et aux gaspillages, représenteraient 20 à 25 % des coûts de santé[5]. On mesure, en l'occurrence, le champ d'optimisation à investir.

Il existe de multiples causes aux pertes d'efficience[6]

Soit le patient ne reçoit pas les bons soins qui devraient lui être prodigués, entraînant la survenue d'évènements indésirables graves, démultipliant des examens et des soins coûteux et déterminant une faible valeur des soins rendus inefficaces, inappropriés et manquant d'efficience. Soit les bénéfices thérapeutiques pourraient être obtenus avec moins de ressources en raison de gaspillages de produits de santé dus à de mauvaises prescriptions ou délivrés au mauvais moment, ou pire, au mauvais patient. Ou alors, il n'aurait pas été utilisé de médicaments génériques ou biosimilaires de préférence à des soins à coûts onéreux inutiles. Soit encore, les patients ne reçoivent pas les soins dont ils auraient besoin, parce qu'ils y renoncent pour des raisons financières, de remboursements insuffisants ou d'inaccessibilité géographique. Ajoutons-y l'errance médicale ou diagnostique ainsi que les délais d'accès aux soins provoqués par les difficultés d'obtention de rendez-vous. Soit enfin, les ressources sont détournées de leur usage du fait de la corruption et de la fraude auxquelles, quelles que soient les vigilances ordinales, légales et réglementaires, notre système de santé n'échappe pas entièrement. Il en va de même de la bureaucratisation galopante du système de santé, causée par la concentration administrative du dispositif sanitaire, en circuit court, du ministre en charge de la santé au directeur général d'ARS, puis en trace directe à l'acteur de terrain, ou en circuit long, par la dilution progressive du processus de décision à chacun de ses échelons.

Quelques indicateurs établis et mesurables de la perte d'efficience

Classiquement, au moins quatre éléments statistiques de santé publique permettent une première approche de la perte d'efficience du système de santé. Par exemple, la « mortalité évitable à trente jours » qui, pour l'infarctus du myocarde, est de 5 % en France, n'est que de 2,8 % en Norvège. Elle est de 7,3 % après un AVC en France contre 3,1 % en Norvège ou 4,3 % aux USA[7]. Les « consommations évitables » représentent 50 % des prescriptions d'antibiotiques et une hospitalisation inutile sur dix[8].

On compte 30 % de « décès évitables de personnes de moins de 75 ans » en Europe, à raison de 2,1 millions par défaut de prévention primaire et d'1 million par inefficacité et délais tardifs de traitement[9] ; soit, selon les pays concernés, entre 5 et 16 milliards d'euros/an par manque de prévention. L'étude « Asteres - French Care » a réalisé une estimation du coût de la non-prévention en France : chaque année, au moins 1,8 million

---

5 OCDE, CNAM 2023.

6 OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health* et étude *Rweality* pour G5 santé, août 2024.

7 Statistiques de l'OCDE sur la santé année 2023.

8 OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*.

9 Panorama de l'OCDE pour 2023 dans 26 pays membres avec des données disponibles pour 2020 ou 2023.

de nouveaux cas de maladies ou de traitements nécessaires sont liés à des comportements à risque, avec des coûts variant de 490 € à 40 000 € par patient en fonction de la pathologie concernée. En ce qui concerne le cancer, l'absence de dépistage adéquat entraîne annuellement environ 20 000 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus, du sein, colorectal et du poumon avec un coût variant de 2 400 € et 6 500 € par patient selon le type de cancer et le stade de diagnostic. De plus, plus de 6 100 nouveaux cas de cancers par an sont dus à une couverture vaccinale insuffisante contre le papillomavirus humain, représentant 1,6 % de l'incidence totale des cancers. Ces cas représentent un coût moyen de 6 400 € par patient pour le système de santé, dont 6 100 € sont supportés par l'Assurance Maladie[10].

Mais aussi les affres de la polymédication qui, pour une même personne, prescrit de 5 à plus de 10 traitements, concerne 50 % des personnes de plus de 65 ans (plus de 5 traitements), dont une hyper polymédication (plus de 10 traitements) pour 14 % d'entre elles[11]. Sans insister sur l'inévitable augmentation du risque d'effets indésirables de 12 à 28 % selon les cas d'usage[12].

Quelques cas d'usage emblématiques

L'obésité, en France, au-delà des graves inconvénients que subissent celles et ceux qui en souffrent, se distingue par un très fort impact économique de l'ordre plus de 10 milliards d'euros/an évitables. Soit un coût moyen de 1 240 € par individu concerné, 58 % des coûts supportés étant liés aux complications ; seuls 2 % sont liés au traitement de l'obésité incluant la chirurgie bariatrique. 78 % de ces coûts sont supportés par l'Assurance Maladie, 13 % par les Complémentaires santé et 9 % par les entreprises[13]. Nous nous trouvons là dans le cas typique de la nécessité de devoir mener une approche holistique, conduite au-delà du secteur de la santé par un décloisonnement interministériel, sur des enjeux de santé publique et économiques identifiés comme prioritaires. Car, pour générer des économies pour le système de santé, il convient d'appréhender la santé par le périmètre des habitudes de vie et des facteurs de risques.

Les hospitalisations potentiellement évitables constituent un indicateur à mieux exploiter pour des populations à prioriser selon trois causes différentes. L'insuffisance cardiaque qui en représente 51 %, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) 22 % et les déshydratations 11 %. L'OCDE en recense une sur dix, alors que la DREES en analyse une sur quarante en France[14]. Pour autant, cet indicateur ne semble pas guider l'organisation de l'offre de soins territoriale et locale alors que des actions concrètes, vers les professionnels de santé, les établissements d'hospitalisation et les patients, pourraient être pilotées par les ARS.

Le cas des traitements préventifs pour éviter la maladie et les coûts excessifs, telle la bronchiolite, méritent un examen attentif, car très démonstratif. Un essai clinique

---

[10] ASTERES, « La prévention en France, vers des macro-économies pour le système de santé », septembre 2023.

[11] Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) Système national des données de santé. Datamart de consommation inter-régimes données France entière de juillet 2021 à juin 2022, tous régimes.

[12] *Questions d'économie de santé*, n°204, 2014, « La polymédication : définition, mesures, enjeux. Revue de la littérature et test de mesure », Marlène MONÉGAT, Catherine SERMET.

[13] ASTERES, mars 2023, « L'obésité en France, un coût de 17,6 Mds € par an pour la collectivité ».

[14] DREES, Études et résultats d'avril 2023.

récent[15] consistant en une injection préventive d'un anticorps monoclonal indiqué dans la prévention des bronchiolites, notamment à VRS (Virus Respiratoire Syncitial), révèle une efficacité notable sur la réduction des passages aux urgences, des hospitalisations et des admissions en réanimation. Une surveillance spécifique en réseau estime une réduction des cas graves de bronchiolites des enfants hospitalisés en réanimation entre 75,9 % et 80,6 %. L'impact économique positif[16] réside dans la réduction de 23 % du total des admissions après passage aux urgences et correspond à une hospitalisation évitée toutes les 39 doses, soit au total 5 800 hospitalisations évitées dans les établissements expérimentateurs entre le 15 septembre 2023 et le 4 février 2024. Mais, notons bien que les auteurs de cet essai clinique font valoir que la pérennité de ce traitement préventif et de son évaluation doit perdurer et ne pas être « dépriorisé » pour des raisons budgétaires de court terme. Regrettons également que l'efficience des traitements ne soit, à ce jour, pas assez considérée dans l'évaluation puisque la Commission de la Transparence (HAS)[17] ne tient pas compte des gains d'efficience, ni des gains organisationnels pour le système de santé.

Des tests diagnostiques sont aujourd'hui confiés, par délégation de tâches, aux pharmaciens en officine. Ils sont désormais habilités à effectuer plusieurs types de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et d'évaluation, après une formation obligatoire. Dans des conditions strictement réglementées, ils peuvent proposer des dépistages d'angine, de grippe, d'infections urinaires et de Covid. Si l'objectif a été de proposer, le plus rapidement possible, aux patients d'accéder au dépistage d'affections courantes et à leur traitement précoce, il ne semble pas que l'impact économique (gains et coût d'utilisation des tests) ainsi que l'impact sur les trajectoires de soins aient encore été évalués. Une meilleure compréhension des freins ou des motivations à leur utilisation serait riche d'enseignements pour déployer des axes d'amélioration opérationnels.

L'usage de l'Intelligence Artificielle (IA) est appelé à connaître un formidable développement dans le monde de la santé et illustre l'apport novateur et disruptif de cette réelle révolution technologique au lit du patient. Dans l'exemple de la chaîne d'établissements de santé du groupe Kaiser aux USA, l'IA permet d'analyser en temps réel les statistiques vitales, les résultats de laboratoire et d'autres variables pour générer des scores de risques de détérioration, selon le temps pour les patients adultes, dans les unités médicales et chirurgicales. Des équipes hospitalières évaluent à distance ces scores chaque heure et notifient aux équipes de soins une réponse rapide en cas de détection d'une détérioration potentielle permettant une évaluation rapide au chevet du patient et une adaptation du traitement. Outre la réduction des consommations d'antibiotiques et des risques de bactéries multirésistantes (BMR)[18], la diminution de la mortalité dans les deux premières années de mise en œuvre opérationnelle de l'IA a été de 20 %[19].

---

[15] Une étude cas-témoins menée du 23/09/2023 au 30/01/2024 auprès de 288 nourrissons.

[16] Résultats du modèle de Santé Publique France et Institut Pasteur.

[17] Instance scientifique composée de médecins, pharmaciens, méthodologistes et épidémiologistes, qui évalue les médicaments pour leur inscription sur la liste des médicaments remboursables par l'Assurance Maladie.

[18] KUZNIEWICZ M.W., PUOPOLO K.M., FISCHER A. et *al.*, « A quantitative risk-based approach in the management of National early-On set sepsis », *JAMA pediatr.* , 2017.

[19] The Kaiser Permanente California Advance Alert Monitor Program. An automated early warning system for adults at risk for in-hospital clinical deterioration. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2022.

Au CHU de Montpellier, dans le cadre du plan « France 2030 » un financement public de trois millions d'euros permet le déploiement en cours du programme ERIOS[20] (Espace de Recherche et d'Intégration des Outils numériques en Santé) qui a pour objectif de rendre du temps soignant aux soignants, en facilitant les routines professionnelles et de garantir la pertinence du Service Médical Rendu (SMR) par l'usage des outils numériques en situation réelle, dans un contexte médical donné de façon inclusive. Douze cas d'application sont développés, notamment : le suivi de l'isolement thérapeutique en psychiatrie, l'antibiothérapie, les immunosuppresseurs, les antalgiques, les psychotropes, la coordination des équipes de garde, les comptes rendus opératoires…

Bien d'autres pistes sont à poursuivre

Au plan économique, le monde des établissements de santé, quelles que soient ses différenciations catégorielles ou de statuts juridiques, peut se caractériser comme une véritable industrie de main-d'œuvre dont les ressources humaines, à la différence des autres mondes industriels, représentent près de 70 % des coûts de fonctionnement. C'est dire l'importance stratégique d'en privilégier l'affectation aux activités de soins au plus près des patients. La réalité de leur fonctionnement montre, au contraire, une part excessive des effectifs de personnels occupée à des tâches administratives qui pourraient être aisément allégées par des process de simplification et en utilisant le mouvement naturel des effectifs (vacances de postes, mutations, démissions, départs en retraite). D'autant plus que prochainement, l'irrésistible révolution de l'Intelligence Artificielle en autorisera l'accélération, voire le remplacement. Ce sont autant de « gisements de productivité » qui peuvent être redéployés sur les fonctions soignantes, l'urgence étant de redonner du temps de soin aux soignants.

S'agissant des médicaments et des dispositifs médicaux, citons les actions visant à prévenir le gaspillage par l'amélioration de la gestion des stocks, l'utilisation prioritaire des médicaments génériques et l'encouragement des patients à rapporter en officine les médicaments non utilisés ; mais aussi, par l'optimisation des prescriptions et l'utilisation des outils d'aide à la décision médicale en actualisant systématiquement les protocoles thérapeutiques. Veiller également à réutiliser et stériliser, lorsque cela est possible, le matériel médical non jetable et à procéder par achats groupés pour mieux négocier les prix.

Dans un souci d'efficacité énergétique, optimiser la consommation énergétique des plus de trois mille établissements de santé (éclairage, chauffage, climatisation) et favoriser les énergies renouvelables par l'installation de panneaux solaires ou d'éoliennes pour réduire la dépendance aux énergies fossiles. Réduire le gaspillage alimentaire en planifiant mieux les menus, en formant le personnel à la gestion des stocks et à favoriser les circuits courts, avec les produits locaux et de saison, pour réduire l'empreinte carbone et soutenir l'agriculture locale.

Tout cela est aujourd'hui possible, en adoptant des pratiques plus responsables, en optimisant les ressources, et présente de nombreux avantages : réduction des coûts avec moins de gaspillage et une consommation énergétique réduite, comme l'empreinte écologique avec moins de déchets, moins de pollution et une meilleure gestion des ressources naturelles. Mais surtout, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par leur meilleure gestion de la prise en charge des patients.

---

[20] MedVallée « Le futur de la santé numérique se dessine dans la Métropole de Montpellier : CHU, Université de Montpellier, Groupe Dedalus ».

Pour une réponse positive à la question posée

Plusieurs actions sont à engager de façon déterminée en vue de fluidifier et assouplir la gestion de notre système de santé et de lui rendre sa pertinence. Commencer par autoriser la fongibilité des enveloppes budgétaires qui le cloisonnent, serait une incitation à retrouver la crédibilité et la flexibilité de sa possible adaptation aux enjeux contemporains de la politique et de l'économie de la santé au meilleur bénéfice des usagers.

Mobiliser les professionnels et les patients dans la recherche active de l'efficience nécessite d'embarquer la société civile et ses représentants, de faire évoluer le travail des professionnels de santé en tirant profit des innovations technologiques et d'amplifier les délégations de tâches accompagnées d'une solide formation certifiée, en favorisant l'innovation organisationnelle et le lancement de pilotes responsabilisés sur les objectifs de résultats à atteindre. Mais développer une culture du pilotage et de l'évaluation par les données de santé de même que par les incitations financières et les modes de partage de gains favorisant l'efficience exige, au préalable, de refondre les modes de tarification des technologies innovantes. Enfin, mettre l'efficience au cœur du pilotage du système de santé doit lui permettre de bénéficier des gains d'efficience qu'il engendre ; ce n'est pas là le moindre intérêt à agir.

Pour une congruence d'actions

Il est possible de soigner mieux avec moins, à condition d'adopter une approche réfléchie, fondée sur une réduction des gaspillages, une réorientation vers des soins essentiels et une meilleure gestion des ressources. Ce modèle nécessite des efforts importants pour éviter que la sobriété ne devienne synonyme de privation ou de baisse de la qualité des soins. Nous comprenons bien que, pour promouvoir la recherche systématique de l'efficience dans la gestion des ressorts de notre système de santé, il s'agit d'un enjeu de congruence entre la pertinence des objectifs fixés avec les moyens engagés, l'efficience produite entre les moyens utilisés et les résultats obtenus, et l'efficacité des résultats réalisés en convergence avec les objectifs fixés et atteints. Cela suppose de sortir résolument de l'action incrémentale au bénéfice d'un engagement transformatif des gouvernants, des professionnels, des patients et des citoyens. Nous sommes fondamentalement placés devant un enjeu de management et d'engagement sur les valeurs humanistes de notre système de santé : qualité et sécurité des soins, pertinence, efficience, efficacité, performance pour le service des publics qui lui font confiance. C'est une véritable révolution culturelle dont nous avons besoin pour promouvoir l'efficience comme outil de lutte contre le gaspillage, gage d'économies importantes et de la sobriété comme facteur d'efficacité et de sécurité des soins. C'est la voie à suivre pour commencer à soigner plus avec autant, avant de réussir à soigner plus et mieux avec moins.