

« Une Impossible Standardisation de l'Activité Médicale »

Les Réseaux de Soins, médecine de demain. Economica 1985 ; Chap. II : 37-54

Nombre de nos contemporains accordent une foi sans partage aux bienfaits du savoir médical et à l'efficacité des techniques que celui-ci met en œuvre. Point ne leur paraît besoin, dès lors, de « vivre sainement », d'éviter de prendre des risques dont la probabilité est grande. Le curatif dispense du préventif. De là découle la nécessité, pour les professionnels de santé, qu'il s'agisse de soins ambulatoires ou en hospitalisation, de disposer des derniers perfectionnements de la technique et de les mettre en œuvre à l'égard de leurs clients.

A l'inverse, d'autres, plus incrédules sur ce point, ne voient dans la pratique médicale qu'un moyen pour ces professionnels d'obtenir les revenus les plus élevés possibles ou la notoriété la plus grande.

La réalité est toute différente : en l'absence d'un corpus substantiel de données sur l'efficacité théorique des soins, un grand nombre de questions médicales ne sont pas encore tranchées. Dans cet océan de hasards, le médecin, qui se doit de façonner le meilleur destin possible pour celui qui lui confie sa vie, revendique un droit permanent à l'erreur par excès. Malheureusement le plus n'est pas nécessairement le meilleur et la densification des soins se heurte à la loi des rendements décroissants.

1. LES DIMENSIONS DE L'INCERTITUDE MEDICALE

Quand un médecin prend une décision, c'est souvent dans l'angoisse de prendre la mauvaise. La décision médicale ne se réduit pas à l'application mécanique d'une recette. Très souvent, elle ne pourrait être appliquée mécaniquement : l'efficacité des soins dans des conditions normales d'usage varie en fonction des terrains individuels et le choix d'un traitement n'est jamais dicté par des considérations exclusivement scientifiques. Dès lors, chaque malade a le droit de sélectionner, parmi les multiples possibilités médicales, celle qui lui convient.

1.1 La réalité du besoin

Le médecin est confronté à un ensemble de symptômes et non à des cas nettement délimités et étiquetés une fois pour toutes. Dans certaines situations, il s'agira de phénomènes hypocondriaques révélateurs d'un mal-être dépourvu de tout caractère pathologique. Dans d'autres, au contraire, il faudra y voir les signes annonciateurs d'une maladie grave qui évolue insidieusement. Les signes pathognomoniques qui permettent d'identifier sans ambiguïté une pathologie font souvent défaut et les évocations diagnostiques sont nécessairement multiples. A partir de quel moment un tableau clinique doit-il déclencher le grand branle-bas des moyens diagnostiques ? Pratiqués trop tôt, ils risquent d'apporter une sécurité fallacieuse ; pratiqués trop tard, ils peuvent s'avérer incapables de permettre de rattraper le temps perdu.

Un test diagnostique ne permet d'ailleurs pas de dire s'il y a ou non maladie ; il constate simplement la présence ou l'absence de signe habituellement considéré comme « utile » à l'identification de celle-ci, ce qui n'est pas la même chose¹.

¹ T. Poynard, « Evaluation des moyens diagnostiques : les indices informationnels », *Revue du praticien*, 1983-33-19 (1^{er} avril 1983), pp. 985-989. – F. Lacaine, M. Huguier, « Appréciation de la valeur d'un examen à but diagnostique », *Concours médical*, 23 octobre 1982, pp. 5737-5746.

La valeur diagnostique d'un signe dépend de sa sensibilité et de sa spécificité, la *sensibilité* se définit comme le pourcentage de malades qui ont le signe de la maladie. Un signe est d'autant plus sensible qu'il est le plus souvent présent dans la population atteinte. Une sensibilité voisine de 1 (ou de 100 %) signifie que le signe est constant dans la maladie. La *spécificité* se définit comme le pourcentage de non malades qui ne présentent pas le signe. Un signe est d'autant plus spécifique qu'il est le plus souvent absent dans la population indemne. Si la spécificité est de 1 (ou de 100 %), alors le signe n'est jamais constaté chez des individus non atteints, il est donc pathognomonique. La sensibilité et la spécificité ne sont pas des indices indépendants. L'augmentation de l'un se fait toujours au détriment de l'autre.

Examen para-clinique	---	Présence ou absence du signe	---	Existence ou inexistence de la maladie
----------------------	-----	------------------------------	-----	--

Deux risques de dérapage existent donc :

- Le signe peut ne pas être repéré à la suite de défaillances humaines ou techniques. Ces risques d'erreur sont bien connus pour les méthodes qui ne font que prolonger l'observation visuelle (endoscopie, radiologie). Mais ils existent également pour le dosage dans les humeurs de produits pathologiques (problème de la reproductibilité).
- Le signe peut être repéré mais avoir une valeur informationnelle faible s'il est fréquemment présent chez les bien-portants (problème des faux positifs). Banta² a ainsi dénoncé le manque de spécificité de la surveillance fœtale par monitoring obstétrical, qui permet la mesure en continu du rythme cardiaque, de la contraction utérine et du Ph fœtal en cas de trouble du rythme. Le but de l'opération est de détecter la souffrance du fœtus afin d'éviter l'apparition d'une anoxie susceptible d'endommager les centres nerveux ou de provoquer la mort du fœtus. Le remède est l'accélération de la délivrance en pratiquant une césarienne. Or, la proportion de test négatif parmi les fœtus qui ne souffrent pas d'anoxie est faible ; il y a donc des faux positifs, c'est-à-dire que des césariennes sont pratiquées sur des femmes dont les enfants n'en ont pas besoin. 10 000 interventions de ce type auraient été pratiquées, selon Banta, aux Etats-Unis en 1977.

Pour éviter l'erreur, il faudrait répéter les examens régulièrement ; mais alors les coûts et les risques deviendraient vite exorbitants. Il n'est d'ailleurs pas certain que ces examens ouvrent la voie à une action efficace. Si un test permet seulement d'affiner le diagnostic, sans qu'il n'y ait rien à tenter, pourquoi le pratiquer ?

Bismuth a très bien montré dans le cas des ictères³ qu'il existe deux types de stratégies possibles dans le choix des investigations. La première repose sur une attitude diagnostique et ordonne les examens jusqu'au moment où le siège précis de la lésion peut être localisé. La seconde suppose une attitude décisionnelle et détermine la nature et la chronologie des examens en fonction du type d'intervention qu'il est possible d'effectuer, compte tenu de l'état de santé du malade, de son âge et des pathologies associées.

Les données spécifiques du problème étudié ont été depuis lors bouleversés par l'apparition de l'échographie, mais les principes d'action retenus conservent toute leur valeur. L'évaluation des possibilités thérapeutiques doit être faite d'emblée pour chaque malade de telle sorte que les investigations nécessaires soient fonction de l'ampleur potentielle du traitement chirurgical, le besoin d'examens complémentaires n'existe que dans la mesure où les soignants sont capables d'apporter « une réponse appropriée »⁴

1.2 La valeur des protocoles disponibles

Il faut détruire le mythe du meilleur traitement. En matière médicale, il n'existe pas de liaison simple entre traitement et résultats obtenus.

² D. Banta et S. Thacker, *The Premature Delivery of Medical Technology : a Case Report : Electronic Fetal Monitoring*, DEW, National Center of Health-Services Report, Rockvill, US Government Printing Office, 1979.

³ H. Bismuth – D. Houssin, « Economie des moyens dans le diagnostic des ictères. Attitude décisionnelle contre attitude diagnostique », *La Nouvelle Presse Médicale*, 16 septembre 1978, p. 2623.

⁴ J.P. Deschamp, V. Merckx, R. Renault, « Service de santé et détermination des besoins de santé », *Revue du praticien*, Tome XXXII, n° 33 (11 juin 1982, p. 2245).

Dans l'angine de poitrine, par exemple⁵, la querelle traitement médical – traitement chirurgical est en passe de devenir historique en présence d'un angor stable pour deux types de lésions : la sténose du tronc commun de l'artère coronaire gauche et l'athérome tritonculaire. Par contre, dans les autres formes d'athéromes coronaires, la supériorité du pontage sur les médicaments anti-angineux n'est pas démontrée en termes de survie. Dans l'angor instable, aucune statistique significative ne permet de recommander un type de traitement de préférence à l'autre sur la base de ce seul critère. Les résultats brillants obtenus après l'intervention sur le plan fonctionnel ne doivent pas faire oublier que le pontage est une mesure palliative dont les effets s'atténuent au fil des ans.

On évoque toujours la transformation de la médecine d'antan en médecine scientifique et l'introduction des essais thérapeutiques : ces derniers sont l'exception et non la règle. Si l'on imagine, comme nous y incite M. Cochrane⁶, une carte où l'on exprimerait la densité des essais contrôlés réalisés dans une certaine région en représentant des fortes densités en noir et des densités plus faibles par différentes valeurs de gris, l'on verrait la Grande-Bretagne en noir ; les pays scandinaves et les Etats-Unis en gris et le reste du monde en blanc. Une opinion aussi catégorique mériterait aujourd'hui d'être nuancée. Les essais randomisés se sont multipliés en France au cours des dix dernières années, mais le pourcentage des thérapeutiques scientifiquement contrôlées par rapport au nombre total des protocoles disponibles demeure insuffisant.

1.3 Le bien-fondé des séquences diagnostiques et thérapeutiques

Dans le domaine thérapeutique, même en supposant que l'efficacité des techniques médicales ait été prouvée, dans un contexte expérimental, rien ne permet de préjuger des résultats sur un patient particulier.

L'organisme ne répond jamais de façon identique, selon l'état du malade, à l'action exercée sur lui. La trajectoire d'une pathologie dépend de toute une série de facteurs : degré de « l'évolutivité » de la maladie, environnement social, style de vie, dont une partie seulement est sous le contrôle médical. L'inférence de causalité entre l'intervention du médecin et l'état de santé du patient est donc masquée ou brouillée par d'autres variables (les « variables confondantes ») qui peuvent être responsables de l'effet constaté ; le traitement des alcooliques, des obèses et des fumeurs coûte plus cher que celui des malades dont l'hygiène de vie est plus satisfaisante, sans que les médecins puissent en être tenus pour responsables. Zook et Moore⁷ ont ainsi calculé que, dans le cas de ces « terrains » défavorables, le coût de l'hospitalisation était majoré de 1 129 \$ pour une année par malade, quelle que soit la pathologie considérée. Sur cinq ans, le surcoût se chiffrait à 2 988 \$ et sur dix ans, il atteignait 3 882 \$.

1.4 L'utilité du résultat obtenu

Le médecin joue contre la nature en fonction des attitudes qu'il prête à son patient face à la maladie et au traitement. Ses choix sont influencés par la personnalité ? l'activité professionnelle et le comportement du malade à l'égard du risque. On ne soigne pas de façon identique un intellectuel et

⁵ E. Braunwald, « Coronary-Artery Surgery at the Crossroads », *New England Journal of Medicine*, vol. 297, n° 12, pp. 661-663, 22 septembre 1977. On lira avec profit la controverse qui s'ensuivit dans "Special Correspondance – A debate on Coronary Bypass", *New England Journal of Medicine*, Vol. 297, n° 26 pp. 1462-1470. – J. Randall, "The Coronary Bypass Surgery", *The Hasting Center Report*, février 1982. – J. Ph. Metzger, Résultats et Indications du Pontage Aorto-Coronaire, *Concours Médical*, 16.01.1982, pp. 197-199.

⁶ A.L. Cochrane, *L'inflation médicale : réflexions sur l'efficacité de la médecine*, ed. Galilée, 1977.

⁷ C. Zook et F. Moore, « High Cost Users of Medical Care », *New England Journal of Medicine*, vol. 302, mai 1980, pp. 996/1002.

un sportif. En cas de rétinopathie ischémique ou de déchirure rétinienne par exemple, on procède soit à une photocoagulation large, soit à une photocoagulation limitée.

Dans le premier cas, le risque de cécité est minime mais l'acuité visuelle est sérieusement réduite. Dans le second cas, l'acuité visuelle est préservée mais il est bien évident que l'on recourra à la première technique pour un sportif et à la seconde pour un intellectuel.

Les décisions possibles sont toujours très diverses et c'est en cela que l'acte médical n'est pas une science mais un art qui s'appuie sur les sciences. Encore faut-il que cet art de la divination des préférences du malade ne conduise pas le médecin à substituer sa propre échelle de valeurs à celle du patient qu'il traite. Souvent, en pensant bien faire, en pensant jouer contre la part irrationnelle et mal informée du malade, il va à l'encontre des préférences de celui-ci. B. McNeil⁸ a bien montré les dangers d'un tel comportement. Pour traiter le cancer épidermoïde des bronches, deux stratégies peuvent être envisagées : la chirurgie et l'irradiation. La première offre une rémission longue mais n'est pas dépourvue de risque puisque le taux de mortalité opératoire n'est pas négligeable.

La seconde est moins risquée mais prolonge le malade moins longtemps. D'un côté l'alternative est de gagner cinq ans ou de ne rien gagner du tout si l'opération se termine mal. De l'autre, on a la quasi certitude de gagner plusieurs mois. Le chirurgien, confronté à ce choix, privilégie souvent l'incertitude. Au nom de quoi le chirurgien peut-il suggérer que l'une des stratégies est préférable à l'autre vis-à-vis d'un malade qui manifeste une profonde aversion pour le risque ?

Cette incertitude des producteurs a été longtemps négligée par les économistes. Obnubilés par l'asymétrie informationnelle qui caractérise la relation médecin-patient, ils se sont bornés à évoquer les conflits d'intérêt et les comportements déviants qui pouvaient résulter, sans voir que la variabilité des pratiques peut être simplement liée au fait que le médecin n'est jamais sûr de la pertinence et de l'efficacité de ses prescriptions. Les différences que l'on constate entre les pays quant aux taux d'hospitalisation, la longueur des séjours ou la fréquence des opérations de petite chirurgie s'expliquent certes par cette variété des contextes institutionnel et financier à laquelle J. de Kervasdoué⁹ faisait pudiquement allusion lorsqu'il qualifiait la technologie médicale de culturelle. Mais, au-delà de cette explication première, il faut y voir surtout la manifestation de la mauvaise diffusion des acquisitions modernes de la connaissance. L'étude de Wenneberg publiée récemment dans le *Social Science and Medicine*¹⁰ est très instructive à cet égard.

On y constate que le taux d'amygdalectomie est plus fort en valeur absolue aux USA qu'en Norvège et en Suède, ce qui n'est pas étonnant puisque le premier pratique le paiement à l'acte tandis que les deux autres disposent d'un système national de santé. Par contre, la dispersion entre régions des taux d'intervention est la même dans chacun de ces pays et révèle une même incertitude dans le domaine des indications opératoires.

⁸ B. McNeil and S. Pauker « Incorporation of Patient Values in Medical Decision Making » in *Critical Issues In Medical Technology*, éd. B. McNeil E. Cravalho. Auburn house Publishing Company, Boston mass. 1982. – B. McNeil and alii, « Fallacy of the Five Years survival in Lung Cancer », *New England Journal of Medicine*, vol. 299, n° 25 (déc. 1978, pp. 1397-1401).

⁹ J. de Kervasdoué, « Les politiques de santé sont-elles adaptées à la pratique de la médecine ? », *Sociologie du travail*, juillet-septembre 1979.

¹⁰ A. Wenneberg et alii, « Professional Uncertainty and the Problem of Supplier-induced demand », *Social Science and Medicine*, vol. 16, 1982, pp. 811-824.

2. L'OBSTINATION DUE AU MALADE

Dans chaque cas, il y a mise en œuvre d'une stratégie personnalisée qui fait intervenir des décisions successives en fonction des résultats constatés. Le problème est alors de savoir jusqu'où il faut s'engager dans ce processus itératif. Le seul critère qui puisse guider le médecin dans ses actions est l'obstination due au malade. Lucien Israel a écrit de très belles lignes sur ce fondement de l'activité médicale¹¹ :

« L'une des finalités majeures de la médecine consiste à se mettre au service de l'individu, au besoin contre l'espèce, la société contre l'espèce, la société et la famille. J'ai vu tant de patients lutter avec une énergie farouche, certains heureusement avec succès, d'autres pour finalement succomber. J'ai lu tant de reconnaissance dans leurs yeux et leurs gestes pour la détermination qu'ils savaient en nous de disputer la totalité de leurs chances, que je n'ose imaginer leur désarroi, leur terreur s'ils avaient un instant pu craindre d'être assassinés en pleine bataille, fût-elle la dernière ».

A partir du moment où le médecin passe avec armes et bagages du côté de ceux qui demandent un supplément de vie, il tentera toujours de réduire la part de l'incertain et d'accroître la marge de sécurité dont ses malades doivent disposer.

Si la chance, pour un non-malade qui ne présente pas le signe, de ne pas avoir la maladie n'est que 70 % (\pm l'écart-type), pourquoi ne chercherait-il pas à pratiquer d'autres investigations pour obtenir une valeur prédictive négative plus élevée ? S'il est souhaitable de se soumettre à un examen de santé tous les cinq ans, pourquoi ne pas en effectuer deux au cours de la même période ? Une telle attitude incite le producteur à revendiquer un « droit permanent à l'erreur par excès », ce qui conduit à confondre qualité et quantité des soins prodigués (prodigués ! comme le mot est significatif !).

Ce risque de surprescription est accru par deux facteurs.

D'une part, tout ce qui touche à la médecine ne se ramène plus aujourd'hui à une question de vie ou de mort ; beaucoup d'actes médicaux relèvent de la médecine de confort¹². Lorsque le bien-vivre l'emporte sur le survivre, la distinction entre nécessaire et superflu devient de moins en moins claire. A la limite, un traitement peut être mis en œuvre simplement pour ses effets signifiants.

D'autre part, les hommes de l'art ont tendance à surestimer les possibilités des techniques – et ceci indépendamment des avantages financiers qu'ils peuvent en tirer -. Si la théorie de la demande induite était vraie, si les chirurgiens multipliaient effectivement le nombre de leurs interventions pour maximiser leur revenu, ils devraient normalement restreindre leurs indications opératoires lorsque leurs intérêts pécuniaires ne sont pas en jeu et, notamment, lorsqu'ils soignent leurs proches. Or, des études montrent qu'il n'en est rien. Bunker¹³ a comparé la fréquence d'interventions pour cinq actes de petite chirurgie (appendicectomie, ablation de la vésicule, de l'utérus, d'hémorroïdes, d'hernie) sur deux groupes de femmes californiennes, l'un constitué de femmes de médecins et l'autre de femmes de même appartenance sociologique (femmes de juristes, de cadres supérieurs et de pasteurs) ; il y a davantage d'interventions pratiquées sur les femmes de médecins : 44,9 % avaient subi l'une des interventions précitées contre 38,6 % des femmes de juristes et 37 % des femmes de businessmen.

¹¹ L. Israel, « La décision médicale ». *Essai sur l'art de la médecine*, Calmann-Lévy, 1980, p. 175.

¹² H. Pequignot, cité par S. Sandier et alii, « Santé et Assurance Maladie », *Le Concours Médical*, 07.11.1981, pp. 64-86.

¹³ J. Bunker, « The Physician-Patient as an Informed Consumer of Surgical Services », *New England Journal of Medicine*, 290, pp. 1051-1055, 9 mai 1974.

3. LA LOI DE L'EFFICACITE MEDICALE DECROISSANTE

L'amélioration des soins ne se confond pas nécessairement avec l'augmentation de la quantité des soins dispensés. Tout progrès dans l'utilisation des moyens produit d'abord ses meilleurs effets puis épuise peu à peu son efficacité. C'est la fameuse loi des rendements décroissants. Maillard¹⁴ a ainsi montré que le rendement d'une équipe opératoire décroissait au fur et à mesure que son activité augmentait pour un effectif donné de treize infirmières présentes au chevet du malade en permanence. Pour une activité hebdomadaire inférieure ou égale à 22 interventions moyennes (> K 80, mais ne nécessitant pas un passage en réanimation) ou majeures (> K 80 + passage en réanimation), le taux de mortalité opératoire, c'est-à-dire le nombre de décès pendant l'intervention ou pendant le mois qui suivait l'intervention, était de 11 % (83 décès pour 762 interventions). Lorsque l'activité opératoire de l'équipe chirurgicale dépassait 22 interventions par semaine, la mortalité opératoire atteignait 22 % (17 décès pour 79 interventions), la différence étant significative au seuil de 5 %.

Ce rendement marginal décroissant s'explique par deux facteurs :

- Au fur et à mesure que le nombre d'interventions augmente, le personnel soignant n'a plus le temps de respecter les règles d'hygiène élémentaires et les risques d'infection s'accroissent.
- au fur et à mesure que le nombre d'interventions s'accroît, la fatigue du personnel augmente et sa lassitude se traduit par un absentéisme plus important. La diminution des effectifs du personnel soignant entraîne une augmentation significative de la mortalité, même à égalité du nombre d'interventions.

La présence de rendements marginaux décroissants autorise le médecin à récuser temporairement le malade et à demander la fermeture partielle du service lorsque le nombre d'infirmières tombe en-dessous du minimum requis.

Raymond Neutra¹⁵ a étudié l'impact du monitoring sur le taux de mortalité en analysant le cas de 15 846 enfants qu'il classa en cinq catégories en fonction des risques qu'ils présentaient à la naissance. Le monitoring réduisait les risques de décès de 303,8 à 195,1 pour mille lorsqu'il était utilisé sur des sujets à haut risque qui correspondaient à 0,76 % de l'échantillon. Par contre, pour les sujets qui présentaient un très faible risque et qui constituaient la majorité de l'échantillon (76,10 %), le recours au monitoring provoquait une augmentation du taux de mortalité. Celui-ci était en effet de 0,5 pour mille lorsque le monitoring n'était pas utilisé, mais passait à 1,1 pour mille lorsqu'on y avait recours. Le problème n'est donc pas de savoir si toutes les patientes ou aucune doivent être placées sous monitoring ; il est de déterminer jusqu'où l'on doit aller dans l'utilisation de cette technique en fonction des résultats que l'on peut en attendre, suivant les classes de risques. Ceci est un bon exemple de la courbe plate de la productivité médicale dénoncée par Enthoven¹⁶.

¹⁴ J. Maillard et alii, « Un nouveau critère de gestion hospitalière : le seuil de sécurité des malades », *Chirurgie*, Tome 102, n° 4 (avril 1976), pp. 229-235.

¹⁵ R. Neutra, « Effect of Fetal Monitoring on Neonatal Death Rates », *New England Journal of Medicine* 299, (17 août 1978), p. 324.

¹⁶ A. Enthoven, « Consumer Choice Health Plan », (en 2 parties) *New England Journal of Medicine* 298, (23 et 30 mars 1978), pp. 650 et 709.

Dans certains cas, la thérapeutique non seulement est inefficace mais est même dangereuse. L'unité médicale du service de réanimation de l'hôpital Mondor¹⁷ a étudié la fréquence et la gravité des accidents iatrogéniques dans une unité de soins intensifs. Sur 325 admis en un an, 41, soit 12,4 % l'étaient pour une cause iatrogénique. La fréquence des accidents de ce type est encore plus élevée dans une étude américaine : pendant cinq mois, Steel et alii ont colligé les observations des entrants dans un service médical de 83 lits ; sur 815 patients, 290 (36 %) ont eu un ou plusieurs troubles rapportés à une exploration diagnostique ou à des traitements et qui n'étaient pas imputables au cours naturel de leur maladie¹⁸.

Duncan Neuhauser, professeur à Harvard, est arrivé à la même conclusion dans une étude non publiée, quant aux risques des opérations pratiquées par un chirurgien sur une personne de 65 ans, souffrant d'une hernie. Le risque opératoire était quatre fois supérieur au risque d'étranglement de la hernie en l'absence d'opération.

En France¹⁹, le nombre des appendicectomies est estimé annuellement à 250 000. La fréquence des appendicites aiguës serait de 65 000. Les trois quarts des opérations d'appendicite n'auraient donc aucune utilité. Elles correspondent à des douleurs abdominales non spécifiques (D.A.N.S.) qui ne devraient pas être opérées. Compte tenu d'une mortalité de 0,65 pour 1 000 et d'un coût de 4 000 francs, 120 malades décèderaient chaque année des suites de cette intervention dont le coût serait de 740 millions de francs.

4. LE VERTIGE TECHNOCRATIQUE

Dès lors que l'on reconnaît qu'il y a risque de surconsommation, il devient nécessaire d'évaluer le bien-fondé de celle-ci. Il faut donc procéder à des mesures et à des comparaisons. Jusqu'à présent, les indicateurs de l'activité médicale en général, et de l'activité hospitalière en particulier, ne permettaient pas de rendre compte de la nature de celle-ci. Le programme de médicalisation des systèmes d'information s'efforce de combler cette lacune, mais son impact risque de ne pas être à la hauteur des espoirs qu'il suscite.

4.1 La capacité des critères de gestion traditionnels

Le passage d'une budgétisation administrative des dépenses hospitalières à un calcul économique du coût des traitements implique le croisement des informations médicales et financières. Malheureusement ? le système actuel de collecte des données se prête mal à leur exploitation simultanée.

Les indicateurs actuels de gestion sont trop grossiers pour qu'on puisse comparer dans le temps et dans l'espace les coûts respectifs des différents hôpitaux. Ni les journées, dont les contenus sont très disparates, ni les admissions dont les motifs sont les plus divers ne permettent de porter un jugement sur la qualité de la gestion des établissements. La grande variété des patients traités fait qu'au seul niveau des soins dispensés, les coûts unitaires peuvent varier sensiblement, il faut d'abord standardiser le produit hospitalier de telle sorte qu'on puisse relier les dépenses à une prestation médicale bien définie, ce qui permettra ensuite d'évaluer les conditions de son obtention.

¹⁷ P. Trunet et alii, « Place de la pathologie iatrogène dans les admissions en unités de soins intensifs », *JAMA*, vol. 3, n° 26, 26 fév. 1981 (édition française).

¹⁸ K. Steel et alii, « Iatrogenic Illness on a General Medical Service at a University Hospital », *New England Journal of Medicine* 1981, 304, pp. 638-642.

¹⁹ G. Béraud, « Le coût de la santé », *Le Monde*, 24 octobre 1979, p. 19, F.T. de Dombal, *Diagnostic of Acute Abdominal Pain*, Churchill Livingstone 1980, édition française, 1985, Masson éd.

Le système actuel de collecte de l'information ne facilite pas de tels rapprochements. D'un côté, le médecin recueille dans le dossier médical un certain nombre d'observations pour suivre l'évolution de la maladie et constater la plus ou moins grande réussite de son traitement. De l'autre, l'administration reproduit dans les « tableaux de bord » les informations issues des chaînes de gestion de personnels (GRAPH), de gestion du malade (SIGMA), et de gestion des stocks (GEMCO) pour récapituler l'activité et les consommations des services d'hospitalisation et des services médico-techniques. Dans un cas, on dispose d'une information disséminée (car propriété des services), partielle (le recensement des pathologies traitées n'est pas exhaustif) et hétérogène (chaque médecin a souvent sa nomenclature propre)²⁰. Dans l'autre, au contraire, l'information est bien regroupée par les centres d'informatique hospitalière, son contenu est homogène mais il demeure trop administratif et trop global pour permettre un dialogue fructueux entre l'administration et les chefs de service.

De ce constat découlent deux impératifs. Il faut, d'une part, améliorer l'information médicale et d'autre part médicaliser l'information administrative²¹. Le programme de médicalisation du système d'information (P.M.S.I) se propose de répondre à ces deux exigences.

4.2 L'espoir du PMSI

La finalité du projet a été clairement définie par J.M. Rodrigues²². « Celui-ci vise à expérimenter un nouveau système d'information médicalisée dans un certain nombre d'hôpitaux volontaires. La base de données hospitalières constituée à l'aide de Résumés de Sortie Standardisés (R.S.S.) aura pour but de déterminer des Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.), ce qui doit permettre de relier les activités de l'hôpital à l'éventail des malades soignés et de calculer les coûts par classes de pathologies ». Le plan d'action retenu pour la mise en place du PMSI s'articule autour de trois projets complémentaires : le recueil des résumés de sorties standardisés, la définition d'un algorithme de classification des malades, la construction d'une comptabilité analytique en coût complet par destinataire.

4.2.1 *Le résumé de sortie standardisé*

L'information est par excellence un bien collectif pur. A partir du moment où elle est collectée, elle profite à tous. Chacun est donc tenté de laisser à d'autres le soin de la réunir. Tous agissent de même et rien n'est fait. Le refus de contribuer à l'élaboration d'une base de données se retourne en définitive contre l'intérêt réel de ceux qui pourraient l'utiliser. Il n'y a donc que deux moyens de médicaliser les systèmes d'information : la contrainte ou l'intéressement. C'est la deuxième voie qui a été choisie. Les 40 hôpitaux participant à l'expérience sont chargés de réunir, dans leurs sections hôpitaux court séjour, les RSS qui serviront à élaborer la base de données. Celle-ci est constituée d'informations à caractère obligatoire, mais les médecins ont la liberté de profiter de l'opération pour faire saisir au niveau local toutes les informations médicales dont ils ont besoin. L'échange est équitable, chaque partie reçoit l'équivalent de ce qu'elle apporte : l'informatisation régionalisée des dossiers médicaux est offerte en contre partie de la centralisation des données d'activités médicalisées. Les RSS rassemblent les renseignements relatifs à la personne du malade : âge, sexe, CSP, mode d'entrée et aux processus de traitement : diagnostic principal, diagnostics secondaires (maximum 5), actes pratiqués (maximum 10).

²⁰ B. Garin, « L'apport de la classification des malades à la gestion hospitalière : Des DRG aux GHM ». Ecole Nationale de la Santé Publique : Mémoire de fin d'assistantat, 1983.

²¹ B. Garin, *op. Cit.*

²² J.M. Rodrigues, « Le projet de médicalisation du système d'information : méthodes, définition , organisation », *Gestions hospitalières*, n° 224, mars 1983, pp. 205-209.

Leur logique est essentiellement économique : « il s'agit de savoir pourquoi le malade est hospitalisé et non quelle est la cause de sa maladie, de recenser les actes expliquant le niveau des consommations hospitalières et non pas les procédures caractéristiques du traitement d'une pathologie²³.

4.2.2 *La classification des malades*

Chaque malade considéré individuellement est un être spécifique qui ne ressemble à aucun autre, mais pris dans un groupe de malades, il partage avec certains de ceux-ci des caractéristiques communes qui les distinguent des autres patients. L'édification d'un système de classification suppose donc qu'on ait choisi au préalable les caractères communs qui conditionnent la constitution des groupes. Les problèmes essentiels de la taxonomie résident principalement dans le choix de ces critères. Le PMSI, qui reprend la méthodologie élaborée par le Professeur Fetter de l'Université de Yale, en retient deux : la cohérence clinique des diagnostics qui font l'objet d'un regroupement, l'équivalence mesurée en termes de durées de séjours, des consommations de ressources. Dans un premier temps, 23 catégories majeures de diagnostics ont été déterminées selon des critères organiques pour tenir compte de la pratique médicale actuelle qui repose sur une spécialisation anatomique. Un comité d'experts a réparti de façon bi-univoque les 10 171 diagnostics de la 9^{ème} classification internationale des maladies et les 1 657 maladies sociales entre ces catégories. Dans une seconde étape, une partition de chaque catégorie majeure a été effectuée pour définir des groupes de malades homogènes quant à l'intensité de soins requis. La méthode utilisée²⁴ consiste à rechercher une partition pour laquelle le total de la somme des carrés des erreurs commises en approximant chaque durée réelle de séjour par sa durée moyenne intra-groupe est inférieur au total de la somme des carrés des erreurs commises sur l'ensemble des données, lorsqu'on estime chaque durée réelle de séjour par la moyenne générale des durées (algorithme AUTOGRP).

Lorsque cette condition est satisfaite, la partition proposée est statistiquement justifiée. Six variables ont été testées à la lumière de ce critère pour constituer les groupes. Les partitions initiales reposent sur l'absence ou la présence de procédures de salle d'opération et sur le diagnostic principal. Les subdivisions ultérieures sont obtenues en utilisant l'âge, les complications ou la comorbidité. Le processus prend fin lorsque le pourcentage de réduction de la variance atteint par le regroupement envisagé est trop faible. Actuellement une liste provisoire de 470 GHM a été constituée.

4.2.3 *Le calcul du coût des pathologies*

Une fois que le produit est identifié, le coût du traitement par pathologie peut être déterminé. Une analyse partielle des frais d'administration, d'hôtellerie, du coût des actes médico-techniques et de celui des actes cliniques permet un examen attentif des responsabilités des divers acteurs et fournit un outil performant pour les comparaisons inter-hospitalières. Les centres de responsabilité, une fois mis en place, pourront simplement comparer leur prix de revient avec les coûts standards établis au niveau national et leur gestion se fera par les écarts comme dans les entreprises privées. Le regroupement des coûts partiels permettra de calculer un coût complet par pathologie. L'ensemble du dispositif ne peut manquer à terme de modifier les procédures de négociation budgétaire. Au sein de l'établissement, l'affectation des crédits aux centres de responsabilité sera fonction des groupes de pathologies qu'ils traitent, de leurs effectifs et de leurs coûts. Vis-à-vis de la tutelle, l'éventail des

²³ B. Garin, *op. Cit.*

²⁴ C. Anastasy et alii, « Les groupes de diagnostics analogues de Fetter : Vers une endoscopie des coûts », *Gestions hospitalières*, n° 217, juin-juillet 1982, pp. 535-550.

Pour la critique de cette méthode et la proposition d'un nouvel algorithme de classification, voir A.G. Pors, *La médicalisation des systèmes de gestion*, Thèse de 3^{ème} cycle, Faculté des Sciences Economiques de Rennes, 1984.

GHM pris en charge fournira des arguments décisifs pour justifier des demandes de moyens additionnels.

4.3 *Les risques de dérapage*

Le modèle implicite qui sous-tend le projet du ministère de la santé reflète une conception naïve de la maladie. Celle-ci surviendrait de façon exogène dans un environnement donné, exigerait des soins qui seraient dispensés sur la base d'une technologie connue et programmable et entraînerait des coûts dont l'ampleur serait déterminée de manière univoque. A aucun moment, il n'a été envisagé que les trois composantes explicatives du fonctionnement du système hospitalier, les facteurs de recours aux soins, le choix des techniques et le coût des facteurs de production puissent être influencés par les mécanismes de financement mis en place²⁵.

4.3.1 *Les facteurs de recours aux soins*

Wenneberg²⁶ a réparti rétrospectivement 90 % de la population hospitalisée en 1980-1982 dans les trente hôpitaux du Maine entre 445 groupes homogènes de malades. Le nombre de malades qui relèvent de chacun de ces groupes rapporté au chiffre de la population desservie par ces hôpitaux varie dans des proportions importantes selon les établissements. On invoque généralement des différences de structures démographiques ou de morbidité pour expliquer ces écarts. Or ceux-ci subsistent lorsque les comparaisons sont effectuées sur des données redressées en fonction de l'âge et du sexe. Les fortes variations des taux d'hospitalisation sont donc inexplicables d'un point de vue technique. Pire encore, la dispersion des taux d'admissions par catégorie diagnostique est plus forte que ne l'était celle des actes de petite chirurgie. Des articles antérieurs du même auteur avaient déjà montré l'étonnante diversité des pratiques médicales en ce domaine²⁷. Si les taux d'intervention entre les établissements étaient similaires (variation de 1 à 1,5) lorsqu'il s'agissait de l'hernie inguinale chez l'enfant, ils se différenciaient dès que les indications opératoires cessaient d'être clairement définies et largement adoptées par la profession. Les écarts étaient marqués mais modérés pour l'appendicite (variation de 1 à 2,5) ou l'hystérectomie (variation de 1 à 3,5) ; ils devenaient considérables en ce qui concerne l'hernie discale (variation de 1 à 8,5) ou l'ablation des amygdales (variation delà12).

Or on constate que la décision d'hospitaliser ou de ne pas hospitaliser pour un diagnostic donné est encore plus variable que ne l'était celle d'enlever un organe non vital du corps humain. Les écarts entre les taux d'hospitalisation ne sont minimes que pour trois groupes homogènes de malades qui correspondent à 1, 1 % des cas hospitalisés. Dans 47 % des cas, la dispersion des taux d'admission par GHM est supérieure à celle constatée sur la chirurgie discale (variation de 1 à 8,5).

La marge de manœuvre dont disposent les établissements en matière d'admissions est donc considérable. Que le calcul du budget global soit établi directement en multipliant les coûts des GHM par le nombre de malades qui en relèvent ou que la négociation de la dotation prenne en compte indirectement la complexité du case mix et les effectifs des maladies pris en charge, les effets seront les mêmes. Si l'on s'en tient aux objectifs affichés, le PMSI a pour objet de distinguer

²⁵ A. Enthoven et R. No11, «Will the Prospective Payment System Solve Medicare's Financial Problem ?», *Research Paper n° 751*, Graduate School of Business, Stanford University, juillet 1984.

²⁶ J. Wenneberg et alii, « Will Payment Based on Diagnosis-Related Groups Control Hospital Cost ? », *New England Journal of Medicine*, vol. 311, n° 5 (aug. 2, 1984), pp. 295-300. -Voir également pour l'Europe l'intervention de J.P. Poullier au « Colloque Europe Blanche Santé et Economie Hospitalière », *L'Hôpital à Paris*, n° spécial, octobre 1983, pp. 18-23.

²⁷ J. Wenneberg et alii, «The Need for Assessing the Outcome of Common Medical Practices», *Annual Review Public Health*, 1980,1, pp. 227-295.

dans la « variation du financement ce qui relève de l'éventail des malades et ce qui relève de la façon dont la structure répond à cette demande »²⁸. Un établissement, dont les coûts sont conformes aux normes nationales, est donc en droit de demander l'adaptation de son budget à l'évolution de son « case mix ». Formellement il n'y a aucun remboursement au coût par cas mais en pratique il sera difficile d'éviter que les moyens supplémentaires soient accordés en fonction du type et du nombre de pathologies traitées. L'activité continuera d'être perçue comme une source de revenus et une logique de financement présidera à son évolution.

Les résultats obtenus dans l'état du New-Jersey²⁹, où le système de Fetter est opérationnel depuis 1978, justifie les inquiétudes que suscite sa transposition en France. Entre 1979 et 1982, la durée de séjour a diminué de 5 % dans le New-Jersey alors qu'elle restait stable sur l'ensemble des Etats-Unis. Le coefficient d'occupation des lits a diminué de 2,3 % alors que le pourcentage des lits occupés en moyenne aux Etats-Unis augmentait de 4 %. En revanche, le taux de fréquentation hospitalière a augmenté fortement : + 4 %, alors qu'il restait pratiquement inchangé dans le reste du pays: + 1 %.

Il n'y a là rien de très surprenant. Dès 1975, dans sa thèse de Doctorat, Béatrice Majnoni d'Intignano³⁰ soulignait l'interdépendance qui existait entre les durées de séjours et le nombre d'entrées. A l'époque, l'hôpital avait tendance à allonger la durée de séjour lorsque les entrées étaient insuffisantes pour éviter un déficit financier trop important, désormais ce sera l'inverse. Le système incite à diminuer les durées de séjour pour abaisser les coûts. Si l'on veut éviter l'effondrement des taux d'occupation, il faudra compenser la baisse du séjour moyen par l'augmentation des entrées. On objectera bien sûr que les administrateurs n'ont pas la maîtrise de ce paramètre d'action. Ce sont les médecins qui décident des admissions et ceux-ci n'ont jamais eu la réputation d'être les collaborateurs serviles des organes de direction. Sur le terrain cependant, on doit constater avec J.M. Simon, « qu'ils adoptent, sans le vouloir, un comportement qui conduit toujours au remplissage optimum des lits de leur hôpital »³¹.

4.3.2 *Le choix des techniques*

Deux traitements existent actuellement pour les sténoses coronariennes³², le pontage et l'angioplastie transluminale. Aux USA, la première intervention est classée dans le DRG³³ 107. Son tarif de remboursement est égal à 11 321 dollars. La seconde n'est pas encore cotée mais certains assureurs la prennent en charge sur la base du DRG 108 dont le tarif de remboursement est égal à 12 418 dollars. Le prix de revient d'une angioplastie est inférieur de moitié à celui du pontage (durée de séjour inférieure de deux tiers, absence de geste chirurgical). Les hôpitaux américains ont donc intérêt à développer son utilisation. En France, il y a fort à parier que les incitations joueront en sens inverse. Le pontage est une opération lourde qui exige des moyens importants. Il sera tentant d'en tirer parti pour justifier des demandes de crédits supplémentaires. Quel que soit le sens dans lequel jouent les mécanismes incitatifs, l'utilisation des techniques est subordonnée à leur mode de financement. Sur le plan médical, la plus grande incertitude règne quant au mérite respectif de chacune d'entre elles. Il n'est pas dit que la plus rentable pour l'établissement soit la moins bénéfique pour le patient. Rien n'interdit donc son emploi.

²⁸ J.M. Rodrigues, *op. cit.*

²⁹ A. Ruth, «Diagnosis -Related Croup and Hospital CostS», *New England Journal of Medicine*, vol. 311, no 19 (nov. 8-1984), p. 1260.

³⁰ B. Majnoni d'Intignano, « Les investissements hospitaliers », *Les Editions Médicales et Universitaires*, Paris, 1976, pp. 250-251.

³¹ J.M. Simon, « Réponses de l'Hôpital aux besoins de santé de sa région », *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, n° 3, 1980, pp. 29-31.

³² H. Smits, «DRG and the Future of Surgical Practice», *New England Journal of Medecine*, vol. 311, n° 25 (20 déc. 1984), pp. 1612-1616.

³³ Diagnostic Related Group. L'homologue américain du GHM français.

Le plus grand risque du système est la surévaluation des diagnostics. Bien vertueux serait celui qui accepterait d'y renoncer, sachant qu'en noircissant le diagnostic porté sur un document administratif, il se donne des arguments pour la discussion budgétaire. Cette remarque de bon sens est étayée à la fois par des travaux français et des études américaines.

Sur le plan théorique, les analyses de Riveline³⁴ ont montré que les « agents économiques » adaptent leur choix aux critères d'appréciation en fonction desquels ils sont jugés. Cette règle parfaitement générale s'applique bien entendu au monde hospitalier. A partir du moment où il existera une relation aussi ténue soit-elle entre les moyens mis à la disposition des services et le type de malades qui y sont traités, le médecin sera logiquement amené à retenir le diagnostic le plus fort consommateur de ressources comme diagnostic principal. Une telle analyse ne comporte aucun jugement de valeur. Les acteurs du système sont pris dans un faisceau d'incitations et de sanctions qui modèlent leur attitude. Quelles que soient les répercussions financières de leur comportement, ils ne peuvent être tenus personnellement responsables d'un système dont la logique leur échappe. Ce ne sont pas les hommes qui sont pervers, c'est le système qui est vicié.

Les travaux empiriques de Simborg³⁵ montrent très clairement l'importance des enjeux. En 1978, 159 malades atteints de néphrites ou de polynéphrites chroniques ont été hospitalisés à l'Hôpital universitaire de San-Francisco. Ces patients furent une première fois classés dans 64 DRG en fonction de l'étiologie de la maladie, imputable notamment à un lupus érythémateux. Les formes cliniques de l'affectation n'étaient utilisées que pour identifier les diagnostics secondaires. En conséquence, le poids des interventions chirurgicales, pourtant très coûteuses, qui pouvaient leur être associées, se trouvait minimisé. Le coût moyen de la prise en charge s'élevait alors à 4 210 dollars. Un second classement fut opéré, en permutant le diagnostic principal et le diagnostic secondaire. Les malades qui avaient subi une intervention relevaient automatiquement à titre principal du DRG 238 : maladies du rein et de l'urètre avec chirurgie, ablation du rein, transplantation et autres chirurgies majeures. Le coût de la prise en charge était alors de 9 322 dollars. Le gain pour l'hôpital en cas de tarification par DRG aurait été de 800 000 dollars. Devant l'ampleur de ces chiffres, un programme informatique fut mis en place pour évaluer les effets d'une optimisation systématique des diagnostics.

En analysant le diagnostic principal et le diagnostic secondaire de façon à trouver celui des deux qui faisait l'objet des remboursements les plus favorables, il s'avéra qu'il aurait été possible d'augmenter les recettes de l'établissement de 14 % par an.

Les causes de ces effets pervers sont claires, elles résident dans le fait qu'une réalité médicale trop complexe se trouve résumée dans une catégorie diagnostique trop sommaire.

4.3.3 *Le coût des facteurs de production*

L'introduction, en 1983 par l'administration Regan, d'une tarification par pathologie reposait sur deux principes simples. Il importait d'abord de dissocier le prix de vente du prix de revient afin d'inciter les hôpitaux à minimiser leur coût pour maximiser leur profit. Il convenait ensuite de restituer une partie de ces gains à la collectivité en limitant les pourcentages de hausse autorisés chaque année. Le ministère de la Santé français n'a repris qu'un élément de ce dispositif : celui qui lui permet, grâce au calcul du coût des pathologies, de suivre l'évolution de l'activité des établissements. Mais il ne suffit pas de transposer des techniques, fussent-elles des techniques de

³⁴ C. Riveline, *Evaluation des coûts : Eléments d'une théorie de la gestion*. Ecole Nationale des Mines, Paris, 1980, chap. VIII.

³⁵ D. Simborg, «DRG Creep a New Hospital Acquired Disease», *New England Journal of Medicine*, vol. 304, n° 26 (25 juin 1981), p. 1 602-1 604.

gestion. Encore faut-il qu'il existe des mécanismes incitatifs capables d'amener les acteurs à choisir les combinaisons de facteurs les plus efficaces. Or, ces mécanismes ne sont pas davantage présents dans le nouveau système qu'ils ne l'étaient dans l'ancien.