

La qualité coûte cher

R. Launois

IREMET, Université Paris XIII, Faculté de Médecine Léonard de Vinci, 74 rue Marcel Cochin, 93017 Bobigny Cedex, France

Tirés-à-part : R. Launois

Texte reçu le 6 février 2001 et accepté le 15 février 2001

Résumé : Aujourd'hui le système de santé français ne fonctionne plus à guichet ouvert mais bel et bien à guichet fermé. La contrainte peut s'alléger ou s'alourdir, mais son existence ne peut être niée dès lors que chacun reconnaît qu'il n'est plus possible de tout faire avec les meilleurs moyens pour tous les malades. Il y a des dépenses auxquelles on ne pourra plus consentir. Tous les secteurs de la vie économique fonctionnent sur la base de contraintes budgétaires et les organisations de santé n'échappent pas à cette règle. La nécessité d'avoir une démarche sélective va profondément modifier les pratiques médicales et amener les médecins à changer d'optique, de logique et même d'éthique.

Mots-clés : schéma de collecte de l'information, analyse coût efficacité, amélioration de la qualité, dépression, asthme.

Quality is expensive

Summary: Over the past decade, as pressure to control costs has accelerated, the term cost effective has come increasingly into common usage. The central purpose of cost-effectiveness analysis is to compare the relative value of different interventions in creating better health. This article presents the rationale for using such an approach to prioritize public and private healthcare programmes.

Key words: study design, incremental cost effectiveness, quality improvement, depression, asthma.

Introduction

La Santé est une valeur dans la société moderne. Sa définition et ses enjeux se sont enrichis et multipliés. La Santé est un patrimoine à entretenir. Gérer ce capital c'est gérer les ressources. Implicitement, les décisions de l'Etat et la mise en œuvre des politiques sociales seront, à l'avenir, inévitablement éclairées par l'expertise des économistes. L'évaluation de la qualité des soins, de la qualité de vie, du service médical rendu, du rapport coût-efficacité relèveront à un titre ou à un autre de leurs compétences disciplinaires.

Méthodes

L'évaluation économique commence par une revue systématique de la littérature. Elle a pour but d'identifier les paramètres-clés, de confronter les résultats et de cerner les questions controversées (Fig. 1). Dans un second temps, les bases de données médico-économiques disponibles doivent être systématiquement exploitées pour repérer, en pratique quotidienne, la fréquence de survenue des événements cliniques et les trajectoires des patients dans le système de soins. Trop souvent, malheureusement, des données cliniques importantes n'y sont pas recensées, ce qui rend difficile l'analyse des coûts par stade de la maladie ou par état clinique. En tout état de cause, il est impossible de les exploiter pour évaluer l'évolution de la qualité de vie des patients sous traitement ou pour décrire l'évolution des symptômes de la maladie. Seules les études prospectives sont à même de nous donner ces informations.

In fine, il convient de créer un modèle de simulation pour synthétiser toutes ces données qui proviennent de sources très hétérogènes. Il est impossible d'échapper à cette nécessité, car un seul schéma d'étude ne peut fournir toutes les informations requises. Aucun système de collecte d'informations n'est pleinement satisfaisant.

L'essai randomisé est par définition excessivement protocolé, il reflète mal l'efficacité dans les conditions normales d'usage. Les études sur coupe transversale sont incapables de fournir la moindre information sur les trajectoires des patients dans le système de soins, les banques de données médico-administratives (Protocole de médicalisation des systèmes d'information : PMSI) sont le plus souvent dépourvues des indicateurs cliniques qui permettraient d'évaluer les coûts et les résultats selon les stades de sévérité de la maladie et les cohortes prospectives n'ont généralement pas de groupe contrôle. On est obligé de synthétiser toutes ces informations dans le cadre d'un modèle pour parvenir à faire des prévisions budgétaires. Le travail de l'économiste ne consiste pas à évaluer

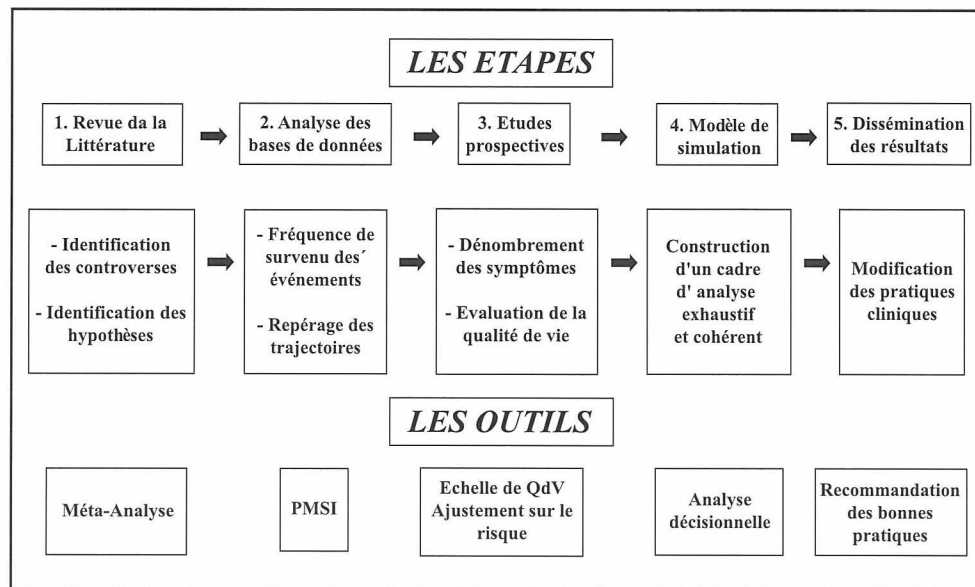


Fig. 1. Contenu d'une évaluation économique en pratique quotidienne

l'efficacité et la sécurité d'un traitement, mais il a besoin de données pour estimer le coût de leur mise en place. Un exemple simple permet d'illustrer ce propos : le coût d'un traitement anticancéreux, quelle qu'en soit la ligne, ne se réduit pas au coût d'une pose de chimiothérapie, il est fonction du nombre de chimiothérapies administrées or celui-ci est fonction du taux de réponse et de son complément le taux de récurrence.

Le rapport coût-efficacité (Fig. 2) est le critère de jugement de l'économiste. Au numérateur, on porte le coût du traitement institué, celui de ses complications thérapeutiques (effets indésirables ou toxicités) et les dépenses liées aux complications pathologiques qu'entraîne le génie évolutif de la maladie.

La première de ces trois composantes est très souvent précédée du signe '+', l'introduction d'une nouvelle stratégie thérapeutique ou d'une nouvelle molécule entraîne presque toujours des frais supplémentaires.

La deuxième et la troisième composante peuvent donner naissance à des économies en réduisant les effets indésirables ou en prolongeant les rémissions.

Tout le travail demandé à l'évaluateur est alors de justifier de façon crédible et scientifique les réductions de coûts attendues.

Au dénominateur de ce même rapport est inscrit l'efficacité du traitement. En économie comme en médecine on raisonne toujours par rapport à un comparateur, en l'absence duquel il ne saurait exister d'évaluation. Toutes ces valeurs sont donc évaluées en différentiels par rapport à une situation de référence.

$$\frac{\Delta C}{\Delta E} = \frac{\Delta C_t + \Delta C_{ct} - \Delta C_{cm}}{\Delta E}$$

- C : Coût médical total par patient traité
- E : Efficacité totale
- C_t : Coût du traitement
- C_{ct} : Coût des complications liées au traitement
- C_{cm} : Coût des complications liées à la maladie

Fig. 2. Le ratio coût-efficacité : le critère de jugement des économistes

La question posée est de savoir si l'importance des moyens mis en œuvre est justifiée ou non par l'ampleur des résultats obtenus. Autrement dit, l'évaluateur se demande toujours s'il en a ou non pour son argent.

Quatre cas de figure sont envisageables (Fig. 3). Deux situations sont sans ambiguïté : dans l'une le nouveau protocole est à la fois moins cher et plus efficace, c'est la situation de 'rêve', dans l'autre c'est le 'cauchemar', puisque l'innovation revient plus cher et n'apporte aucun bénéfice clinique additionnel. C'est le niveau 6 de l'amélioration du service médical rendu. Deux cas posent problème : soit parce que le produit est plus cher et plus efficace, soit parce que le produit est moins onéreux et moins performant. L'une ou l'autre de ces situations est parfaitement légitime. Dans un cas l'accroissement des dépenses est justifié par l'améliora-

tion du service médical rendu, dans l'autre on peut accepter un service thérapeutique moindre sur des malades moins sévères lorsque les économies dégagées permettent de rendre un meilleur service aux patients qui en ont le plus besoin.

Paradoxalement, la communauté médicale ou industrielle refuse d'afficher que la qualité coûte cher et qu'il ne faut pas s'attendre à des économies, il faut s'attendre à des surcoûts correspondant à l'apparition d'un service additionnel qui doit être rémunéré d'une manière ou d'une autre.

Tout cela est lié au vieux slogan qui est aujourd'hui complètement obsolète selon lequel 'La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût' (Fig. 4). Il y a un conflit fondamental entre le paradigme du corps médical et celui des économistes. Les médecins sont persuadés qu'ils doivent prodiguer leurs soins aussi longtemps qu'ils sont efficaces pour le malade aussi tenu que puisse être le service médical rendu. La santé n'a pas de prix tant que le résultat obtenu est strictement supérieur à 0.

En revanche, lorsque ces soins deviennent inutiles, voire nuisibles, lorsqu'ils cessent d'aider à l'amélioration de l'état de santé du malade, ou contribuent à le détériorer, alors les

coûts doivent être pris en considération et le gaspillage éliminé. Ce qui importe dans cette perspective, c'est de distinguer l'utile, l'inutile et le nuisible. Très bon slogan, très simple, et très facile à comprendre. En éliminant le nuisible et l'inutile, on va créer dans le système des espaces de liberté qui vont permettre de financer l'utile.

Du point de vue de l'économiste, la contrainte budgétaire ne peut être occultée. Tout acteur, toute structure, toute organisation a des moyens limités. On ne peut rechercher l'optimum optimorum, le nirvana des états de santé individuels ; il convient de choisir dans le cadre des ressources limitées dont on dispose, les meilleurs soins, les meilleurs services possibles. On est donc dans le cadre mathématique d'un maximum lié. Pour les médecins l'optimum est un maximum, pour les économistes l'optimum n'est pas le maximum. Sur le chemin qui conduit au sommet de la fonction de production de santé, il y a toujours le mur du budget qui interdit de l'atteindre.

Par rapport aux enseignements que l'on donne dans les Facultés de Médecine ce constat est insupportable. Il peut-être insupportable, mais il correspond à des faits. Tout le problème à l'heure actuelle, c'est de faire des choix (Fig. 5). Il est facile d'illustrer cette nécessité : lorsqu'il se produit une avancée thérapeutique majeure, il convient pour en assurer la diffusion d'obtenir les moyens financiers de la mettre en place (c', d'). Le besoin de financement correspondant peut être comblé par l'élimination des gaspillages et des dépenses inutiles (b', c'). Mais cela ne suffit toujours pas. Pour en assurer le financement, des choix doivent être opérés et des traitements dont l'utilité est modeste doivent cesser d'être financés par la solidarité nationale (a', b').

Rappeler la réalité des contraintes est extrêmement désagréable, mais peut être très utile lorsqu'on considère l'état de santé de la population dans son ensemble.

Pour illustrer ce point de vue, je donnerai deux exemples chiffrés en supposant dans l'un et l'autre cas qu'une

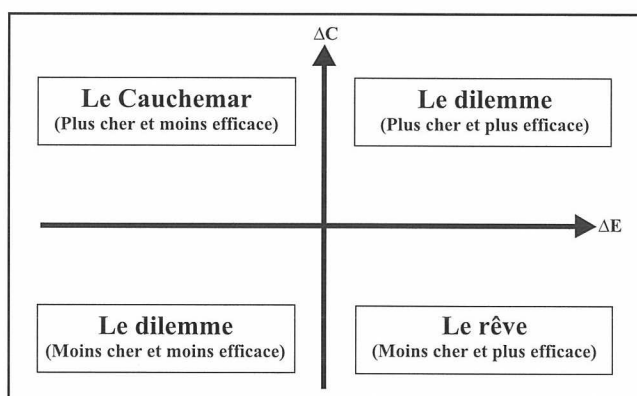


Fig. 3. Variations du ratio coût-efficacité

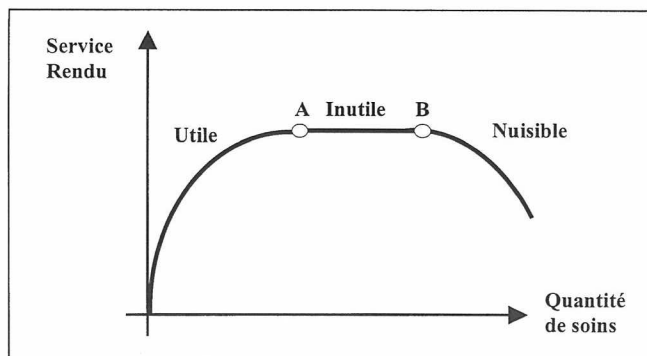


Fig. 4. Un slogan obsolète : la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût

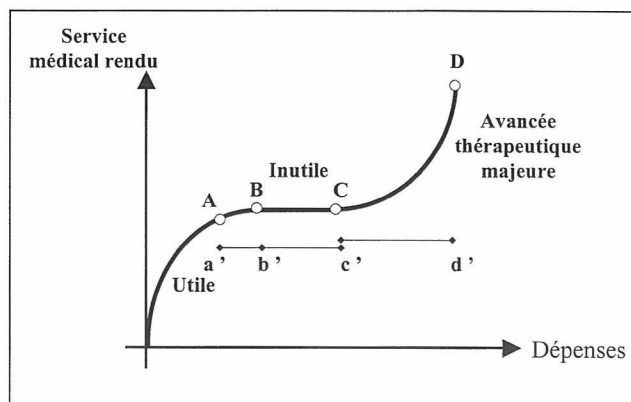


Fig. 5. La nécessité de choisir

organisation de santé est confrontée à une contrainte budgétaire égale à 1 million de francs. Les options ou les classes thérapeutiques peuvent être classées en fonction de deux critères : le service médical rendu par cas (Tableau 1) ou le service médical rendu par KF (kilofrancs ou milliers de francs) (Tableau 2). Le premier critère est exclusivement médical, le second est un critère médico-économique.

Dans le premier cas, les ressources disponibles permettent de financer six classes thérapeutiques. Les quatre autres ne bénéficient d'aucun remboursement public. Dans le second cas, au lieu de classer les options en fonction du service médical rendu par cas, on va les classer en fonction du service médical rendu par milliers de francs dépensés.

Pour un millier de francs dépensé, on va d'abord sélectionner les classes thérapeutiques pour lesquelles le retour sur investissement est le plus élevé, ce qui paraît logique. Et à ce moment-là, on a un classement qui est totalement différent.

En éliminant la classe thérapeutique 5 qui absorbe plus de la moitié des ressources disponibles (546 000 francs), et en

redéployant les masses budgétaires ainsi dégagées sur les traitements 7, 8, 9 et 10, on peut augmenter le nombre de cas pris en charge qui passe de 217 à 327 personnes, améliorer le service médical rendu (SMR) à la population (5608 SMR *vs.* 4240) soit une augmentation de 32 pour cent, tout en respectant les contraintes budgétaires.

Ceci est la base du raisonnement économique. C'est pourquoi les médecins et les économistes ont un mal fou à se comprendre. Les médecins pensent qu'il est de leur devoir de témoigner une prise en charge sans réserve à ceux qui leur ont confié le bien le plus précieux qu'ils ont ici-bas, c'est à dire leur vie sans prendre en compte les contraintes budgétaires. Les économistes pensent que c'est un cadre de référence virtuel qui n'existe jamais, que la contrainte budgétaire demeure et qu'il faut en tirer partie au mieux.

On peut se battre pour la déplacer, l'alléger ou la relâcher, mais on ne peut pas en nier l'existence. Même si on a un Ondam de 10 pour cent, cela n'évitera pas d'avoir à réaliser des arbitrages et des choix.

Tableau 1. Classement en fonction du service médical rendu par cas

Classes thérapeutiques (1)	Individu		Nombre de cas (4)	Population		SMR par KF (7)
	SMR par cas (2)	Coût par cas (3)		SMR total (5) : 2 × 4	Coût total (6) : 3 × 4	
1	28.00	5 000.00	20	560	100 000	5.60
2	27.00	6 366.65	15	405	95 500	4.24
3	26.00	6 450.00	30	780	193 500	4.03
4	24.00	1 600.00	5	120	8 000	15.00
5	22.50	7 800.00	70	1 575	546 000	2.88
6	20.00	1 425.00	40	800	57 000	14.04
Sous-total			180	4 240	1 000 000	
7	16.20	6 367.00	84	1 361	378 000	3.60
8	12.90	3 300.00	18	232	59 400	3.91
9	12.00	4 500.00	65	780	85 215	9.15
10	11.40	7 800.00	50	570	22 500	25.33
Sous-total			217	2 943	545 115	
Total général			397	7 183	1 545 115	

Tableau 2. Classement sur la base du service médical rendu par KF

Classes thérapeutiques (1)	SMR par KF (7) : 5/6	Individu		Nombre de cas (4)	Population	
		SMR par cas (2)	Coût par cas (3)		SMR total (5)	Coût total (6)
10	25.330	11.40	450	50	570	22 500
4	15.000	24.00	1 600	5	120	8 000
6	14.040	20.00	1 425	40	800	57 000
9	9.150	12.00	1 311	65	780	85 215
1	5.600	28.00	5 000	20	560	100 000
3	4.300	26.00	6 450	30	780	193 500
2	4.240	27.00	6 367	15	405	95 500
8	3.910	12.90	3 300	18	232	59 400
7	3.600	16.20	4 500	84	1 361	378 000
Sous-total				327	5 608	999 115
5	2.88	22.50	7 800	70	1 575	546 000
Total général				397	7 183	1 545 115

Résultats et études de cas

C'est à la lumière de ces principes que l'on va tenter de répondre à la question posée en sachant qu'il n'existe pas de réponse générale et qu'en médecine tous les cas sont spécifiques.

Dans certaines situations, on peut soigner mieux en dépensant moins, la dépression en donne une éclairante illustration. Dans d'autres, au contraire, il faudra dépenser plus pour mieux soigner, c'est le cas de la maladie asthmatique.

L'étude de Henry (*British Medical Journal*, 1991) démontre que la dépression est une pathologie dont la prise en charge actuelle n'est pas satisfaisante : 30 pour cent des cas seulement sont diagnostiqués et 10 pour cent correctement traités (Fig. 6).

Les arguments explicatifs de ce phénomène s'articulent autour de trois axes : le patient, le médecin et les systèmes de soins et d'assurance maladie. Certains patients peuvent avoir effectivement un rôle actif, de par la volonté de nier l'existence d'une maladie pas toujours reconnue en tant que telle. Ce déni pouvant aller jusqu'au refus de diagnostic. L'étude DEPRES signale que 31 pour cent des dépressifs majeurs ne consultent pas leur médecin pour leur dépression et que la plupart n'y songent même pas. Les médecins eux aussi peuvent participer à ce sous diagnostic. Il persiste parmi certains la difficulté à reconnaître la dépression comme une pathologie à part entière. Tout particulièrement les généralistes peuvent être confrontés à des difficultés diagnostiques autant à cause de leur manque de formation spécifique que du fait que les troubles dépressifs peuvent s'accompagner d'une comorbidité importante cachant la composante thymique.

Un tiers selon les uns et 10 pour cent selon les autres, des dépressifs diagnostiqués reçoivent une prescription médicamenteuse adéquate. Dans l'étude Gazel par exemple, 47 pour cent des dépressifs diagnostiqués reçoivent un traitement médicamenteux pour leur affection. Il s'avère

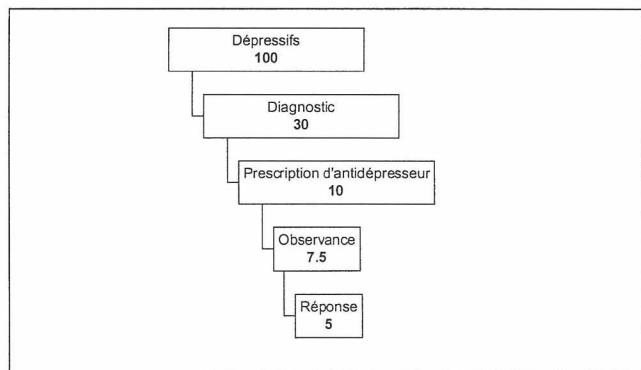


Fig. 6. La dépression : Une maladie sous-diagnostiquée

par ailleurs que les doses prescrites d'antidépresseurs sont inférieures aux doses préconisées pour les trois quarts des dépressifs traités. Enfin les classes thérapeutiques utilisées dans la dépression montrent des habitudes de prescriptions de tranquillisants trop importantes. Il est donc évident que des programmes de formations sont destinés à améliorer la reconnaissance de la dépression et son traitement.

Une telle expérience a été menée en Suède, plus précisément sur l'île de Gotland (population de 56 000 habitants). En effet, l'étude de Rutz est constituée d'un programme d'éducation complet auprès de tous les généralistes ($n=18$) de l'île sous forme de séminaires et de documentation pendant une durée de 2 jours en 2 fois.

Elle a montré des résultats satisfaisants concernant la prise en charge de la dépression. Ces derniers se traduisent par un changement positif d'attitude des généralistes, induisant une meilleure reconnaissance de la dépression (Tableau 3).

Ceci est un cas de figure où l'amélioration de la qualité se traduit par des économies. On a 26 millions de dollars en bénéfice net. C'est à dire que le coût du programme, le coût des antidépresseurs qui est un surcoût est compensé par une diminution de l'utilisation des tranquillisants, une diminution du coût de la consommation de tranquillisants et de sédatifs égale à 1,92 millions de dollars et une réduction du coût de l'hospitalisation de 23,5 millions de dollars. Donc on arrive à soigner mieux et moins cher.

Dans d'autres circonstances il faut dépenser plus pour assurer une meilleure prise en charge.

L'asthme en fournit un exemple frappant. La maladie asthmatique peut être plus ou moins sévère et les conférences de consensus international stratifient la population asthmatique en quatre stades en fonction des symptômes diurnes et nocturnes présentés par le malade et la valeur des explorations fonctionnelles : débit expiratoire de pointe ou volume d'expiration maximum par seconde. A chacun de ces stades intermittents, persistant léger, persistant modéré ou persistant sévère est associé un traitement spécifique. Aucun corticoïde n'est prescrit chez les asthmes intermittents. Une monothérapie par corticoïde inhalé est recommandée aux patients persistants légers à la dose quotidienne de 500 μg

Tableau 3. Des résultats performants

	1982	1985
Taux de suicide	25/100 000	7/100 000
Nombre jours hôpital (moyenne)	30	15
Prescription d'antidépresseur en DDD/1000 habitants	3.9	5.2
Prescription tranquillisant en DDD/1000 habitants	11.6	9.7

Tableau 4. Respect des recommandations selon les stades cliniques et médicamenteux (CREDES 2000)

Corticoïdes prescrits	Stade Clinique Inconnu	Intermittent	Stade de sévérité clinique			Tous confondus
			Persistant léger	Persistant modéré	Persistant sévère	
Inconnu	55	—	—	—	—	—
Pas de corticoïde	5	410	48	16	12	
200-800 µg	8	179	35	17	30	134
800-1600 µg	1	44	8	11	11	
1600-2000 µg	3	20	3	7	4	460
						261
			Total stade médicamenteux et clinique connus			855
Tous confondus	72	655	94	51	57	927

ou moins. Une bithérapie corticoïde inhalée et bêta2 à longue durée d'action est administrée chez les patients asthmatiques modérés. Une trithérapie à base de corticoïde inhalé (aux doses entre 1600 et 2000 µg) de bêta2 longue durée d'action et/ou théophylline doit être instituée chez les asthmatiques sévères.

Ces recommandations de bonne pratique ne sont pas véritablement appliquées en France. L'étude CREDES (Tableau 4) montre que sur 855 patients dont les stades cliniques ou médicamenteux sont documentés, seul 53 pour cent de l'effectif reçoivent un traitement cohérent, les autres sont soit sous-traités, soit sur-traités. Si l'on raisonne en termes de contrôle de l'asthme, le contrôle étant différent de la sévérité, 85 pour cent de la population est contrôlé, 15 pour cent, soit 134 malades sont sous-traités. L'amélioration de ces patients entraînera inévitablement un coût supplémentaire pour l'Assurance Maladie.

Dans les stades sévères de la maladie, on peut noter que 53 malades sur 57 ne sont pas correctement pris en charge (Tableau 4). A ce stade, il existe une marge de productivité

considérable. Il ne s'agit pas de raisonner en termes de contrôle, il s'agit de s'interroger sur les modalités et les organisations qui permettront d'améliorer le service rendu par la communauté médicale au malade. Mais si on améliore la prise en charge des malades, c'est essentiellement en leur donnant des traitements médicamenteux plus lourds, ce qui augmentera les coûts. Donc pour mieux prendre en charge, il faudra accepter de dépenser plus sur le poste médicament puisque les recommandations sont formulées en termes de dosage et de posologie.

Conclusion

Je terminerai en constatant que quel que soit l'avenir de notre système de sécurité sociale qu'il aille vers un système de rationnement administratif ou vers un quasi-marché de la santé, avec mise en concurrence des organismes de Sécurité Sociale, l'évaluation de la qualité et son rapprochement avec les coûts constitueront demain une réalité incontournable du système de santé français.