

L'évaluation

Des mythes aux réalités

Vingt-cinq ans après la publication de l'ouvrage de Cochrane¹ posant les bases d'une évaluation médicale efficace, efficiente et équitable, et malgré de très nombreux travaux scientifiques, l'évaluation n'a pas connu de développement notable au niveau des pratiques et des politiques publiques.

Donnons-en quelques exemples. Dans le secteur curatif, la pratique médicale dominante, restant centrée sur l'approche par le diagnostic, malgré l'importance pour les malades atteints de maladies chroniques d'agir sur les conséquences fonctionnelles et sociales², continue à multiplier les prescriptions inefficaces pour les malades et inefficaces pour l'économie du système de soins. Dans le secteur de la prévention, les campagnes de vaccination ROR (rubéole, oreillons, rougeole) visant à l'éradication sont inefficaces en n'atteignant pas un taux de couverture suffisant ; les examens de dépistage restent inefficaces car insuffisamment ciblés sur les populations les plus à risque ou/et techniquement mal interprétés (cas de la mammographie). Dans le secteur médico-social des soins de longue durée persiste une grande inégalité des conditions matérielles par rapport aux hôpitaux pour malades aigus.

Cependant, aujourd'hui, l'évaluation est devenue à la mode dans le domaine de la santé au nom d'un double mythe, celui de la maîtrise des dépenses de santé et celui de l'allocation des ressources sur la base d'outils conçus sur une rationalité

technocratique que les acteurs dominants du système tentent de s'approprier.

C'est à partir de cette évolution récente que certaines réalités de l'évaluation peuvent être appréhendées, notamment les problèmes techniques et les enjeux pour les différents acteurs.

Efficiences et efficacité des institutions hospitalières

En matière d'efficiences et d'efficacité des institutions de *nouveaux outils de gestion hospitalière* visent à lier les indicateurs d'utilisation de ressources aux types de cas traités (notamment de leur gravité). Leur mise en œuvre nécessite la construction d'un *système d'information* permettant de classer les cas, la création d'une *comptabilité analytique* pour le calcul des coûts hospitaliers, puis son rattachement au système d'information. Une telle démarche soulève la question du choix des objectifs assignés au système d'information. Dans la plupart des cas, des objectifs de gestion comptable sont retenus notamment pour l'allocation des moyens et les médecins construisent des outils simples visant à lier cette allocation aux procédures de soins pour des groupes de diagnostic. De telles méthodes mettent en évidence, par comparaison, des écarts en matière de coût entre services ou établissements et génèrent un raccourcissement du temps d'hospitalisation. Celui-ci devient même un objectif pour les médecins

afin d'obtenir des moyens sans qu'ils s'interrogent sur l'efficacité de leurs pratiques c'est-à-dire sans tenir compte des résultats. Plus récemment, notamment aux États-Unis, les systèmes d'information mis au point par des experts de ces systèmes en collaboration avec des équipes soignantes visent à mesurer la qualité des soins en terme de processus de soins et de résultats pour les malades³.

Dans tous les cas ces méthodes soulèvent le problème de l'équilibre entre contrôle bureaucratique externe des organismes financiers et administratifs et initiative des producteurs de soins. Cet équilibre peut être facilité par l'utilisation d'outils, sur lesquels se fonde le système d'information, répondant aux objectifs des deux groupes d'acteurs. Lorsque les soignants effectuent des évaluations multidimensionnelles fines des patients, des agrégations des données individuelles recueillies sont possibles et les mêmes outils peuvent alors servir à des objectifs différents : mesure de la qualité des soins d'une part, s'appuyant sur l'évolution d'indicateurs de santé et allocation des ressources d'autre part, à partir de la mesure des ressources utilisées, par groupe de malades par exemple.

Évaluation des pratiques médicales

La prise de décision, en médecine, relève d'un ensemble complexe, source d'incer-

titude : considérations scientifiques (plus ou moins solides), souhaits des malades, préférences des médecins et influences diverses (disponibilité des services, souhait d'un proche, intérêt financier) dont certaines n'ont aucune relation avec la décision à prendre. Les variations de recours à l'hôpital et de pratique de certains actes chirurgicaux, entre pays et entre zones géographiques limitées d'un même pays, observées lors d'enquêtes épidémiologiques, en témoignent⁴. Le recours aux *conférences de consensus* est un moyen pour tenter de réduire l'incertitude médicale. Si leur but est d'informer les médecins praticiens sur l'état des connaissances scientifiques et sur les règles de bonne pratique qui en découlent afin qu'ils s'y conforment, l'étude de leur impact sur les pratiques médicales montre qu'il reste modeste ; les recommandations semblent en revanche recueillir un vif intérêt auprès des décideurs.

L'obligation de respect, par les médecins libéraux, de *références médicales de bonne pratique opposables* (RMO) pour des pathologies courantes est actuellement mise en place en France. Établies par les représentants des syndicats médicaux et les responsables de la sécurité sociale, leur méthode d'élaboration reste obscure : brefs textes adoptant volontairement une formulation négative et poursuivant des objectifs économiques⁵. Ces textes entretiennent une certaine confusion entre les recommandations de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem) et les RMO.

Évaluation des technologies médicales

Pour Donadonian⁶ l'évaluation des technologies médicales et l'évaluation de la qualité des soins ne peuvent être isolées l'une de l'autre. Mais elle a cependant des spécificités. Les innovations technologiques les plus sophistiquées par exemple symbolisent le pouvoir de la médecine (et du corps médical) et, dès lors, leur évaluation est particulièrement difficile à entreprendre. Les entreprises qui les fabri-

quent disposent de quasi-monopole d'où leur prix élevé, leur obsolescence rapide. S'appuyant sur les représentants les plus prestigieux des spécialités médicales et les médias elles font pression sur les pouvoirs publics pour autoriser leur diffusion avant toute évaluation. Cette diffusion pose le problème de l'égalité à leur accès notamment du fait de leur coût et constitue un composant majeur de la progression des dépenses de santé^{7, 8}.

Évaluation et régulation des systèmes de soins

L'évaluation est un élément clef de la *régulation des systèmes de soins* et soulève deux enjeux majeurs. Le premier enjeu est le maintien de l'autonomie des professionnels face à la normalisation des pratiques. Il s'agit pour eux d'accepter de participer à la gestion du système de soins non pas en proposant des outils destinés à la gestion comptable mais en développant des outils permettant de mesurer l'efficacité de leur pratique. Il s'agit pour les décideurs d'accepter et même de faciliter cette logique praticienne. En cas de refus ou d'incapacité des uns ou des autres, le risque est de laisser place à un contrôle tatillon et bureaucratique portant sur les écarts par rapport à des standards sans rapport avec l'efficacité des pratiques. Les mécanismes de négociation développés entre les différents acteurs jouent un rôle important pour la poursuite d'objectifs communs. On peut ainsi opposer les systèmes où cette négociation s'inscrit naturellement dans un modèle de médiation sociale forte entre partenaires sociaux (cogestion « à l'allemande »), à ceux où se retrouvent face à face l'administration responsable de l'intérêt général et les corporations défendant leurs intérêts propres (néocorporatisme à la française⁹) et où le consensus a peu de chance d'être atteint.

Le second est le choix au niveau collectif, s'appuyant sur une expertise collective en matière d'innovation, du développement contrôlé de l'innovation technologique afin d'assurer les meilleurs résultats en terme de santé et au meilleur

coût. Cela implique la création d'un organisme chargé de l'expertise indépendant à la fois des pouvoirs publics, des lobbies du complexe médico-industriel. Parallèlement, il importe d'informer les consommateurs sur l'efficacité des technologies et des pratiques afin de les faire participer aux choix qu'impose une gestion démocratique du système de soins. ■

Références bibliographiques

- 1 A. L. Cochrane. *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust. Londres : 1972.
- 2 P. H. N. Wood. Comment mesurer les conséquences de la maladie ? La classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps. Genève : *Chronique OMS*, 1980, n° 34 : 400-405.
- 3 tel est le cas de la démarche du « Resident Assessment Instrument » utilisée pour l'accréditation des *nursing homes* par le programme de financement fédéral Medicare et récemment introduit en France, voir H. Gardent, J.-Cl. Henrard, P.-Y. Malo, C. Leone. *Expérimentation d'une démarche visant à l'amélioration de la qualité de soins dans les institutions pour personnes âgées*. Paris : FNG, 1995.
- 4 K. McPherson. Variations entre pays des pratiques médicales. In : *Les systèmes de santé à la recherche d'efficacité*. Paris : OCDE, 1990, p. 17-30.
- 5 *Prescrire*, 1996, n° 167, 811.
- 6 G. Donadonian. The assessment of technology and quality : a comparative study of certainties and ambiguities. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1988, 4 (4) : 487-496.
- 7 OCDE. *La santé : financement et prestations — analyse comparée des pays de l'OCDE*. Paris : 1987.
- 8 A. J. Culyer. La maîtrise des dépenses de santé en Europe. In : OCDE *Les systèmes de santé. À la recherche d'efficacité*. Paris, 1990, p. 31-44.
- 9 B. Jobert, P. Muller. *L'État en action. Politiques publiques et corporatismes*. Paris : PUF, 1987.

Jean-Claude Henrard

Professeur de santé publique, Université René Descartes, Paris V, directeur de l'IFR n° 12 « santé, vieillissement, société ».