



contrôle médical des caisses primaires d'assurance-maladie. En contrepartie, les syndicats médicaux se voient reconnaître un nouveau pouvoir d'expertise dans le domaine de la production d'information et de l'évaluation des pratiques médicales par la création de

nouvelles instances de représentation professionnelle : les unions régionales de médecins libéraux.

Le second outil de régulation est porté par MG-France. Ce syndicat a été reconnu représentatif et donc admis à négocier les conventions médicales en 1989 grâce

Le système de soins confronté au principe d'efficacité

Avec les contraintes financières, les décisions en matière de santé sont soumises au principe de l'efficacité.

Tout au long des années soixante et jusqu'en 1974, au moment où le premier choc pétrolier a fait sentir ses effets sur la croissance économique, le système de soins n'a pas véritablement connu de contraintes de nature financière. La perception d'importants besoins de santé insatisfaits, la dynamique d'une offre en plein développement aussi bien en termes de personnels que d'équipements, tout concourait à une forte augmentation des dépenses dont le financement était rendu indolore par une croissance aussi soutenue des ressources financières. C'était l'époque où la richesse de la nation s'accroissait chaque année d'environ 5 %, ce qui avait pour résultat de faire correspondre, de manière presque fortuite, l'augmentation des ressources et des dépenses.

À partir de cette date, et sans d'ailleurs que les causes en soient à ce jour encore clairement identifiées, le rythme de croissance de l'économie est divisé par 2 au cours de la deuxième moitié des années soixante-dix et passe même à 0 au début des années quatre-vingt après le deuxième choc pétrolier. La dynamique de l'offre, aiguillonnée par l'ampleur des besoins, n'ayant eu aucune raison de subir le même ralentissement, ce fut la fin de la correspondance spontanée entre la dynamique des dépenses de soins et des ressources de financement.

L'irruption du principe d'efficacité

Advint alors en France, comme dans tous les autres pays, le phénomène d'augmentation de la part des dépenses de soins dans le produit intérieur brut, avec son corollaire, le souhait d'arbitrage toujours plus douloureux entre ce qui est perçu, à tort ou à raison, comme la satisfaction des besoins de santé et tous les autres relevant de la dépense publique : éducation, équipement, sécurité, etc.

L'évaluation, même grossière, de quelque chose qui pourrait s'identifier aux besoins de santé de la population est certainement chose délicate, de même que sa traduction en objectifs et certainement plus encore leur priorisation, ce qui rend ardue la tâche du Parlement au moment de la fixation de l'Ondam. Mais peu

importe pour ce qui nous intéresse ici. Il nous suffit de constater que, quel que soit le niveau auquel peut être fixé le montant des dépenses de santé, des besoins insatisfaits subsistent certainement qui rendent nécessaires de dépenser mieux quand on ne peut plus dépenser plus.

Ou bien, dit autrement, à partir du moment où il est reconnu que les besoins de santé sont sans doute proches de l'infini, et quel que soit le niveau de dépenses auquel l'arbitrage avec les autres besoins a conduit, s'impose l'impérieuse nécessité de la recherche de l'efficacité.

Pour ne pas compliquer l'exposé, on dira simplement que l'efficacité est fondamentalement un rapport. Pour le système de soins, elle désigne l'optimalité de la production de soins aussi bien au sens de l'obtention maximale de résultats pour un montant donné de ressources, qu'au sens de la minimisation des moyens engagés pour un niveau donné de soins. Par extension, le terme efficacité désigne le degré avec lequel le système s'approche de l'optimalité. Comprendre que l'efficacité est un rapport est très utile pour au moins deux raisons.

La première est qu'elle permet de voir que l'efficacité ne peut rien dire sur le niveau absolu de son numérateur comme de son dénominateur : l'efficacité ne dit rien sur le niveau optimal des soins délivrés, pas plus que sur le niveau optimal de la dépense. Autrement dit, il n'est pas incompatible de rechercher l'efficacité tout en étant prêt à consacrer de très importantes ressources à la santé ; il ne l'est pas non plus si on considère qu'il est difficile de consacrer des ressources très importantes.

La seconde est qu'elle fait pressentir — parce qu'elle met en regard deux grandeurs — que l'activité du système de soins ne peut faire l'objet d'un regard unidimensionnel.

La confrontation

Un travail en cours compte trois dimensions selon lesquelles évaluer la performance des établissements. Cette grille est sans doute également adaptée à la lecture du système de soins dans son ensemble : la première est celle de la qualité des soins et de leur accessibilité, la seconde celle de la capacité d'innovation et d'adaptation au changement de l'environnement technique, social et institutionnel et la troisième

Philippe Cunéo
Administrateur
Insee, sous-
directeur
Drees

à l'influence de Claude Evin qui autorise par la même occasion la signature de deux conventions spécifiques, l'une pour les généralistes, l'autre pour les spécialistes. Un compromis semble possible avec MG-France, qui se déclare prêt à s'engager dans un effort de maî-

trise des dépenses en contrepartie de la mise en place de « filières de soins », dans lesquelles la consultation du médecin généraliste serait obligatoire avant toute orientation dans le système de soins. Le changement introduit est ici de taille puisque la généralisation des

est de l'efficience économique. Ces trois dimensions sont partiellement indépendantes car le système de soins peut être de qualité en étant inutilement coûteux, il peut être de qualité et économe mais être incapable d'évoluer, il peut aussi être innovant et efficient mais de faible qualité ou d'accès difficile.

Pourtant il est utile de reconnaître que la recherche simultanée de l'excellence dans ces trois dimensions est difficile et que l'insistance mise sur l'une ou sur l'autre selon les périodes a pu contribuer à fragiliser l'équilibre entre chacune d'elles.

Il est clair, à cet égard, que l'irruption du principe d'efficience dans les conditions que nous avons décrites plus haut a été vécue par beaucoup comme un renversement de priorité réalisé au détriment de la qualité des soins, de l'accessibilité et de la capacité d'innovation. Les débats sur la réduction du nombre de lits, la réduction de la durée moyenne de séjour ou la juste reconnaissance des activités de recherche et d'enseignement ou d'innovation technique en constituent autant d'illustrations.

Un important travail d'explicitation des différentes dimensions de l'activité du système de soins, de ses performances s'avère ainsi indispensable. Cela suppose deux conditions et une démarche.

La coopération

Chaque dimension de l'activité du système de soins doit pouvoir être évaluée, aussi la première condition consiste-t-elle en la définition d'outils de mesure. L'utilisation des données médico-administratives fait actuellement l'objet de la rédaction d'un guide du bon usage qui contient les précautions indispensables à la mise en œuvre d'une batterie d'indicateurs permettant d'évaluer les différentes dimensions de la performance hospitalière. Des travaux tentent une démarche analogue au niveau des autres segments du système de soins. Ces travaux insistent sur l'importance de la tâche qui reste à accomplir, car nombre d'indicateurs sont pour l'instant indisponibles (et le resteront longtemps pour certains), et plus encore parce que leur interprétation s'avère extrêmement délicate car contextualisée. Il suffit d'emprunter quelques exemples à l'étude des dimensions de la performance hospitalière :

- une durée moyenne de séjour courte peut être considérée à la fois et en fonction du contexte comme un

indice de productivité, de performance technique si on sait par ailleurs que la qualité est assurée, ou au contraire comme un indice supplémentaire de qualité insuffisante si d'autres éléments incitent à l'imaginer ;

- un pourcentage significatif de maladies nosocomiales peut être interprété comme l'indice d'une mauvaise qualité des soins, ou au contraire comme l'indice de la performance du système d'information relatif à la qualité des soins ;

- un taux de césariennes élevé peut révéler la qualité d'établissement de recours ou au contraire des procédures laxistes.

La deuxième condition concerne le niveau auquel ces instruments sont rendus disponibles [18]. Souvent, même lorsqu'il est possible d'en disposer, ce n'est pas au niveau auquel s'organise la gestion et auquel pourraient être mises en œuvre des actions d'amélioration de la performance. C'est particulièrement le cas pour les indicateurs économiques quand ils sont obtenus à partir du PMSI. Pour la grande majorité des établissements qui ne disposent pas d'une comptabilité analytique détaillée, il n'existe pratiquement pas de moyen d'isoler à l'intérieur de l'organisation hospitalière les zones de gestion efficiente ou de surcoût. Et que peuvent bien faire les directeurs d'établissement comme les chefs de service d'une valeur élevée ou faible du point de vue de l'ensemble de l'établissement, s'ils ne sont pas capables de la situer ? De même, pour ce qui concerne la qualité des soins, que faire d'indicateurs de mortalité qui ne diraient rien de la trajectoire des patients dans l'établissement et surtout à l'extérieur ?

On voit que la confrontation du système de soins au principe d'efficience soulève, dès qu'on veut bien prendre le temps de mesurer l'ampleur des problèmes, des difficultés considérables. Celles-ci ne pourront être résolues qu'avec la participation des différents acteurs du système de soins et l'approfondissement du système d'information. Amélioration et surtout généralisation de la comptabilité analytique, montée en régime de l'observation de la qualité, appréhension de la trajectoire des patients, évaluation de la lourdeur des cas, prise en compte des conséquences de l'environnement socio-économique. Autant de paramètres qui ne peuvent être appréciés qu'avec les professionnels. ■