

Les parcours : promesses d'efficacité et d'équité ?

Le système de santé français classé comme le meilleur au monde en 2000 par l'OMS est très largement collectivisé par les cotisations sociales et l'impôt. Il présente depuis de nombreuses années un déficit structurel qui pèse sur les dépenses publiques et engage l'avenir des générations futures. Le dernier rapport de la Cour des comptes [20] sur la Sécurité sociale estime que les réformes menées à ce jour sont insuffisantes et appelle à des mesures plus vigoureuses dont certaines visent l'organisation des soins. Il est en effet communément admis en France que les principes d'organisation (médecine libérale ambulatoire et formation hospitalière), les habitudes acquises (concurrence entre acteurs et cloisonnement entre la ville et l'hôpital) et les modalités de gouvernance (multiplicité de tutelles entre les secteurs social et sanitaire et au sein même du secteur sanitaire) sont les causes des déficits structurels et plus globalement d'inefficacité. Ce diagnostic est d'autant plus d'actualité que les recettes sont en baisse et que les besoins de soins sont amenés à augmenter en lien notamment avec le vieillissement des populations et le développement des maladies chroniques. Enfin, plusieurs travaux de comparaisons européennes et internationales témoignent d'une performance modeste du système de santé notamment au regard des inégalités de santé. Comment dès lors améliorer l'efficacité et l'équité du système de santé ? Et comment les parcours de soins peuvent-ils y contribuer ?

Améliorer l'efficacité peut schématiquement se résumer à deux approches. Faire mieux à ressources constantes, faire aussi bien avec des ressources limitées et/ou en baisse. Ainsi formulé, le problème est simple. En pratique, les choses sont bien entendu plus complexes et doivent faire l'objet de définitions et de choix préalables qui ne relèvent pas de la seule technique économique et comptable.

De la difficulté à mesurer l'efficacité des parcours de soins

Première difficulté, comment définir les termes du rapport qu'est l'efficacité, à savoir les résultats au numérateur et les ressources au dénominateur ?

Quel résultat mesurer pour définir le mieux ? Parle-t-on de santé, mesurée en espérance de vie ou d'espérance de vie sans incapacité ? Y intègre-t-on la mesure des inégalités de santé ? S'intéresse-t-on uniquement aux résultats en mesurant la moyenne ou regarde-t-on les distributions par exemple selon les revenus ou la catégorie socioprofessionnelle ? En pratique, les mesures sont souvent imparfaites et souvent intermédiaires, ne

permettant qu'une approximation des résultats finaux. Elles peuvent porter sur l'accès aux soins, la consommation de soins et parfois des mesures de qualité de vie et de satisfaction.

Définir les ressources (le dénominateur de notre rapport d'efficacité) et leur périmètre ne va pas non plus de soi et repose le plus souvent sur un ensemble de conventions issues de choix et d'arbitrages le plus souvent implicites et pour partie automatiques. En pratique, les ressources se valorisent en coûts. Mais quels coûts et pour qui ? Les coûts peuvent être directs (les remboursements effectués par l'assurance maladie, les différents fonds d'aide sociale, les remboursements effectués par les assureurs complémentaires, les paiements directs par les patients et les familles qui ne font pas l'objet de remboursement, mais également le montant des primes versées aux complémentaires), indirects (manque à gagner dû aux arrêts de travail liés aux patients et/ou aux aidants) et intangibles (coûts psychiques de la prise en charge à domicile pour l'entourage par exemple). La détermination du montant des coûts et des modalités de valorisation des ressources (humaines, logistiques, etc.) fait également l'objet de choix. Faut-il mesurer des coûts de production (à condition de les connaître) ou des prix ?

On le comprend aisément, l'amélioration de l'efficacité, qui est un objectif souhaitable et une impérieuse nécessité pour soutenir dans la durée un système de santé solidaire, doit faire l'objet d'une définition précise. Elle est également complexe à opérationnaliser et à mesurer, les informations nécessaires n'étant pas toujours disponibles et devant dès lors être produites par des enquêtes et des recueils de données *ad hoc*. Ces contraintes sont encore plus fortes quand l'objet à évaluer est le parcours de soins ou de santé, mettant en jeu plusieurs éléments du système de soins.

Cependant, les investissements collectifs très importants réalisés depuis 20 ans dans les systèmes d'information comme les enquêtes en population générale, le PMSI et le Système national d'information interrégime de l'assurance maladie (Sniiram) pour améliorer l'objectivation des résultats de soins et de santé, comme la connaissance des coûts et des prix, offrent aujourd'hui de nouvelles perspectives. Ainsi, l'assurance maladie dans ses derniers rapports *Charges et produits* [4] apporte de très nombreux arguments en exploitant les données du Sniiram par exemple sur des prescriptions non conformes aux recommandations professionnelles. La Direction générale de l'offre de soins, en mobilisant les données du PMSI, produit également des analyses sur la variabilité des pratiques qui permettent d'interroger l'efficacité du

Yann Bourguell

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.



système de soins. Sont ainsi proposées des actions sur les prix, des actions sur la variabilité des pratiques voire la remise en cause de certaines pratiques et des pistes d'amélioration de certains processus de soins, ou pour le dire autrement de segments de parcours. C'est sur les analyses des données du Sniiram que l'assurance maladie s'appuie pour proposer des « segments de parcours » portant sur le retour à domicile. Ainsi, le dispositif Prado (Programme de retour d'aide à domicile) mis en place par la Cnamts pour un ensemble de situations (accouchement, chirurgie du canal carpien...) propose une intervention directe de l'assurance maladie auprès des personnes hospitalisées visant à coordonner le retour à domicile. Des ressources supplémentaires comportant des ressources en personnel, des moyens logistiques et les paiements auprès des professionnels libéraux qui entrent dans le programme sont apportées. L'amélioration de l'efficacité est théoriquement obtenue par un moindre coût hospitalier (le séjour hospitalier est plus court), ce coût étant supérieur aux ressources mobilisées pour le programme. On peut également penser que le résultat est plus satisfaisant pour les patients (ce qui reste à vérifier) et leurs proches. Enfin, au-delà de la mesure de l'efficacité pour les patients bénéficiaires, il nous paraît important d'identifier et caractériser les populations incluses et les populations cibles dans une perspective d'équité.

Plus ambitieux et global, et de ce fait plus complexe, le programme Paerpa (personnes âgées en risque de perte d'autonomie), qui s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus, vise à introduire des modifications de rémunération (acteurs ambulatoires et hospitaliers), de système d'information, de pratiques et de gouvernance pour améliorer le parcours de santé. L'objectif affiché est de réduire et/ou améliorer le recours à l'hôpital ainsi que la consommation de médicaments en soutenant le développement d'organisations collectives de professionnels du soin mais également du social à l'échelon de territoires bien ciblés. Modélisés selon un cahier des charges national, inscrits dans des cadres régionaux (les ARS pilotent les projets), les projets Paerpa cherchent à transformer les relations entre les acteurs déjà présents et ont peu ou prou, dans une visée populationnelle, des objectifs similaires à ceux des Prado. Moins de recours ou un recours plus efficace (moins de passages aux urgences) au secteur hospitalier et d'une façon plus générale au secteur sanitaire ainsi qu'une meilleure qualité de vie et une autonomie maintenue sont les effets attendus.

Analyser l'efficacité de ces programmes de transformation de parcours (Prado et Paerpa) comme de tout parcours reviendra dès lors en premier lieu à qualifier la population bénéficiaire et préciser ce qui sera mesuré au numérateur (satisfaction, qualité des soins, qualité de vie, pour les patients et les aidants) comme au dénominateur (coûts spécifiques aux programmes comme la valorisation de nouveaux actes en ambulatoire, renforcement des aides sociales, les coûts supplémentaires

pour les patients et les aidants au domicile, les coûts hospitaliers évités...).

Ainsi, le gain d'efficacité des parcours peut être significatif du point de vue des dépenses socialisées si le recours à l'hôpital est réduit. Mais il peut être beaucoup plus faible, voire nul, si l'on prend en compte les dépenses supportées par les personnes et les familles. Les résultats pour les patients bénéficiant des parcours peuvent également être très élevés pour les personnes incluses, mais si l'on rapporte ces résultats à la population cible (ce qui revient à mesurer l'impact du programme sur une population plus large) l'efficacité peut être plus faible voire nulle. Ou pour le dire autrement, ne va-t-on pas accroître les inégalités de recours aux soins et à terme de santé, les personnes les plus à risques ou les plus défavorisées échappant au parcours? L'expérience des réseaux de soins et de santé est à ce titre très éclairante. Les rares travaux d'évaluation [34] qui ont été menés sur les réseaux de soins ont montré dans certains cas une réelle efficacité mais pour un nombre de personnes incluses très limité et de ce fait un rapport coût-efficacité très faible.

Enfin, *last but not least*, les économies envisagées pour les parcours reposent principalement sur une évolution du recours à l'hôpital (modes d'entrées directes sans passer par les urgences, moindres hospitalisations, durées plus courtes...) conduisant à une moindre consommation de ressources hospitalières. Or, pour être réellement effective, l'économie du recours à l'hôpital doit se traduire par une évolution des ressources allouées à l'hôpital. Les ressources, qui sont principalement humaines, doivent pouvoir être redéployées soit au sein de l'hôpital pour y améliorer les interfaces avec l'amont et l'aval du passage à l'hôpital (mais il n'y a alors pas de baisse de coûts), soit réaffectées à d'autres secteurs (social, ambulatoire) qui seront amenés à se développer, les patients y étant plus présents. En pratique, il ne s'agit pas directement de prendre aux uns pour donner aux autres, mais de faire évoluer progressivement, sur un horizon temporel supportable, les enveloppes allouées aux uns et aux autres de façon à répartir différemment les ressources. La logique économique qui devrait dès lors soutenir la nécessité d'une approche de parcours, dans un contexte de ressources limitées, est celle d'un pilotage global par réallocation d'enveloppes entre différents secteurs. Une telle logique doit être assumée et toutes ses conséquences prises en compte afin de prévenir les oppositions politiques et l'expression des groupes de pression qui ne manqueraient pas de s'opposer aux conséquences financières de la réorganisation des rôles entre les différents acteurs du soin et du social, et ce dans un contexte de restrictions budgétaires fortes. L'expérience de la réforme du virage ambulatoire au Québec dans les années 2000 peut être à ce titre éclairante [11]. Survenue dans un contexte de réduction très forte des dépenses publiques, il semble qu'elle ait au final plutôt conduit à renforcer l'institution

hospitalière au détriment du secteur social, c'est-à-dire exactement l'inverse de l'objectif visé.

Définir des objectifs mesurables en termes d'efficacité et d'équité

Le succès de la notion de parcours aujourd'hui fait écho au succès du concept de réseau dans les années 1990. Ces deux termes partagent la vertu d'être flous et à ce titre de permettre l'émergence d'un consensus autour de l'impérieuse nécessité de réorganiser le système de soins afin d'améliorer la qualité des prises en charges et la qualité des soins, et ce à coût équivalent sinon moindre. La nouveauté du parcours est de s'intéresser directement au cheminement du malade plutôt qu'à l'organisation sous-jacente, et ce pour l'ensemble du système de soins, alors que le réseau visait à améliorer les trajectoires/parcours de soins finalement sur le mode du bricolage. La plupart des analyses et des travaux menés sur le thème de l'évaluation des réseaux de soins sont à nouveau d'actualité et leur relecture [10] interroge quant au devenir de la notion de parcours comme levier de transformation du système de santé. Existe-t-il des éléments nouveaux comme le progrès technique ou les évolutions épidémiologiques qui permettent de penser que les parcours ne seront pas aussi décevants que les réseaux pour améliorer l'efficacité du système de soins ?

Depuis 15 ans, les progrès de la médecine comme les chimiothérapies *per os* permettent d'envisager de

traiter plus facilement les personnes en ambulatoire. Les technologies de l'information et notamment la généralisation des smartphones et de leurs applications facilitent les partages d'information. L'augmentation des malades chroniques pèse également fortement sur les dépenses mais également les pratiques. Tous ces facteurs, comme l'utilisation plus large des données du Sniiram, favorisent la prise de conscience parmi la communauté médicale mais également de la part des malades d'un élargissement nécessaire de l'organisation des soins au-delà de l'hôpital ou du cabinet de ville dans le cadre conceptuel plus large du parcours de soins et de santé. Cependant, le déploiement des nouvelles pratiques et des nouvelles organisations ne sera possible qu'avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs professionnels, institutionnels et des représentants des usagers.

À ce titre, la définition des attendus en termes d'efficacité et la mise en œuvre effective des moyens de sa mesure, qui a beaucoup manqué dans le cadre de la politique des réseaux, doivent permettre de donner un cap aux parcours. L'efficacité (élargie à la notion d'équité) et sa mesure peuvent dès lors être envisagées comme un moyen de clarifier les objectifs et de définir les règles du jeu pour les acteurs de changements qui prendront le risque de s'engager dans des transformations de leurs pratiques et de leurs rôles sur des temps nécessairement longs. ✎