

La notion d'efficacité dans le domaine de la santé¹

P. Tschopp²

Université de Genève, Genève

1. Le contexte général

La discussion concernant l'efficacité des systèmes sanitaires connaît un regain d'intérêt. Au niveau des discussions politiques surtout, un certain nombre de questions que l'on se plaisait à évoquer avec détachement ont fini par devenir tout à fait *prioritaires*. Elles imposent, maintenant, aux dires des politiciens et des responsables du système sanitaire, des choix fondamentaux et rapides. Y a-t-il vraiment urgence? A en croire les cyniques, il n'y a de constellations d'apparence prioritaires que si les problèmes n'ont pas été décelés à temps et si l'on n'a pas su établir des diagnostics valables qui tiennent compte de la complexité de la problématique en question.

Dans le domaine sanitaire, les pays à degré de développement économique comparable font face à des problématiques très voisines les unes des autres et cela au-delà des différences des régimes qui les caractérisent. Comparées au développement des dépenses de la plupart des autres secteurs économiques générateurs de produit national, les dépenses sanitaires évoluent à une cadence nettement plus rapide et posent de ce fait de sérieux problèmes de financement. La distribution de services sanitaires n'a pas évolué aussi favorablement et équitablement que ne le laisserait supposer la forte croissance des dépenses qu'elle engendre, d'une part, et les incontestables progrès de la médecine, d'autre part.

Quelque peu perdue devant la complexité des raisons profondes qui expliquent les difficultés rencontrées, l'opinion publique concentre son attention sur un certain nombre de problèmes partiels, plus spectaculaires que d'autres ou apparemment plus urgents. Qu'il nous suffise de mentionner ici le problème fondamental de la finalité de la médecine, débattu mondialement sous l'angle de l'euthanasie; celui de la distribution des soins médicaux soulevé dans le débat entre les tenants de la prétendue pléthore de médecins ou, au contraire, par les champions de la prétendue pénurie de praticiens. Ce dernier débat débouche à l'heure actuelle dans notre pays sur la controverse du *numerus clausus* dans les facultés de médecine. Citons enfin, parmi les sujets de grande actualité, le phénomène de l'abus des drogues où la discussion se concentre avec acharnement sur les drogues proscrites par la société, en ignorant trop souvent les formes de toxicomanie tolérées socia-

lement comme l'abus de médicaments, l'abus de l'alcool et l'abus de cigarettes. On en arrive trop souvent à isoler artificiellement tel ou tel sujet de son contexte général et à préconiser des remèdes partiels qui risquent de se neutraliser mutuellement.

A la réflexion, cette manière de procéder ne semble pas être particulière aux domaines de la médecine et du système sanitaire. Un certain catastrophisme s'est emparé de notre décennie. A en croire les commentateurs et les spécialistes de différents domaines, rares seraient les problèmes qui restent maîtrisables. L'explosion du béton nous amènerait vers une catastrophe écologique; l'explosion du coût de la médecine nous ruinerait à coup sûr, à moins que nos économies ne soient étranglées plutôt par la pénurie de l'énergie; le vieillissement des populations livrerait les pays développés à la poussée expansionniste du tiers monde, etc. Il n'y a, au fond, de réconfort que dans une pensée foncièrement optimiste attribuée à Karl Marx, selon laquelle les civilisations ne se créent que les problèmes qu'elles sont capables de résoudre. Je suis pour ma part partisan de cette vue des choses, la panique est mauvaise conseillère et, en règle générale, elle s'avère pire que le mal qui la provoque. Les vues apocalyptiques viennent de l'illusion de vouloir traiter rapidement et sur-le-champ ces problèmes interdépendants. Or, pour résoudre des problèmes complexes une réflexion en profondeur s'impose d'abord; les moyens qu'elle est susceptible de dégager doivent ensuite être mis en œuvre progressivement dans une perspective à long terme.

Le problème de l'efficacité du système sanitaire ne fait pas exception à cette règle. Force est de constater que les solutions rapides qui sont proposées pour augmenter l'efficacité et le rendement de la médecine ne vont souvent pas au-delà de la gamme des solutions qu'il est plus facile d'énoncer que de vivre. Citons deux exemples: le fameux postulat du développement de la médecine préventive et les économies miraculeuses que l'on se promet du développement de la médecine ambulatoire aux dépens de l'hospitalisation.

2. La dimension interdisciplinaire

Je vous propose de partir, dans la réflexion à laquelle je voudrais me livrer aujourd'hui, d'une définition de l'économie de la santé.

L'économie de la santé englobe, à mon avis, l'ensemble des techniques qui permettent d'analyser le déploiement des moyens de production médicale et d'en analyser la distribution. Définie de cette manière extrêmement large, l'économie de la santé doit être comprise de façon multidisciplinaire, incluant l'ap-

¹ Basé sur une conférence lors des Journées scientifiques de la Société suisse de médecine sociale et préventive, Genève, 23/24 juin 1977.

² Prof. Dr ès sciences économiques, Université de Genève, Faculté des sciences économiques et sociales, Département d'économie politique, 2, rue de Candolle, CH-1211 Genève 4.

proche sociologique, économique tant théorique que pratique, ainsi que, bien entendu, l'approche médicale au sens large.

L'analyse du déploiement des moyens de production de santé et leur distribution doit déboucher sur des réflexions concernant l'efficacité d'un système sanitaire pris dans son ensemble. L'efficacité est comprise ici comme la capacité de produire un maximum de résultats avec un minimum d'efforts et de dépenses. Le résultat en question, qu'il est logique d'atteindre à l'aide d'un système sanitaire, c'est un maximum de santé pour les populations et les individus qui les forment.

Mais la notion de maximum de santé n'est pas suffisamment concrète pour nous avancer beaucoup. Si nous prenons la définition, désormais consacrée, de l'Organisation mondiale de la santé, nous plaçons la santé physique sur un pied d'égalité avec la santé psychique; ces deux états fondamentaux de santé devant être compris à la lumière d'un certain nombre de contraintes extérieures imposées à l'état de santé et à la médecine. Ces contraintes englobent, en particulier, les conditions économiques, sociales et psychosociales. L'efficacité d'un système sanitaire ne peut donc pas être considérée indépendamment de son environnement économique, social et psychologique.

Le postulat d'un maximum de santé doit donc immédiatement être nuancé et élargi dans le sens d'une optimisation de l'allocation des ressources en fonction de la meilleure satisfaction possible des besoins sanitaires, d'une part, et de l'ensemble des autres besoins, d'autre part.

3. La notion de besoin en matière de santé

Grâce aux très grands progrès de la médecine, de la biologie et des sciences pharmaco-chimiques, les besoins des malades sont largement connus, une fois qu'une maladie s'est déclarée et a été diagnostiquée. Grâce aux progrès de la médecine préventive et aux possibilités de diagnostic précoce, on a même, dans certains domaines, une idée assez précise des besoins futurs des malades en puissance et des individus particulièrement exposés à certains risques de maladie.

Le problème qui se pose ici est que ces malades en puissance, très souvent, ne ressentent pas de besoins spécifiques; ils adoptent au contraire des façons de vivre ou continuent des schémas de vie qui sont de nature à détériorer infailliblement leur état de santé. Les mécanismes qui favorisent de tels comportements étant mal connus, on en arrive à la conclusion que l'approche la plus prometteuse doit être une approche socio et psycho-médicale. Son but serait de mieux décortiquer les différentes hiérarchies de besoins et les raisons qui gouvernent leur superposition et l'avènement de constellations qui vont souvent à l'encontre des besoins sanitaires proprement dits. L'étude des phénomènes psycho-sociaux paraît aujourd'hui particulièrement prometteuse dans ce domaine.

Pris sous cet angle large, l'analyse des besoins tant individuels que collectifs en matière sanitaire est

encore relativement sous-développée. L'une des difficultés majeures dans le domaine de l'articulation des besoins médicaux provient du fait que la demande effective de services médicaux, qui est une expression des besoins, est généralement le reflet unique des possibilités d'offres de services sanitaires. De surcroît, l'offre stimule les besoins, pour ne pas dire qu'elle les crée, par une sorte de rétroaction.

Il est d'ailleurs assez normal qu'il en soit ainsi. Avant de se préoccuper de l'état de santé potentiel des collectifs et individus, force est de nous occuper de leur état effectif et actuel de santé et de concentrer nos efforts sur les techniques que nous maîtrisons. La médecine moderne, si nous la comparons à la pratique médicale historique, a d'ailleurs parfaitement réussi dans ce domaine. Les frontières de l'ignorance dans les domaines biologiques et médicaux au sens large ont été repoussées de manière spectaculaire, au point que les capacités de la médecine moderne bute de nos jours à d'autres frontières que celle de l'absence de savoir ou de savoir-faire. Ce sont d'ailleurs précisément ces nouvelles contraintes, nées des spectaculaires progrès de la médecine, qui font naître une problématique nouvelle qui est de nature économique. Et c'est la contrainte économique qui nous forcera à éliminer un certain nombre d'éléments dont nous savons qu'ils ont des répercussions négatives sur l'état de santé par une action autre que l'action médicale proprement dite.

Dans ces conditions, il est logique d'étendre la notion d'efficacité de la médecine à un contexte plus vaste que celui de la seule pratique médicale et de sa science.

Dire que la demande de biens et services sanitaires, en tant qu'indicateur de besoins, ne doit plus s'aligner sur les seules possibilités théoriques de la médecine, c'est préconiser une hiérarchie dans les interventions régulatrices qui produisent un meilleur état de santé. Hiérarchie dans le temps d'abord, au niveau d'une véritable politique de prévention de la maladie, par secteurs ensuite, s'il s'avère que tel ou tel facteur d'environnement négatif du point de vue de la santé peut être combattu plus efficacement, économiquement parlant, par une approche autre que celle de la médecine.

4. Les limites de la médecine

Une distinction entre limites endogènes et exogènes de la médecine peut être utile à ce stade de notre développement. En tant que science et pratique, la médecine a subi durant des siècles une contrainte endogène fondamentale: celle de l'ignorance. Consciente de cette situation, la médecine sous l'impulsion d'Hippocrate, s'est imposée dans sa pratique un code moral, une déontologie médicale aussi stricts que possible.

Aujourd'hui, me semble-t-il, surtout en raison du progrès prodigieux de la médecine et des sciences expérimentales qui lui sont liées, une transformation profonde de la situation s'annonce. L'époque des limitations endogènes cède le pas à celle où des contraintes

exogènes prédominent. Elles sont essentiellement de nature économique et sociale; la contrainte économique majeure étant d'ordre budgétaire. Les contraintes d'origine sociale viennent de l'organisation même de nos sociétés actuelles et paradoxalement, c'est précisément cette organisation qui a été favorable au progrès de la médecine.

Or, dès que l'on prend en considération l'environnement de la médecine, il faut élargir par la même occasion la définition sectorielle des activités qui relèvent de l'effort sanitaire.

Cette nouvelle constellation implique que l'on puisse apprécier les relations d'utilité qui existent entre les services sanitaires produits et ceux que l'on ne produira pas, faute de moyens; elle implique aussi que l'on alloue les ressources disponibles – dans une perspective d'optimisation – par le biais de la médecine curative traditionnelle, d'une part, par celui de la médecine préventive, d'autre part, et enfin par l'action sur un quelconque point de l'environnement général des individus et des collectifs qui est susceptible d'entraver l'état de santé. Dans cette perspective globale, la notion même d'efficacité devient singulièrement plus complexe. Elle cesse d'être liée à la seule idée de rendement d'une activité économique particulière; celle de la médecine.

Partant de cet élargissement de la notion d'efficacité, il convient de distinguer un certain nombre de paliers d'efficacité. Distinguons ici pour simplifier entre l'efficacité de la médecine proprement dite, y compris la médecine préventive et celle des efforts fournis dans le domaine de l'hygiène en général, pour opposer ces deux types d'efficacité aux influences de l'ensemble de l'économie et de l'ordre social dans leurs relations avec l'état de santé des populations.

5. Une conception graduelle de la notion d'efficacité

Il y aurait donc un premier palier, celui de la médecine au sens large, où le problème de l'efficacité reviendrait à juger le rendement de la production de services médicaux et l'équité de leur distribution, cela par rapport à un certain nombre de contraintes endogènes et exogènes, telles que l'état d'avancement de la science médicale et les ressources mises à sa disposition. Comprise ainsi la notion d'efficacité se limite conceptuellement parlant à la capacité de rendement de la médecine dans le sens d'une amélioration du rapport entre des résultats partiels obtenus et les moyens mis en œuvre.

S'agissant de la médecine et à travers elle de l'état de santé, cette manière statique de concevoir l'efficacité n'est guère satisfaisante. Nos civilisations avancées se distinguent en effet précisément par le fait qu'elles dimensionnent les moyens qu'elles mettent en œuvre pour promouvoir l'état de santé de leurs populations de manière dynamique et évolutive. La contrainte budgétaire ne saurait donc être prise pour un paramètre fixe, posé une fois pour toutes.

Il est peut-être utile d'éclairer le fond de cette problématique à l'aide d'un exemple. On entend prôner assez

souvent, dans les discussions concernant l'amélioration de l'efficacité du système sanitaire, la formule des soins à domicile qui permettent d'augmenter l'efficacité du traitement hospitalier, compte tenu des dotations budgétaires, par l'écourtement des durées d'hospitalisation. Jusqu'à ce stade, on peut parfaitement suivre le raisonnement, car il est évident que si l'on augmente le nombre de malades traités dans un hôpital, avec un équipement identique et un personnel stable, on augmente le rendement des établissements hospitaliers en question.

Pour pouvoir parler, en termes de gains, d'efficacité pour l'ensemble du système sanitaire, il faut cependant encore considérer les dépenses supplémentaires qu'entraînent les soins à domicile sur le plan du traitement ambulatoire, personnel infirmier compris. Une fois ces frais directement liés à la formule de l'hospitalisation à domicile pris en considération, peut-on se satisfaire de l'analyse et décréter sur la base du résultat comptable obtenu que l'efficacité du système sanitaire s'en trouve amélioré? Nous ne le pensons pas, car une telle analyse compare en termes de bénéfices des situations de coûts qui ne sont pas sans autre comparables.

Expliquons-nous: il est en effet probable qu'un tel changement dans la technologie des soins fasse apparaître des bénéfices fictifs; cela dans la mesure où un certain nombre de coûts encourus par l'économie dans son ensemble disparaissent des comptabilités du seul fait que des activités rémunérées cèdent le pas à des activités non rémunérées mais néanmoins réelles. Dans le cas particulier, on demande en effet au cadre familial de prendre en charge un certain nombre de soins aux malades et les membres de la famille qui sont sollicités par cet effort n'obtiennent aucune contrepartie pour leur effort. C'est donc économiquement parlant, et si j'ose utiliser cette terminologie, un passage d'une économie fondée sur la division du travail et la rémunération vers un type de production «do-it-yourself» dans le cadre d'un tronc familial. Ce passage fait naître un certain nombre de coûts supplémentaires qu'il convient d'avouer franchement. Premièrement, il y a un risque que la qualité des soins aux malades ne soit inférieure par rapport aux soins prodigués par les spécialistes dans un milieu hospitalier. Citons parmi les raisons d'une éventuelle détérioration de la qualité, le manque d'expérience professionnelle et de savoir-faire de ceux qui doivent assumer le rôle de soignants et l'inadaptation, par exemple, des logements des intéressés.

Un autre élément de coût, non négligeable bien que plus difficilement décelable, découle de la mobilisation de l'entourage familial qui doit consentir à une réduction de son temps de loisir et qui se voit exposé à un certain nombre de désagréments par la confrontation, à laquelle il n'est pas préparé psychologiquement, avec la maladie et la mort.

Ce type de coûts, qualifié par la terminologie économique de coûts sociaux, représente une réalité qu'il n'est pas permis d'ignorer. Dans une société ou une civilisation comme la nôtre, qui manifeste des ten-

dances aussi prononcées à la ségrégation des personnes âgées, il n'est pas étonnant de constater une tendance très forte à l'évacuation des malades du cadre familial. Il est permis de se demander devant ce fait, si la perception de ce coût social n'est pas très différente selon que l'on se place au niveau de la cellule familiale sollicitée ou dans le cadre abstrait d'une analyse économique. N'y aurait-il pas là une explication plausible de l'énorme investissement auquel consentent les collectivités en matière de construction et d'exploitation d'établissements hospitaliers?

Si, collectivement, le coût social d'une prise en charge par les familles d'une partie des soins apparaît supérieur aux dépenses engendrées par les soins prodigués en milieu hospitalier, la formule de l'hospitalisation à domicile risque d'être condamnée à l'échec dans la durée.

Pour les besoins de la démonstration, les coûts sociaux liés à l'hospitalisation à domicile ont été isolés des incontestables bénéfices sociaux qui en résultent pour les malades. Afin de les révéler matériellement à l'entourage des malades, on peut sérieusement se poser la question s'il ne serait pas judicieux d'imaginer un système d'indemnités destinées à compenser les familles qui s'occupent elles-mêmes activement de leurs malades.

Le deuxième palier, évoqué plus haut, qu'il convient d'intégrer dans une analyse de l'efficacité du système sanitaire, se situe à la charnière entre la médecine proprement dite et les activités et services relevant de l'hygiène au sens large. Dans une perspective d'efficacité d'un système sanitaire, le recours à des services sophistiqués qui impliquent une formation professionnelle onéreuse et un équipement important ne devrait avoir lieu que lorsque des technologies moins onéreuses ne peuvent plus entrer en ligne de compte. La relation étroite entre l'état de santé, les activités récréatives et les mesures d'hygiène générales sont suffisamment connues pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister.

Il faut cependant poser le problème de la compatibilité de certaines activités récréatives et de certains services relevant statistiquement de l'hygiène avec l'état de santé de la population. On peut citer ici la pratique de certains sports populaires violents, ou pratiqués avec violence, tels l'automobile ou le ski ou encore l'utilisation d'articles d'hygiène ou d'aliments qui peuvent constituer un danger pour l'état de santé des consommateurs.

C'est dire combien le maniement du concept d'efficacité est délicat et complexe, s'il est pris au sens large. Il existe en effet dans la sphère même de ce qui est qualifié d'hygiène, des contre-indications à l'état de santé. Elles sont suffisamment nombreuses et interdépendantes pour que nous soyons amenés à remonter encore d'un cran dans notre échelle de référence. On en arrive à examiner les incompatibilités qui existent entre les mesures d'hygiène au sens large, y compris donc la médecine, et l'ensemble des autres manifesta-

tions de notre civilisation tant sur le plan économique que social.

Un système sanitaire qui restaure «efficacement» l'état de santé, mais qui est largement affecté par des déséquilibres en relation directe avec des éléments pathogènes dus à l'environnement général des individus et des collectivités, ne mérite en effet guère le qualificatif d'efficace. Or, l'environnement général de nos sociétés contemporaines semble être suffisamment pathogène pour que l'efficacité du système sanitaire, mesuré en termes de coûts et bénéfiques, accuse une fonction constamment décroissante en relation avec l'évolution du produit national brut. Certes, il convient de prendre ces données avec les précautions qui s'imposent. Les indicateurs de santé, utilisés dans ce domaine, reposent lourdement sur l'évolution de l'espérance de vie moyenne des adultes dont l'évolution connaît des limites évidentes et naturelles. D'un autre côté, on introduit dans les indices de santé un certain nombre de données psycho-sociales dont on n'est jamais très sûr qu'elles fassent encore l'objet d'une définition de l'état de santé suffisamment restreinte.

Mais partant des définitions larges de l'état de santé qui sont aujourd'hui communément acceptées, et compte tenu de l'importance des affections psychosomatiques telles qu'elles sont relevées, par exemple, par l'usage de produits psychotropes, considérant enfin l'importance que l'on accorde aux phénomènes regroupés sous l'appellation commode de stress, il faut donner quelque crédit à ceux qui exigent que la compréhension des influences sociales et psycho-sociales sur l'état de santé fassent partie intégrante de la théorie médicale d'aujourd'hui et de sa pratique de demain.

Economiquement parlant, il apparaît en tout cas exclu que l'on s'en tienne dans le domaine sanitaire à des définitions étroites de la notion d'efficacité. Les décisions d'allocation des ressources dans le domaine sanitaire et la réflexion sur leur efficacité doivent désormais partir de l'environnement économique et social général. Est-ce qu'un système sanitaire efficace ne serait pas un système qui accorderait une priorité certaine à l'aménagement d'un environnement général propice à l'amélioration de l'état de santé des populations et qui limiterait à un minimum les besoins de compensation qui sont du ressort de la médecine curative. Pour y arriver, il faudrait que la préoccupation de santé entrât en tant que critère général d'efficacité dans l'ensemble des processus de décision tant publics que privés.

Résumé

L'auteur, après avoir souligné le caractère interdisciplinaire qui sous-tend la notion d'efficacité dans le domaine de la santé, s'efforce de montrer l'évolution du concept d'efficacité selon le degré de désagrégation du système sanitaire qui est considéré.

Zusammenfassung

Der Begriff der Effizienz im Gesundheitswesen

Der Verfasser unterstreicht einleitend die Notwendigkeit, die Effizienz des Gesundheitswesens als interdisziplinäres Problem zu ver-

stehen. Er bemüht sich weiter, darzustellen, wie der Begriff der Effizienz sich erweitert, je nachdem wie die Grenzen des untersuchten Subsystems des Gesundheitswesens gezogen sind.

Summary

The notion of effectiveness in the health field

The author emphasizes the necessity of an interdisciplinary

approach in the field of exploring efficiency of the health system. He attempts to show how the notion of efficiency depends on the degree of aggregation of the considered components of the health system.