

Performances des systèmes de santé et satisfaction des populations

J. Vicari¹

Ce qui est sûr, au moins aux yeux d'un médecin ou d'un biologiste... c'est qu'on ne peut guère convaincre les hommes en s'adressant à leur seule raison.
J. Hamburger [5]

L'extension des besoins

Tenter de planifier la santé publique à partir des besoins apparaît d'emblée voué à l'échec. Ces besoins s'avèrent extensibles, peut-être à l'infini, et la recherche de leur satisfaction conduit vite à une situation paralysante pour l'action, du fait notamment des interférences entre la santé et l'environnement: revenus, instruction, conditions de logement, etc. C'est pourquoi aujourd'hui on peut énoncer et vérifier quatre paradoxes:

- plus les ressources du système de santé sont élevées, moins se vérifie la proportionnalité des efforts avec les résultats atteints (*loi* des rendements décroissants, ce qui suggère l'existence de seuils),
- plus la collectivité se persuade des progrès spectaculaires de la médecine, plus elle met en doute leur impact objectif [8],
- plus le médecin se trouve à même d'accroître l'état de santé d'une population, plus les facteurs de mode de vie semblent se détériorer [7],
- plus on cherche à approfondir l'efficacité comparée entre la médecine et les modes de vie, plus on découvre l'importance causale de ces derniers facteurs [3].

La chaîne de ces paradoxes est due au fait que la somme des actes individuels ne constitue pas la globalité des résultats collectifs; en effet, l'ensemble de ces paradoxes renvoie à l'éclatement des actions médicales dans l'espace et dans le temps. Les actions d'investigation diagnostique, de prescription pharmaceutique, d'acte chirurgical se situent toujours ici et maintenant. Nous préférons la visibilité immédiate des actions qui nous concernent, examen, médicament, opération plutôt qu'une performance générale qui ne serait lisible que sur le papier des ordinateurs.

Les indicateurs de santé

L'éclatement des actions médicales s'oppose à la nécessité pour le planificateur et le politicien de disposer d'un indicateur global de résultat pour évaluer les actions de santé les unes par rapport aux autres et non prises isolément. Cette opposition explique la multiplication des propositions d'indicateurs de santé

Pour la définition rationnelle d'une politique de santé, il est nécessaire d'évaluer les coûts et les bénéfices des diverses actions envisageables. A cause de l'intrication d'effets technico-physiques et socio-psychologiques, l'estimation des bénéfices est particulièrement difficile. L'analyse multicritère devrait apporter une aide importante dans ce domaine, et permettre aux populations de remplir le rôle qui est le leur dans ces décisions.

notamment dans le cadre plus général des indicateurs sociaux [11]. En effet, les indicateurs de santé traditionnels ont perdu leur signification: la «maturité» démographique qui semble atteinte dans plusieurs pays d'Europe se caractérise par une nouvelle égalité approximative des taux de mortalité et de natalité. Celui-là a rejoint et même dépassé celui-ci.

En Autriche, les deux taux s'égalisent à 13 ‰; en RFA, le taux de mortalité – 12 ‰ – dépasse de 2 ‰ le taux de natalité – 10 ‰. En Suisse, le taux de natalité – 12 ‰ – est encore de 3 ‰ supérieur à celui de mortalité – 9 ‰ [10]. Autrement dit, les espérances de vie devraient plafonner à un niveau à peu près constant.

Il ressort de cette situation nouvelle que l'influence de la médecine sur l'espérance de vie est quasiment nulle; de là à remettre en question la médecine il n'y a qu'un pas que beaucoup ont déjà franchi, dès qu'ils ont été confrontés au problème des allocations budgétaires à ressources données.

La rationalisation des choix budgétaires (RCB)

Fondée sur l'idée d'une nécessaire répartition des ressources rares entre la santé et les autres secteurs de développement de la société, l'approche RCB voudrait aider à l'établissement de priorités dans les actions à entreprendre. Le budget traditionnel, qui s'attache à décrire les dépenses ventilées exclusivement par catégorie comptable, est remplacé par un budget de programmes basé sur la finalité des dépenses. Cette méthode est appliquée depuis 1974 au Ministère français de la santé [1].

De l'avis même de ceux qui appliquent la RCB, il faut se montrer prudent dans l'établissement d'une relation de cause à effet entre les moyens d'une politique modifiant le seul système de santé et les objectifs à atteindre. Car, eu égard aux motivations parfois contradictoires des multiples agents intervenant dans le système, il n'est pas certain qu'on obtienne par là un meilleur contrôle de l'efficacité de la dépense, une

¹ Architecte FSAI-AGA, rue de Candolle 34, CH-1205 Genève.

claire articulation entre objectifs poursuivis, résultats atteints et moyens mis en œuvre.

L'efficacité spécifique d'une action médicale

Partir des actions de santé existantes, les évaluer, ne retenir que les actions favorables paraît pourtant la voie juste, capable de mettre un frein à l'explosion des coûts de santé. Sans vouloir résumer ici les travaux de A. Cochrane [2], je devrais cependant rappeler pour la compréhension de ce qui va suivre que Cochrane voudrait soumettre les activités médicales à l'épreuve des essais contrôlés pour établir l'influence mesurable de chacune d'entre elles sur le cours naturel de la maladie. L'application de ce critère d'efficacité devrait permettre des économies substantielles par abandon de thérapies inefficaces, limitations d'examen de diagnostic, nombre et durée des hospitalisations pour cas aigus, par la recherche du moindre coût pour mener à bien les actions réputées efficaces. Cependant, ce critère et cette méthode sont limités non seulement pour des raisons évidentes d'éthique médicale, mais aussi parce que les actions de santé ont simultanément des effets mesurables techniques et physiques et, par leur rôle de signe, des effets sociaux et psychologiques. Par exemple, le programme de vaccination contre la rubéole a été adopté en France malgré un mauvais classement coût-efficacité, les décideurs s'étant attachés dans ce cas à satisfaire une opinion publique particulièrement sensible aux risques que comporte cette maladie [12].

Tout se passe comme si, au cours de ces actions, s'opérait une pondération entre les effets technico-physiques et les effets socio-psychologiques, qui ont sans doute un rôle central par leur caractère gratifiant pour le malade, le médecin et les tiers. Cette pondération crée une situation de conflit en ce sens que le poids accordé à un type d'effets amène à sacrifier en partie les performances obtenues sur l'autre, à ressources données.

Nous vivons en Suisse un cas typique. Au début de 1976, les autorités ont décrété obligatoire le port par les automobilistes de la ceinture de sécurité, basant cette nouvelle disposition sur l'efficacité de la ceinture reconnue par de nombreux travaux d'épidémiologie des accidents de la route. En automne 1977, cette disposition a dû être levée, elle a fait place à une recommandation. Entre ces deux dates, une pondération s'est effectuée. L'action d'un objet (la ceinture) est, semble-t-il, beaucoup moins sécurisante subjectivement que la possibilité d'agir soi-même. Les critères de liberté individuelle et de risque personnel sont devenus déterminants. Notons que ce problème se présenterait tout autrement si les actions n'avaient des effets que d'un seul type; il n'y aurait alors conflit qu'au niveau de la répartition des ressources entre deux types d'action.

Si les effets technico-physiques sont univoques, choisir entre deux actions laissera perplexe le planificateur en situation de rareté de ressources. De plus, les effets socio-psychologiques ne sont pas homogènes; chaque

groupe socio-professionnel, ethnique, religieux, d'âge, composant la population aura une réaction différente à une action de santé programmée. Cet ensemble de réactions «correspond au fait que les relations de l'homme à la nature (au destin), à son entourage, aux objets, ne sont pas vécues sur un mode rationnel mais en partie magique» [4].

Le partage des responsabilités

L'effort convergent des analystes (de formation principalement économique et statistique) porté sur les études sectorielles pour l'aide à la décision dans le cadre de la RCB et l'effort des épidémiologistes, porté sur les contrôles d'efficacité d'actions de santé ont révélé ainsi l'aspect conflictuel d'une politique de santé non plus globale mais évaluant «sur le terrain» les coûts et les résultats des actions de santé.

La question posée est la suivante: *Dans quelles conditions une action de santé jugée efficace par le médecin au plan technico-physique doit-elle être inscrite par le planificateur au programme d'application à l'échelle de la population, compte tenu des effets socio-psychologiques différentiels qui peuvent être constatés? Est-ce au médecin, au planificateur ou à la population concernée qu'incombe la responsabilité du choix?*

Le thème de participation et santé a été beaucoup débattu ces dernières années, notamment à l'OMS [6]. Tout récemment, les consommateurs étaient invités à devenir des patients actifs qui n'hésitent pas à s'organiser pour faire valoir leurs intérêts de consommateurs de soins et d'assurances [13] face à «une sorte d'appropriation de la maladie par les médecins avec la complicité des autorités sanitaires et des caisses-maladie».

En fait, ce partage des responsabilités pour la santé et l'organisation des soins est d'autant plus souhaitable que tout se passe alors comme si l'on avait l'idée d'un critère implicite qui, dans les tâtonnements empiriques, dirige le processus de sélection des actions de santé. Le cas de la rubéole cité plus haut est manifeste. Or, aussi bien l'évolution des techniques que la rarefaction des ressources ne nous laissent pas le temps de procéder à une décantation entre les performances objectives et les satisfactions affectives. Il y a lieu de se donner les moyens de hâter le processus. Il apparaît dès lors évident, que si l'on veut évaluer les actions de santé non seulement avec des critères coût-performance mais performance-satisfaction, il faut élargir le débat et changer la méthode.

L'analyse multicritère

Ainsi peut-on considérer chaque action de santé comme un ensemble fonctionnel et interdépendant d'activités qui agissent comme stimuli pour une série d'effets attendus et inattendus. Cet ensemble fonctionnel peut être assimilé à une fonction d'impact associée à une certaine action. La méthode la plus efficace pour résoudre cette fonction est celle dite des critères multiples.

On définit une décision en présence de critères multiples en tentant de formuler les mécanismes logiques permettant de faire des choix dans l'ensemble des actions possibles en tenant compte de préférences nombreuses et d'objectifs agrégeables.

Il s'agit ensuite de définir une relation de surclassement ou de dominance, relation qui s'établit à partir d'indices de concordance ou de discordance. Cette procédure permet d'aboutir soit à un choix unique, à une sélection, à une répartition en plusieurs classes ordonnées, à un classement – restant ensuite à évaluer les effets en termes économiques – mais elle a pour particularité d'obliger l'analyste à une collaboration effective tant avec les médecins qu'avec les populations concernées, sinon il est impossible de définir et pondérer les critères. En l'absence de preuves démonstratives, ces populations pourront donner leur assentiment à des décisions par lesquelles elles jouent leur propre existence, à d'autant plus forte raison qu'elles auront mieux défini leur propre choix, pris conscience de leur identité et réalisé leur autonomie.

Il est intéressant de noter que, à l'échelle mondiale, l'OMS préconise l'établissement de listes de médicaments essentiels propres à chaque pays. L'absence d'un produit ne signifie pas qu'il soit inutile. L'existence d'une telle liste montre que, dans une situation donnée, les produits répertoriés sont plus aptes à satisfaire les besoins prioritaires [9].

Il est vraisemblable que l'analyse multicritère amène à la définition d'actions de santé fortement différenciées selon les groupes identifiés et propres à la situation du moment. Par cette méthode, il devient possible de prendre en compte l'éclatement dans l'espace et le temps des actions qui nous concernent.

Résumé

Le présent article constitue une introduction à un travail de recherche qui aurait pour objet de mettre au point une méthode permettant de définir une «meilleure politique de santé», jugée telle à la fois par les spécialistes et le public.

Partant de la constatation:

1. que l'approche traditionnelle consistant à rechercher une réponse aux besoins de santé conduit à une situation paralysante car les besoins s'avèrent extensibles,
2. que l'utilisation d'indicateurs de santé trop agrégés, trop généraux pour être opérationnels semble poser parfois plus de problèmes qu'elle n'en résout,
3. que la méthode de rationalisation des choix budgétaires (RCB) par confrontation des objectifs et des moyens laisse perplexé le planificateur en situation de rareté de ressources,
4. que deux actions produisant les mêmes performances au point de vue santé au sens strict peuvent provoquer une satisfaction très inégale dans la collectivité,
5. que le partage des responsabilités pour la santé est d'autant plus souhaitable qu'une grande partie des objectifs en matière de santé échappe à toute traduction quantitative,

on s'aperçoit qu'une politique purement rationnelle est inadéquate et qu'il faut prendre en compte une part d'irrationnel.

On ne peut attendre que la sagesse des nations mette au point de façon empirique des règles de performances objectives et de satisfactions affectives. En l'état actuel de nos connaissances, une méthode permettrait d'obtenir rapidement des résultats concrètement utilisables. Il s'agit de l'analyse multicritère dont l'application a pour particularité d'obliger à l'élargissement du débat pour la

définition des critères, leur pondération, leur répartition en classes ordonnées, restituant ainsi l'autonomie de la décision aux groupes directement intéressés.

Zusammenfassung

Leistungen der Gesundheitssysteme und Bedürfnisbefriedigung der Bevölkerungen

Der vorliegende Artikel ist eine Einleitung zu einer Forschungsarbeit zur Entwicklung einer Methode, um eine in den Augen der Spezialisten als auch der Öffentlichkeit «verbesserte Gesundheitspolitik» zu definieren.

Es wird von folgenden Feststellungen ausgegangen:

1. Die herkömmliche Art, nach Antworten auf die Gesundheitsbedürfnisse zu suchen, endet in einem Zustand der Lähmung, weil diese Bedürfnisse dehnbar sind.
2. Im Gesundheitswesen werden Richtlinien verwendet, die viel zu allgemein abgefasst sind, um als Handhaben in der Praxis zu dienen. Solche Richtlinien scheinen oft mehr Probleme zu schaffen als zu lösen.
3. Die Methode der Kosten-Nutzen-Analyse verwirrt den Planer, sobald er mit beschränkten Mitteln arbeiten muss.
4. Zwei verschiedene Tätigkeiten im Gesundheitswesen, aus denen dieselbe Leistung resultiert, können die Bevölkerung sehr unterschiedlich befriedigen.
5. Die Aufteilung der Verantwortlichkeiten für die Gesundheit ist um so wünschbarer, als die Ziele auf diesem Gebiet zu einem grossen Teil nicht quantitativ erfassbar sind.

Darauf gestützt kommt man zum Schluss, dass eine rein vernunftmässige Politik der Sache nicht angepasst ist und dass man eine irrationale Komponente einbeziehen muss.

Man kann nicht darauf warten, dass die Weisheit der Nationen auf empirischem Weg Richtlinien für objektive Leistung und gefühlsmässige Befriedigung hervorbringt. Nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse gibt es eine Methode, um rasch zu praktisch brauchbaren Resultaten zu kommen. Es ist die Multikriterien-Analyse. Ihre Anwendung zwingt zu einer gründlicheren Debatte über die Definition der Kriterien, über ihre Gewichtung und über ihre Einteilung in Klassen. So können die direkt interessierten Gruppen ihre Entscheidungsfreiheit zurückgewinnen.

Summary

Performance of health systems and the satisfaction of populations

This article is an introduction to research which will attempt to devise a method for defining what constitutes "better health policies" in the eyes of both specialists and the public.

The following observations are made:

1. The traditional approach of seeking an answer to health needs leads to paralysis since such needs are inexhaustible.
2. The use of health indicators that are overly compiled and too general to be operational sometimes seems to cause more problems than it solves.
3. The Planning Programming Budgeting System (PPBS) comparing objectives and means, confuses the planner who is confronted with a lack of resources.
4. Two actions producing the same performances from the standpoint of health in the strict sense of the term can lead to very different degrees of satisfaction among the population.
5. The sharing of responsibility in the area of health is all the more desirable since many health objectives cannot be quantitatively defined.

From this, it becomes clear that a purely rational policy is inadequate and that some account must be taken of the irrational.

We cannot wait for national wisdom to establish rules of objective performance and emotional satisfaction by trial and error. Given current knowledge, a method would make it possible to obtain rapid results for concrete application. It involves a multicriteria analysis—an analysis whose application necessarily broadens the discussion for defining the criteria, weighing and classifying them, thereby returning the autonomy of decision to the groups directly concerned.

Bibliographie

- [1] Chapelain, M.-T., Présentation de la RCB, Ministère de la santé – Cahier de Sociologie et de Démographie médicale, XV^e année No 2, avril-juin 1975, p. 43–45.

- [2] *Cochrane, A.*, L'inflation médicale, Adaptation française par A. Rougemont et E. Gubéran, Ed. Galilée (Paris 1977).
- [3] *Desplanques, G.*, La mortalité des adultes selon le milieu social (1955–1971), Les Collections de l'INSEE, Série Démographie et Emploi, No 44, avril 1976.
- [4] *D'Iribarne, Ph.*, A la recherche de politiques rationnelles de santé et de sécurité, Etudes VIII, 6, 728 (1969).
- [5] *Hamburger, J.*, L'homme et les hommes, Flammarion, (Paris 1976), p. 148.
- [6] *Newell, K. W.*, Participation et santé (OMS, Genève 1975).
- [7] *Nizard, A.*, et *Prioux, F.*, La mortalité départementale en France, Population, Nos 4, 5, 781–824 (1975).
- [8] OMS, Conseil exécutif, 51e session, Genève, Actes officiels, No 206, Partie I, p. 106 (1973).
- [9] OMS, Information, Vers une politique nationale des médicaments pour les pays en voie de développement, Genève, mai 1978, No 42.
- [10] ONU, Annuaire Statistique, 1976.
- [11] *Raymond, L.*, Vers de nouvelles mesures du niveau de santé des populations, Médecine et Hygiène, No 1182, Genève, février 1976.
- [12] *Rousseau, M.*, Le Programme Périnatalité, Etude – décision – gestion – contrôle, Cahier de Sociologie et de Démographie médicale, XVe année, No 2, p. 60–65.
- [13] Santé-maladie: quelles responsabilités, quels droits? Fédération romande des consommatrices (Genève), Journées d'information du 30 mai 1978 à Lausanne.

Mitteilungen/Communications

Enseignements de statistique en médecine, en épidémiologie et en biologie

L'UER de médecine de Kremlin Bicêtre de l'Université de Paris-Sud et le Centre d'enseignement de la statistique appliquée à la médecine et à la biologie (CESAM) de l'Institut de statistique des universités de Paris organisent chaque année divers enseignements de statistique destinés aux chercheurs, aux techniciens et aux étudiants en médecine, pharmacie et biologie, sous la direction du professeur *Daniel Schwartz*. Ces enseignements peuvent être suivis sur place, à Paris, ou par correspondance. Ils ne requièrent aucune connaissance mathématique préalable. Ils comprennent un enseignement de méthodologie statistique (de fin octobre à fin janvier) suivi de l'une ou l'autre de trois options: statistique appliquée à la recherche clinique, statistique appliquée à l'épidémiologie et statistique appliquée à la biologie (de mi-février à mi-juin). Pour tout renseignement, documentation et inscription, écrire au Secrétariat de statistique, avenue Paul Vaillant-Couturier 16 bis, 94800 Villejuif, France.

Vorbereitung auf das Alter

Vom 17. bis 20. März 1980 findet in Zürich ein *Internationales Seminar zu Fragen der Vorbereitung auf das Alter* statt. Als gemeinsame Organisatoren dieser deutschsprachigen Veranstaltung zeichnen die Schweizerische Stiftung Pro Senectute und das Pädagogische Institut (Fachbereich Sozialpädagogik) der Universität Zürich. Auskunft erteilt das Sekretariat ISVA 1980, Pro Senectute Kanton Zürich, Forchstrasse 145, CH-8032 Zürich, Telefon 01 55 42 55.

L'enfant et la télévision

«La télévision est, de plus en plus, devenue le médium de communication le plus important pour les enfants américains de tous les âges. Dans un foyer moyen des Etats-Unis, l'appareil de télévision est allumé plus de 27 heures par semaine et il a été estimé que les enfants de moins de 12 ans passent un quart à un tiers de leurs heures de veille à

regarder la télévision. Vu sa «présence massive», il y a peu de doute que la télévision imprègne de façon importante la vie du jeune enfant. Les recherches faites jusqu'ici indiquent que, au moment où l'enfant américain finit la «high school» (école secondaire supérieure), il ou elle a passé plus d'heures à regarder la télévision qu'à recevoir une éducation formelle en classe.

Même s'il n'y a pas de source complètement satisfaisante quant à ces chiffres, l'importance du phénomène est incontestable et impressionnante. Bolz, en 1977, rapporte que (aux Etats-Unis) la télévision a plus d'influence sur le développement social de l'enfant que n'importe quel autre aspect de sa vie, excepté sa mère».

Ce passage est tiré d'un article de M. L. Bryant et E. H. Grotberg, du Département de la santé, de l'éducation et du bien-être des Etats-Unis, paru dans le *Courrier* du Centre international de l'enfance (Château de Longchamp, 75016 Paris), vol. 29, No 2 (1979), p. 125. Ce numéro du *Courrier* est consacré au thème «L'enfant et l'information» et contient plusieurs articles sur les rapports entre l'enfant et la télévision, la radio, la presse écrite.

Spitalhygiène

Am 8./9. November 1979 findet in St.Gallen der diesjährige Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiène statt. Auskunft erteilt R. Mouron, Kantonsspital, CH-9007 St.Gallen.

Hygiène hospitalière

Le Congrès annuel 1979 de la Société suisse d'hygiène hospitalière aura lieu les 8 et 9 novembre 1979. S'informer auprès de M. R. Mouron, Hôpital cantonal, CH-9007 Saint-Gall.

Antibabypille und Rauchen

Die Schweizerische Gesellschaft für Familienplanung hat zuhänden der praktizierenden Ärzte neue Richtlinien für die Verschreibung der Antibabypille ausgearbeitet. Die heute allgemein verwendeten, höchstens 0,05 mg Östrogen enthaltenden Pillen

können bei der gesunden Frau bis zum 40. Altersjahr als eine sichere und im Vergleich zu anderen Verhütungsmitteln ungefährliche Methode angesehen werden.

Wie in den im Februar 1979 in der «Schweizerischen Ärztezeitung» publizierten Empfehlungen, sei aber nachdrücklich auf die grosse Bedeutung von zusätzlichen Risikofaktoren für Herz- und Gefässkrankungen (wie z. B. Rauchen, Alter über 35 bis 40 Jahre, Übergewicht) hingewiesen. *Rauchen* ist dabei bereits auch in der Altersgruppe von 15 bis 24 Jahren unter Pilleneinnahme als wichtigster zusätzlicher Risikofaktor anzusehen. So führt aufgrund neuerer Forschungsergebnisse gleichzeitiges Rauchen von mehr als 15 Zigaretten täglich mit steigendem *Alter* zum Beispiel zu einer drei- bis zwölffachen Erhöhung des Risikos, an einer Herz- oder Gefässkomplikation zu sterben. Die Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt zu erleiden, erhöht sich durch das Rauchen auf ein Zehnfaches.

Arbeitsmediziner in der BRD

(A+P) Nach Angaben der Landesärztekammern gab es am 31. Dezember 1978 insgesamt 12 179 Ärzte, die für eine betriebsärztliche Tätigkeit nach dem Arbeitssicherheitsgesetz in der BRD qualifiziert sind. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzahl der betriebsärztlich qualifizierten Ärzte um rund 3700 gestiegen, was einer Zunahme von etwa 43 % allein innerhalb eines Jahres entspricht.

Die Ärzte mit betriebsärztlicher Qualifikation gliedern sich wie folgt: 569 Ärzte mit Gebietsbezeichnung «Arbeitsmedizin», 2066 Ärzte mit der Zusatzbezeichnung «Betriebsmedizin» und 9544 Ärzte mit der arbeitsmedizinischen Fachkunde bzw. mit einer Bescheinigung über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 der Unfallverhütungsvorschrift «Betriebsärzte».

Innerhalb und ausserhalb der Schule

(SFA) Die Schule bildet auch in Schweden das Zentrum für die Gesundheitserziehung und insbesondere für die Alkohol-, Tabak- und Drogenziehung. Diese letztere unter-