

Gérard de Pouvourville

Soigner, classer, payer

Soigner, classer, payer : l'emprunt à Georges Perec est transparent, et sa transposition aux méthodes de financement de l'hôpital me paraît pertinente, du moins je pense pouvoir vous l'expliquer. Je vais dans un premier temps indiquer le problème qui se pose à l'économiste et aux payeurs des soins de santé compte tenu des caractéristiques de l'activité médicale. Pour ce faire, je vais remonter aux sources de l'analyse économique, ce qui nous éloigne des questions plus immédiates de financement, mais ce détour me paraît difficile à éviter. Je dirai ensuite comment ces problèmes ont été, sinon résolus, du moins gérés au cours du temps, pour vous présenter la solution actuelle qui a été retenue pour le financement des soins hospitaliers. Dans un dernier moment, je discuterai avec vous de la pertinence de ces solutions pour la psychiatrie et d'autres activités de soins.

Je reviens aux bases du raisonnement économique : l'allocation de ressources rares, autrement dit la nécessité de choisir entre des emplois concurrentiels de ces ressources de façon à « en obtenir » le maximum du point de vue du bien-être de la population. En ce qui concerne les dépenses de santé, il existe des moyens alternatifs d'améliorer la santé des individus ou d'une population, et l'économiste s'efforce de donner des règles pour choisir les moyens les plus productifs de santé. C'est sur cette base qu'est fondée l'éthique de la science économique.

Cependant, dans ce cadre, les activités qui ont pour finalité de restaurer ou d'améliorer la santé des individus posent problème. Les économistes considèrent que Kenneth Arrow, prix Nobel d'économie, a le premier théorisé en 1962 les problèmes posés par

Gérard de Pouvourville, directeur du Centre de recherche en économie et gestion appliquée à la santé INSERM-CNRS.

l'allocation des ressources pour les services de soins. Son argumentation est fondée sur l'observation des caractéristiques fondamentales de ces services. Il y a d'abord incertitude sur l'apparition de la maladie. Cette incertitude va justifier que le financement des dépenses de soins passe par la mise en place de mécanismes d'assurance. Cela a une conséquence pratique immédiate : celle de l'introduction d'un troisième acteur, entre le malade et le médecin, le malade et les services de santé. Il y a aussi une incertitude sur l'efficacité des traitements qui se double d'une asymétrie d'information, d'une part entre les professionnels qui détiennent le savoir-diagnostiquer et le savoir-soigner, savoir de plus en plus complexe, de plus en plus spécialisé, qui s'acquiert au cours de longues années mêlant formation théorique et pratique, et d'autre part entre le malade et l'assureur. La régulation de cette asymétrie d'information a été par le passé principalement assurée par les organisations professionnelles qui, en contrepartie du pouvoir lié à leur monopole de l'expertise, s'engagent sur des règles déontologiques et une éthique de service.

Pour Kenneth Arrow, ces deux caractéristiques des services de santé – incertitude et asymétrie d'information – interdisent que l'allocation des ressources au sein des systèmes de soins soit assurée par un marché privé concurrentiel classique. Kenneth Arrow évoque aussi d'autres problèmes, mais je vais rester sur cette question d'une information imparfaite, car elle est au cœur des débats sur le financement des services de santé.

Pour les économistes, l'existence d'incertitudes et d'une asymétrie d'information au cœur de relations économiques signifie la possibilité pour les différents acteurs d'adopter des comportements « opportunistes », d'exploiter l'ignorance de l'autre pour poursuivre des fins personnelles, généralement d'enrichissement personnel. Dans le cadre des services de santé, ces comportements sont compliqués par la présence de trois acteurs : le malade, le professionnel, l'assureur. Le malade peut cacher à l'assureur son état de santé pour obtenir des primes plus avantageuses. L'assureur peut lui-même exploiter une meilleure connaissance statistique des risques pour, à l'opposé, faire payer plus cher que requis. Le professionnel de santé peut exploiter son expertise pour faire payer plus cher que nécessaire le malade, et donc *a fortiori* l'assureur. En cela, il exploite aussi le fait que, pour le malade, la santé est un « bien supérieur », un état que

les individus vont privilégier par-dessus tout, car il conditionne leur capacité d'agir et d'être. L'assureur peut craindre que le malade et le professionnel ne se coalisent pour obtenir plus de services qu'il ne serait requis. Attention, dans cette analyse, l'économiste dit non pas que les échanges entre ces acteurs se réduisent uniquement à une dimension économique, mais que l'on ne peut pas négliger que la dimension économique a un impact sur le comportement des acteurs, quelle que soit par ailleurs l'importance des règles déontologiques ou la dimension vocationnelle des professionnels de santé.

Lorsque le rôle de l'assureur est confié soit à l'État, soit à un organisme de protection sociale para-public, comme en France, porteur de l'intérêt général, la question qui se pose alors à cet assureur payeur, qui doit utiliser des ressources collectives prélevées sur la richesse nationale, est de savoir s'il utilise au mieux ces ressources rares. Car il pourrait les utiliser à d'autres fins, elles aussi productrices de bien-être et de santé. Lorsque les dépenses de santé sont collectivisées, leur emploi entre en concurrence avec d'autres domaines de l'action publique : l'éducation, la justice, la politique sociale, la sécurité, etc. Cela justifie donc qu'il y ait des politiques de maîtrise de ces dépenses. Or, les comportements « opportunistes » des acteurs peuvent venir contrecarrer cette maîtrise et, d'une certaine façon, détourner des ressources au service d'intérêts particuliers et au détriment d'autres intérêts généraux. Dans cette situation, la façon dont sont payés les services de santé, la participation des assurés à la prise en charge des soins (la fameuse responsabilisation des assurés) font partie des outils utilisés pour contrer ces comportements.

On peut dire que, dans un passé encore proche (jusqu'aux années 1980), les pouvoirs publics ont en réalité utilisé des outils très peu sophistiqués de maîtrise. À l'hôpital, il a fallu attendre la mise en place du budget global pour voir apparaître un rationnement *a priori* explicite des moyens mis à la disposition des services de santé. Pour la médecine de ville, l'équivalent d'un tel outil n'existe toujours pas en France. En fait, on payait *ex post* tout ce qui avait été dépensé, témoignant de la sorte d'une délégation de fait d'allocation des ressources aux services de santé. Eux seuls savaient ce qui était bon pour les patients, la collectivité devait assurer le financement des dépenses constatées. Dans le jargon des économistes, on appelle cela

des modes de paiement rétrospectifs : on paie la dépense une fois qu'elle est constatée.

Cette méthode est totalement inefficace si le payeur veut effectivement contrôler l'évolution des dépenses de santé, mais le fait qu'elle se soit maintenue si longtemps (et encore aujourd'hui pour la médecine de ville) témoignait, au cours des Trente glorieuses, d'une grande confiance collective dans les services de santé et dans leur efficacité, et de la légitimité d'une politique visant à rendre accessible à tous ces services. Au fond, en période de croissance forte et de construction d'une société moderne, personne ne se posait la question de la pertinence et de la légitimité des dépenses de santé.

Mais à partir du moment où le financement des dépenses de santé est apparu comme un problème économique majeur, faute d'une croissance assez soutenue, et parce qu'elles diminuaient la marge de manœuvre du gouvernement ou d'autres acteurs économiques pour d'autres dépenses collectives, ce consensus ne tint plus et les méthodes de paiement rétrospectif ont été progressivement abandonnées. Ce consensus sur la légitimité de la croissance des dépenses de santé a aussi été sérieusement ébranlé par l'émergence d'une critique croissante de l'efficacité des soins et des pratiques médicales : à titre d'exemple, se sont développés des travaux menés par des médecins de santé publique sur la variabilité non justifiée médicalement des pratiques médicales ; a été aussi mis en évidence le lien entre volume d'actes médicaux et chirurgicaux dits « électifs », c'est-à-dire pour lesquels il existe une latitude réelle du médecin en termes d'indications, et densité médicale.

C'est à partir de ce moment, qui coïncide aussi avec l'apparition de moyens techniques puissants de traitement de l'information (l'informatique), que se développent des travaux multiples avec pour objectif de réduire l'asymétrie d'information entre le payeur et les professionnels de santé : le payeur vise à observer les pratiques de façon à mieux les contrôler, à obtenir une variabilité acceptable ou, tout du moins, qui repose sur des bases objectives opposables aux professionnels.

C'est dans ce contexte que se sont développés aux États-Unis, à la fin des années 1970, des travaux visant à décrire l'activité de soins dans l'hôpital de court séjour, de façon à fonder le financement

des services sur une nomenclature de services standardisée. Il n'est pas anecdotique de savoir que la personne qui a été pionnière en cette matière, et qui est à l'origine de notre toute nouvelle tarification à l'activité, est un ingénieur de formation, spécialiste des méthodes de contrôle de la qualité dans l'industrie. Sa motivation initiale a été la suivante : il a voulu comprendre pourquoi, dans son pays, il existait des différences importantes de coût entre établissements hospitaliers pour traiter des problèmes de santé en apparence semblables : une appendicectomie, une prothèse de hanche, un accouchement. Il est parti de l'hypothèse qu'il existait en fait en médecine des processus relativement standardisés (il n'existe pas trente-six manières d'accoucher), et qu'il fallait trouver un moyen pour les objectiver, et ensuite en faire une base de paiement plus homogène. Cela allait introduire une vraie révolution dans les modes de financement des services : si son hypothèse était vraie, le payeur pouvait alors fixer un prix *a priori* pour ces prestations, et non pas *a posteriori*, de façon rétrospective ; c'était alors aux services de santé d'ajuster leurs pratiques au financement, et non l'inverse. Dans le jargon des économistes, on dit alors que l'on passe d'un financement rétrospectif, sur dépenses constatées, à un financement prospectif, qui permet au payeur de limiter son risque financier. Ces travaux ont alors débouché sur l'élaboration d'une classification de séjours hospitaliers, les Diagnosis Related Groups, parents de nos Groupes homogènes de malades mis en place dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Cette idée a une puissance de séduction extraordinaire pour le payeur. Si on est effectivement capable d'identifier des processus standardisés de soins pour la prise en charge des différents problèmes de santé, alors on est en mesure de mettre en place un système de paiement prospectif et de contrôler la qualité des soins. Ce système dispense même de se poser la question de l'efficacité finale des soins, en termes d'amélioration de l'état de santé des patients. Si l'outil reflète les pratiques dominantes, par voie de corollaire ce sont aussi celles qui sont reconnues par la profession comme étant efficaces. On a assisté alors à un véritable engouement pour ce double concept d'identification de processus de soins standardisés (avec une variabilité résiduelle acceptable) et de paiement prospectif, assez

souvent sans trop se poser la question de sa pertinence pour toutes les activités de soins.

En particulier, le concept marche particulièrement bien pour des épisodes de soins aigus, de préférence uniques dans le temps pour le patient, pour des pathologies somatiques pour lesquelles il existe de fait une référence dominante de traitement. Il est moins efficace dès lors qu'il est plus difficile de prévoir l'évolution du patient au cours du temps (exemple de la réanimation pour les pathologies aiguës), qu'il n'existe pas nécessairement de traitement de référence ou qu'il y a controverse sur les traitements possibles, qu'il y a maladie chronique et donc trajectoire complexe du malade dans le temps et dans l'espace. Par ailleurs, le modèle choisi conduit à une séparation analytique entre un processus technique de soins (on traite la maladie) et l'interaction entre le malade et l'équipe soignante, dont l'efficacité sera mesurée par des enquêtes de satisfaction. Or, lorsque cette interaction joue un rôle aussi, voire plus déterminant que les soins techniques dans la guérison, elle n'est pas objectivable de la même façon.

Cela a été reconnu en France pour la psychiatrie, pour laquelle les pouvoirs publics ont adopté une autre démarche, encore expérimentale et donc non généralisée pour le financement. Cette démarche vise à standardiser non pas une séquence complète de traitement, mais des « journées » standard dont le coût (et le tarif futur) dépend des caractéristiques des patients et des ressources observables mises en œuvre par les équipes soignantes, les Groupes homogènes de journées. On « standardise » des prestations journalières élémentaires, mais cette standardisation est fondée sur des pratiques observées dans un échantillon d'établissements auxquels il est demandé de recenser de façon exhaustive l'ensemble des actes de soins réalisés au cours d'une journée. Ce faisant, on perd de vue l'intérêt essentiel du modèle initial, qui était de définir une prestation globale (le séjour) pour laquelle on pouvait faire l'hypothèse qu'à l'issue du séjour le but visé – l'amélioration de la santé du patient – était atteint. D'un autre côté, ce modèle est plus adapté à des prises en charge pour lesquelles la prévisibilité de l'évolution de l'état de santé du patient est plus incertaine.

Classer, soigner, payer : j'espère avoir justifié le titre de mon intervention. Ce qui me paraît intéressant dans la discussion qui va suivre, c'est la pertinence de ce modèle pour la psychiatrie hospitalière. En effet, vous l'avez compris, cette démarche repose fortement sur l'hypothèse qu'il existe des prises en charge standardisées dont on peut évaluer l'efficacité, et sur lesquelles on peut donc fonder un paiement prospectif limitant la variabilité des pratiques. La question centrale est donc celle de l'existence de ces pratiques en psychiatrie, avec, par voie de corollaire, une deuxième question si ces standards n'existent pas : est-ce parce que les psychiatres sont réticents à élaborer de tels standards, qu'il existe de fortes controverses sur les schémas de traitement ? Ou bien est-ce parce que la maladie mentale ne se prête pas à ce type de codification des pratiques et que, par ailleurs, la dimension de l'interaction patient-soignant est trop prégnante dans l'efficacité des soins pour être capturée par ce type de démarche ?