



Coût, efficacité, efficacité des concepts économiques dans le domaine de la santé

Dominique TONNEAU, professeur à l'École des Mines de Paris, ingénieur de recherche au Centre de Gestion Scientifique, PARIS

Coût, efficacité, efficacité sont des termes empruntés au domaine économique, et qui ne sont pas synonymes les uns des autres, même s'ils renvoient à des préoccupations voisines. Il n'est donc peut-être pas inutile de clarifier les concepts utilisés, et d'examiner en quoi ils peuvent être appliqués à l'hôpital, ou plus exactement, comment ils se sont appliqués progressivement au domaine de la santé. En réalité, les trois préoccupations ne se succèdent pas l'une à l'autre, elles se complètent plutôt, ou plus exactement se superposent. On est passé successivement de la notion de soin effectif (bien soigner, mettre en œuvre les techniques performantes de diagnostic et de thérapeutique), à celle de soin économe (choisir entre plusieurs méthodes celle qui consomme le moins de ressources, de façon à maximiser l'usage fait d'un volume de ressources donné), puis à celle d'efficacité au sens économique (c'est-à-dire d'un arbitrage entre usages alternatifs de ressources rares), en gardant à chaque fois les exigences du stade précédent.

Les trois dernières décennies attestent de cette évolution, au cours de laquelle les attitudes de la société sont devenues de plus en plus exigeantes par rapport à l'hôpital :

- de 1965 à 1975, l'hôpital est en pleine phase d'expansion, et de médicalisation. On s'intéresse alors aux questions de coût pour savoir si les moyens mis à sa disposition sont suffisants. Il s'agit avant tout d'atteindre un niveau performant de qualité des soins, de maîtriser la technique, d'être efficace au sens le plus banal du terme.

- entre 1975 et 1985, l'hôpital met davantage l'accent sur la spécialisation des différentes disciplines, et cherche à étoffer son plateau technique. En même temps, compte tenu des investissements financiers que cela représente, les tutelles commencent à mettre en avant des exigences de bonne gestion, et cherchent à vérifier que les performances techniques auxquelles parvient l'hôpital sont atteintes au meilleur coût. Elles mettent en avant le concept d'efficacité.

- depuis 1985, et jusque 1995, les contraintes financières qui pèsent sur l'hôpital se sont notablement renforcées. Les restrictions budgétaires (dotation globale de fonctionnement, taux directeur, gel des emplois), la recherche d'indicateurs plus médicalisés pour mieux refléter la réalité hospitalière, la mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins, ont pour but de parvenir à un système efficace au sens économique, c'est-à-dire de bien cerner la place de l'hôpital dans l'ensemble du système de santé.

De plus en plus, un vocabulaire d'origine économique envahit l'univers hospitalier. Les termes de coût, efficacité, efficacité, voire productivité et rentabilité sont utilisés, certains y voyant un moyen de dynamiser le système et de lui faire prendre conscience des nouveaux enjeux dans lesquels il se situe, d'autres au contraire s'inquiétant de ce qu'ils considèrent comme une dérive des finalités de soins.

Cet article se propose de revenir sur les problèmes méthodologiques que soulèvent ces concepts, et d'examiner quelle peut être la place de ces concepts dans le domaine de la santé. Et il faut en premier lieu revenir sur les difficultés de l'évaluation des coûts.

L'ÉVALUATION DES COÛTS

Les coûts sont au cœur des analyses économiques et de gestion, chacun en entend parler à propos de toute décision ou presque. Et chacun pense pouvoir mesurer un coût sans problème, du moment que toutes les données sont disponibles : il suffirait ainsi de connaître les ingrédients du bien dont on veut mesurer le coût, les quantités consommées de chacun de ces ingrédients, et les prix unitaires d'achat. Certes, mais on se heurte à des difficultés méthodologiques que nul progrès informatique ne peut malheureusement résoudre.

Le premier problème, c'est le recensement des facteurs de coût. Est-il vraiment possible de dresser une liste exhaustive et dans laquelle chacun se reconnaisse ? En fait, non. Par exemple, le coût d'un examen de scanner devrait comprendre non seulement les dépenses directes induites par le fonctionnement de l'appareil, mais aussi la journée immobilisée du malade, et surtout le gain dans la rapidité et la pertinence de la thérapeutique qui découle des résultats de l'examen et qui permettent de le remettre plus vite sur pied. Mais comment appréhender tous ces derniers facteurs ? Ne pouvant le faire sans poser d'innombrables hypothèses, toutes aussi invérifiables les unes que les autres, on préfère souvent faire l'impasse.

Le deuxième problème concerne la mesure des quantités consommées de chacun des biens entrant dans la composition du bien ou du service dont on veut mesurer le coût. Les consommations directes ne posent pas trop de problèmes (par exemple la quantité de médicaments consommée par un malade). Mais comment affecter à chaque malade le temps de médecin, ou d'infirmière qu'il a consommé ? Et que dire de la ventilation des personnels administratifs ou logistiques, ou

de celle du prix des investissements qui ont été utilisés au cours des soins prodigués ? C'est le rôle de la comptabilité analytique que d'opérer ces ventilations, mais on voit que, malgré sa précision apparente, ce calcul est empreint de conventions, qui certes ne sont pas arbitraires, mais restent des conventions, et comme telles susceptibles d'interprétations diverses.

Enfin le troisième problème concerne celui des prix auxquels sont valorisés les différents constituants de notre bien. Les achats à l'extérieur sont valorisés au prix payé. Mais la valeur des produits intermédiaires (par exemple un examen d'imagerie, ou un repas) est elle-même issue de la comptabilité analytique, et comme telle, dépend des conventions en vigueur. Enfin, la consommation de produits pris dans un stock indifférencié (draps, ou pansements), et achetés à des prix différents, impose de se fixer des règles de comptabilité donnant des principes de valorisation ; mais ici encore on voit que l'on aura une représentation comptable, qui n'a le cas échéant que peu de rapport avec la réalité physique.

DÉFINITIONS ET USAGES DES COÛTS

Le coût ainsi calculé correspond en fait à un prix de revient complet d'un bien produit par l'entreprise, qu'il s'agisse du prix de revient complet d'une voiture automobile, d'une journée de médecine, ou d'un séjour dans un GHM donné. Mais les économistes font valoir que ce calcul en prix de revient complet ne peut s'effectuer qu'a posteriori. Pour affecter à un examen de scanner une quote-part de la dépense d'investissement, il faut faire des hypothèses sur le nombre total d'examen que l'appareil pourra effectuer au cours de sa durée de vie. Le même examen aura donc un coût différent selon l'usage plus ou moins intensif de l'appareil.

C'est pourquoi ils préfèrent utiliser le concept de coût marginal, qui correspond en fait aux dépenses supplémentaires effectivement mises en jeu pour la production d'une unité supplémentaire du produit. On ne compterait alors que les consommations supplémentaires et éventuellement l'usure plus rapide de l'appareil. Bien entendu, avec ce genre de raisonnement, le premier examen devrait se voir facturer non seulement l'examen, mais aussi le coût du scanner, de la salle, et pourquoi pas le salaire de tous les personnels concourant à l'examen. Chaque examen aurait un coût différent.

Par ailleurs, les économistes s'étonnent que les montants des sommes dépensées par l'entreprise pour ses différentes activités à des dates différentes, soient toutes exprimées dans l'unité monétaire du moment, autrement dit que l'on puisse ajouter des montants en francs 1980 à des montants en francs 1990, par exemple. Ils préfèrent prendre acte de ce qu'un acteur économique a en général une préférence assez nette pour disposer d'une somme tout de suite, plutôt que dans un an, sauf à espérer alors un petit surplus. C'est sur cette base qu'a été édifée la théorie de l'actualisation, qui permet justement de rendre équivalents et donc de comparer des montants disponibles à des dates différentes.

Enfin, il faudrait comparer ce qui se passe si un rendez-vous de scanner est donné à un malade ou non. Si oui, sera-t-il l'objet d'un diagnostic plus rapide, d'une thérapeutique plus adaptée, et en définitive d'une guérison plus rapide ? Et si non, quel usage sera fait de la case de rendez-vous ainsi libérée : un autre malade prend-il la place, plus ou moins grave ? On voit donc que l'on cherche en fait à comparer deux situations, et que cette comparaison dépend forcément des limites que l'on fixe à l'univers examiné. Mais comment appréhender tous ces derniers facteurs ?

On voit donc sur ces quelques exemples que le concept de coût n'est pas unique, et que les problèmes méthodologiques que pose sa mesure restent entiers, et nécessitent une approche qui tienne compte de l'usage qui va en être fait. Coût complet, ou coût partiel, coût moyen ou coût marginal, coût pour quel observateur ? Autant de questions à se poser avant d'accepter la valeur annoncée. Cela dit, quelle que soit l'approche utilisée, on retombe toujours sur la notion de coût, et les développements qui suivent ne doivent pas laisser oublier toutes les conventions de calculs dont sont affectées ces mesures, qui restent ainsi contestables, selon les usages auxquels on veut les faire servir.

EFFICIENCE ET LOGIQUES PROFESSIONNELLES

La croissance globale des dépenses de santé dans le pays a conduit les responsables de la santé à chercher les moyens de réguler l'ensemble. Dans un premier temps, ils s'en sont remis aux gestionnaires hospitaliers pour adopter des organisations plus performantes, et réussir à effectuer des gains de productivité. Ils cherchaient en fait à parvenir à sélectionner les méthodes les plus efficaces, c'est-à-dire à vérifier que les performances techniques auxquelles parvient l'hôpital sont atteintes au meilleur coût. C'est le concept d'efficacité qui est alors mis en avant, c'est-à-dire le fait de bien faire, d'obtenir un résultat donné en y consacrant les moyens les plus ajustés possibles, ou inversement d'obtenir le résultat le plus performant à moyens donnés.

Cette politique a déjà porté un certain nombre de fruits. Il n'est pas niable que des gains fort importants de productivité ont été accomplis dans les établissements à la suite de la mise en place de la dotation budgétaire globale, et ceci notamment dans les services logistiques et techniques. Mais si les gestionnaires ont certes pu mettre en place des organisations plus économes, ils ont en fait cherché à garder pour leur établissement les gains de productivité ainsi effectués, et à acquérir les moyens de développer leur hôpital pour le maintenir à la pointe du progrès médical. Même la mise en place d'indicateurs de gestion dans les hôpitaux a dans certains cas favorisé la croissance de certains secteurs et donc celle des dépenses de santé. Plus généralement, cet exemple montre que la seule considération de l'efficacité peut s'avérer insuffisante pour réguler l'ensemble d'un système. Chacun des acteurs peut certes optimiser le secteur dont il a la charge, sans que le système global en sorte plus efficace.

Puisque l'appel à l'efficacité n'avait pas permis de ralentir la croissance des dépenses de santé, les tutelles décidèrent d'utiliser la contrainte externe, essentiellement de type financier (et budgétaire, avec le gel de création de nouveaux emplois pendant un temps), pour aboutir à l'efficacité que les économistes prônent, c'est-à-dire à un usage raisonné des ressources allouées au système de santé.

LA RECHERCHE DE L'EFFICACITÉ

La contrainte externe s'est d'abord exercée de façon assez brutale, avec une dotation globale indépendante de l'activité, et fonction d'un taux directeur national ; mais elle devrait s'assouplir avec l'introduction des résultats du PMSI, pour adapter les moyens des établissements à leur activité, représentée par un indicateur plus représentatif de la médicalisation. Parallèlement, les schémas régionaux d'organisation des soins ont pour mission de définir les rôles de chaque hôpital dans le système local de santé, et éviter les doubles emplois, ou les investissements sur-dimensionnés. L'idée sous-jacente est que, confrontés à cette contrainte, les acteurs du système de santé vont devoir s'ajuster, et déterminer les choix prioritaires qu'ils entendent faire, donc mettre en œuvre des schémas cohérents de leur développement.

Ceci suppose que les logiques professionnelles des différentes catégories d'acteurs vont s'effacer devant les impératifs de la contrainte externe, ou plus exactement, qu'ils vont intégrer ces contraintes dans la définition de leurs nouvelles stratégies. La contrainte a alors davantage un rôle d'incitatif que de carcan. Mais cette démarche nécessite de nouvelles informations entre les acteurs (c'est l'objet du PMSI), et de nouvelles règles de fonctionnement (d'où l'accent mis sur la définition de projets, sur leur articulation les uns avec les autres, et sur le développement de la gestion des ressources humaines à l'hôpital).

C'est donc autour du malade que doivent se coordonner tous les acteurs, pour faire un usage le plus efficace possible des ressources rares de la collectivité. Mais la confrontation de la contrainte économique de l'efficacité, et de la vocation des personnels de santé à dispenser des soins de qualité, ne peut-être résolue que par le respect d'un corpus de règles éthiques très fortes, et par la prise en compte de l'ensemble des intérêts des diverses composantes du système de santé. Ceci suppose une réflexion d'envergure, embrassant tout le champ concerné par les attentes de la société par rapport à ses soignants, et en liaison avec les autres champs où se déploient les mécanismes de la solidarité publique.