

**AVIS N° 101**

**Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier**

**Membres du Groupe de Travail**

Jean-Claude Ameisen  
Jean Bardet  
Sadek Béloucif (rapporteur)  
Claude Burlet  
Jean-Paul Caverni  
Christian de Rouffignac  
Chantal Deschamps  
Alain Fischer  
Alain Grimfeld  
Bernard Kanovitch  
Claude Kordon (rapporteur)  
Haïm Korsia  
Pierre Le Coz  
Denys Pellerin (membre jusqu'en 2004)  
Nicole Questiaux (membre jusqu'en 2004)  
Michel Roux  
Philippe Rouvillois (rapporteur)  
Maxime Seligmann  
Alain-Gérard Slama  
Mario Stasi

**Personnalités auditionnées**

- M. René Amalberti, Professeur au Val de Grâce, Directeur du Département de Sciences Cognitives, Institut de Médecine Aéronautique et de Service de Santé des Armées, Brétigny-sur-Orge
- M. Edouard Couty, alors Directeur de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (Ministère de la Santé)
- M. Philippe Domy, Directeur du Centre Hospitalo-universitaire d'Amiens
- M. Claude Evin, Fédération Hospitalière de France
- M. Gérard Goldfarb, Directeur Médical, Laboratoires Abbott France
- M. Didier Houssin, alors Directeur de la Politique Médicale, Assistance Publique, Hôpitaux de Paris
- M. Henri Parent, Directeur des ressources communes de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)

## PLAN

### Introduction

#### **1. Principes commandant l'évaluation du coût de la prise en charge hospitalière**

*Les missions de l'hôpital*

*Inégalités, dimension éthique et rentabilité*

#### **2. De la nécessaire prise en compte du problème dans sa globalité**

*Inclure les bénéfices, et pas seulement les coûts, dans le bilan de l'hôpital*

*L'incidence de l'innovation*

*Le médicament*

*Prévention, précaution*

#### **3. Du danger d'un instrument de mesure unique pour évaluer le rapport coût/bénéfice**

*Des critères de choix multiples*

*Renforcer l'efficacité et la cohérence des activités hospitalières par une évaluation permanente*

*Les plans du Ministère de la santé et les nouveaux instruments de cotation*

#### **4. Conclusions**

#### **5. Recommandations**

## Introduction

Les dépenses de santé ne cessent d'augmenter, les difficultés financières des hôpitaux et les réformes de s'accumuler, les décideurs de s'inquiéter. Dans ce contexte, Madame VAN LERBERGHE, alors Directrice Générale de l'Assistance Publique-Hopitaux de Paris, a souhaité que le CCNE se prononce sur les problèmes éthiques posés par la contrainte budgétaire en milieu hospitalier, notamment en matière d'arbitrage des traitements particulièrement coûteux ou des interventions très lourdes. Sur quels critères peut-on fonder une décision équitable lorsqu'il s'agit de choisir entre deux impératifs souvent contradictoires : préserver la santé d'un individu et gérer au mieux celle d'une communauté de personnes? Doit-on suivre une logique de santé solidaire mutualisée, ou affecter au mieux les fonds publics dans le sens d'un bien commun auquel chacun a droit ?

La légitimité économique des activités ayant pour finalité d'améliorer la santé publique se réfère nécessairement à une réflexion éthique qui, selon la formule d'Amartya Sen, doit «réencasterner l'économie dans la science morale». Cette contrainte implique que les indicateurs macroéconomiques ne puissent être définis indépendamment des contextes culturel, psychologique et éthique de leur champ d'application. Cette interdépendance est d'autant plus nécessaire que les pressions budgétaires qui s'exercent quotidiennement sur l'hôpital tendent à occulter la dimension éthique des arbitrages.

En outre on assiste depuis une vingtaine d'années à une tentation de « judicialiser » la relation entre le patient et le médecin. Celle ci peut interférer dans certains cas avec la prise de décision, puisque les tribunaux risquent de reconnaître l'existence d'une responsabilité là même où il n'y a aucune faute médicale au sens propre.

Le progrès médical s'accompagne aujourd'hui d'investissements et d'engagements financiers de plus en plus conséquents dans tous les champs de la médecine, d'où la nécessité d'une *gestion du soin*, avec ses contraintes destinées à rendre acceptable le coût de la protection. Il favorise également de *nouvelles attitudes* ; le contrat moral entre médecin et malade ne repose plus seulement sur

une simple *obligation de moyens*, mais évolue vers une *obligation de résultats* – laquelle, nécessairement plus coûteuse, impose une *rationalisation des dépenses* afin d'éviter un *rationnement effectif des soins*.

Cette tension (la santé a un coût, et ce coût impose des contraintes) peut mettre en péril les principes mêmes de la protection sociale. Ne pas tenir compte du caractère fini des ressources disponibles entraînerait forcément une restriction de l'accès aux soins qui serait aléatoire ou discriminatoire pour certaines populations de patients, avec des conséquences éthiques majeures.

L'exigence d'équité justifie donc des choix. Ces choix devraient être voulus plutôt que subis, qu'ils incombent de fait aux patients, aux familles, à l'hôpital ou aux décideurs publics. Nous retrouvons ici la dimension éthique des enjeux collectifs déjà envisagée par le CCNE dans son avis n° 57<sup>1</sup> qui mettait en garde contre les deux risques majeurs d'une limitation autoritaire des moyens financiers : déresponsabiliser l'ensemble des acteurs sociaux, et compromettre l'accès aux soins (en augmentant le temps d'attente, l'exclusion, les refus d'accueil...), deux écueils qui affectent d'abord les plus vulnérables : les décisions doivent refléter des priorités reconnues, pour ne pas se les laisser imposer par l'arbitraire d'indicateurs inadaptés.

Le CCNE reconnaît évidemment la légitimité d'un arbitrage dans le respect des contraintes budgétaires de l'Etat, mais il tient à souligner que cet arbitrage relève de *débats de société* ; il présente une *dimension politique*, et sa responsabilité ne saurait être laissée aux seuls acteurs hospitaliers, volontiers divergents dans leurs souhaits.

**Les principes fondamentaux et les enjeux éthiques des contraintes économiques et budgétaires en milieu hospitalier doivent donc faire l'objet d'un véritable débat au niveau de la société toute entière et des responsables politiques sur l'évaluation de la portée et des conséquences des différentes stratégies disponibles pour améliorer le rapport coût/efficacité du système hospitalier, à la lumière des missions qui lui sont assignées.**

---

<sup>1</sup> Avis 57 "Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs"

On ne peut pas se limiter à un *équilibre comptable qui ne tiendrait compte que du passif* (le coût des services) sans *les mettre en balance avec l'actif* qui en est la contrepartie (les bénéfices pour la collectivité, ou ceux éventuellement escomptés d'un nouveau mode de calcul) ; *on ne peut pas éviter non plus de prendre en compte les effets globaux*, y compris le cas échéant *les effets pervers* qui peuvent survenir, lorsqu'un critère déterminé privilégie trop un mode exclusif de mesures comptables censées conduire à une meilleure maîtrise des coûts hospitaliers<sup>2</sup>. A défaut, le système de santé français, dont la qualité était jusqu'ici incontestable et reconnue, risque de rencontrer des difficultés financières majeures.

Le CCNE ne cherche évidemment pas à promouvoir une vision angélique du problème de la contrainte budgétaire, mais tient à rappeler au contraire, qu'éthique et économie ne sont pas incompatibles. Il est urgent, mais il est aussi parfaitement possible de parler d'économie de façon éthique, comme le rappelle un rapport récent rédigé par des acteurs économiques<sup>3</sup>.

## **1. Principes commandant l'évaluation du coût de la prise en charge hospitalière**

Une définition précise des *objectifs du système de soins hospitaliers* doit servir de base à toute politique destinée à mieux en maîtriser les coûts. Ces objectifs sont en particulier :

- de prendre en charge toute affection qui ne peut faire l'objet de soins à domicile, quel qu'en soit le degré de gravité (et qui, dans cette logique, pousse à développer les alternatives à l'hospitalisation comme la chirurgie ambulatoire et le développement des soins palliatifs à domicile);

---

<sup>2</sup> Les auteurs d'une étude récente publiée par le Fonds Monétaire International («*What macroeconomists should know about Health Care Policy*») signalent également que le coût de la santé ne peut être traité à partir de la seule approche comptable. En effet, estiment-ils, la logique de marché ne lui est pas adaptée en raison du risque d'inflation lié à l'asymétrie entre l'offre de soins et de la demande des patients, qui nécessite un arbitrage de l'Etat (voir aussi «*Une approche comptable qui pénalise l'accès aux soins*», in «Le Monde-Economie», du 13 juin 2007.

<sup>3</sup> L'objectif «est de rendre compte des bonnes pratiques ... qui parviennent à concilier les critères de bonne gestion et de rentabilité avec des principes tels que l'équité et la solidarité» (Antoine Meyrieux, Rapport moral sur l'argent dans le monde, 13<sup>e</sup> édition, 2007)

- de contribuer à réduire les inégalités d'accès au système de santé qui pourraient relever de l'appartenance à une région, à une classe d'âge, à une catégorie socioprofessionnelle ou à une grande précarité ;
- de participer à une réinsertion effective des patients dans la société à la fin de leur période d'hospitalisation ;
- de concourir à améliorer les soins grâce à une démarche volontariste d'amélioration continue de la qualité.

### ***Les missions sociales de l'hôpital***

Au delà de sa mission fondamentale traditionnelle de soin et d'attention aux patients, qui inclut la prise en charge médicale, l'enseignement, la recherche et l'innovation thérapeutique, l'hôpital est investi d'un devoir d'aide et d'assistance sociale. Sans en être l'aspect le plus visible, cette aide est indispensable à la préservation du *lien social dans la cité*, au delà de l'obligation de *permanence des soins*, l'hôpital étant pratiquement le seul service public ouvert nuit et jour. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une politique de santé équitable doit non seulement combattre la maladie, mais aussi assurer à la population un minimum de bien-être et d'épanouissement. Or notre pays présente le paradoxe de faire bénéficier ses habitants d'une espérance de vie parmi les plus élevées au monde, mais de compter en même temps des inégalités très importantes au plan sanitaire; l'espérance de vie des personnes les plus défavorisées se rapproche en France de celle de certains pays du tiers monde<sup>4</sup>. Négliger la mission sociale de l'hôpital ferait courir le risque d'aggraver ces disparités socio-économiques. Ces considérations soulignent le rôle essentiel de l'hôpital dans la promotion de la solidarité nationale et le champ de l'action sociale; les contraintes correspondantes doivent donc être identifiées et mesurées indépendamment.

Les inégalités restent également très marquées en France en matière de morbidité: l'incidence de la tuberculose est cent fois supérieure chez les personnes socialement, culturellement et économiquement défavorisées; l'espérance de vie des personnes sans domicile est plus proche de celle de l'Afrique que de la moyenne

---

<sup>4</sup> "Manifeste contre la pauvreté" par Martin Hirsch et Jérôme Cordelier, Oh Editions, 2004, 180 p

française; la prise en charge des plus démunis laisse fortement à désirer - par exemple, les personnes atteintes de troubles psychiques, mais aussi les malades âgés, ne bénéficient pas toujours de soins d'accompagnement adéquats<sup>5</sup> :

- Les plus démunis cumulent les inconvénients d'une exposition maximale aux risques et d'un accès réduit aux soins. En effet ils subissent davantage que d'autres des pathologies liées à l'environnement et aux comportements déviants (comme une prévalence accrue des pathologies liées aux excès de consommation de tabac ou d'alcool), dont la prise en charge est moins "naturellement" organisée que pour d'autres maladies mieux acceptées socialement. Le faible remboursement des soins dentaires, auditifs et optiques traduit de longue date une politique de santé défavorable aux moins fortunés, comme si de tels soins relevaient du confort, voire du luxe.

- L'âge des personnes est souvent un motif pour renoncer à une réanimation ou différer une intervention. Pris en compte isolément, l'âge, est un élément bien trop réducteur pour pouvoir servir de critères de sélection. De multiples références scientifiques démontrent pourtant que l'âge en tant que tel n'est pas un facteur indépendant de pronostic défavorable ; bien au contraire des avantages notables peuvent être retirés d'une intervention rapide permettant de maintenir autonomie et mobilité des personnes âgées fragiles<sup>6</sup>.

Les retombées d'une discrimination qui ne dirait pas son nom sont particulièrement graves lorsqu'il s'agit de la mission d'accueil généralisé d'une population. Ainsi une même durée de séjour en service de pédiatrie ou dans un service d'urgence ne pèse pas le même "poids" pour un établissement de quartier aisé que pour celui d'une zone défavorisée. Tenter d'arbitrer entre eux peut poser

---

<sup>5</sup> Le paradoxe résidant dans le fait que les personnes âgées soient les seules à payer personnellement leur hospitalisation, lorsqu'elle est dite de "long séjour".....

<sup>6</sup> Paradoxalement une prothèse de hanche chez un nonagénaire peut lui apporter une espérance de vie de plusieurs années, et entraîner ainsi une économie en l'aidant à conserver une certaine autonomie, tandis qu'une immobilisation risque à l'inverse d'entraîner une coûteuse perte d'autonomie.

des cas de conscience insupportables.

Nous sommes donc bien dans le registre des inégalités *d'accès* aux soins, sans qu'on puisse faire l'économie de leur évaluation: les conséquences d'une absence de choix font toujours basculer la répartition des soins au détriment des plus vulnérables. C'est bien l'évolution que nous craignons actuellement; elle témoigne du caractère inéthique de l'absence de choix.

### ***Inégalités, dimension éthique et «rentabilité»***

Nous avons déjà mentionné la dimension éthique de la réflexion sur l'inégalité de l'accès aux soins. Mais que signifie être juste à l'égard d'un patient ? Est-il conforme à la justice de limiter les soins à une personne parce que le coût de sa prise en charge paraît trop élevé au regard des ressources disponibles ? Faut-il, le cas échéant, sacrifier le principe de l'égalité de tous face à la maladie afin de répartir plus équitablement les biens et services sanitaires ?

Deux types opposés de réponse existent habituellement : une réponse «égalitariste» (dite «déontologiste») *versus* une réponse «utilitariste»<sup>7</sup>, dite de justice distributive. L'évolution de nos sociétés, renforcée par la crise des dépenses de santé, traduit la montée en puissance de cette dernière conception «*utilitariste*» au détriment de l'idéal égalitariste (« à chacun selon ses besoins »).

Après le désastre de la seconde guerre mondiale, le droit international a codifié cette conception de la justice en faisant de la dignité une composante consubstantielle à la personne<sup>8</sup>. Cependant, le contexte actuel des dépenses de

---

<sup>7</sup> Dans la perspective « égalitariste » (inspirée de E. Kant), est juste l'action qui respecte la *dignité* de la personne humaine. Le concept de « dignité » désigne une valeur inconditionnelle, à la différence du « prix » qui qualifie une valeur relative à l'usage d'un bien ou à l'utilité d'un service. Dans cette conception égalitariste de la justice (que l'article 2 du code de déontologie médicale français a privilégié), chacun doit être soigné en fonction de ses besoins, sans égard à ses conditions d'existence, son âge, à sa position hiérarchique ou son degré de rentabilité sociale. Etrangère à l'apparence physique, à la santé psychique et somatique, la dignité a le sens d'une grandeur morale qui impose un devoir d'hospitalité inconditionnel. L'utilitarisme à l'inverse fait valoir l'exigence d'une distribution rationnelle des services de soin en fonction des besoins à l'échelle collective. De ce point de vue, être juste c'est être équitable. Par conséquent, il n'est pas nécessairement conforme au devoir de justice d'investir des sommes d'argent considérables sur un trop petit nombre de cas.

<sup>8</sup> Il n'est pas indifférent que dès sa première ligne, le Préambule de la Déclaration UNIVERSELLE des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 évoque «la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine».



santé semble nous obliger à pondérer cette éthique centrée sur la personne. Depuis quelques décennies, bien que le souci du respect de sa dignité demeure le fondement de l'éthique, on constate l'émergence de raisonnements donnant de plus en plus d'importance à la qualité de vie des populations, et privilégiant *l'équité* par rapport à *l'égalité* lorsque les deux valeurs ne peuvent être conciliées au motif qu'elle doit être respectée dans sa valeur inconditionnelle. Dans cette perspective, si la santé d'un homme n'a pas de *prix*, elle a évidemment un «*coût*».

On comprend ainsi que l'utilitarisme, «doctrine qui donne comme fondement à la morale l'utilité ou le principe du plus grand bonheur»<sup>9</sup>, n'est pas sans influencer les critères des décisions sanitaires; dans un contexte de ressources limitées, il pourrait conduire à des choix quelquefois tragiques (comme le déremboursement des prises en charge coûteuses à partir d'un certain âge, ou la décision d'investir pour des maladies fréquentes au détriment de maladies plus rares, etc.).

La confrontation entre ces deux courants de pensée et l'influence grandissante de la philosophie utilitariste dans notre société nous interroge : sommes-nous donc arrivés à un moment de notre histoire où il n'est plus permis au médecin de soigner en considérant aussi la personne dans son humanité ? Certes, la démarche utilitariste peut servir à mettre en relief les intérêts contradictoires qui traversent la société. Il reste que le principe utilitariste du "plus grand bonheur, pour le plus grand nombre" ne peut répondre aux exigences de justice s'il s'accomplit au prix d'un grand malheur pour un petit nombre. En pratique, la tension existante entre l'éthique personnaliste et l'éthique utilitariste revient à arbitrer entre deux exigences contradictoires : d'une part être performant dans un environnement concurrentiel, d'autre part assumer une mission de service public expressément confiée à l'hôpital par le code de santé publique. Les contraintes éthiques et économiques du système hospitalier, comme celles du cadre plus général de la démocratie, s'inscrivent précisément entre ces deux concepts apparemment inconciliables de «valeur inconditionnelle» de la personne et de «satisfaction du plus grand nombre».

Compte tenu de la dimension éthique de sa mission, la gestion de l'hôpital

---

<sup>9</sup> Mill J.-S., *L'utilitarisme* (trad. G. Tanesse), Flammarion « Champs », Paris, [1861], 1988, p. 48.

peut-elle, et doit-elle, être non seulement équitable mais aussi rentable ? De quoi parle-t-on d'ailleurs quand on parle de rentabilité de l'hôpital ? Elle ne peut être évaluée comme celle d'une entreprise où les coûts sont équilibrés par les recettes provenant de la vente de biens ou de services. Les clients de cette entreprise sont à la fois capables de les acheter à leur prix véritable, et libres de les acquérir ou non ; telle n'est manifestement pas la situation des usagers de l'hôpital. Serait-il par ailleurs éthique de privilégier les soins qui « rapportent », c'est-à-dire ceux dont le coût réel est inférieur aux recettes que procure leur tarification ? Les hôpitaux privés à but non lucratif, souvent cités en modèle de gestion, réalisent rarement des bénéfices substantiels.

L'hôpital ne commercialise pas véritablement ses services; certains d'entre eux, comme la préservation du "capital santé", ont une forte valeur ajoutée pour la société sans que celle-ci puisse pour autant être comptabilisée en termes de "revenus". Il est important de ce point de vue de ne pas considérer la valeur ajoutée de l'hôpital dans un temps trop court, sans tenir compte de l'échelle de temps qui permet d'apprécier son impact sur la préservation de la dignité de la personne.

Certaines maladies peuvent nécessiter la mise à disposition de traitements coûteux ou prolongés destinés à une seule personne ; mais comment rester équitable si la sélection de cette personne est fondée sur des critères implicites et met en péril l'accès aux soins des autres malades ? L'exemple de la mise à disposition des premiers traitements anti-sida est intéressant de ce point de vue. Confrontées à un déséquilibre massif entre les capacités de production limitées des laboratoires pharmaceutiques et le nombre élevé de patients passibles de ces thérapies, les associations de malades avaient proposé un recours en 1996 au tirage au sort. Cette méthode, malgré sa dureté, leur paraissait moins inhumaine, et donc moins « *inéthique* », que le recours à des considérations liées au stade de la maladie ou à la gravité de son retentissement sur les patients. La réflexion découlant de cette prise de conscience a contribué à faire monter la pression sur les pouvoirs publics et a abouti paradoxalement à multiplier les bénéficiaires des nouveaux traitements.

**Il faut donc définir des critères de choix acceptables à la fois par la société et par les malades, et ces critères ne peuvent prendre en compte la**

**seule «rentabilité». La préservation du bien commun «santé publique» ne peut pas être comptabilisée comme un «produit» ordinaire : elle est aussi la pierre angulaire d'un service public qui maintient un lien essentiel avec les citoyens ; pour la société, le bénéfice de ce lien est inestimable. Son coût n'est d'ailleurs pas aussi exorbitant qu'on le croit au regard de cette mission fondamentale.**

## **2. De la nécessaire prise en compte du problème dans sa globalité**

*Inclure les bénéfices, et pas seulement les coûts, dans le bilan de l'hôpital*

Le *coût des systèmes hospitaliers*, et des systèmes de santé en général doit donc être mis en regard des bénéfices qu'il procure à l'ensemble de la population, même si ces bénéfices ne sont pas toujours faciles à estimer en termes comptables. L'évaluation du coût d'un système de santé devrait par exemple tenir compte des coûts que représenteraient, *a contrario*, l'absence ou l'abandon partiel d'une stratégie de soins efficace pour tous: le «manque à gagner» entraîné par une telle situation (augmentation de la morbidité, de la mortalité et du taux d'invalidité, perte de main d'œuvre active, dépendance accrue des personnes...) pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une quantification au moins approximative. Des essais de chiffrage de ce «manque à gagner» subi par les pays ne disposant que de systèmes de santé rudimentaires suggèrent en effet que le coût réel par rapport au produit intérieur brut d'une politique se trouverait donc réduit à un niveau beaucoup plus acceptable si on en déduisait les dépenses que la société devrait assumer en son absence.

Dans le même sens, il est important de rappeler que les dépenses de santé correspondent aussi à des investissements qui présentent eux-mêmes une incidence positive sur l'activité économique (il ne s'agit pas de rentabilité au sens financier du terme) : la construction d'hôpitaux, la production de matériel médical ou de médicaments contribuent à la croissance et sont créatrices d'emplois. En conséquence, un examen global de l'activité hospitalière se doit de comparer les dépenses qu'elle engendre et l'ensemble des bénéfices directs et indirects qu'elle induit

Enfin, l'hôpital n'est qu'une des structures d'accueil des problèmes liés à la santé. Il n'en n'a pas le monopole. Il ne faut certainement pas donner le sentiment que l'hôpital peut, à lui seul, résoudre toutes les questions posées par la maladie. Il n'en est rien. L'hôpital est un maillon, une tête de réseau, certes essentielle, entre l'amont, c'est-à-dire le tissu des médecins généralistes, les dispensaires etc. , et l'aval constitué par les maisons de repos, de cure, l'hospitalisation à domicile, mais aussi les structures d'aide diverses, caritatives ou non. La dimension socio-économique de la maladie n'est jamais résolue par le seul hôpital; il peut seulement y contribuer.

Dégager des économies sans mettre en danger l'ensemble du système de santé requiert que les stratégies qu'on applique soient évaluées, non seulement du point de vue de leur incidence financière, mais aussi de leur impact global sur la qualité des soins et l'état de santé des populations concernées. Alors que des arguments tels que la situation sociale, l'environnement professionnel, les liens antérieurs du malade avec l'hôpital, sont quelquefois invoqués pour privilégier certains malades, à l'inverse l'âge et la précarité sociale représentent trop souvent des causes de discrimination. L'âge pris en compte isolément, est en particulier un élément bien trop réducteur pour pouvoir servir de critères de sélection.

### ***L'incidence de l'innovation***

*L'innovation scientifique* peut avoir des incidences financières ambiguës. Elle permet de réduire les durées d'hospitalisation, d'améliorer la qualité de la vie, et entraîne ainsi des économies. L'augmentation des coûts liée au progrès médical est évidemment la contrepartie de ces aspects positifs. De nouveaux traitements efficaces peuvent être très onéreux. Ainsi, l'utilisation des anticorps anti-TNF<sup>10</sup> permet d'améliorer l'état d'un grand nombre de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde; les antagonistes du VEGF<sup>11</sup> offrent de réelles perspectives thérapeutiques pour enrayer la dégénérescence maculaire liée à l'âge ; les traitements à base de protéines de substitution (indiquées dans une série de maladies enzymatiques héréditaires) sont encore plus onéreux et ne bénéficient qu'à

---

<sup>10</sup> Tumor Necrosis Factor

<sup>11</sup> Vascular Endothelial Growth Factor

un petit nombre de malades. Par contre, la course au meilleur traitement possible ne devrait pas entraîner la mise en œuvre, en dehors des essais thérapeutiques, de traitements récents et coûteux dont l'efficacité n'est pas avérée.

De nombreuses nouvelles techniques d'exploration accroissent la qualité du diagnostic mais aussi son coût. C'est ainsi que la radiologie a évolué au fur et à mesure de ses avancées technologiques, s'adjoignant de nouvelles méthodes comme l'échographie, puis la tomodensitométrie, puis la résonance magnétique nucléaire et la tomographie par émission de positrons (PetScan). Leur utilisation par le médecin peut conduire à un « empilement » d'examens médicaux n'obéissant pas nécessairement à une stratégie rationnelle basée sur leur complémentarité. La course au meilleur diagnostic possible peut aussi pousser malades et médecins vers des examens additionnels inutiles, tantôt pour conforter la tentation, même illusoire, d'une sécurité maximale, tantôt même pour « prouver », a contrario, que le patient est en bonne santé.

La promotion d'une médecine plus humaine et respectueuse de ses moyens doit donc interroger les dérives technologiques de ce « toujours plus ». Une meilleure connaissance des besoins et une meilleure évaluation sont indispensables pour maîtriser la dérive qui voudrait qu'une part excessive des moyens de l'hôpital finance une course technologique et médicamenteuse qui ne profitera jamais au plus grand nombre, car son coût en interdit la généralisation, d'autant plus que ce sont les plus favorisés qui profitent le plus du système. Les plus vulnérables, moins informés des potentialités techniques recourent moins à la course technologique. Le paradoxe est que la gratuité profite plus à ceux qui sont les plus aisés. La nécessaire réflexion collective sur ce thème doit contribuer à redéfinir les missions d'un grand hôpital, en évitant que l'innovation ne privilégie exclusivement les aspects biologiques de la médecine au détriment de ses autres dimensions.

Il est donc nécessaire d'améliorer la pertinence des actes thérapeutiques, c'est-à-dire de réduire autant que possible l'écart entre l'efficacité et la quantité des ressources mises en jeu. En effet, s'il existe à l'évidence des gaspillages, certaines thérapeutiques onéreuses n'en sont pas moins efficaces et utiles. Dans certains cas, une dépense initiale peut générer des économies substantielles lorsque l'évaluation

des coûts et des bénéfices est faite de manière globale, en “décloisonnant” les analyses au sein des services médicaux, ce qui est aussi un moyen d'améliorer la qualité des pratiques. On a ainsi pu montrer qu'une prise en charge efficace de la douleur après certaines interventions chirurgicales orthopédiques permet, au prix d'un surcoût initial restant modique, d'améliorer le pronostic fonctionnel à long terme et la “consommation” médicale et kinésithérapeutique secondaire.

Mais une adaptation insuffisante de l'offre de soins aux nouvelles possibilités thérapeutiques peut également nuire à son efficacité. Ainsi le manque de structures modernes et spécialisées des accidents vasculaires cérébraux, le faible nombre d'IRM (par rapport à d'autres pays européens) destinés à en faire le diagnostic précoce conduisent à un nombre élevé de patients dépendants, et donc à un bilan très lourd pour l'Assurance Maladie. Dans un autre registre, le faible développement de la chirurgie ambulatoire ou des soins à domicile en France par rapport à d'autres pays européens illustre bien la résistance française à ces ajustements, alors que la pertinence médicale de ce mode d'hospitalisation et les économies humaines et financières qu'elle permet de dégager sont évidentes.

Les services hospitaliers doivent donc apprendre à *rééquilibrer les dépenses liées à l'innovation* en rationalisant les coûts et en favorisant des méthodes de prise en charge plus économiques. L'estimation du rapport coût/bénéfice doit ainsi prendre la même importance dans l'esprit des praticiens que celle de la balance bénéfices/risques<sup>12</sup>.

### ***Le médicament***

Le prix d'un médicament hospitalier en situation de monopole est tout sauf transparent. Un laboratoire est souvent en mesure d'imposer ses prix à une commission qui certes peut discuter mais est contrainte généralement d'accepter l'exigence financière de celui-ci. Le payeur est sommé de payer. Certes la rareté d'une maladie donc l'utilisation thérapeutique d'un médicament adapté peut justifier de la part du laboratoire qui a mis en jeu des investissements importants un retour

---

<sup>12</sup> Voir par exemple : B. Grenier : “Justifier les décisions médicales et maîtriser les coûts”, 4<sup>e</sup> édition, 2006, Masson, Paris, 141 pages.

financier adapté à ceux-ci. Les lois du marché s'imposent toujours. Simplement, le payeur pourrait beaucoup plus argumenter sur la fixation du prix dans la mesure où il a le monopole de la demande.

En sens inverse, il est de pratique courante que dans certains cas, un médicament cher dans une pharmacie de ville soit à l'hôpital bradé pour encourager sa prescription ultérieure par le médecin généraliste. Ce dumping négatif sur les prix qui rend apparemment service aux finances hospitalières surcharge l'assurance maladie qui aurait intérêt à rembourser, en dehors de l'hôpital, des médicaments moins chers.

Enfin, il est étrange que les mêmes institutions encouragent parfois à la prise de brevets dont elles paient les redevances en même temps qu'elles en perçoivent les droits. Des études sur ce rapport bénéfices/dépenses mériteraient d'être encouragées. S'il n'est pas absurde qu'une grande institution comme l'AP-HP, par son pôle recherche, reçoive des redevances des services utilisateurs de ses brevets, une réflexion critique sur les coûts/bénéfices de telles redevances doit être encouragée.

### ***Prévention, précaution***

Le XIX<sup>ème</sup> siècle était le siècle de la prévoyance et de la prédiction, grâce aux progrès scientifiques et à leurs applications technologiques, le XX<sup>ème</sup> fut celui de la prévention. Le XXI<sup>ème</sup> sera celui de la précaution, mais une mauvaise application du principe risque de conduire à des excès procéduraux. En effet, la fréquence croissante des procédures judiciaires invoquant la responsabilité du corps médical, soit pour négligence, soit pour respect insuffisant du principe de précaution, contribue également à un accroissement de dépenses destinées davantage à limiter la mise en cause des personnels hospitaliers et de l'institution qu'à soigner le malade.

Il est donc important dans le domaine médical en France de maintenir, pour l'heure, le principe de précaution à sa place légitime – celle d'une *prudence pragmatique* conclusive d'un examen critique au cas par cas - , et de consacrer

davantage d'attention et de moyens à la *prévention*, qui a pris un grand retard dans notre pays. Un jugement global sur notre politique de santé ne peut manquer de relever la contradiction entre un souci pointilleux de détection précoce de toutes les anomalies génétiques identifiables, et l'insuffisance de mesures corrélatives de prévention et d'accompagnement qui en seraient pourtant la seule justification – par exemple en matière de suivi pédiatrique<sup>13</sup>. Prévention, progrès technique et suivi ne peuvent donc en aucun cas être évalués séparément et doivent faire l'objet de financements proportionnels à ceux consentis pour l'innovation, démontrant la complémentarité entre les deux rationalités économique et éthique.

Des efforts pour responsabiliser les personnes sur l'efficacité de la prévention individuelle doivent être beaucoup plus énergiques, pour réformer aussi les mentalités sur la nécessité et l'avantage d'une médecine sobre, capable aussi de se remettre sans cesse en question.

### **3. Du danger d'un instrument de mesure unique pour évaluer le rapport coût/bénéfice**

Aucune méthode d'évaluation n'est entièrement objective, ni ne présente de valeur universelle. Il est à la fois illusoire et dangereux de vouloir valider une méthode d'évaluation au nom de prétendues «normes» qui ne sont dans la plupart des cas que des concepts arbitraires ou des critères en fait autovalidés.

Chacun des nombreux indicateurs économiques permettant d'évaluer l'efficacité des systèmes hospitaliers présente des qualités, des défauts et des risques pervers spécifiques, qui privilégient certains objectifs en en sacrifiant d'autres. Dans la pratique, il sera donc souhaitable d'utiliser des instruments d'évaluation adaptés à chaque catégorie d'objectifs. De tels instruments ne seront en outre efficaces que sous certaines conditions: que les objectifs concrets à atteindre soient définis au préalable et acceptés par tous, qu'ils soient pondérés et hiérarchisés de façon explicite et transparente, qu'ils soient assortis d'indicateurs

---

<sup>13</sup> La décision de mise en œuvre de l'organisation d'un dépistage ou d'un diagnostic précoce ne peut se justifier que par une décision, indissociable de la précédente, de mise en œuvre d'une organisation de prise en charge des anomalies découvertes. Ce qui n'est, hélas, pas toujours la règle.



objectifs reproductibles, et que des moyens spécifiques leur soient attribués. Un effort permanent devra être porté au suivi et, le cas échéant, à la correction de l'écart entre l'objectif attendu et le résultat effectivement obtenu.

### ***Des critères de choix multiples***

Les critères permettant d'éclairer la pertinence des choix budgétaires en milieu hospitalier sont très divers, mais privilégient presque tous, pour chacun d'entre eux les intérêts d'*une seule catégorie* d'acteurs de la santé (le corps médical ou le personnel soignant ou les malades ou les gestionnaires de l'hôpital...) ; ils ne peuvent donc être pris en compte isolément. La question de la diversité des critères se double de celle de leur capacité de "lobbying" ou de pouvoir d'influence sur les décisions. La plupart de ces critères sont soutenus par des pouvoirs forts. Celui qui manque encore trop souvent de soutien est celui de la vulnérabilité et de la précarité.

Parmi ceux qui sont à forte prégnance, quelques exemples de critères généralement retenus :

- *médical*, visant d'abord à apporter un bénéfice aux malades en augmentant leur espérance et leur qualité de vie, par l'utilisation de moyens issus du progrès scientifique et médical. Cette obligation de moyens doit impliquer une réflexion critique portant notamment sur l'*urgence* (réelle ou non) de leur mise en oeuvre, sur l'existence d'*autres choix possibles* ou encore sur le bon usage *des médicaments* prescrits au regard de leur autorisation de mise sur le marché. Enfin elle devrait s'associer à une évaluation *a posteriori* des résultats.

- *d'innovation*. L'innovation joue un rôle essentiel, non seulement en vue du progrès technique et de la mise au point de pistes thérapeutiques nouvelles, mais aussi pour rendre plus performantes les méthodes permettant d'améliorer l'attention due aux patients. En parallèle, il convient cependant d'éviter que la course à l'innovation n'aboutisse à empiler des procédures redondantes, ou qu'elle ne se fasse au détriment des soins dispensés au plus

grand nombre (d'où la nécessité d'évaluer séparément l'introduction de nouvelles technologies et leur impact sur l'activité de soin<sup>14</sup>).

- *économique*, dans la mesure où certains postes de dépense pourraient faire l'objet de négociations entre les pouvoirs publics et certains acteurs économiques, comme les industries pharmaceutiques par exemple. Le marché des médicaments est en mutation, notamment aux États-Unis qui en sont le principal pourvoyeur. Dans ce pays, compagnies d'assurances et régulateurs gouvernementaux comme la FDA (Food and Drug Administration) sont à la recherche de nouvelles stratégies de financement des dépenses pharmaceutiques<sup>15</sup>; la France serait bien avisée de suivre leur exemple.
  
- *budgétaire* (particulièrement important dans le cas des traitements très onéreux ou des *ressources rares*). La gestion de la greffe d'organes en offre un bon exemple<sup>16</sup>. Les économistes ont proposé des instruments pour juger du bien fondé de leur répartition (par exemple, leur allocation est-elle *efficace* dans le sens d'une optimisation du bien-être parmi tous les membres de la collectivité) ; ou bien encore les processus de décision sont-ils *légitimes*, c'est-à-dire socialement adaptés et acceptables en terme de santé publique. Les services d'urgence ou de réanimation, le soutien psychologique aux malades, les soins palliatifs ou les dispositifs facilitant l'accueil des handicapés doivent également être financés selon des critères spécifiques; ils représentent une ressource commune pour tous les autres services, et

---

<sup>14</sup> C'est ainsi que le découplage croissant entre exigence de nouveaux moyens technologiques et besoins de santé peut conduire paradoxalement à des discriminations, la technologie tendant à exclure au fur et à mesure qu'elle s'améliore, et conduisant souvent les sociétés matériellement sur-développées à négliger leur dimension humaine et spirituelle, le "soigner" effaçant en quelque sorte "le prendre soin"

<sup>15</sup> Voir notamment «l'article «Aux États-Unis, les Big Pharma testent de nouvelles stratégies», in: *Le Monde* du 2 mai 2007

<sup>16</sup> Pour un développement des concepts présentés, le lecteur pourra se reporter notamment à :  
•Jean-Paul Moatti: "*Dons d'organes: Un révélateur des arbitrages entre l'efficace et l'équité dans le système de santé*", in "La greffe humaine. (In) certitudes éthiques: du don de soi à la tolérance de l'autre", PUF, Paris 2000

et :

•Christian Hiesse, Esmeralda Luciulli, et Didier Houssin: "*Les règles de répartition des organes aux malades en attente de greffe. —une évolution dans la direction de l'équité ?*" in "*Ethique médicale et biomédicale. Droits, enjeux, pratiques*", *Revue Française des Affaires Sociales*, 3: 181-196, 2002

une dotation insuffisante de leur fonctionnement peut compromettre l'efficacité de l'ensemble des activités de l'hôpital.

- *géographique* : les performances de l'hôpital doivent être appréciées par rapport à des besoins régionaux, tenant compte par exemple de la morbidité et de la mortalité régionales, ou des facteurs environnementaux locaux ;

- *d'équité* dans la répartition des coûts et des soins entre individus. On peut distinguer une équité «horizontale» (ou distributive) selon laquelle les cas identiques doivent être traités de façon semblable, et une équité «verticale» qui traduit la façon dont la société peut traiter *différemment* des individus *appartenant à des catégories différentes* en pratiquant une forme de discrimination positive au profit de ceux qu'elle juge prioritaires sur des bases éthiques évaluables. C'est à ce titre que devrait être pris en compte le critère *de vulnérabilité* qui n'est, comme on l'a vu, pas vraiment retenu à l'heure actuelle.

- *réglementaire* qui s'oppose trop souvent à une bonne gestion hospitalière. Ainsi certains médicaments sont remboursés en fonction de leur inscription sur des listes spécifiques (par exemple les médicaments anti-hémophilie) alors que les médicaments non inscrits restent entièrement à la charge de l'hôpital.

- *juridique* qui garantit l'accès aux soins pour tous. Tout refus de soin pour un motif financier peut être sanctionné. Le prix d'un traitement n'est en principe jamais retenu comme argument sauf cas d'abus manifeste. Ce principe ne peut qu'augmenter les coûts, car la justice tend à donner raison aux plaignants s'il est avéré qu'ils ont subi une perte de chance liée à l'absence de mise à leur disposition de traitements considérés comme les meilleurs à un moment donné.

- *médiatique* lié à l'intervention des associations de malades auprès des médias pour dénoncer l'injustice que représente le refus d'utiliser un médicament pour des raisons financières.

- *politique*, appliqué plutôt par les pouvoirs locaux que par l'Etat en effet dans la mesure où, dans nombre de communes, l'hôpital local représente le plus gros employeur de la commune, son maintien en activité peut être décidé aux dépens même de l'intérêt du malade, tel qu'il résulterait d'une prise en compte du rapport coût/bénéfice.

### ***Renforcer l'efficacité et la cohérence des activités hospitalières par une évaluation permanente***

Le bref inventaire des différents critères de priorités présentés ci-dessus suffit à expliquer la difficulté de leur application; certains d'entre eux sont en effet en contradiction les uns avec les autres, et suscitent donc des réticences de la part des différents acteurs concernés. D'où la nécessité d'une évaluation globale du coût des actes hospitaliers par rapport à leur utilité relative pour les missions médicales, mais aussi sociales, de l'hôpital.

Mais cette évaluation est trop importante pour être conçue comme un exercice rituel ou *a fortiori* incantatoire. Quel que soit le critère choisi, son application se heurte nécessairement à des contradictions et génère des tensions. Comment choisir entre la qualité et la quantité, la satisfaction de besoins individuels ou celle de besoins collectifs, le service public (les missions généralistes de l'hôpital) et le secteur privé prenant paradoxalement en charge la sous-traitance de soins coûteux, la gestion du quotidien à la charge des hôpitaux d'intérêt régional et la recherche du spectaculaire au sein d'établissements de «prestige»?

Ces paradigmes décisionnels acculent nécessairement les décideurs à des choix non éthiques. L'absence de choix est en elle-même un choix, qu'elle soit ou non délibérée, et risque d'être encore moins éthique. Des instruments de mesure globaux (comme l'«indice de santé sociale») ont cependant été proposés pour élargir le nombre des paramètres pris en compte; ils sont mieux adaptés que les instruments ciblés dépendant trop étroitement de normes dont l'objectivité est trop souvent discutable. Il faut donc revenir à des stratégies plus claires, fondées sur des réflexions prenant en compte prioritairement les besoins actuariels, documentés, de santé publique, pour dépasser les contradictions suscitées par

une simplification excessive ou partisane des enjeux. Pour cela, il ne faut pas craindre d'appliquer des critères différents, ou multiples, à des problématiques et des objectifs irréductibles les uns aux autres.

Soulignons également qu'il est important de ne pas confondre *évaluation* et *cotation*. La cotation est un acte technique, contrairement à l'évaluation qui, comme nous l'avons vu ci-dessus, porte d'abord sur la qualité des soins et des services et doit aussi prendre en compte des éléments très difficilement quantifiables, comme par exemple ceux destinés à la réalisation des missions sociales de l'hôpital. L'évaluation fait partie d'une démarche de qualité intégrant un jugement critique, non seulement sur les performances des services, qu'ils relèvent directement de l'hôpital ou qu'ils soient externalisés – par exemple en recourant à des dispositifs d'hospitalisation à domicile souvent plus efficaces et moins coûteux que l'hospitalisation en établissement.. L'évaluation du coût et de la qualité des soins devra donc être élargie à tous les secteurs impliqués, y compris les partenaires privés qui exécutent des missions de service publics, et prendre en compte l'opportunité et l'efficacité réelle de l'externalisation de certains services. Enfin, elle devra également porter sur le niveau d'optimisation et de coordination des actes qui permettent l'exécution de ces missions.

Le plus important dans l'évaluation est que soient clairement individualisées, face à la problématique économique et budgétaire posée : pour un dossier donné,

- l'évaluation du projet au regard des objectifs de Santé Publique
- l'évaluation des moyens budgétaires alloués
- l'évaluation des affectations budgétaires
- enfin, l'évaluation des résultats obtenus.

### ***Les plans du Ministère de la santé et les nouveaux instruments de cotation***

Au cours de ces cinq dernières années, divers *plans* élaborés par le Ministère chargé de la Santé se sont succédés, visant notamment à attribuer des moyens spécifiques supplémentaires à des structures hospitalières de référence pour améliorer la prise en charge de certaines affections. La mise en œuvre de ces plans

s'est déroulée progressivement et s'est accompagnée de la mise en vigueur du Plan « Hôpital 2007 », d'une portée plus générale et destiné à réorganiser la gestion hospitalière dans le sens d'une modernisation et d'une plus grande autonomie des établissements. L'installation d'un dispositif spécifique tentant de répondre au poids accru de la dépendance à venir complète cette organisation.

L'attribution de moyens financiers nouveaux était censée répondre aux besoins de Santé Publique considérés comme prioritaires et insuffisamment dotés comme par exemple les Plans Douleur, Cancer, Maladies Rares ou Alzheimer. Or quelles qu'aient été les bonnes intentions qui président à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces plans, ils ont en fin de compte été mis à la charge des établissements hospitaliers et intégrés comme nouvelles dépenses, souvent sans contrepartie dans leurs budgets, donc aux dépens d'activités préexistantes.

Il est donc essentiel que l'application de ces plans soit rigoureusement évaluée, face aux objectifs actualisés de Santé Publique, dans les 3 à 5 ans qui suivent leur mise en œuvre, comme cela est prévu dans les textes, tant au plan de l'affectation des budgets initialement alloués que des résultats obtenus.

Un mode d'évaluation basé sur le nombre de lits occupés permet par exemple d'accueillir les patients de façon relativement libérale, donc plus proche de leurs besoins réels, quelle que soit leur pathologie; en contrepartie il permet difficilement un contrôle rigoureux de la pertinence et de la durée des hospitalisations. A l'inverse, la tarification T2A (tarification à l'activité qui est une cotation d'acte, pas une évaluation)<sup>17</sup> récemment imposée comme nouveau mode réglementaire de tarification dans les hôpitaux publics et privés favorise la maîtrise des dépenses de santé pour des actes effectués dans des services spécialisés (cancérologie, cardiologie, immunologie...). En revanche, en privilégiant la comptabilisation des actes techniques au détriment de l'écoute ou d'examen cliniques longs et précis, elle conduit à considérer comme « non rentables » beaucoup de patients accueillis notamment en médecine générale, en psychiatrie, en gériatrie ou en pédiatrie, dont le coût réel de la prise en charge n'apparaît pas dans la grille de calcul. La

---

<sup>17</sup> Tarification à l'activité, c'est-à-dire financement *a posteriori* des actes selon une cotation précise qui tient compte essentiellement de l'investissement technologique.

mesure de ce qui n'est pas paramétrable (comme par exemple la prise en charge aux urgences d'une femme battue le temps passé à réfléchir à un diagnostic difficile, à convaincre une personne âgée de l'opportunité d'un traitement, ou encore l'éducation aux soins d'un patient et de sa famille) qui conditionne pourtant le succès de l'investissement thérapeutique réalisé à son bénéfice ne doit pas être oubliée. L'importance de ces situations ne doit pas *a contrario* devenir un prétexte à s'opposer frontalement à la philosophie de cette réforme, mais au contraire pousse à réfléchir à un nouveau mode d'appréciation du temps médical utilisé.

Les effets de ce mode de tarification peuvent en outre paradoxalement s'opposer aux objectifs d'instances régulatrices comme les Agences Régionales de l'Hospitalisation, chargées de répartir l'offre de soins au sein d'une région, de gérer la solidarité et de promouvoir une politique d'innovation et de prévention.

Compte tenu de la situation antérieure, l'introduction d'une démarche de tarification à l'activité a pu être perçue comme un progrès. Mais elle ne représente qu'un outil de *cotation*. Ce n'est pas, comme nous l'avons vu un instrument d'*évaluation*. Originellement elle est une déclinaison de la Codification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Une véritable évaluation doit inclure des éléments *qualitatifs* comme la qualité de vie) aussi bien que les éléments quantitatifs, s'appliquer aux pratiques professionnelles aussi bien qu'à leurs résultats, comporter une dose raisonnable d'«autoanalyse» critique, sans pour autant se contenter de procédures «endogamiques» ou automatiques qui risqueraient d'éliminer systématiquement certains critères essentiels et de favoriser certaines attitudes corporatistes.

On pourrait imaginer d'en confier le soin à une instance tierce d'évaluation critique comportant un corps d'évaluateurs compétents et reconnus, par exemple la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Mais une telle proposition se heurterait sans doute à une forte résistance culturelle devant le risque de dérive que comporte la sous-traitance de l'évaluation à des évaluateurs professionnels<sup>18</sup>. Mieux vaudrait sans doute offrir à chaque médecin la capacité de comprendre et de maîtriser

---

<sup>18</sup> La simplicité de la cotation d'une échographie cardiaque et l'impossibilité de coter une bonne auscultation cardiaque aboutissent peu à peu à la disparition de cette dernière...

l'innovation, et les aider, avec l'appui de structures ayant une bonne crédibilité professionnelle comme la Haute Autorité de Santé, à faire des choix éclairés parmi les nombreuses techniques nouvelles auxquelles ils ont accès.

**Le défi auquel sont confrontées les autorités de tutelle et les professionnels de santé consiste à préserver à la fois la composante humaine de "l'art médical" et la qualité des structures sanitaires de plus en plus complexes.** Ce n'est qu'à travers une amélioration de la qualité des pratiques qu'un véritable «retour sur investissement» pourra être obtenu. Les économies réalisées par la lutte contre le gaspillage et une meilleure coordination des moyens peuvent être importantes et rentabiliser la démarche qualité. Il y a là des possibilités de marges considérables permettant de faire davantage à budget constant.

Une réflexion sur ces points doit se poursuivre. Le constat que l'adaptation de l'activité aux coûts générés est faible a pu être explosif. Le bilan récent de la MEAH (Mission d'Evaluation et d'Audit Hospitalier) montre ainsi que si l'on considère la problématique des blocs opératoires des plateaux médico-techniques, près de 50% des personnels ont un temps passé, non pas à "ne rien faire", mais à attendre. Ainsi, l'efficacité du soin pourrait être améliorée, ce qui permettrait de plus de réduire les coûts liés à la "non-qualité"<sup>19</sup>. A la différence des pays nordiques qui se sont engagés dans une politique où la recherche systématique de l'erreur dans les systèmes de soins a évité l'institution d'une culture de la suspicion, nous sommes encore globalement dans une logique de confiance vis-à-vis des soignants.

Afin de conforter et pérenniser cette confiance tout en entrant dans une logique d'amélioration continue de la qualité, une logique d'incitation plutôt que de punition est souhaitable. Il s'agit de considérer à la fois l'organisation des soins et la pratique individuelle des professionnels de santé. L'important est de réaliser une

---

<sup>19</sup> Voir le rapport publié en 2006 par l'Académie nationale de médecine sous la direction de Georges David et Claude Sureau: «De la sanction à la prévention de l'erreur médicale : propositions pour une réduction des événements indésirables liés aux soins». On peut également citer, à titre d'exemple d'une démarche permettant de réduire les coûts tout en améliorant la qualité, l'initiative d'un grand hôpital de Pennsylvanie qui propose une garantie de 90 jours sur toutes ses interventions. Cette mesure, qui vient de faire l'objet d'une évaluation a posteriori deux ans après sa mise en œuvre, a permis de réaliser des économies substantielles sur les suites opératoires et les affections nosocomiales, grâce à une meilleure responsabilisation de tous les acteurs hospitaliers.



appropriation de “l’esprit de qualité” par les acteurs eux-mêmes selon une démarche explicite, intégrée à la pratique médicale. Les trois moyens les plus habituellement utilisés pour pouvoir initier un changement (inciter, punir ou comparer) peuvent être opérants pour des structures, alors que l’outil le plus efficace pour un humain reste l’incitation avec la valorisation positive de la qualité.

Enfin, le poids prépondérant dans les budgets hospitaliers du personnel de soin (près de 80% des sommes) limite évidemment les marges de manœuvre de l’hôpital. Cependant il n’est évidemment pas envisageable de chercher à résoudre les contraintes budgétaires du soin par une réduction d’effectifs de soignants déjà insuffisants, mais plutôt de réfléchir à la justesse de la dotation en personnel selon des moyens optimaux.

#### **4. Conclusions**

- Le caractère limité des moyens financiers dévolus au système hospitalier implique des choix de société éthiques qui doivent conduire à des prises de position publiques. La *dimension éthique* de ces modes de décisions doit être clairement identifiée dans les méthodes d’évaluation dont elle devrait être partie intégrante. Une pratique d’évaluation qui ne retiendrait que des critères paramétrables quantitativement et ne prendrait pas en compte les critères qualitatifs et cette dimension éthique ferait courir à l’hôpital un risque grave de déshumanisation, mais aussi finalement et pragmatiquement de surcoût induit. S’agissant des *choix politiques*, il n’est ni légitime ni équitable d’en confier la responsabilité aux seuls acteurs hospitaliers, alors qu’ils concernent la société toute entière.

- Le concept de rentabilité ne peut s’appliquer à l’hôpital de la même manière qu’à une activité commerciale ordinaire. En matière de santé toute pratique d’évaluation, quelle que soit sa valeur technique propre, doit prendre en compte les missions fondamentales de l’hôpital et les intérêts souvent contradictoires et conflictuels des «clients» du système de soins, selon que ceux-ci, les malades, relèvent du volet social, du volet thérapeutique et technique impliquant la mise en œuvre de traitements de

haute technicité, ou des deux. Cependant et au même titre, elle doit comporter, dans un souci de bonne gestion des deniers publics dans le cadre de la solidarité nationale, une évaluation des pratiques professionnelles d'après les référentiels de bonnes pratiques.

- L'évaluation ne doit pas non plus faire obstacle à l'exercice du droit à un choix libre et éclairé dont bénéficient les patients, qui est parfois mis en cause par des conditions d'une nature différente (comme l'autorisation préalable d'usage de certaines thérapies ou de certains médicaments) – conditions qui doivent être définies par concertation entre les autorités politiques et les partenaires sociaux. Dans ce cas, la médecine ne peut éluder la nécessité d'un contrôle économique de ses pratiques au nom de sa liberté de prescription. Une évaluation qui n'est pas suivie d'une implémentation finit par être vide de sens. L'exemple de la faiblesse des soins palliatifs en France (qui n'ont toujours pas de reconnaissance universitaire) est frappant par l'écart qu'il y a entre le discours et la mise en jeu.

- Comme pour toute appréciation d'ordre économique et financier, celle de l'hôpital doit mettre en balance les coûts et les recettes, l'actif et le passif. Mais ici les bénéfices pour la collectivité ne se résument pas aux actes cotés par la T2A effectués par les personnels de l'établissement considéré. En effet les activités hospitalières peuvent générer des recettes et des profits dans d'autres secteurs d'activité. Il en est ainsi des actes techniques, biologiques ou pharmaceutiques, effectués pour des malades externes, ou pour d'autres établissements de soin. Il en va de même pour la mise au point de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques (souvent en collaboration avec les centres hospitalo-universitaires) qui à terme sont susceptibles de réduire globalement le coût de la prise en charge de certaines affections, et qui peuvent faire l'objet de dépôt de brevets. Très positif aussi est – et devrait être encore davantage – l'effet des actions de Prévention et d'Education pour la Santé, dont de nombreuses études ont démontré l'impact positif au plan économique, en termes de coûts directs et indirects (sur la meilleure adhésion au

traitement et sur l'évitement de l'absentéisme professionnel, notamment). Demander à l'hôpital de résoudre seul les questions de précarité aboutit de fait à refuser de les prendre en compte. C'est à l'amont et à l'aval de l'univers hospitalier que les solutions doivent être trouvées. En effet, l'abandon de l'accueil des personnes vulnérables en situation précaire est pourvoyeur de divers coûts indirects pour la société<sup>20</sup>.

- Les tâches auxquelles l'hôpital doit faire face en termes de soin sont par nature multiples, et ne se limitent pas aux seuls diagnostic et traitement des maladies. Leurs composantes médicales et sociales doivent être beaucoup mieux identifiées et individualisées. Ce qui n'est pas facilement évaluable par des critères quantitatifs doit l'être selon d'autres modèles, à définir, et à mettre en œuvre de manière pérenne. Cela nécessite d'associer à la compétence d'économistes celle de médecins, de sociologues, de psychologues voire de philosophes, dans des configurations qui pourraient être structurées par des instances comme la Caisse Nationale de Solidarité. Les dépenses exceptionnelles pour maladies rares devraient après évaluation être prises en charge par une caisse spécifique. Cette caisse financée selon les mêmes principes que la Caisse Nationale de Solidarité implique une mise en réseau des acteurs dans une finalité spécifique.

- Aucune méthode d'évaluation actuelle n'est à elle seule totalement adaptée à toutes les missions du système de santé hospitalier. La T2A est conséquente d'une évaluation d'actes techniques effectués au cours de diagnostics ou de soins médicaux ou chirurgicaux. En dehors de ces circonstances, elle s'adapte probablement mal à la prise en charge des maladies chroniques, des soins de suite, des soins palliatifs, des personnes âgées ou des enfants malades ou encore à la reconnaissance

---

<sup>20</sup> Comme nous le rappelle Jonathan Mann : "L'inextricable liaison entre la santé et les droits de l'homme n'est pas une idéologie ; c'est une exploration qui appelle à une vision de la société suffisamment cohérente et significative pour ancrer une nouvelle créativité et une nouvelle énergie dans un effort d'assurer pour tous les conditions de société dans lesquelles leur santé physique, mentale et sociale peut se réaliser le plus pleinement possible. Les droits de l'homme ne sont que les idées des mots, mais ce sont des idées d'une puissance unique capables de changer des vies et le cours de l'histoire".

des actions de prévention, car elle ne prend pas en compte le temps passé auprès du malade pour l'écoute et l'examen clinique approfondi. D'autres critères prenant en considération les aspects qualitatifs en santé, comme par exemple le temps passé à l'écoute et à l'information doivent donc être définis pour évaluer les services non techniques rendus au patient. Ce n'est pas tellement la T2A qui est en cause que la notion d'acte.

- Les activités d'enseignement et de recherche sont indispensables à la préservation et au développement d'un système hospitalier efficace, notamment au sein des CHU mais, tout en restant de leur compétence, elles doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une budgétisation spécifiques, ce qui ne signifie pas extériorisation du financement. En effet les CHU sont des acteurs majeurs de la recherche biomédicale et doivent contribuer à leur financement. Il ne s'agit donc pas tellement d'identifier un financement spécifique toujours difficile à déterminer en raison du tissage étroit soin et recherche, mais de reconnaître ce fait majeur qui est leur contribution essentielle. Il en va de même des actions de Prévention et d'Education pour la Santé évoluant parallèlement aux progrès des connaissances. Leur financement devrait être envisagé séparément et adapté sur la durée en fonction des résultats attendus.

## 5. Recommandations

### Le CCNE recommande

**- de réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé, afin de permettre à l'hôpital de remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions, et pas uniquement les plus techniques ou les plus spectaculaires. Sur le plan médical, il convient d'avancer ici l'idée d'une *médecine sobre*, par opposition à une *médecine de la redondance*. Cette redondance qui veut se donner des allures de précaution n'est bien souvent que le masque d'une paresse intellectuelle et d'une peur à assumer des choix courageux.**

- d'adapter les échelles d'évaluation des activités en vue de traiter de manière appropriée les différentes missions de l'hôpital, et, dans ce but, de développer des modèles spécifiques pour chaque grand objectif : soins relevant d'actes techniques, soins relevant d'actions non instrumentales telles que Prévention, Education pour la Santé, accueil de tous les malades avec préservation de la solidarité et du lien social, enfin recherche et innovation, diagnostic et thérapeutique.

- de se réinterroger sur la mission primaire essentielle de l'hôpital. Celle-ci a en effet dérivé de sa mission originelle d'accueil de la précarité et de la maladie, puis de sa mission de recherche et d'enseignement, vers la situation actuelle qui fait de plus en plus de l'hôpital un service public, industriel et commercial qui a pour conséquence de déboucher sur un primat absolu donné à la rentabilité économique, au lieu de continuer à lui conférer une dimension sociale.

- d'ouvrir l'hôpital à une dimension réunissant le "sanitaire" et le "social" (dépendance, adolescence, précarité etc.), en promouvant autour de la personne une meilleure coopération de l'hôpital hors les murs avec des structures extérieures, comme les maisons de soins de longue durée, l'hospitalisation à domicile ou les unités de santé carcérale, au sein du groupement de coopération sanitaire (G.E.S.), sensible aux situations spécifiques de certaines personnes (accouchement, grande précarité).

- de s'assurer du maintien du lien social pour éviter que la personne ne sombre dans l'exclusion une fois le diagnostic fait et le traitement entrepris. Quelle logique est à l'œuvre, si le succès médical est suivi d'une mort sociale ?

- d'accorder la plus grande attention à la pathologie mentale qui devrait être un axe prioritaire compte tenu de son caractère paradigmatique de pathologie entre le médical et le social, le biologique et l'environnement, l'individu et la société.

- d'éviter d'affecter des systèmes de cotation à des usages pour lesquels ils ne sont pas les plus pertinents ; s'agissant de la T2A, ces usages regroupent les actes dispensés notamment en psychiatrie, en gériatrie, et en pédiatrie, où encore l'écoute et l'examen clinique approfondis sont nécessaires au respect des bonnes pratiques. Devraient aussi être jugées selon des critères différents les autres missions de service public de l'hôpital, que la T2A n'est pas en mesure d'évaluer et donc de coter correctement. Des éléments supplémentaires (ou complémentaires), d'essence qualitative devront être intégrés dans le système d'évaluation pour ne pas succomber à ce qui pourrait être vécu comme une sorte de tyrannie du « tout quantitatif ». La cotation T2A devrait donc être limitée aux actes techniques spécialisés pour le diagnostic et les soins.
  
- de ne pas négliger le "care" (prendre soin, prêter attention) anglo-saxon au profit exclusif du "cure" (soigner). L'exemple des soins palliatifs en est emblématique. La loi encourage leur présence sans leur donner les moyens réels de fonctionnement. L'hôpital *répare* mais les malades peuvent aussi avoir besoin d'autres prestations, comme le suivi, qui est un des points forts de la Caisse Nationale de Solidarité.
  
- de rendre aux arbitrages leur dimension politique, sans les déléguer aux seuls responsables hospitaliers, en approfondissant la concertation entre les responsables décisionnels et l'ensemble des acteurs de santé, par un partenariat permanent effectif entre tous et en impliquant dans cette démarche des instances telle que la Haute Autorité de Santé ou les Groupements Régionaux de Santé Publique (l'hôpital devant être un observatoire de l'état de santé de la région).
  
- De prendre en compte enfin le tissu social au sein duquel évolue l'hôpital. Un environnement défavorisé devrait justifier un regroupement de moyens spécifiques, adapté à la situation réelle du lieu.

**En conclusion, la garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique. L'adaptation permanente de l'offre de soins aux besoins démographiques, aux modifications épidémiologiques, aux progrès technologiques justifient plus que dans n'importe quelle activité humaine des choix clairs, courageux, explicites aux yeux des citoyens, et en même temps susceptibles d'être sans cesse remis en question en gardant comme objectif central le service rendu aux plus vulnérables.**

**La question éthique posée par l'examen de la dimension économique du soin explore la tension entre l'autonomie et la solidarité, entre la liberté individuelle et le bien public. Cette tension ne peut recevoir de réponse que dans la recherche d'équité, c'est-à-dire dans la justice.**

Le 28 juin 2007

## Annexe 1

### La place des dépenses de santé dans le PIB

Pour nourrir la réflexion sur ce sujet sensible et difficile, il peut être instructif de regarder quelle est la situation globale de la France par rapport aux pays comparables. L'OCDE a livré sur ce point en 2004 une étude documentée dont il ressort trois constats très clairs :

- Avec 9,5% de son produit intérieur brut (PIB) consacré aux dépenses de santé, tant publiques ou privées, la France est un des pays développés qui leur consacrent le plus. Elle n'est dépassée, d'ailleurs d'assez peu, que par l'Allemagne, le Canada, la Suisse et, très loin en tête, avec près de 14%, par les Etats-Unis.
- La France est également un des pays où la part de financement public des dépenses de santé est le plus élevé (76%) ; elle est dépassée par plusieurs pays nordiques où ce pourcentage excède 80%, mais ces pays consacrent une moindre part de leurs ressources globales à la santé.
- La combinaison de ces deux séries de données fait ressortir que la France est, à l'exception de l'Allemagne (qui a depuis lors fortement revu sa politique), le pays de l'OCDE où les dépenses publiques de santé étaient en 2001 les plus élevées en pourcentage du PIB.

Même si, comme toutes les comparaisons internationales, ces données ne prétendent pas à une valeur comptable rigoureuse et si elles demanderaient à être actualisées à 2006, les traits essentiels du constat demeurent certainement valables. Quand on se souvient par ailleurs que les prélèvements publics sur le PIB atteignent dans notre pays un niveau très élevé, il apparaît clairement que les marges de croissance possibles des dépenses publiques de santé (au delà de la progression annuelle du PIB, c'est à dire de plus de 1,5 à 2,5 % par an en termes réels) sont limitées.



## Annexe 2

Sur ces diverses questions, il existe des références dans les expériences ou les travaux qui ont eu à envisager la recherche de solutions justes devant une situation obligeant à une sélection. On pense aux travaux menés à l'étranger pour améliorer la gestion de listes d'attente dans le service de santé britannique<sup>21</sup> ou dans les pays scandinaves et aux recommandations élaborées à partir de diverses expériences par le Conseil de l'Europe<sup>22</sup>. Ce dernier texte étudie les principales causes des listes d'attente, leur utilité pour planifier les admissions les traitements et l'importance de se baser sur des données exactes et accessibles, pour répartir au mieux les efforts déployés et améliorer la qualité et l'organisation des soins de santé. A l'échelon national, on peut imaginer certaines pratiques qui seraient à écarter à tout prix, ou recenser des problèmes qui s'éclaireront par une étude approfondie.

---

<sup>21</sup> Voir : Jon ELSTER (dir.), 1993, L'éthique des choix médicaux, Arles, Actes Sud.  
version anglaise : 1994, The Ethics of Medical Choice, Londres, Pinter Publishers.

<sup>22</sup> Conseil de l'Europe : Recommandation n° R(99) 21 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les critères de gestion des listes d'attente et des délais d'attente des soins de santé (adoptée par le Comité des Ministres le 30 septembre 1999 lors de la 681ème réunion des Délégués des Ministres) ;  
- Les critères de gestion des listes d'attente et des délais d'attente des soins de santé - Rapport et recommandation n° R (99) 21 (2000)