

Varia

La contractualisation et l'information : défis et enjeux entre les financeurs et les producteurs de soins en Algérie*

*Saada CHOUGRANI***

Introduction

La loi des finances de 1993 a introduit le principe de la contractualisation, entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé, comme nouvelle modalité de financement des activités de soins en remplacement du «Forfait-Hôpitaux».

En septembre 1997, le gouvernement a réactivé le dossier «contractualisation» en promulguant une instruction interministérielle¹. Cette mesure intervient à un moment où le système de santé algérien est confronté à une crise qui dure. Les mesures introduites depuis une dizaine d'années qui sont liées au programme d'ajustement structurel ne laissent pas entrevoir de façon perceptible ni la cohérence ni la logique d'ensemble d'une nouvelle politique de santé.

Nous retenons parmi elles : la libéralisation de l'offre des soins hospitaliers avec la création des cliniques privées, la sous-traitance de

* Ce texte représente une version enrichie et augmentée du texte de la communication intitulée "Asymétrie d'information et relation financeurs-producteurs de soins", présentée lors des 4èmes Journées nationales de Gestion des Etablissements de Santé des 1 & 2 juillet 1998 à l'E.N.S.P d'El-Marsa (Alger).

** Epidémiologiste Laboratoire de Biostatistique - Enseignant chercheur à l'Institut National d'Enseignement Supérieur en sciences Médicales d'Oran (INESSM) - Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) d'Oran.

¹ Instruction interministérielle du 20/09/97 relative à la mise en œuvre du processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico-administratif du patient au niveau des établissements publics de santé.

certaines fonctions, supposées non fondamentales, comme la restauration dans les structures sanitaires publiques, le prolongement des études médicales en incluant des modules de «Thérapeutique» et «d'Economie de la santé»,...

La dernière mesure en date porte sur l'exercice privé à l'hôpital (plein temps aménagé) constituant ainsi une réforme de fait du mode d'exercice et du statut d'établissement public de santé.

Par ailleurs, nous observons un mouvement, que nous espérons durable, animé par les praticiens eux-mêmes, qui touche à deux déterminants fondamentaux de la pratique médicale :

- d'une part la standardisation des pratiques professionnelles réalisée au sein des sociétés savantes et des comités techniques nationaux (conférences nationales de consensus, recommandations des programmes nationaux de santé...). Les résultats de ces travaux font apparaître des difficultés de maîtrise méthodologique. Ils montrent également un problème de certification de l'expertise et de reconnaissance par les pairs.

- et d'autre part, la formation continue dans le but de l'actualisation des connaissances et de l'acquisition de nouveaux savoir-faire et compétences. Ces actions initiées par la centrale ou par les acteurs eux-mêmes connaissent des issues diversement appréciées. Les universités d'été ont plus été des occasions de rencontres que des opportunités de partage de savoir et d'accumulation de compétence. Par contre, certaines formations ayant à l'origine un diagnostic de situation, partant des faiblesses, reconnues et vérifiées, de l'organisation et des acteurs, ont eu un retentissement positif sur l'activité et sur les usagers des services.

Quelques éléments de description du marché des soins

Nous constatons que le marché national des soins a évolué dans plusieurs sens, notamment :

1. l'offre des soins n'est plus exclusivement publique dans le segment de l'hospitalisation, elle est également privée.

2. les acheteurs des soins (organismes de sécurité sociale) ont désormais la possibilité de choisir les dispensateurs qui répondent au mieux à leurs exigences de qualité des soins et de prix.

3. le financement public concernerait désormais les activités et non plus les structures.

L'ouverture à la concurrence du secteur de l'offre des soins hospitaliers est en train de provoquer un véritable séisme dans les structures de soins (l'hôpital) et sur les acteurs du financement des soins (les caisses de sécurité sociale en particulier), qui n'ont pas pu percevoir le changement à temps.

A. L'hôpital public

Il est confronté à des difficultés de gestion et à de sérieuses contraintes financières. Ceci l'amène à développer une forte volonté de réorganisation et de recentrage sur le métier principal. Les expériences des contrats de maintenance des équipements médicaux (avec l'ex ENEMEDI ou SIDAL... et aujourd'hui avec le privé) ou de sous-traitance de la restauration ou encore le désir d'essaimage des autres fonctions logistiques en sont des preuves pour cela.

Il réoriente, petit à petit et prudemment, son *discours* sur la qualité des soins et l'évaluation des activités.

Il reste néanmoins «accusé» de consommation de ressources sans contrepartie. Les statistiques sanitaires nationales de 1997 montrent que le taux moyen national d'occupation des lits, dans le secteur public, est de 51%, se traduisant par un manque à réaliser annuel de 9.447.393 journées d'hospitalisation !

Les moyens ne suivant pas les charges de travail de plus en plus denses, les gestionnaires et les praticiens demandent eux-mêmes de financer différemment les activités de soins de plus en plus coûteuses.

Cependant, le principal problème qui reste à résoudre est l'adhésion des personnels à ce processus de changement des rapports à l'activité et au financement. La manne financière n'étant plus là, l'activité ne dépendra ni de la notoriété, ni des règles de la planification.

Etant la principale ressource, le professionnel revendique d'être motivé différemment. De nouvelles considérations ont surgi : la formation et la maintenance des connaissances, le statut professionnel, les projets des acteurs et de l'organisation en terme de projets d'activité.

Tout ceci constitue, en fait, les germes d'un projet d'établissement définissant les grandes lignes d'une politique future, même si les derniers statuts des établissements publics de santé de décembre 1997 n'ont pas été à la hauteur de ces attentes.

B. La Sécurité Sociale

Elle est confrontée à un déficit énorme : marché du travail en déclin, inflation, prix du médicament en forte hausse... Il s'agit pour elle, d'utiliser les ressources encore disponibles dans les meilleures conditions et de se placer en tant qu'acheteur des prestations les plus efficaces et les moins chères.

Elle reste cependant confrontée à des problèmes d'ordre technique et scientifique : choix de normes, des standards et des coûts de référence.

L'expérience des conventions, entre la sécurité sociale et les services de soins hautement spécialisés dans le but de réduire les transferts à l'étranger n'a pas de recul suffisant pour être évaluée objectivement.

Ce que nous observons plutôt c'est une réduction drastique du nombre de transferts, sans que nous ayons par ailleurs l'information, ni sur le niveau de prise en charge locale, ni sur le devenir des patients non transférés et devant être traités en Algérie.

La contractualisation comme outil de politique de santé

Les nouvelles configurations du marché des soins ont rendu complexe la gestion de la santé dans la plupart des pays en développement. Les indicateurs économiques n'ont pas connu d'amélioration malgré une offre de soins diversifiée, ce qui laisse supposer que le secteur de la santé diffère des autres secteurs d'activité en matière d'application des lois économiques du marché.

Pour aider les pays, l'O.M.S. a mis en place depuis quelques années une commission d'intensification de la coopération (I.C.O.) qui préconise l'approche contractuelle comme outil de la politique de santé dans les pays en développement.

Cette approche met en avant le rôle de l'Etat comme garant de la cohérence dans les relations entre les partenaires (public, privé, sécurité sociale, assurances économiques...) ayant un rôle dans la santé.

L'Etat devra donc assurer l'action de santé publique qui consiste d'une part à organiser le système de santé et son financement et d'autre part à prévenir les risques encourus par la population.

L'Etat devra aussi s'allier aux différents dispensateurs de soins sur une base de droits et de devoirs, sous forme de «contrat» où la forme relationnelle serait un partenariat².

Cette approche s'appuie sur la théorie économique des contrats appliquée à un domaine, qui est resté longtemps, rebelle à la régulation par le marché.

Les relations entre les différents acteurs du système de soins nécessitent d'être formellement définies. Les moindres imperfections dans l'élaboration des clauses contractuelles peuvent laisser des marges de manœuvres importantes à l'une ou l'autre des parties. Un contrat est défini comme «un accord entre deux agents économiques (ou plus) par lequel ils s'obligent à céder ou s'approprier, faire ou ne pas faire certaines choses»³.

La relation entre eux sera de type soit de cogestion : véritable symbiose opérée entre les partenaires pour réaliser des activités en

² CARRIN, G., PERROT, J. - Comment améliorer la cohérence dans les relations entre partenaires ? Le rôle de l'Etat. Réunion technique : l'approche contractuelle comme outil politique.- Genève, ICO-O.M.S., 4-6 Février 1998.

³ O.M.S.- L'approche contractuelle : de nouveaux partenariats pour la santé dans les pays en développement.- WHO/ICO/MESD, 24 Juin 1997.

commun ; soit de type délégitation (franchise) de moyens et de pouvoir d'agir au nom de l'autre.

Ce dernier système est à la base de la constitution des réseaux, forme moderne d'organisation répondant au mieux à la fois aux besoins des prestataires et des patients. Les réseaux permettent des ajustements pour mieux gérer les aléas liés à l'incertitude et au manque d'information sur les trajectoires de soins, mais aussi aux besoins des patients qui demandent à ne plus être un "numéro" ou un patient infantilisé et irresponsable^{4 5}.

Dans le contrat enfin, il s'agit d'un véritable partenariat pour lequel le produit est défini le mieux possible, quoiqu'il ne s'agisse en fait que de promesses de comportement. C'est pour cela que des niveaux de contrôle et d'arbitrage doivent être mis en place en cas de litige entre les partenaires. Ceci reste encore du domaine des règles et des procédures, insuffisant pour gérer convenablement des situations où l'homme, en tant qu'agent économique, peut manipuler des situations en sa faveur.

Pour notre pays, la contractualisation est vue d'abord comme un mécanisme mettant un terme à la non «gestion» observée depuis 1974, qui rappelons-le n'a été édictée par les textes portant gratuité des soins, et secondairement comme un correctif à la situation «d'illégalité» par rapport à la loi.

Elle est vue également comme un outil permettant à l'Etat de se désengager de la gestion directe des activités de soins, et pourrait ainsi se consacrer davantage aux activités de prévention, de formation et de recherche.

Mais au stade de la réflexion où nous nous trouvons, elle est vue sous un angle étroit d'un moyen par lequel la sécurité sociale achète des soins ayant un bon rapport qualité / prix.

Il reste néanmoins, d'une part à clarifier la problématique qui sous-tend cette mesure, et d'autre part à démystifier cette solution miracle en raisonnant davantage sur les problèmes vécus par l'ensemble des acteurs du système de santé algérien : Etat, professionnels de la santé (publics et libéraux), sécurité sociale, mutuelles, assurances économiques, ménages, les patrons et le mouvement associatif

⁴ CREMADEZ, M. ; GRATEAU, F. - In : Doter l'hôpital d'une structure en réseau.- Eds. Le management stratégique hospitalier.- Paris : InterEditions-Masson, 1997, 2^{ème} édition.- p.p. 339-357.

⁵ NAIDITCH, M. ; OBERLIN, P. - Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital ?.- Gestions hospitalières, n°351, décembre 1995.- p.p. 739-746.

L'information, l'organisation hospitalière et le modèle biomédical

Les organisations et l'information sont tous deux des processus sociaux en interaction permanente, il y a donc influence mutuelle⁶.

Dans le modèle régulé par les procédures, l'information évolue dans un système qui favorise fortement la transmission de données (et non pas d'information) pour répondre à des besoins de fonctions précises. Cette démarche, presque instrumentale, transforme les producteurs et les utilisateurs en de simples automates fonctionnant par impulsion réflexe et mécanique⁷.

La Médecine a été longtemps considérée comme un art entre les mains d'un personnage, le Médecin. Elle n'accède au rang de science qu'à l'interface des domaines appartenant aux sciences expérimentales et exactes avec l'intégration des mathématiques, de la physique, de la chimie, de l'informatique...

Le point de départ pour la médecine est l'empirisme. La formalisation a puisé dans les avancées techniques et technologiques pour prendre la succession.

La médecine de 1998 garde une partie de son héritage empirique, mais elle s'est reconstruite grâce à l'apport de la technologie et de l'innovation technologique. Les moyens matériels utilisés en médecine sont énormes, ils ont fait acquérir au médecin de nouveaux réflexes dans sa pratique.

Il est devenu rare de rencontrer un malade sans sa panoplie de bilans radiologiques et biologiques.

L'observation de la pratique à l'hôpital montre la dominance du modèle biomédical, privilégiant l'approche automatisée dans le dialogue médecin - malade ce qui a fait dire à J. L. McClenahan, cité par A. Giraud⁸, *qu'«Il est plus facile de prescrire une radio que de penser»*.

La spécialisation à outrance des branches classiques de la médecine a fait multiplier les disciplines, les langages et les structures, mais surtout les visions unidisciplinaires juxtaposées.

La prise en charge des patients à l'hôpital est un enchaînement de pratiques spécialisées ; c'est un ensemble de séquences d'activités. Les frontières entre les différents services (territoires) sont bien délimitées. Il est presque illusoire de vouloir optimiser le travail sur toute la séquence. La somme des prises en charge partielles (dans chaque service) optimales n'aboutira jamais une prise en charge globale optimale.

⁶ CROZIER, M. ; FRIEDBERG, E. - L'acteur et le système.- Paris, Editions du Seuil, 1977.

⁷ MELESE, J. - Approches systémiques des organisations.- Paris, Edition Hommes et Techniques, 1979.

⁸ GIRAUD, A. - L'évolution des soins hospitaliers.- Paris, Economica, 1992.

Même si nous vivons un temps où la médiation est de plus en plus technologique, nous ne devons pas oublier que sa consommation active ne peut se faire en l'absence d'une préparation du terrain réceptif et sans stratégie de réception⁹. M. Akrich estime que «*les dispositifs techniques n'ont de sens que comme mise en relation active entre l'homme et certains éléments de son environnement*»¹⁰. La technique n'est donc pas uniquement et purement instrumentale, elle n'est pas neutre. L'implantation d'une technique obéit à de multiples considérations : sociale, contextuelle, culturelle...

Dans notre pays la majeure partie des technologies nouvelles introduites concerne le domaine du *diagnostic*. Il n'y a que peu de technologies permettant le *traitement*. Cette option, réfléchie ou non, entraîne une augmentation du nombre de cas à prendre en charge contrairement au traitement. Le cas de l'échographie et de la coelio-chirurgie, technique chirurgicale peu traumatisante, sont très instructifs à méditer¹¹.

Concernant l'hôpital, H. MINTZBERG considère qu'il représente le modèle par excellence des organisations bureaucratiques. Toute tentative de standardisation, à partir de l'intérieur de l'organisation, est vouée à l'échec¹². L'hôpital est un lieu où la différenciation est très forte, c'est à dire une partition de l'organisation en un ensemble de sous-environnements propres au centre opérationnel¹³. Certains auteurs parlent même de «balkanisation» dans des buts d'amélioration de la prise en charge technique en rendant l'unité de soins humainement gérable mais techniquement complexe [5].

Quant à l'information à l'hôpital, nous l'illustrerons à travers une série d'enquêtes et d'études réalisées au CHU d'Oran.

⁹ FOUL, H. - Stratégie et structure dans la dynamique de l'accumulation technologiques.- Cahier CREAD, N°25/1. Trim. 1991, N° spécial. Transfert et accumulation technologique.

¹⁰ AKRICH, M. - Les formes de la médiation technique.- Réseaux, n°60, 1993.

¹¹ CHOUGRANI, S. ; MESSAOUD, A. ; BESSAOUD, K. ; MESLI, MF. - Les systèmes d'information médicalisée en Algérie : entre l'importation et l'adaptation technologique.- In actes du Symposium national Magh-Tech : l'innovation technologique au Maghreb : stratégies et défis pour l'an 2000.- Université d'Oran, 27-28/05/1997.

¹² MINTZBERG, H. - Le management. Voyage au centre des organisations.- Editions d'Organisations, 1990.

¹³ CREMADEZ, M. ; GRATEAU, F. - In : La dynamique de l'organisation.- Eds. Le management stratégique hospitalier.- Paris : InterEditions-Masson, 1997, 2^{ème} édition.- p.p. 17-38.

A. Enquête information de gestion

L'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 14 médecins chefs des services de base (médecine, chirurgie, pédiatrie, obstétrique, chirurgie dentaire, explorations, sciences fondamentales) du CHU d'Oran et de 3 gestionnaires de rang de directeur¹⁴.

L'objectif recherchait à décrire la perception de l'information demandée dans les bilans d'activité trimestriels. Les résultats montrent qu'aucun des médecins chefs interrogés ne connaissait ni l'usage, ni l'utilité des informations demandées périodiquement. Ils pensent que les informations demandées serviraient essentiellement à l'évaluation des activités (40%) et au calcul des coûts (6%). Quant à l'utilité des informations demandées, ils répondent en majorité (75%) qu'elles représentent des statistiques sans valeur, sans utilité pour leurs services.

Les gestionnaires quant à eux ont répondu que les informations demandées serviraient à évaluer les activités des services, à faire le bilan du CHUO, à répartir les crédits entre les structures sanitaires ou encore à estimer les coûts ! Ce qui semble très ambitieux pour la nature des informations demandées.

Par ailleurs, les canevas recommandés par l'administration ne sont utilisés que dans 55% des cas.

Globalement deux points importants ressortent d'une part, les personnels (médecins ou gestionnaires) ne se sentent pas impliqués dans le processus informationnel, et d'autre part l'information, en tant que ressource, n'est pas gérée.

B- Les données manquantes

Les résultats présentés sont tirés de l'expérience de mise en place d'un système d'information médicalisé menée depuis 1992 au service d'Hématologie clinique du CHU d'Oran¹⁵.

Sur la période étudiée, janvier 1991 à mars 1993, les variables manquantes concernent la durée de séjour (7,7%) et l'âge (2,7%). Les données sur le diagnostic, les actes thérapeutiques et/ou diagnostiques ont été retrouvés dans 100% des cas dans les dossiers médicaux.

D'un autre côté, sur les données de 1992, les dossiers médicaux ont permis de capter 459 admissions au service ainsi que 375 en hôpital de

¹⁴ CHOUGRANI, S. ; MAZOUZI, H. ; BENSETTI, A. - Enquête sur la gestion de l'information de production technique au CHU d'Oran en 1994.- In Actes de la table-ronde "communication et information au CHU d'Oran", Oran, CHUO, Mai 1994.

¹⁵ CHOUGRANI, S. ; MESLI, M.F. ; MESSAOUD, A. ; BESSAOUD, K. - Le système d'information médicalisé : stratégie de mise en place au CHUO.- Journal Algérien de Médecine. VIII, 5, Septembre-Octobre 1997.

jour, sur un total de 1363 enregistrés par le bureau des entrées du CHUO. Ce qui donne un taux d'exhaustivité des dossiers médicaux de l'ordre de 61,2%. Ainsi près de 40% (n=529) des entrants n'ont pu être retrouvés à l'aide des dossiers, ce qui n'est pas négligeable. Ces résultats montrent que le dossier médical, même s'il est bien tenu comme dans ce service, ne peut constituer, en l'état, une source d'information fiable pour notre objectif de captation des entrées

Les caractéristiques de la santé et la détermination de la fonction de production standard dans les hôpitaux

La mesure des activités de santé et de leurs résultats reste un cauchemar pour tout le monde : médecin, gestionnaires, économistes... La question posée est de savoir comment extraire la part des soins dans l'amélioration de l'état de santé des individus ?

Les gestionnaires ont préféré la solution acceptable de mesurer indirectement les activités et les résultats à travers des indicateurs de consommation de ressources (durée moyenne de séjour, taux d'occupation des lits et coefficient de rotation des lits), qui n'ont aucun lien avec la pathologie.

En réponse à ces défis deux tendances tentent aujourd'hui d'apporter des arguments scientifiques pour cela.

1- L'Analyse détaillée des pratiques médicales et des procédures de prise en charge

Cette démarche de type *normatif* intègre les progrès des sciences dans le descriptif pour la détermination des pratiques acceptables. Seulement, elle ne permet pas d'expliquer la variation de consommation des ressources selon l'état du patient en terme de gravité et de pathologies associées.

Elle est longue à construire, nécessite d'identifier des ensembles homogènes de pratiques cliniques et demande surtout un consensus très fort pour la détermination des bonnes pratiques (acceptables).

2- L'Analyse statistique des profils de pratiques

Cette approche *probabiliste* est basée sur l'analyse de la variance. C'est un modèle prédictif conduisant à estimer l'écart entre l'observation et le modèle¹⁶. Le processus de prise en charge est décrit selon les caractéristiques du patient (âge, sexe), de la maladie (diagnostic

¹⁶ POUVOURVILLE (de), G. - La régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes et faisabilité.- Sciences sociales et santé, 1990, VIII, 2.- p.p. 33-65.

principal), des pratiques médicales (actes diagnostiques et thérapeutiques) et de structure (modes d'entrée et de sortie).

Outre ces difficultés d'ordre méthodologique et technique, le secteur de la santé se caractérise par d'autres facteurs :

1- L'incertitude des acteurs face à la complexité des situations

La variabilité, première caractéristique biologique de l'homme, produit des situations cliniques et sanitaires rendant difficile toute prise de décision.

De plus, l'obsolescence des connaissances rend perplexé le professionnel qui doit régulièrement réviser sa copie. François Gremy¹⁷ estime que 50% des connaissances médicales deviennent obsolètes au bout de 7 ans. Les dernières estimations montrent que la quantité d'information publiée dans le monde double tous les 2,4 ans¹⁸.

Cette explosion d'information entraîne la remise en question des acquis, ce qui fait dire à Edgar Morin qu'«en même temps qu'un progrès des connaissances, il y a un progrès de l'incertitude et je dirais même un progrès de l'ignorance... »¹⁹.

2- L'asymétrie de l'information

Le système de santé se caractérise par une distribution et une détention inégales de l'information. Le médecin, le patient, la tutelle administrative et les financeurs jouent des rôles favorisant des comportements opportunistes et stratégiques^{20 21}.

Cette asymétrie de l'information entraîne donc des effets inattendus et pervers par nature allant à l'encontre des mécanismes de marché :

I- Le risque moral correspond à l'inobservabilité par le financeur du comportement intéressé et stratégique soit du patient (surconsommation) soit du médecin et/ou du gestionnaire (en maximisant les recettes).

II- La sélection adverse correspond à l'inobservabilité des caractéristiques de l'état de santé des assurés et la qualité des services (biens). La sélection des pathologies les moins coûteuses est un exemple.

¹⁷ GREMY, F. - Informatique médicale.- Paris, Flammarion, 1987.

¹⁸ BELOT, L. - Les sociétés françaises se mettent avec retard à l'intelligence économique.- Le Monde, 28 mars 1998.

¹⁹ MORIN, E. - Sciences avec conscience.- Paris, Edition révisée, Fayard, 1990.

²⁰ GADREAU, M. ; BEJEAN, S. - Le "marché" des soins ambulatoires, la régulation des dépenses et l'éthique professionnelle. Entre contrat, contrainte et convention.- Journal d'Economie Médical, 1996, T.14, n°7-8.- p.p. 389-400.

²¹ BERGUIERE, B. - Les modalités du partenariat entre l'assurance malade et le système de santé.- Journal d'Economie Médicale, 1997, T.15, n°2.- p.p. 135-139.

III- L'induction de la demande par l'offre est liée à la difficulté de mesurer l'amélioration de l'état de santé d'un patient après intervention médicale. Le médecin, comme tout agent économique recherche à maximiser son utilité.

Des études ont montré que ces effets ont pu être contrecarrés par la mise en place d'un partenariat effectif entre financeurs et producteurs de soins. Le principe du contrat avec l'obligation de révéler l'information signifiante (informations sur les pathologies, les produits et les coûts) permet de réduire les risques à un niveau acceptable²¹²², pour peu que les structures de soins aient un niveau d'organisation pouvant satisfaire ces exigences, c'est à dire un système d'information médicalisé et une gestion financière capable de décider des informations et d'informer les décisions.

3- Des pratiques très variées

Elles sont caractérisées par des tendances exagérées à l'interventionnisme, à l'exploration et à l'hospitalisation, prenant leur fondement sur le principe que l'accumulation des informations facilite la décision.

Beaucoup d'études ont été réalisées dans ce domaine, portant essentiellement sur l'évaluation de la pertinence des admissions et des journées, selon le protocole "Appropriateness Evaluation Protocol" (A.E.P). Nous citerons particulièrement deux études publiées récemment :

- La première, menée dans un CHU de Barcelone, montre que 9,1% des admissions sont inappropriées, parmi lesquelles 70% auraient pu avoir lieu en dispensaire ; et que 29,2% des journées étaient inappropriées essentiellement en relation avec le comportement routinier des médecins²³. L'indice de Kappa, mesurant la concordance, était de 0,50 pour les admissions et de 0,67 pour les séjours, avec une qualité respectivement faible et moyenne.

- L'autre, portant sur les prescriptions médicales injustifiées et menées dans un hôpital parisien, a montré que 65% des prescriptions médicalement injustifiées étaient attribuées aux comportements des acteurs dans leur manière de prescrire. Le reste était attribué aux supports

²¹ Ibid.

²² DUSSERRE, L. - Justifications cliniques des GHM coûteux.- Gestions hospitalières.- Avril 1995.- p.p. 303-307.

²³ BARRE, M.L ; PRAT, L. ; LLEDO, L. ; ASENJO, M.A. ; SALLERAS, L.L. - Appropriateness of admissions and hospitalization days in an acute-care teaching hospital. - Rev. Epidémi. et Santé Publ., 1995.-p.p. 43-328-336.

logistiques : délais dans les circuits (25%) et supports des informations médicales (10%)²⁴.

D'un autre côté, une analyse des références médicales opposables (RMO) françaises²⁵, références concernant les prescriptions et les soins médicament inutiles ou dangereux, montrent que 30% des thèmes touchent à la prescription des explorations, 29% aux habitudes de prise en charge et 19% aux prescriptions médicamenteuses.

4- La variabilité du jugement médical

Cette variabilité touche toutes les étapes de la prise en charge médicale : de l'interrogatoire médical à la surveillance. Alexandra Giraud cite D. Eddy qui donne quelques exemples [8] :

1- 10 à 50% de discordances inter ou intra-individuelles sur une même observation médicale.

2- 8 à 37% d'interprétations modifiées par le même observateur au cours de 2 examens successifs de la même angiographie.

Parmi les raisons de la variation des pratiques WENNBERG [8] cite en premier *l'absence de consensus professionnel* puis l'inflation de l'information médicale et scientifique.

La pratique médicale se confondant avec la culture médicale, elle est soumise à des règles particulières, notamment celle de la hiérarchie (rapport Maître à élève). C'est plus de l'artisanat avec des contraintes sociales qu'une production de type industriel avec ses caractéristiques techniques.

La fonction «information médico-hospitalière»

L'information n'existe pas en tant que fonction organisée à l'instar des secteurs d'activité hors administration.

Lors d'une enquête au CHUO aucun des médecins chefs de service interrogés n'a perçu l'utilité de l'organisation de l'information [14] ! La moitié d'entre eux considèrent qu'ils ne sont pas concernés par cette fonction et/ou qu'elle n'est pas de nature clinique. Mais ce qui est étonnant c'est la réponse des gestionnaires interrogés qui considèrent que la gestion de l'information n'est pas une priorité à l'hôpital.

Les structures sanitaires n'évoluent plus seules sur le marché de l'offre de soins. A Oran, les structures d'hospitalisation privée totalisent près de 200 lits, essentiellement de chirurgie.

²⁴ MINVIELLE, E. ; BEAUGE, S.- "Mieux" prescrire les examens complémentaires.- Gestions hospitalières.- Janvier 1998.- p.p. 32-36

²⁵ Arrêtés du 28 mars 1997 : convention nationale des médecins. Références médicales opposables.- France. Journal officiel du 29 mars 1997.

L'hôpital public se retrouve face à une double menace : le *glissement de la demande* vers le secteur privé (qui axera sa stratégie sur la fidélisation de cette clientèle) et la *diminution du chiffre d'affaires* par la diminution du nombre de journées d'hospitalisation et des actes réalisés.

C'est dans ce contexte que nous pensons que l'organisation de la fonction «Information» est vitale pour la survie des établissements publics de santé.

Au moins deux variantes peuvent être imaginées :

1- la création d'un service d'information médico-hospitalière (SIM)

La mission de ce service est d'œuvrer pour la mise en place d'un cadre de communication (au sens du partage et de l'échange mutuellement profitable) cohérent et admis par tous les acteurs hospitaliers.

Les prestations médico-techniques du SIM, recueil, traitement et analyse des données, permettront de réduire les divergences entre l'administration et les producteurs de soins, en introduisant des données de production médicale²⁶.

2- la réorganisation d'une mission du SEMEP

Dans nos structures publiques de santé, le service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP) joue un rôle dans l'information. Ainsi, nous pensons que l'unité "traitement et analyse des statistiques" du SEMEP peut constituer le point de départ d'un projet de gestion de l'information recadré sur les environnements. Cette nouvelle entité pourrait se doter d'une organisation flexible et moins pyramidale²⁷. Cette formule a été proposée pour l'Etablissement Hospitalier Spécialisé pour Enfants de Canastel, à Oran.

Ces deux variantes ont l'avantage de consacrer une structure médico-technique, c'est à dire, un service transversal qui preste aussi bien pour les services médicaux que pour les services de l'administration. Cette structure peut constituer un pôle de surveillance des environnements, jouant ainsi un rôle de *veille*. En outre, elle respecte les obligations de secret médical, condition que ne remplit le Bureau des Entrées, qui reste une structure administrative.

²⁶ CHOUGRANI, S. ; MESLI, M. F. ; BESSAOUD, K. ; AHMED-FOUATIH, Z. - Le centre d'information médicale.- Journal Algérien de Médecine, III, n°1, 1993.- p.p. 57-59.

²⁷ DESRUMEUX, A. - Nouvelles formes d'organisation et évolution de l'entreprise.- Revue Française de Gestion ; Jan - Fév 1996.- p.p. 86-108.

Améliorer les relations entre acheteurs et producteurs de soins

L'amélioration des relations nécessite d'élargir les champs de la négociation et de sortir du cadre habituel des aspects strictement techniques. Les domaines novateurs relèvent de l'information, de la formation continue, du management...

1- Manager l'information

Toute production d'information entraîne deux types de problèmes : d'une part ceux liés aux différentes séquences du processus : extraction, synthèse, transcription et codage à partir du document primaire ; et d'autre part, ceux liés à l'organisation de la production de l'information. La qualité devient alors essentielle et incontournable.

La NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) est le référentiel de base de la sécurité sociale. Elle liste l'ensemble des actes concernés par le remboursement, et uniquement ceux-là. Elle exclut de facto les activités sans procédures, ce qui a fait dire à un gestionnaire d'un site pilote de l'expérimentation de la contractualisation dans notre pays, que *« beaucoup de fiches navettes leur retournaient sans aucun renseignement »*. Ce genre d'observation est souvent rencontré, non pas par négligence mais par incompatibilité entre la NGAP et la nature de l'activité de certains services hospitaliers.

Un référentiel adapté est celui qui présente le plus de cohérence en matière d'utilisation, d'autant que les producteurs d'information sont en même temps les producteurs de soins.

Quel système de référence choisir alors ? La NGAP ou un Catalogue de description de l'activité ? La solution ne peut trouver son origine qu'à partir d'une analyse globale et systémique, qui prend en ligne de compte les déterminants ensemble et en interaction.

La NGAP, construite pour un but tarifaire, ne peut satisfaire que les financeurs. Mais, ces derniers en l'utilisant ne peuvent agir sur la maîtrise des dépenses, car la NGAP est l'outil de la rémunération à l'acte et donc de l'inflation.

Un catalogue des actes, par contre, servirait davantage les producteurs de soins en décrivant convenablement leurs activités, mais nécessite un cadre global d'intégration de l'activité dans le processus de production : les actes, les pathologies, la structure, les coûts et les effets.

Leur inconvénient commun consiste dans leur logique de construction qui prend en compte presque exclusivement les activités faisant appel à des procédures techniques instrumentales, thérapeutiques ou diagnostiques. Ceci est également retrouvé lorsqu'on analyse les produits hospitaliers agrégés en groupes homogènes de malades (GHM

ou DRG's (diagnosis related group's) où l'on trouve que les DRG chirurgicaux (avec une part de variance expliquée (PVE) de 34%) expliquent mieux la variation de consommation de ressources que les DRG médicaux (PVE de 6%)²⁸.

Réduire ce dilemme consiste à décrire le savoir-faire hospitalier mettant en correspondance les activités et les produits ainsi que l'ensemble du processus de prise en charge des patients. Ce système est appelé système d'information médicalisé, qui s'appuie sur les systèmes de classification de patients, selon des groupes homogènes statistiquement et cohérents cliniquement.

2- Tenir un discours cohérent et rationnel

La Caisse d'assurance maladie semble adopter deux procédés de rémunération. Dans le cadre des transferts des malades à l'étranger, elle opte pour les pays qui pratiquent le coût forfaitaire (Jordanie et Ecosse) par opposition au prix de journée et à l'acte (France). Pour la contractualisation avec les hôpitaux algériens, elle propose un financement à l'acte !

Par rapport à ce dernier type de financement, nous avons analysé succinctement la NGAP, qui montre deux aspects importants à notre avis :

1- Une prédominance des actes instrumentaux : ainsi sur un total de 1721 actes, les soins infirmiers, codés en AMI, sont au nombre de 28 ; les actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, codés en AMM, sont au nombre de 29.

2- Une dispersion importante de la valeur moyenne (en D.A) des actes. Ainsi, dans la partie 1 (actes thérapeutiques sans radiations ionisantes) les valeurs moyennes varient entre 31,5 D.A pour les actes de «Soins infirmiers» à 1734 D.A pour les actes en K sur le «Rachis et Moelle épinière», en dehors de la cotation des actes d'anesthésie.

A l'intérieur du titre «Tête» la valeur moyenne est de 675 D.A : de 322 D.A pour les actes sur les dents et gencives à 1295 D.A pour ceux sur le crâne et l'encéphale (Intervalle de Confiance (I.C) à 5% : 85-1265 D.A).

Pour la partie 3 (Biologie) les valeurs des actes varient entre 60 D.A, pour l'Hémobiologie, à 208 D.A, pour la Mycologie (I.C. 5% : 42-162 D.A).

Selon les dernières estimations, la CNAS note une progression du poste «remboursement des actes médicaux» passant de 2 milliards à 10 milliards de D.A entre 1988 et 1997. Cette tendance serait due à un

²⁸ NAIDITCH, M. - Au-delà des DRG, Sciences sociales et santé.- VIII n°2, 1990.

investissement soutenu pour les pathologies lourdes : chirurgie cardiaque, imagerie non conventionnelle...²⁹

Cette double stratégie en matière de maîtrise des coûts : le forfait pour les soins à l'étranger, et le remboursement à l'acte pour les soins en Algérie, ne semble pas compréhensible. Le mécanisme de rémunération à l'acte est inflationniste par nature.

Ceci nous interpelle fortement quant à la démarche poursuivie par les pouvoirs publics, à aucun moment n'apparaît explicitement et de façon répétée l'objectif premier qui est celui de la maîtrise de la dépense nationale de santé, point de départ de toutes les réformes dans le monde.

Aujourd'hui, la tendance mondiale est en faveur du paiement à la pathologie, système utilisé essentiellement dans les pays de l'O.C.D.E., ainsi que certains pays nouvellement industrialisés d'Asie du Sud-Est.

En France, les objectifs dans le secteur hospitalier public (et privé non lucratif) consiste en une réallocation des ressources entre établissements en fonction de leurs activités traduites en terme de case-mix (GHM) et une mesure de la performance objectivée par les coûts par pathologie.

Dans le secteur hospitalier privé à but lucratif l'objectif est un paiement forfaitaire à la pathologie avec ajustement entre volume et prix. Le projet insiste sur le plafonnement des dépenses³⁰.

En Algérie, M. Aguercif a proposé une méthode de financement par pathologie en l'absence d'un système d'information comptable de type analytique³¹. Sa simulation dans un service de pédiatrie spécialisé dans la prise en charge des pathologies lourdes a montré toute sa pertinence.

3- Motiver les acteurs en introduisant des incitatifs divers, non pas seulement pécuniaires

Devant des comportements anti-économiques, les seules mesures réglementaires ne peuvent prétendre à être efficaces. Les mesures d'incitation leur sont préférées. Certes, le conventionnement (ou le contrat) constitue une des solutions privilégiées, mais il ne peut se faire en dehors d'un cadre cohérent définissant clairement les obligations de chaque partie ainsi que les moyens de recours (ou de renégociation) en cas de litige.

²⁹ Assises nationales de la santé. Invention du directeur général de la Caisse nationale des assurances sociales (CNAS).- Alger, 26-28 Mai 1998.

³⁰ POUVOURVILLE (de), G. ; COLMAR, I. ; BOUVIER, V. - Le paiement à la pathologie des hôpitaux ; L'expérience française.- Rev. Epidèm. et Santé Publ., 1994.- p.p. 42 : 62-78.

³¹ AGUERCIF, M. - AGUERCIF-MEZIANE, F. - Méthode pour un financement des structures de santé hospitalières.- Journal algérien de médecine, 1994 IV, 6.- p.p. 310-315.

La convention-type entre la sécurité sociale et les établissements de soins prévoit des incitatifs en terme d'intéressement³². Ces derniers sont prévus dans des «*clauses contractuelles selon la réglementation en vigueur*». Seulement nous ignorons totalement la nature de ces intéressements.

Beaucoup de créateurs, de prestataires ou de chercheurs se posent la question suivante : est-il intéressant et motivant de créer dans les structures administrées ? La création et l'innovation nécessitent, avant tout, des espaces de liberté que l'administration ne peut offrir tant qu'elle ne subirait pas son aggiornamento culturel.

3-1- Prendre en charge la formation continue des prestataires :

L'exemple des références médicales opposables (RMO) est très significatif à ce titre. La convention entre praticiens et sécurité sociale contient l'incitatif de la formation continue. Celle-ci est prise en charge totalement par la sécurité sociale : frais directs de formation, perte de revenus pour les médecins libéraux ... [25].

3-2- Permettre l'accessibilité aux sources d'information :

L'information scientifique et technique (I.S.T) est un des leviers du développement. L'activité autour de l'I.S.T possède un retour d'investissement très fort pour peu que l'on sache ce qu'on cherche.

A cet effet, l'apport des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) est considérable. MEDLINE, la plus grande base de données médicales dans le monde, est aujourd'hui accessible sur Internet gratuitement et en version complète, à l'adresse :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubMed/>

Imaginer une ressource d'information, centres de documentation spécialisée, médiathèques, centres de téléconférence..., avec des sources actualisées et partageables, localement ou à distance, constitue également un incitatif de premier ordre.

4- Aider les établissements à éviter les comportements opportunistes

L'expérience des conventions dans le cadre de la réduction des transferts à l'étranger gagnerait en efficacité en explicitant la stratégie et les objectifs négociés tout en impliquant sérieusement l'établissement duquel est issu le service conventionné.

L'établissement doit assurer une certaine équité entre l'ensemble de ses services, les conventionnés et les non conventionnés. Les premiers peuvent être considérés comme privilégiés et bénéficier en conséquence

³² Arrêté interministériel du 27/09/1995, portant convention-type entre la sécurité sociale et les établissements de soins (JORA n°16 du 23/03/1997).

d'avantages supplémentaires. Ceci est aussi une forme de «sélection» des bons services rentables au détriment des services assurant en priorité une fonction de service publique ou un rôle de «passage obligé», tel que le service des Urgences médico-chirurgicales.

L'équité ne devrait pas concerner uniquement l'accès aux soins, mais aussi la répartition des ressources entre les services, non pas par le nivellement par la moyenne, mais à travers une contractualisation interne basé sur des projets de développement et des programmes d'activité négociés.

L'établissement doit avoir sa propre stratégie de développement, mais pour cela il doit arracher sa véritable autonomie.

5- Manager l'achat des soins

La Sécurité Sociale ainsi que les autres financeurs auront à gérer bien plus l'information que l'activité elle-même. Ils auront à se comporter en véritables conseillers pour aider les acteurs à intégrer leurs situations informationnelles dans le cadre de la stratégie de l'organisation à laquelle ils appartiennent.

Les financeurs doivent favoriser les échanges d'information et non plus seulement la transmission de données décontextualisées, par rapport à la stratégie et aux objectifs, et peu utiles à la réflexion et à l'enrichissement.

Les assureurs auront à se positionner en tant que managers ayant toute l'autorité à négocier des soins de qualité au profit de leurs cotisants, tout en recherchant à améliorer l'efficacité du système de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Les cotisants, les employés et les employeurs, devront, selon la même logique, avoir la même liberté de choisir les meilleurs assureurs sur le marché et les moins chers, constituant leurs propres HMO (Health Maintenance Organization).

Les 30% des masses salariales (parts patronale et salariée) constituent un pactole non négligeable pour toute entreprise privée ou publique désirant se lancer dans le marché des plans de soins managés.

Ce marché reste toutefois peu investi car ne générant pas de profits immédiats.

Cependant, la situation de déficit chronique, liée à l'incapacité de l'économie nationale à créer des emplois, est très favorable aux vellétés de transformation du statut juridique des caisses de sécurité sociale. Cette éventualité sous-entend un risque de destruction de leur mission principale de solidarité, et c'est à ce niveau que l'Etat doit rester vigilant.

Conclusion

Si la configuration générale du financement des soins est définie par les textes (loi des finances, instruction interministérielle, modes d'exercice, offre de soins concurrentielle, assureurs diversifiés...) beaucoup de composantes de la solution adoptée, à savoir le contrat entre la Sécurité Sociale et l'Hôpital, restent à identifier.

La composante la plus importante à notre avis est *l'information à échanger*. L'information actuelle servant uniquement au fonctionnement «bureaucratique» devra être enrichie par une information ayant un but managérial (informations d'anticipation et d'influence).

Ce nouveau type d'information ne peut être géré que par une structure nouvelle, transversale et non bureaucratique, ayant une forte autonomie de fonctionnement et d'intervention auprès des sous-systèmes voisins.

Les référentiels à utiliser, la NGAP ou une autre nomenclature ou classification, devront répondre aux objectifs de la stratégie mise en place (ou à mettre en place). L'expérience qui est en cours dans les cliniques de la CNAS pour la détermination des forfaits journaliers de référence (notamment à partir des résultats d'exploitation de la clinique de chirurgie cardiaque pédiatrique de Bou-Ismaïl, considérée comme la structure qui consomme le plus de ressources actuellement) rajoute davantage d'ambiguïté à la compréhension du processus enclenché.

Par ailleurs, les efforts fournis par la communauté médicale pour la détermination de standards «consensuels» de pratiques professionnelles vont permettre à terme de stabiliser les écarts par rapport aux pratiques non souhaitées. Cependant, ces standards ont besoin d'être remis en question au fur et à mesure de l'évolution de «l'état de l'art». Ils doivent être validés régulièrement par des instances techniques indépendantes, d'accréditation ou de certification par exemple³³, reconnues d'utilité scientifique et publique.

Tout ceci nous amène à penser que les organisations de type bureaucratique ne peuvent résister à la complexité des situations rencontrées de nos jours. L'évolution nous emmène vers plus d'adhocratie.

Ceci est plus important encore lorsque le sujet d'intérêt est lié aux pratiques professionnelles et aux comportements vis à vis de l'information.

³³ CHAIX, C. ; DURAND-ZALESKI, I. ; BRUN-BUISSON, C. - Typologie des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en Amérique du Nord.- Journal d'Economie Médicale, 1997, T.15, n°5.- p.p. 311-318.