



La qualité des soins est-elle soluble dans la quantification ? Une critique du paiement à la performance médicale

Nicolas da Silva

► To cite this version:

Nicolas da Silva. La qualité des soins est-elle soluble dans la quantification ? Une critique du paiement à la performance médicale. 2014. hal-04141330

HAL Id: hal-04141330

<https://hal.science/hal-04141330>

Preprint submitted on 26 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



<http://economix.fr>

Document de Travail

Working Paper

2014-31

La qualité des soins est-elle soluble dans la quantification ?
Une critique du paiement à la performance médicale

Nicolas Da Silva



UMR 7235

Université de Paris Ouest Nanterre La Défense
(bâtiment G)
200, Avenue de la République
92001 NANTERRE CEDEX

Tél et Fax : 33.(0)1.40.97.59.07
Email : nasam.zaroualete@u-paris10.fr

université
Paris | Ouest

Nanterre La Défense

La qualité des soins est-elle soluble dans la quantification ?

Une critique du paiement à la performance médicale

Nicolas Da Silva, niconds@hotmail.fr, EconomiX, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 200 avenue de la République, 92001 Cedex.

Abstract :

L'une des réponses de la politique publique au défi de l'amélioration de la qualité des soins est la mise en place de mécanismes de paiement à la performance qui incite le médecin à atteindre des objectifs chiffrés de qualité. L'hypothèse implicite est que la qualité des soins est soluble dans la quantité. Les normes quantifiées sensées traduire la qualité des soins proviennent des résultats de *Evidence Based Medicine* (EBM) et de sa méthode de recherche principale : l'essai clinique randomisé. Nous développons dans cet exposé deux critiques épistémologiques majeures sur cette utilisation de l'EBM. D'une part, l'épistémologie implicite des objets statistiques qui sous-tend cette méthode est problématique : la maladie n'est pas phénomène indépendant du malade et l'essai clinique randomisé n'est pas une méthode neutre et impartiale. D'autre part, il est également douteux de considérer le soin comme un bien de consommation infiniment reproductible : le service de soin n'est pas un produit.

Mots-clefs : paiement à la performance – essai clinique randomisé – médecine fondée sur les preuves – épistémologie économique.

Codes Jels : I10, I12, I18, B41

Abstract:

The introduction of pay for performance (P4P) in healthcare raises a problem for economists: is quality of care soluble in quantities? The quantified standards of quality used in P4P programs come from the results of Evidence based medicine (EBM) and from its main method of research: random controlled trials. We develop in this paper two major epistemological criticisms of this use of EBM. On the one hand, the implicit epistemology of statistical objects used by this method is problematic: the disease is close to the behavior of

the patient and the methodology used in randomized clinical trials is not neutral. On the other hand, it is also questionable to consider care service as product.

Key-words: pay for performance – random controlled trials – evidence based medicine – economic epistemology.

Jels Codes: I10, I12, I18, B41

Introduction

La question de la qualité des soins est d'une importance cruciale pour tout système de santé. L'une des réponses de la politique publique à ce défi est la mise en place d'un complément de rémunération pour les médecins fondé sur l'atteinte d'objectifs de santé publique. Ce mécanisme d'intéressement aux résultats – communément appelé paiement à la performance (en Anglais *pay for performance* ; P4P) – repose sur l'idée qu'il est possible d'améliorer la qualité des soins si le médecin respecte des protocoles standardisés et chiffrés. L'hypothèse implicite est que la qualité des soins est soluble dans la quantité. Par exemple¹, la qualité des soins apportée à un diabétique peut se résumer au respect de plusieurs critères chiffrés : traitement par 3 ou 4 dosages d'HbA1c par an, un examen ophtalmologique au moins tous les deux ans, résultat de dosage de LDL cholestérol inférieur à 1,3 g/l, etc. Si le médecin atteint ces objectifs chiffrés à l'occasion de son activité habituelle alors il est considéré comme performant et sur-rémunéré.

De tels mécanismes ont été mis en place dans plusieurs pays à des échelles différentes mais avec toujours la même logique : améliorer la qualité des soins par l'incitation financière. Le système du *Quality Outcome Framework* (QOF) britannique, lancé en 2004, est exemplaire à cet égard. C'est le programme le plus ambitieux tant par son contenu (en nombre d'indicateurs : plus de 130 dès son lancement) que par son importance relative dans la rémunération des médecins. D'autres pays ont également testé le P4P : Allemagne, Etats-Unis, Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, etc.

La France n'est pas en reste. Depuis 2009, les médecins libéraux français peuvent également être rémunérés à la performance en signant le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). Il s'agit d'un contrat visant à rémunérer davantage le médecin qui atteint des objectifs préétablis (prescription de génériques, dépistage et suivi des maladies chroniques, etc.). Cette logique a été rapidement généralisée par la convention nationale de

¹ Ces exemples sont tirés du dispositif de P4P Français.

2011. Ce sont désormais tous les médecins traitants qui sont payés à la performance. Et cette généralisation en appelle d'autres. Comme le précise la convention de 2011, le principe du paiement à la performance est désormais un pilier de la rémunération des médecins et est amené à se généraliser : signée en mars 2012 l'avenant 7 à la convention de 2011, par exemple, étend ce nouveau mode de rémunération aux médecins spécialistes de cardiologie et de médecine vasculaire.

Ce développement important du P4P médicale ne va pourtant pas sans problèmes. En effet, les mécanismes de P4P n'ont pas encore fait la preuve de leur pertinence. Nous pouvons ici² nous concentrer sur deux critères d'évaluation : l'amélioration de la qualité des soins et l'existence d'éventuels effets pervers (Da Silva, 2013).

Si l'on s'intéresse à l'effet du P4P sur la qualité des soins, les résultats des études empiriques peinent à montrer un effet (positif, négatif ou même nul). Selon les cas, le même mécanisme peut avoir des effets différents ce qui rend l'interprétation de son rendement difficile. Et, lorsque l'on observe un effet positif, il n'est pas possible de l'attribuer directement et uniquement au P4P. Ainsi, les différentes revues de la littérature sur le sujet s'accordent pour dire que les résultats ne sont pas éclairants (Christianson et al., 2008 ; Schatz, 2008 ; Van Herck et al. 2010). Les difficultés méthodologiques rendent l'évaluation du P4P compliquée. Il semblerait que le paiement à la performance vienne récompenser une qualité déjà là où qui aurait été là quoi qu'il arrive (Galvin, 2006). L'article particulièrement intéressant d'Eijkennar et al. (2013) est récemment venu confirmer cette absence de résultats. Afin de synthétiser une littérature en expansion, les auteurs procèdent à une revue de la littérature des revues de la littérature sur l'impact du P4P. En dépit de l'originalité de la démarche, la conclusion reste très classique : on ne peut rien dire de l'efficacité du P4P.

En plus de cette panne d'efficacité, le P4P produit des effets pervers sur la qualité des soins qui invitent à sérieusement remettre en cause cette méthode de rémunération. L'un des risques d'effet pervers bien connu en économie est la sélection des tâches (Holmström et Milgrom, 1991). Si le travail d'un agent est constitué de deux tâches mais qu'une seule d'entre elle est rémunérée alors, l'agent ne fera des efforts que pour l'accomplissement de celle-là. Dans le cas du P4P médicale, le fait de rémunérer certaines tâches et pas d'autres peut avoir pour effet de dés-inciter à l'effort pour ces tâches-là. Cet effet est notamment mis en évidence dans le cas du traitement du tabagisme (Roski et al., 2003). Les professionnels de santé incités financièrement à remettre des brochures contre le tabagisme préfèrent jouer l'indicateur plutôt

² L'objectif n'est pas ici de présenter une revue complète de la littérature mais uniquement de rappeler les faits les mieux établis.

que d'adopter une attitude proactive envers les patients. En plus de la sélection des tâches, l'incitation peut conduire à la sélection des patients. Dans le cas du QOF, il est possible de montrer que les médecins ont intérêt à évincer certains patients de leurs statistiques afin d'améliorer leur résultats et, en conséquence, leur rémunération (Doran et al. 2008). Il est par ailleurs possible d'émettre l'hypothèse d'un remodelage de l'éthique médicale des médecins au profit de comportements marchands auparavant proscrits (Batifoulier, 2012 ; Batifoulier et al. 2007 ; Da Silva, 2012).

Au final, il semble que le P4P pose plus de problèmes qu'il n'apporte de solutions. La thèse développée dans ce texte est que les difficultés de ce dispositif sont dues à l'impossibilité de traduire l'objectif d'amélioration de la qualité des soins par une politique de quantification. Autrement dit, la qualité des soins ne se résume pas à des quantités. Mais se pose alors la question de l'origine de ces normes quantifiées : d'où viennent-elles ?

L'essentiel des normes quantifiées sensée traduire la qualité des soins proviennent des résultats de *Evidence Based Medicine* (EBM) et de sa méthode de recherche principale : l'essai clinique randomisé. Il s'agit d'une méthode de recherche réunissant au moins trois conditions (Löwy, 1998 ; Marks, 1999) : (i) existence d'un traitement de contrôle en plus du groupe test (généralement un autre traitement) (ii) mise au point d'indicateurs chiffrés permettant de mesurer et d'évaluer les résultats (iii) assignation aléatoire pour l'inclusion des patients dans l'essai. On parlera d'essai clinique randomisé en double aveugle lorsque les informations de l'expérimentation sont cachées à la fois aux patients et aux médecins. Même si les origines de cette méthodologie remontent à la fin des années 1940, le développement à grande échelle de l'EBM s'est fait à partir des années 1970. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication ont permis le traitement de masses gigantesques de données ainsi que la diffusion des résultats sur la planète entière. Chemin faisant, la valeur de l'essai clinique randomisé supplanta les autres éléments de preuve dans l'élaboration des « règles de l'art » médical. En d'autres mots, la hiérarchie des preuves s'est trouvée chamboulée par l'apparition de l'essai clinique randomisé maintenant considéré comme le *gold standard* de la recherche médicale.

Or, c'est sur ce type de preuves que se fondent les mécanismes de P4P. L'assurance maladie en France s'accapare certains résultats de l'EBM pour en faire des indicateurs servant de base au dispositif de rémunération à la performance. Comprendre les difficultés du P4P à faire la preuve de sa pertinence demande donc de questionner la méthode de l'EBM. Qu'il soit bien clair que l'intérêt principal du présent article n'est pas la critique de l'EBM. La critique

menée ici porte sur l'utilisation des résultats de l'EBM comme instrument de modification des comportements du médecin à travers le mécanisme de P4P. Autrement dit, la méthode de l'EBM est sujette à de nombreuses critiques mais celles-ci n'en n'invalident pas un certain usage. Les découvertes réalisées grâce à cette l'EBM sont absolument spectaculaires et constituent une avancée considérable dans la recherche médicale. Cependant, ces critiques – que nous allons parcourir et approfondir – laissent planer une incertitude importante sur les résultats des essais cliniques randomisés. La méthode de l'EBM est prometteuse mais sa définition comme son utilisation demandent à être précisées. C'est pourquoi c'est l'usage mécanique de l'EBM par l'intermédiaire du P4P qui sera ici remise en question. L'EBM connaît des succès et des échecs. L'utiliser par l'intermédiaire du P4P revient à nier ses échecs au détriment des patients.

Nous développerons dans la suite de notre exposé deux critiques épistémologiques majeures permettant de soutenir cette thèse. D'abord, nous entreprendrons une critique de l'épistémologie implicite des objets statistiques qui sous-tend l'EBM. Nous contesterons la présentation de la maladie comme un phénomène indépendant du malade objectivement mesurable. Et, nous montrerons que la méthode de l'essai clinique randomisé, bien qu'elle se veuille neutre et impartiale, n'en n'est pas moins une construction sociale qu'il convient de discuter pour en maîtriser les limites (1). Ensuite, nous verrons en quoi il est hautement problématique de considérer le soin comme un bien de consommation infiniment reproductible. Comme le démontre Jean Gadrey, le produit n'est pas un service. Le soin est une activité dont il est impossible de lister les tâches (hypothèse de nomenclature). L'activité de soin doit par ailleurs intégrer la singularité du patient et sa participation à la « production » (thématique de la co-production) (2.).

1. Une épistémologie réductrice des objets statistiques

Réalisme et constructivisme des objets statistiques

Le dispositif de paiement à la performance repose sur l'idée qu'il est possible de mesurer objectivement le travail du médecin. Equipé de cette information, la mise en place d'incitations adéquates permettrait d'améliorer la qualité des soins. Dans ce cadre théorique, la question de la mesure n'est sensée être qu'une question purement technique à laquelle les

méthodes statistiques et des investissements technologiques peuvent aisément répondre. Tout se passe comme s'il y avait un consensus sur la définition de l'objet mesuré.

Selon Alain Desrosières (2010), cette appréhension du travail statistique peut être qualifiée de réaliste. La conception réaliste postule que les objets étudiés sont des choses qui existent indépendamment de la mesure. Ils préexistent à la réalité sociale. Dès lors, il est possible de mesurer objectivement le travail du médecin parce que l'on sait parfaitement définir de quoi l'on parle. La maladie (M) se définit par telle liste exhaustive de symptômes mesurables et elle se soigne par le protocole (P_M) dont l'application permet de mesurer le travail du médecin (L_M). Le médecin performant est celui qui diagnostique la bonne maladie et qui applique le traitement adapté. Les indicateurs efficaces (concernant la maladie, le protocole ou la performance du médecin) existent et sont simplement en attente de leur propre découverte. C'est de la « recherche-scientifique-objective » qu'il faut attendre la révélation.

A l'inverse, la position constructiviste postule que les objets étudiés sont le fruit d'un travail de définition qui s'inscrit dans un contexte sociohistorique. Ils sont alors des conventions statistiques dont on ne peut pas taire le processus de construction. La question de la mesure du travail médical suppose alors que puisse être définis les contours de ce qui est à mesurer. Or, nous ne disposons pas d'une définition de l'activité médicale. A défaut de définition, ce sont les normes quantifiées de l'EBM qui sont utilisées pour ajuster les mécanismes de régulation du travail médical (notamment pour le P4P). En conséquence, c'est la méthode de l'EBM qu'il convient de questionner. Si elle peut apparaître comme une méthode neutre et purement scientifique, c'est-à-dire une méthode débarrassée de toute l'incertitude relative aux questions politiques, nous allons désormais étudier sa part d'ombre. *A minima*, deux problématiques peuvent être soulevées : peut-on mesurer la maladie ? Jusqu'à quel point la méthode de l'EBM est neutre à son contexte d'élaboration ?

Deux conceptions de la maladie

La quantification de la qualité des soins repose sur l'hypothèse selon laquelle l'EBM serait une méthode de connaissance médicale permettant d'épuiser l'ensemble de la réalité. Elle permettrait de doter les médecins (puis les économistes) d'une mesure objective de la maladie. A partir de ses résultats, il serait possible de produire des protocoles universels à l'usage des praticiens. Mais, il existe un débat épistémologique important au sein même de la

communauté médicale concernant la portée de cette méthode. La question posée est de savoir ce qu'est la maladie et s'il est possible d'en faire une métrique universelle.

La controverse épistémologique évoquée ici oppose deux conceptions de la maladie que nous pouvons présenter brièvement³. La première, la conception positiviste défendue initialement par Auguste Comte, définit la maladie comme une variation quantitative de l'état normal. En ce sens, la maladie est une situation de déséquilibre par rapport à la situation normale d'équilibre. Dès lors, le savoir scientifique est sensé définir ce qu'est le normal et en déduire secondairement la définition de la maladie. Par exemple, c'est après avoir défini les bornes « normales » de la température du corps humain qu'il est possible d'en déduire les situations de maladies. La maladie serait « axiologiquement neutre » (Dumesnil, 2009) puisque totalement indépendante du malade. L'homogénéité entre la maladie et le normal implique nécessairement une sorte de dépossession de la maladie. Cette épistémologie est celle à l'origine de l'*Evidence Based Medicine*. Dans cette perspective, il est possible de créer des normes quantifiées à partir de l'analyse statistique (les essais cliniques randomisés) parce que le pathologique est un phénomène objectivement et scientifiquement mesurable.

C'est face à cette conception que Canguilhem écrit *Le normal et le pathologique* en 1966. Il s'oppose frontalement à la définition positiviste de la maladie faisant de celle-ci une simple variation quantitative du normal. Pour lui il y a une hétérogénéité entre l'état normal et l'état pathologique. La maladie doit être considérée comme une « autre allure de la vie » ou encore comme une rupture avec l'état de bien-être. Ici, la rupture n'est pas le fruit d'une variation quantitative et mesurable entre deux états puisque pour cela il faudrait une homogénéité entre normal et pathologique. La maladie est l'expression de la subjectivité du patient ce qui en fait un jugement de valeur et non plus un fait indiscutable comme dans la conception positiviste. Ce n'est plus le scientifique qui est à l'origine du savoir mais le patient.

Si cette discussion peut sembler distante de notre propos initial, nous pensons que le choix entre ces deux épistémologies n'est pas neutre vis-à-vis de l'organisation de la médecine. En effet, comme le montre Julien Dumesnil (2009), il existe une forte convergence entre l'épistémologie positiviste de la maladie et les théories de sciences économiques visant à quantifier l'art médical. Si le pathologique n'est qu'un écart quantitatif par rapport à une norme axiologiquement neutre, alors la maladie est un concept mesurable indépendant du patient et du médecin. Il est possible de détacher la maladie du malade (et du soignant). La définition de l'objet maladie étant en ce cas parfaitement claire et objective, il devient

³ Voir Canguilhem (1966) et Dumesnil (2009).

possible d'appliquer les méthodes de gestion issues d'autres sphères de la production économique : standardisation, normalisation, production à grande échelle, etc. Il n'y a plus de différence entre la production d'une voiture et la production de soin.

A l'inverse, suivre Canguilhem lorsqu'il énonce que la maladie est une autre allure de la vie mettant en jeu la singularité et les valeurs du patient implique l'impossibilité d'établir une métrique universelle du pathologique. La différence qualitative entre le normal et le pathologique impose une individualisation du soin bien peu compatible avec les méthodes éprouvées dans l'industrie. Cette épistémologie fonde plutôt une régulation de la médecine par ce qu'il est de coutume d'appeler l'« art médical ». Le médecin particulier fonde son action non seulement sur ses connaissances mais aussi sur la singularité du malade (Batifoulier et al. 2011)⁴.

Quelle neutralité méthodologique ?

La légitimité de l'EBM provient de sa prétention à fournir des preuves exemptes de contestations. La méthodologie de l'essai clinique randomisé empreinte de rigueur et d'impartialité est sensée être un « juge de paix » permettant de clore les débats (au moins momentanément). Cependant, cette neutralité supposée peut être sérieusement questionnée dans la mesure où les résultats des essais cliniques randomisés ne sont pas indépendants du contexte sociohistorique qui les ont vus naître. Dans cette optique, on peut reprendre l'argument d'Agnès Labrousse (2010) selon lequel il faut dénaturaliser l'EBM en envisageant le processus de construction sociale des essais cliniques randomisés sous au moins trois angles : leur durée, leurs objectifs et leurs contraintes pratiques.

Du point de vue de la durée des expériences, les résultats de l'EBM doivent porter à caution puisque près d'un quart des médicaments mis sur le marché engendrent des effets indésirables qui ne sont pas détectés par les essais cliniques. De plus, l'industrie pharmaceutique a fait pression sur les régulateurs pour réduire la durée légale des essais cliniques ce qui conduit à se poser la question de l'impartialité de cette méthode. Du point de vue des objectifs, l'auteure fait remarquer que pour accélérer la mise sur le marché des médicaments l'évaluation de nombreux essais portent non sur les résultats finaux (réduction de la mortalité

⁴ Il va de soi que des positions médianes existent (par exemple, Dumesnil, 2009) mais elles ne nous intéressent pas dans la mesure où il s'agit ici de faire la critique de théorie positiviste au fondement de la politique publique actuelle.

ou morbidité) mais sur des résultats intermédiaires. Enfin, du point de vue des contraintes pratiques de leur mise en place, les essais cliniques randomisés ne sont pas plus à l'abri que d'autres méthodes de « petits arrangements caractéristiques de toute méthodologie en action ».

Plus généralement se pose la question de l'indépendance de la recherche à l'égard de ses sources de financement. Des études commandées par l'industrie pharmaceutique risquent d'introduire des biais notamment en ne publiant pas systématiquement des résultats négatifs pour la firme. Le même type d'argument est développé par Othmar Keel (2011). Selon lui, s'il y a un nombre croissant d'études peu fiables se réclamant de l'EBM, c'est à cause de leur mode de financement. Celui-ci étant presque entièrement privé et sous le contrôle des firmes pharmaceutiques, l'exigence de rentabilité prime sur la rigueur scientifique. Deux effets de la mainmise du profit sur la recherche médicale peuvent être détaillés. D'une part, l'industrie pharmaceutique multiplie les essais de nouvelles molécules contre placebo plutôt que contre un médicament déjà éprouvé. Cela conduit à multiplier le nombre de médicament de type « moi aussi », c'est-à-dire ayant une meilleure efficacité que rien (le placebo), que l'on est incapable de hiérarchiser. Les firmes peuvent alors vendre ces « moi aussi » plus cher (parce que neufs et brevetés) sans que l'efficacité des traitements soit meilleure que des médicaments existants. D'autre part, les recherches portent majoritairement sur des médicaments de confort conçus pour des populations aisées constituant une minorité. L'exemple des psychotropes est particulièrement parlant puisqu'au lieu de chercher à éradiquer les causes du mal (notamment dans l'organisation du travail), les systèmes de santé essaient vainement de l'atténuer. Or, ces recherches se font au détriment de médicaments pour les majorités pauvres des pays du sud.

La neutralité et l'objectivité des résultats de l'EBM ne sont plus totalement assurées. La mise en ordre et la hiérarchisation des connaissances n'est pas aussi facile à réaliser qu'à théoriser. Logiquement c'est le rôle des agences sanitaires indépendantes de mettre de l'ordre dans la mise en ordre. Indépendante du pouvoir politique et du pouvoir économique, la Haute Autorité de Santé devrait être la clé de voute de l'architecture du système de santé. Elle devrait être le « juge de paix des juges de paix ». Pourtant une récente décision de justice vient écorner son statut. En décembre 2009, l'Association pour une formation médicale indépendante (Formindep) a déposé un requête auprès du Conseil d'Etat afin d'annuler une recommandation professionnelle concernant la prise en charge du diabète de type 2. Le 27 avril 2011 le Conseil d'Etat a annulé cette recommandation car les déclarations de conflit d'intérêt n'étaient pas respectées (seules 6 déclaration étaient disponibles sur 27) (Duguet, 2012). Plus généralement, on observe que ce type d'agences, étant faiblement doté en moyens

financiers et humain pour produire les normes, a tendance à solliciter des personnes extérieures potentiellement en conflit d'intérêt (Benamouzig et Besançon, 2005). « D'une *evidence based medicine*, on passe alors à une *evidence biased medicine* » (Labrousse, 2010).

L'incertitude sur la qualité persiste et le P4P pose question

L'EBM sensée fournir des normes quantifiées et objectives peine à achever son projet. Loin de réduire l'incertitude sur la qualité comme elle était sensée le faire, elle ne fait que la dissimuler derrière une caution scientifique perméable à la critique. Le problème de l'incertitude n'étant pas résolu, la question de la qualité des soins demeure pertinente – même dans le cadre de l'EBM.

Un exemple éclatant de la force de l'incertitude sur la qualité est relaté dans l'article de Patrick Castel et Sébastien Dalagarrondo (2005). La cancérologie pédiatrique française est traversée par une opposition entre deux pratiques différentes : l'une approuvant les méthodes issues de l'EBM et une autre, très minoritaire et personnalisée par le Dr Nicole Delépine, valorisant l'exercice individualisé. Cette opposition révèle des enjeux de pouvoir au sein du segment professionnel concerné avec un désaccord sur le régime de la preuve. Pour les services de cancérologie pédiatrique cherchant à normaliser les pratiques, les preuves issues de méthodes statistiques sont supérieures aux preuves issues de l'expérience individuelle du médecin. L'analyse des auteurs s'attardent longuement sur la médiatisation de l'affrontement permettant « d'apprécier la mise en public de ce débat » (*ibid.* : 18). Selon eux, la médiatisation s'est appuyée sur la critique de la standardisation et de l'expérimentation médicale pour mobiliser l'opinion publique en faveur du docteur Delépine. En jouant sur la peur et l'incertitude existant en cancérologie pédiatrique, les méthodes issues de l'EBM ont été discréditées. L'incertitude sur la qualité a conduit à polariser les croyances sur telle méthode plutôt que telle autre par un effet mimétique.

Comme nous venons de le voir, la question de l'incertitude sur la qualité n'est pas résolue par le développement de l'EBM. L'une des raisons qui n'a pas été encore évoquée tient au fait que, même avec cette méthode, l'étendue de l'ignorance médicale reste vaste. Sur de nombreux sujets, les médecins n'ont pas de réponses – même provenant d'essai cliniques randomisés. L'incertitude sur la qualité reste un problème central pour l'organisation du système de santé.

Dans cette perspective, nous pouvons légitimement questionner l'usage qui est fait des normes quantifiées (Salais, 2010). La mesure en elle-même n'est pas un problème : elle invite au débat et, le cas échéant, à la production d'autres mesures. Mais, connaissant les limites de des normes quantifiées dans le domaine médical, est-il raisonnable de les utiliser à travers le paiement à la performance pour orienter le comportement des médecins ? Deux risques sont encourus si la norme quantifiée n'est pas adaptée. D'une part, la santé des patients est en jeu si les médecins décident d'accomplir leurs objectifs et sont performants. La performance ainsi définie peut nuire à la santé. D'autre part, si les médecins considèrent trop importante la santé des patients et décident de ne pas accomplir les objectifs, c'est leur performance qui est en jeu. Voilà deux hypothèses permettant d'expliquer que, d'une part, la performance n'est pas forcément gage de qualité des soins et que, d'autre part, les médecins soient peu performants.

2. Une épistémologie réductrice des services de soin

Le soin n'est pas un produit

Les questionnements épistémologiques sur ce qu'est la maladie invitent à se protéger de l'idée selon laquelle elle serait un état indépendant du malade. Si, comme le considère Canguilhem on ne peut pas détacher la maladie du malade, alors il est impossible d'organiser le soin à partir d'une application systématique des méthodes de la production industrielle. Ce cadre d'analyse nous semble d'autant plus pertinent que l'on s'interroge avec Jean Gadrey (1991) sur l'originalité des activités de services comparativement aux activités de production :

« [...] penser les services en utilisant le paradigme – au sens linguistique – associé aux termes de produit et de productivité est aujourd'hui dans de nombreux cas un 'obstacle épistémologique' à leur analyse économique et à leur gestion efficace. [...] Cette thèse s'oppose à donc clairement aux idées et aux pratiques de la transposition, selon lesquelles les services seraient seulement en attente de leur propre industrialisation, par un double mécanisme d'introduction de technologie (notamment informatique) et de normalisation voir d'objectivation' du service, visant soit à lui donner une forme de produit tangible, susceptible d'être acheté et consommé comme un bien industriel, soit à produire le service en série selon des protocoles standardisés » (Gadrey, 1991 : 1).

Voilà résumé le mouvement d'industrialisation de la « production » de soin en marche depuis plusieurs années. Alors que ce modèle était balbutiant dans le système de soin à la date où écrivait l'auteur⁵, l'introduction de la tarification à l'activité à l'hôpital en 2004 et du paiement à la performance en médecine de ville dès 2009 confirme la stratégie d'industrialisation du soin. Opposé à une vision productiviste des services, Jean Gadrey les définit comme : « une opération de transformation d'un état ou d'un traitement portant sur un support C détenu, utilisé ou contrôlé par un agent économique A, effectué par un autre agent B (le prestataire) pour le compte de A, mais n'aboutissant pas à la production par B d'une nouvelle marchandise susceptible de circuler indépendamment de C (on serait alors dans le cas de la production industrielle ou artisanale) » (*ibid.* : 8). Parmi les différents types de supports C possibles, dans le cas des soins médicaux C est « l'individu A lui-même, dans ses dimensions physiques et corporelles ». De cette définition on peut retenir que le service n'est pas un objet et qu'il ne peut être considéré indépendamment de son support, ici le malade. *A priori* triviales ces observations portent en elle une critique radicale de l'application du modèle industriel aux services.

L'impossible nomenclature des maladies et des actes

Parce que le service (de soin) n'est pas un objet indépendant du patient, il est impossible d'en établir une nomenclature. Sinon, il devrait y avoir autant de maladies listées que de malades. Or, l'organisation industrielle, pour qui la définition du produit est acquise, repose sur l'existence de protocoles permettant la standardisation de la production. La quantification permet alors aux gestionnaires de s'appuyer sur des normes reproductibles pour optimiser l'allocation des ressources. Mais, pour ce faire, il faut être capable de définir précisément le produit : dans le cas de la santé il faut définir toutes les maladies ainsi que tous les protocoles et actes de soins associés. C'est l'hypothèse de nomenclature. André Orléan (2003) nous permet de préciser la portée très restrictive pour la théorie économique de cette hypothèse : « chaque bien soumis à un échange [doit avoir] une qualité homogène, parfaitement définie et connue de tous les agents ». C'est une condition nécessaire pour que les échanges aient lieu sur le marché. Il faut non seulement définir l'ensemble des services qui peuvent être fournis, mais aussi que la qualité de ses services soit homogène afin de rendre possible l'échange marchand. Tout devrait se passer comme si les maladies existaient indépendamment des

⁵ L'auteur fait d'ailleurs référence à la dynamique d'industrialisation à l'hôpital.

patients et qu'elles n'étaient simplement que dans l'attente de leur propre découverte par la recherche scientifique neutre et impartiale.

Dans le cas des soins médicaux, il est traditionnellement considéré que la production porte sur les maladies traitées. C'est ainsi qu'ont été élaborés les Groupes Homogènes de Malades (GHM) à l'hôpital. Il s'agit de regrouper des maladies, selon des critères médicaux et économiques, dans une même catégorie afin de leur associer un tarif (les groupes homogènes de séjour). Cette opération a pour but, dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, d'établir une correspondance entre les « produits » et les recettes. A partir de ce mécanisme s'organise la mise en concurrence des hôpitaux (Belorgey, 2010 ; Mougeot, 2000).

Mais ces GHM ne sont pas une nomenclature dans la mesure où, contrairement aux activités industrielles produisant un ensemble discret de biens, les activités de services engendrent un ensemble continu (potentiellement infini) de résultats. L'homogénéité revendiquée par les GHM n'est qu'une façade. Depuis la première liste de GHM publiée en 1986, leur nombre a explosé passant de 475 pour la version 0 à 2291 pour la version 11. Par ailleurs, les codages des diagnostics ne vont pas sans poser de problèmes. Ils sont effectués à partir de la Classification internationale des maladies (CIM) et de la Classification commune des actes médicaux (CCAM). La CCAM est un classement qui ambitionne de rassembler tous les actes médicaux (dans le but de faciliter la rémunération des médecins avec le paiement à l'acte...). 31 versions ont été publiées depuis sa création en 2002 avec plus de 7000 actes. La CIM en est elle à sa 10^{ème} version (CIM-10) avec l'élaboration actuellement de la 11^{ème}. Plus de 150 000 codes sont disponibles. Là encore la question de la construction de ces listes qui se veulent être des nomenclatures est à poser. Si la CIM est peu connue, son 5^{ème} chapitre consacré à la psychiatrie est lui à l'origine de nombreuses controverses. Reprenant le très contesté DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental*), ce chapitre du CIM-10 connaît le même sort.

Au final, il apparaît que le travail du médecin est imperméable à toute tentative de nomenclature parce qu'il y a une absence de définition claire du produit. Les GHM ne sont pas une nomenclature au sens où, par définition, ils ne peuvent pas être exhaustifs et ne sont pas indépendants des conditions de leur construction. Il s'agit plutôt d'une « échelle de complexité, à un moment donné, des cas à traiter » (Gadrey, 1991).

Puisqu'il n'y a pas d'homogénéité et une définition claire des maladies et des services associés, le soin ne peut pas être dispensé comme un produit. L'incomplétude contractuelle ne

peut être résolue par l'évaluation quantifiée du produit. Il paraît évident que dans ces conditions le paiement à la performance est voué à l'échec. Toutes les tâches non rémunérées sont susceptibles de ne plus être effectuées et l'accroissement du nombre d'indicateurs est synonyme de bureaucratisation (Hibou, 2012) et de perte de sens du travail (de Gaulejac, 2009). L'objet de l'indicateur est incertain (incertitude sur la « bonne » épistémologie) et la mesure est sujette à caution (sélection des tâches, gaming, etc.). Les limites de la « dictature du chiffre » (Fouquet, 2010 : 316) invitent à repenser l'évaluation de la politique publique. Voilà peut-être une explication concernant le peu d'efficacité de ce type de mécanisme. On peut à nouveau se demander dans quelle mesure la mise en place du paiement à la performance demeure un outil de régulation raisonnable de la médecine ?

Le patient est au cœur du service : la « coproduction »

Une autre conséquence importante de la définition du service par Jean Gadrey porte sur la place du client. Il n'en a aucune dans l'organisation industrielle : il est en dehors du processus de production. Le produit existe indépendamment du client. Dans les services (de soin) le client fait partie de la production. Sans lui pas de production : sans malade, pas de maladie à soigner et pas de guérison possible. Le patient apporte sa maladie avec lui. C'est pourquoi évaluer le médecin passe nécessairement par la prise en compte des caractéristiques du patient : âge, éducation, sexe, catégorie socioprofessionnelle, état de santé, etc. Le patient participe à l'élaboration du service. En quelque sorte, il travaille aussi puisque de son comportement dépend la qualité du service reçu. Il faut dès lors relativiser la question de la performance selon ces critères.

Pensons par exemple à la question du respect par le patient des consignes du médecin. C'est le paradigme de l'observance (ou *compliance* en anglais). Une littérature croissante insiste désormais sur le rôle du patient dans sa propre guérison. L'Organisation Mondiale de la Santé a publié un rapport à ce sujet : *Adherence to long-term therapies : evidence for action* (2003). Ce rapport s'intéresse à l'observance des prescriptions médicales dans le cas de maladies chroniques. Par exemple, il explique dans le cas du diabète de type 2 que la faible observance engendre deux effets principaux : un surcoût pour les systèmes de santé et l'augmentation de la souffrance des patients. Le contrôle du diabète repose sur autre chose que la simple prise de médicaments : autocontrôle du taux de sucre dans le sang, régime équilibré, examens ophtalmologiques, etc. Le phénomène est si important qu'on estime aux Etats-Unis que seuls

2 % des malades adoptent le comportement requis par leur état de santé (comportements définis par l'*American Diabetes Association*). Des conclusions similaires sont tirées par ce rapport concernant d'autres maladies chroniques : asthme, cancer, dépression, épilepsie, VIH, hypertension, tabagisme et tuberculose.

La co-production du soin est en conséquence un élément décisif lorsqu'il s'agit d'évaluer le service. Contrairement au produit dont l'évaluation est directe, le service donne lieu à deux types d'évaluation (Gadrey, 1991). D'une part, le service immédiat est l'obligation de moyen (sur laquelle sont fondées la plus part des normes de bonnes pratiques). Traditionnellement, le médecin a une obligation de moyen, étant donné « les règles de l'art », ces dernières excluant la plus part des normes de bonnes pratiques. Quelles sont alors les obligations de moyen du médecin si le « droit mou » (le corpus des normes de bonnes pratiques) tend à être reconnu et privilégié pour fonder la responsabilité du médecin ? Le patient n'encourt-il pas les risques évoqués précédemment liés à la quantification de l'art médical ?

D'autre part, le résultat du service est une seconde source d'évaluation. Dans le cas de la médecine, il s'agit de l'atteinte d'un état de santé particulier. Le résultat attendu n'est pas toujours la guérison, il peut être la stabilisation d'un état de santé déjà mauvais ou le ralentissement de la progression de la maladie. Evidemment le résultat est encore plus incertain que les effets immédiats du service. Cette incertitude est évidemment liée au patient (santé, morphologie, observance, etc.) mais aussi aux conditions sociohistoriques dans lesquelles vivent le médecin et le patient.

Le cas du traitement de l'obésité est utile pour illustrer cette idée. Analysant la perception par les pédiatres des contraintes liées à la prise en charge de l'obésité, Franc et al. (2009) rappellent quelques uns des obstacles à un tel travail : contexte socio-économique défavorisé, environnement alimentaire peu favorable, accès difficile au système de santé, lobbying de l'industrie agroalimentaire, etc. Certains auteurs ont pu récemment démontrer la relation entre la proximité de fast-food des écoles californiennes et la prévalence de l'obésité chez élèves du secondaire (Davis et al. 2009). L'étude montre également que ces élèves consomment moins de fruits et légumes et plus de sodas que ceux qui sont relativement plus loin des fast-foods. Puisque les médecins reconnaissent la relation entre obésité et diabète, ne peut-on pas s'interroger sur le sens des nouveaux indicateurs de performance de la convention médicale de 2011 dans la mesure où ils portent sur des critères de résultat concernant les dosages d'HbA1c et de LDL cholestérol ? Il paraît raisonnable de se soucier de l'amélioration de l'état de santé des patients diabétiques, mais peut-on en imputer l'entière responsabilité au

médecin ? Voilà en partie comment il est possible d'expliquer la réticence des médecins face aux normes de bonne pratique dans le cas de diabète de type 2 (Bachimont et al., 2006).

Il faut enfin noter que c'est l'organisation générale du système de santé qui est en cause dans la co-production du soin. La France ayant un système essentiellement tourné vers le soin curatif il est semble normal qu'il y ait des défaillances sur le plan de la prévention. Celles-ci ne sont pas entièrement imputables au médecin, celui-ci n'étant qu'un maillon du système de santé. Le résultat des soins est évidemment dépendant de l'action du médecin. Cependant, il reste le résultat d'une organisation collective elle-même dépendante du contexte sociohistorique (Palier et Bonoli, 1999, Grignon, 2009).

Du point de vue du P4P, l'attribution d'une performance individuelle (bonne ou mauvaise) à un individu particulier placé dans une organisation collective mérite d'être questionnée. Rémunérer un médecin à la performance met de côté la contribution décisive du patient et du système de santé à l'activité de soin.

Conclusion

A l'issu de ce travail, il nous est possible de remettre sérieusement en cause l'idée selon laquelle la qualité des soins est soluble dans la quantité. La maladie n'est pas indépendante du malade et le service de soin n'est pas un produit. En conséquence, une organisation des soins qui penserait produire de la qualité en raisonnant à partir du modèle de la production industrielle ne peut pas réussir.

Rappelons qu'il n'est pas ici question de remettre en cause la recherche d'indicateurs de qualité du travail médical (par l'EBM notamment). La création d'indicateurs n'est pas un problème en soi. C'est l'usage social qui est fait de ceux-ci qui pose question. Dans cette optique, la mise en place du paiement à la performance nous semble être fortement problématique. Ce dispositif oriente l'action médicale vers des indicateurs dont on connaît par avance les nombreuses limites. Il est une chose de discuter de la qualité des soins à partir d'indicateurs imparfaits mais il en est une autre d'inciter les médecins à suivre ces indicateurs.

Ce basculement témoigne du renouvellement de l'action publique. Selon ces conceptions, un Etat moderne et efficace serait désormais sensé planifier son action de manière à produire des indicateurs chiffrés permettant d'évaluer sa performance (Ferracci et Wasmer, 2011). La logique de moyen laisserait place à une logique de résultats quantifiés ces derniers devenant

l'unique critère de légitimité de l'action publique. Cette forme d'évaluation serait même un impératif démocratique inscrit dans la Constitution (Bureau et Mougeot, 2007).

Nous venons de voir dans le cas de l'offre de soin du médecin à quel point cette vision de l'action publique est limitée et problématique. Ce type d'évaluation conduit à organiser l'action en fonction du chiffre et de la performance au détriment de l'« esprit » initial de la politique (Gibert, 2003 : 265). Plutôt que d'améliorer la qualité, les médecins sont incités à améliorer leur performance. Or, il est difficile de définir la performance des organisations publiques et le risque est grand d'adopter une approche « cybernétique » des dispositifs chiffrés (Biondi et al., 2008). Malgré les appels à la science, point d'objectivité et d'impartialité dans l'« Etat moderne ». Il semble bien plus que les injonctions à la performance totale (Jany-Catrice, 2012), dont l'individualisation de la rémunération et la quantification du travail sont deux éléments, soient le reflet de la société néolibérale où est organisée la concurrence (chiffrée) de tous contre tous (Dardot et Laval, 2010).

La société néolibérale est une option politique aussi légitime qu'une autre pourtant qu'elle soit discutée et adoptée démocratiquement. Dans ces conditions, il est regrettable que la présentation et la mise en route du processus de quantification n'aient pas donné lieu à un débat public sur le système de santé. Encore une fois, le prix à payer du « mythe de la neutralité » (Bardet et Jany-Catrice, 2010) est l'éviction des choix politiques et donc de la démocratie.

Bibliographie :

- BACHIMONT J., COGNEAU J. et LETOURMY A., (2006). Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences Sociales et Santé* 24(2), 75-103.
- BARDET F. et JANY-CATICE F., (2010). Les politiques de quantification. *Revue Française de Socio-Economie*, 1(5), 9-17.
- BATIFOULIER P., (2012). Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin. *Revue Française de Socio-Economie* 2(10), 155-174.
- BATIFOULIER P., BESSIS F., BIENCOURT O., (2011). La déontologie médicale face aux impératifs de marché. *Politiques et Management Public* 28(1), 83-101.

- BATIFOULIER P. DOMIN J-P et GADREAU M., (2007). La gouvernance de l'assurance maladie au risque d'un Etat social marchand. *Economie appliquée* 60(2), 101-126.
- BENAMOUZIG D. et BESANCON J., (2005). Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France. *Sociologie du Travail* 47(3), 301-322.
- BELORGEY N., (2010). *L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public*, La Découverte, Paris.
- BIONDI Y., CHATELAIN-PONROY S. et SPONEM S., (2008). De la quantification comptable et financière dans le secteur public : promesses et usages de la gestion par les résultats. *Politiques Publiques et Management* 26(3), 113-125.
- BUREAU D. et MOUGOT M., (2007). *Performance, incitations et gestion publique*, La documentation française, Paris.
- CANGUILHEM G., (1966). *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris.
- CASTEL P. et DALAGARRONDO S., (2005). Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales. *Sciences Sociales et Santé* 23(4), 6-40.
- CHRISTIANSON J.B., LEATHMAN S. et SUTHERLAND K., (2008). Lessons from evaluations of purchaser pay-for-performance programs : a review of the evidence. *Medical Care Research and Review* 65(6), 5-35.
- DA SILVA N., (2012). Quelle éthique médicale ? Une relecture à partir de l'hypothèse de 'crowding out effect'. *Ethique et Economique – Ethics and Economics* 9(2), 65-108.
- DA SILVA N., (2013). Faut-il intéresser les médecins à l'intéressement ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. *Revue du MAUSS* 1(41), 93-108.
- DARDOT P. et LAVAL C., (2009). *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, La découverte, Paris.
- DAVIS B. et CAPENTER C., (2009). Proximity of fast-food restaurants to schools and adolescent obesity. *American Journal of Public Health* 99(3), 505-510.
- DESROSIERES A., (2010). *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, La Découverte, Paris.
- DORAN T., FULLWOOD C., GRAVELLE H., REEVES D., KONTOPANTELOS E., HIROEH U. et ROLAND M., (2008). Pay-or-performance programs in family practices in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine* 359, 274-284.

- DUGUET A-M., (2012). Conflits d'intérêts et expertises dans le domaine de la santé : l'annulation par le Conseil d'Etat d'une recommandation de l'HAS. *Médecine & Droit* 10-15.
- DUMESNIL J., (2009). *Art médical et normalisation du soin*, PUF, Souffrance et Théorie, Paris.
- EIJKENNAR F., EMMERT M., SCHEPPACH M. et SCHOFFKI O., (2013). Effects of pay for performance in health care : A systematic review of systematic reviews. *Health Policy* 110, 115-130.
- FERRACCI M. et WASMER E., (2012) *Etat moderne, Etat efficace*, Edition Odile Jacob, Paris.
- FOUQUET A., (2010). L'usage des statistiques : de l'aide à la décision à l'évaluation des politiques publiques. *Revue Française des Affaires Sociales* 1(1-2), 307-322.
- FRANC C., RENARD E. et LE VAILLANT M., (2009). La perception par les pédiatres des contraintes économiques. *Revue Economique* 60(2), 507-520.
- GADREY J., (1991). Le service n'est pas un produit : quelques implications pour l'analyse économique et pour la gestion. *Politiques et Management Public* 9(1), 1-24.
- GALVIN R., (2006). Pay-for-Performance : too much of a good thing ? A conversation with Martin Roland. *Health Affairs* 25(5), 412-419.
- GAULEJAC V., (2009). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Points Economie, Paris.
- GIBERT P., (2003). L'évaluation de politique : contrôle externe de la gestion publique ?. *Revue Française de Gestion* 6(147), 259-273.
- GRIGNON M., (2009). Pourquoi les systèmes de santé sont-ils organisés différemment ?. *Revue Economique* 60(2), 545-558.
- HIBOU B., (2012). *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*, La Découverte, Paris.
- HOLMSTROM B. et MILGROM P., (1991). Multitask principal-agent analyses : Incentive contracts, asset ownership, and job design. *Journal of Law, Economics and Organization* 7, 24-52.
- JANY-CATRICE F., (2012). *La Performance totale. Nouvel esprit du capitalisme ?*, Presses du Septentrion, Villeneuve d'Ascq.

- KEEL O., (2011). *La médecine des preuves. Une histoire de l'expérimentation thérapeutique par essais cliniques contrôlés*, Champ Libre, PUM, Québec.
- LABROUSSE A., (2010). « Nouvelle économie du développement et essais cliniques randomisés : une mise en perspective d'un outil de preuve et de gouvernement. *Revue de la Régulation*, en ligne.
- LOWY I., (1998). Essais cliniques des thérapies nouvelles : une approche historique. *Médecine/Sciences* 14, 122-127.
- MARKS H., (1999). *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques*, Institut Edition Synthelabo.
- MOUGEOT M., (2000). La tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison. *Annales d'économie et de statistique* 56, 195-213.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2003), *Adherence to long-term therapies : evidence for action*.
- ORLEAN A., (2003). Réflexion sur les fondements institutionnels de l'objectivité marchande. *Cahier d'Economie Politique* 1(44), 181-196.
- PALIER B. et BONOLI G., (1999). Phénomènes de path dependence et réformes des systèmes de protection sociale. *Revue française de science politique* 49(3), 399-420.
- ROSKI J., JEDDELOH R., AN L., LANDO H., HANNAN P. et ZHU S.H., (2003). The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality : increasing provider adherence to evidence-based smoking cessation practice guidelines. *Preventive Medicine* 36, 291-299.
- SALAI R., (2010). Usages et mésusages de l'argument statistiques: le pilotage des politiques publiques par la performance. *Revue Française des Affaires Sociales* 1(2-3), 129-147.
- SCHATZ M., (2008). Does pay-for-performance influence the quality of care ? *Current opinion in allergy and clinical immunology* 8(3), 213-221.