

Coûts induits par les soins hospitaliers de mauvaise qualité : un constat d'ignorance

En 2004, le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (Ccecqa) a actualisé et complété un rapport de l'ex-Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes, intégrée depuis dans la Haute autorité en santé), sur le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital (1).

Analyser les coûts liés à la qualité ou aux défauts des soins. Le rapport répartit les défauts de qualité des soins en : manques de soins (sous-utilisation des ressources), excès de soins (sur-utilisation des ressources), défauts de réalisation d'un soin adéquat entraînant un événement indésirable évitable (1). Ces défauts de qualité des soins se mesurent en termes de non-conformité à des référentiels (évaluation normative des processus), ou de survenue d'événements indésirables évitables (évaluation des résultats) (1). Le champ du rapport ne concerne que la qualité de la prise en charge du patient en établissement de soins, son coût étant uniquement considéré du point de vue de l'établissement (1).

Les coûts d'obtention de la qualité comprennent les coûts liés directement aux défauts de qualité des soins et à leur correction (alias "non-qualité"), et les coûts directs d'investissement dans la qualité. Sont assimilés à des "investissements" : les coûts de mesure et d'évaluation, tels que ceux des systèmes de signalement des événements indésirables ou encore ceux correspondant à la réalisation d'audits ; les coûts de prévention et d'amélioration de la qualité des soins (1). On ne dispose en général que de données partielles (a,b)(1).

Très peu de données disponibles. Le rapport, fondé sur une stratégie de recherche documentaire explicite, fait une synthèse des études publiées entre 1990 et 2003, en présentant séparément les résultats d'études internationales et les données disponibles concernant les établissements de santé français (1). Le rapport n'a cerné le coût des événements indésirables évitables que pour les événements indésirables médicamenteux, dont d'autres études ont déjà fait la synthèse (2,3).

Des données françaises limitées. Cette synthèse confirme l'indigence des données disponibles sur les conséquences économiques des événements indésirables survenant dans les établissements de santé français. La seule étude française rapportée ayant calculé le coût de tout événement indésirable a estimé en 1994 ce coût à 18 208 FF, soit 3 293 € (1).

Le coût d'une infection nosocomiale, tel qu'il avait été évalué par une thèse d'économie de la santé dans les années

1980, n'a pas été actualisé (4). Pour la période comprise entre 1994 et 2003, les données françaises sur le coût direct des infections nosocomiales varient selon le type d'infection : de 383 € en moyenne pour une infection urinaire à 35 185 € pour une septicémie survenant en réanimation. Le surcoût total de l'infection était lié à l'augmentation de la durée de séjour, et s'élevait entre 920 € et 25 000 € selon les cas (1).

Sur la période de recherche, le rapport n'a retrouvé qu'une étude française sur le coût des effets indésirables médicamenteux, qui estimait leur coût moyen de prise en charge à 4 150 €, principalement en raison de l'augmentation de la durée moyenne de séjour (1). Elle confirme des données antérieures (5). Par ailleurs, une thèse de pharmacie a évalué le coût de l'ulcère cutané dû à la pression à 33 573 € (1).

Le rapport fait également état d'indemnités versées par des établissements à la suite d'infections nosocomiales ou d'erreurs liées au médicament (par exemple 1,88 million d'euros en 1997) (1).

En somme, « aucune étude économique permettant d'obtenir une estimation, sur un échantillon représentatif d'établissements de santé français, du (des) coût(s) des défauts de qualité des soins n'a été réalisée » (c)(1).

À défaut de données économiques, quelques indications sur les risques. Faute de coûts précis, la fréquence des événements indésirables demeure le seul indicateur de la non-qualité des soins. Le rapport rappelle quelques fréquences connues d'événements indésirables particuliers tels que : les infections nosocomiales (prévalence d'environ 7 % pour l'ensemble des infections) (6,7) ; les événements indésirables médicamenteux (prévalence d'environ 10 % des hospitalisations) (8) ; les ulcères cutanés dus à la pression (prévalence entre 5 % et 10 %) (9) ; les interventions et hospitalisations non justifiées (par exemple, d'après différentes études du service médical de l'assurance maladie : environ 25 % des coloscopies, environ 30 % des poses d'endoprothèses aortiques, environ



30 % des journées d'hospitalisations) ; les non-conformités du circuit du médicament à la réglementation (de 40 % à 95 % des établissements selon les règles concernées) (1,2). Ces données sont confirmées par les réserves et les recommandations émises par les rapports d'accréditation évaluant notamment la manière dont les établissements gèrent les risques et suivent la qualité des soins (d).

L'indigence des informations contraste avec l'ampleur du gâchis. Ce rapport signale les carences en matière d'information disponible sur la qualité des soins hospitaliers. Depuis peu, ce constat de carence est moins désastreux grâce à une première enquête épidémiologique française d'envergure : l'étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (étude Eneis) portant sur 8 754 patients et 35 234 journées d'hospitalisation (10). Cette étude constate que les événements indésirables graves surviennent au cours des soins ambulatoires comme à l'hôpital ; et, en faisant la part de ceux qui sont évitables, mesure la non-qualité. Nous reviendrons ultérieurement sur les résultats de cette étude, qui sont de nature à faire évoluer fortement le système de soins.

Car les estimations, même très imprécises, des coûts relatifs à la non-qualité supportés par la collectivité sont assez élevées pour inciter à l'action. Par exemple, le coût global des événements indésirables médicamenteux évitables en France semble compris entre environ 400 millions d'euros et 2,3 milliards d'euros par an (1) ; celui des infections nosocomiales évitables survenant en réanimation semble se situer entre 23 et 200 millions d'euros (1).

La maîtrise de ces coûts considérables suppose la mise en œuvre de méthodes adéquates de gestion du système d'information et de construction des coûts de revient des activités de soins. Il y a là de quoi s'interroger sur la capacité du train actuel de réformes à vaincre l'inertie très coûteuse de l'institution hospitalière (11).

Et très concrètement, il y a surtout là de bonnes raisons, pour les soignants préoccupés par la qualité des soins, de suivre avec vigilance le parcours hospitalier des patients, afin d'éviter qu'ils n'en sortent plus malades qu'ils n'y sont entrés.

La revue Prescrire



a- La comptabilité analytique d'exploitation permet aux établissements de santé de ventiler l'ensemble des charges annuelles de l'établissement par destinataire (par produit et par service) (réf. 1). C'est un instrument nécessaire pour mesurer le coût d'obtention de la qualité et évaluer les actions d'amélioration engagées par des comparaisons avant/après ; elle ne suffit pas pour mesurer les performances des soins hospitaliers.

b- Le rapport observe que les établissements de santé ne sont pas toujours parvenus en 2004 à mettre en œuvre cette comptabilité analytique, alors qu'il s'agit d'une exigence réglementaire depuis 1985, et suggère que la réforme par la tarification à l'activité devrait en faciliter le développement (réf. 1,12).

c- L'évaluation des coûts résultant de la non-qualité devrait aussi mesurer de manière stable et continue les performances des soins hospitaliers par des indicateurs pertinents, ayant un sens pour les soignants, et reflétant des dysfonctionnements. Par exemple, l'allongement de la durée de séjour peut être liée à une mauvaise gestion des processus de prise en charge des patients, en particulier l'attente d'examen (rendez-vous ou résultats), de consultations, d'interventions, etc. (réf. 13).

d- Les rapports d'accréditation des établissements de santé sont consultables sur le site de la Haute autorité de santé à l'adresse : <http://www.anaes.fr> ; de même les rapports annuels du collège de l'accréditation (devenu désormais la commission "Certification des établissements de santé") qui dressent « l'état de la qualité et de la sécurité des soins ».

Extraits de la veille documentaire Prescrire.

1- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé "Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions" Paris juillet 2004 : 156 pages.

2- Schmitt E "Le risque médicamenteux nosocomial. Circuit hospitalier du médicament et qualité des soins" Éditions Masson, Paris 1999 ; 287 pages. Présenté dans : *Rev Prescrire* 1999 ; 19 (197) : 548.

3- Kohn L et coll. "To err is human. Building a safer health system" National Academy Press, Washington 2000 : 239 pages. Présenté dans : *Prescrire Rédaction* "Une façon pragmatique d'éviter la iatrogénèse" *Rev Prescrire* 2000 ; 20 (208) : 547-549.

4- Meynet R "Micro-économie de l'infection nosocomiale" Thèse sciences économiques n°3020, Lyon III, 1987 : 1112 pages.

5- *Prescrire Rédaction* "Le coût des effets indésirables" *Rev Prescrire* 1989 ; 9 (88) : 360-361.

6- Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) "Enquête de prévalence nationale 2001 - Résultats" Institut de veille sanitaire, Paris octobre 2003 ; 84 pages.

7- *Prescrire Rédaction* "Infections nosocomiales du foyer opératoire" *Rev Prescrire* 2004 ; 24 (252) : 539.

8- *Prescrire Rédaction* "Effets indésirables médicamenteux. Les résultats édités d'une enquête nationale dans les hôpitaux publics français" *Rev Prescrire* 1998 ; 18 (184) : 373-375.

9- *Prescrire Rédaction* "Prévenir les ulcères cutanés dus à la pression chez le patient à domicile. Une attention répétée à la position des patients à risque" *Rev Prescrire* 2003 ; 23 (240) : 438-445.

10- Michel P et coll. "Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale" *Études et résultats* 2005 ; (398) : 1-15.

11- Bousquet F "Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ?" *Solidarité et Santé* 2004 ; (1) : 45-58.

12- "Circulaire n° 79 du 14 février 1985 relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers publics de la comptabilité analytique dans le cadre de la réforme de la gestion et du financement des hôpitaux (application des articles 13-4, 19 et 26 du décret n° 83-744 du 11 août 1983)" *Bulletin officiel SNS* 85/38 : 107-113.

13- Faujour V et Penaud M "Outils de gestion et management hospitalier" *Gestions hospitalières* 1998 ; 405-407.