

Comment améliorer le système de santé ? Colloque Harvard Université, Août 2003.

Denise Silber, silber@basilstrategies.com

Paru dans le journal Espace Social Européen du 17 Octobre, 2003. Reproduit avec l'autorisation de la rédaction.

Diminuer les coûts de la Santé et améliorer la qualité : double souci des deux côtés de l'Atlantique. « *L'Erreur est humaine : construisons un système plus sûr* », tel est l'appel que lançait en 1999, aux USA, l'Institut de médecine. On y apprenait avec stupéfaction que l'erreur médicale tuait plus que les accidents de la route. Devant les démonstrations scientifiques qui se sont multipliées, plus aucun Américain n'est surpris du taux d'erreurs médicales. L'accord général sur la nécessité de mettre fin à cet état de fait menait à rechercher des solutions. Un deuxième consensus est en train de se forger aux Etats-Unis : l'amélioration de la qualité passe obligatoirement par la systématisation des processus.

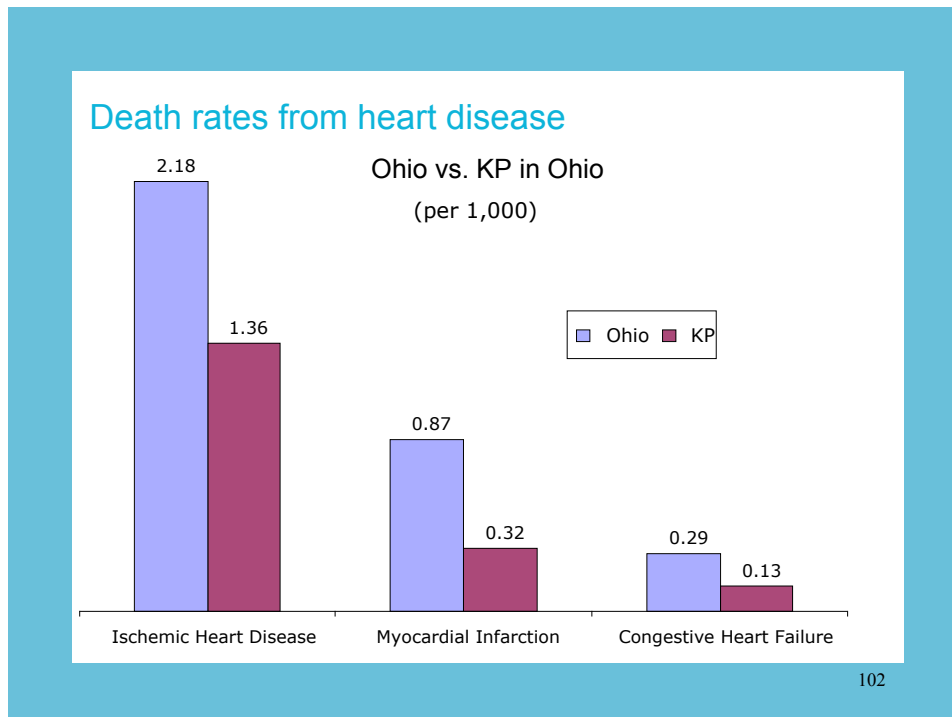
Sous l'égide des nombreuses institutions américaines, dont AHRQ pour les *guidelines*, JCAHO pour l'accréditation, NPSF pour la sécurité des patients, s'est déroulé à Harvard du 24 au 27 août 2003 le Colloque de la Qualité. Deux exposés magistraux en expriment l'essentiel, ceux de George Halverson, PDG de la Kaiser Foundation, le plus grand organisme de soins à but non lucratif (8 millions de patients) aux Etats-Unis, et de Harvey Fineberg, président de l'Institute of Medicine, branche médicale de l'Académie des Sciences. L'un et l'autre constatent l'insuffisance actuelle en qualité et confirment la nécessité de mettre en place un système fondé sur la standardisation des performances.

D'après des études que cite le Dr Halverson, 45 % de patients chroniques reçoivent des soins inappropriés, non conformes aux bonnes pratiques ; 125 000 décès par an sont dus à la non observance des prescriptions ; le coût annuel des erreurs médicamenteuses s'élève à \$177 milliards. Le *Dartmouth Atlas* des données de Medicare (système fédéral d'assurance sociale pour les plus de 65 ans) est éclairant par ses analyses régionales : pour des patients comparables, les pratiques médicales varient selon la géographie et non pas selon les données scientifiques. On trouve des écarts « géographiques » de 300 % pour les pontages cardiaques et de 400 % pour les admissions en soins intensifs. Un même patient, en termes d'âge, sexe, race, coûte \$8400 par an à Miami et \$3400 à Minneapolis (correction faite du coût local des services).

Fineberg confirme : 770 000 patients par an sont affectés par des *adverse events* aux États-Unis, selon une étude de l'AHRQ en 2001. McGlynn & coll. (NEJM, 2003) ont étudié la prise en charge de 30 pathologies chez 6700 patients : 46 % sont soignés de façon inappropriée ; 11 % reçoivent des traitements potentiellement nocifs.

Solution? Puisque, au vu de ces données, le système de soins américain n'en est pas un, il y a urgence à mettre en place des outils de systématisation. La fondation Kaiser a commencé à s'équiper d'un dossier électronique intégrant *guidelines* et suivi des résultats. Sur 2003-5, elle investit en infrastructure informatisée environ 2 milliards de dollars. Sa filiale de l'Ohio, en introduisant des

rappels informatisés auprès des médecins, a réduit de 50 % les taux de mortalité des patients cardiaques,



Comme Halverson, Fineberg est d'avis que la cause des erreurs est moins dans les individus que dans l'organisation du système. Ses recommandations sont celles du gouvernement fédéral : meilleure diffusion de l'EBM, dossier électronique, rémunérations basées sur la qualité, gestion des priorités par groupe de pathologies.

Retenons cette citation du Dr. Fineberg :

« Plutôt que de penser que notre système de soins est fondamentalement bon et cependant générateur d'erreurs, nous devrions penser que tout système produit les résultats inhérents à sa conception. Si nous voulons des soins sans erreur, nous devons concevoir et mettre en œuvre des systèmes capables de protéger contre l'erreur. »