

# Le rôle des guides d'exercice clinique dans le contrôle des dépenses en soins dentaires

• Christopher Lavelle, BDS, PhD, DSc, FRCPath, FRCD(C), MBA •  
 • Peter V. Cooney, BDS, DDPH, MSc, FAGD, FRCD(C) •

© J Can Dent Assoc 2002; 68(7):400-1

On observe dans la société canadienne un consensus général sur la nécessité de contrôler les dépenses inflationnistes en soins de santé, tout en maintenant ou en améliorant la qualité des services offerts, et ce, que les initiatives soient d'envergure nationale, provinciale ou locale. Le contrôle des coûts devrait inquiéter particulièrement les dentistes, car ils ne peuvent continuer indéfiniment à dépendre des paiements des assureurs. Ces ressources sont tributaires des primes annuelles perçues des employeurs (à la place d'augmentations de salaire), des gouvernements (par le biais des impôts) ou des individus; elles ne sont donc jamais suffisantes pour couvrir les demandes illimitées de services. Une certaine rationalisation devient donc inévitable. De plus, il est essentiel d'atteindre les objectifs apparemment incompatibles que sont le contrôle des dépenses et l'amélioration de la qualité si l'on veut éviter l'instauration à grande échelle d'un système de santé à l'américaine (p. ex., réseaux de dentistes accrédités et de gestion des soins).

Avant d'examiner plus à fond certaines des façons de contrôler les dépenses en soins dentaires, nous aimerions réfuter le mythe selon lequel la compression des frais généraux d'administration et de gestion suffiraient à réduire le besoin de réaliser d'autres économies. Même en effectuant des réductions draconiennes dans ces frais généraux, il faudrait encore freiner de façon importante les augmentations des dépenses des assureurs. Dans un tel contexte, la réduction des frais d'exploitation relèverait du bon sens économique, et l'introduction concomitante d'outils de gestion modernes, comme la définition des profils des fournisseurs (p. ex., pour reconnaître les «cas particuliers» pour les vérifications subséquentes), augmenterait sensiblement l'effet d'une telle mesure.

Pour réduire les frais d'exploitation, les assureurs devraient mettre l'accent sur l'élaboration de stratégies qui visent les causes générales des dépenses inflationnistes en soins dentaires. Parmi ces causes, notons :

- l'inflation économique générale;
- le nombre de patients admissibles aux prestations d'assurance;
- l'inflation des honoraires professionnels;

- le volume et la fréquence des services admissibles aux prestations d'assurance.

Les deux premiers déterminants sont difficiles à contrôler car ils sont essentiellement tributaires de facteurs politiques. Dans le même ordre d'idées, les stratégies visant à contrôler les honoraires professionnels peuvent être vouées à l'échec en raison de l'application de mesures comme la «facturation équilibrée» ou autres. La démarche stratégique la plus logique pour réduire les tendances inflationnistes dans les soins assurés, surtout celles liées au gaspillage des ressources limitées, consiste à cibler le volume et la fréquence des services. Et encore, cette démarche peut susciter la controverse quant aux mérites relatifs des services tels que vus par les patients ou leur dentiste, à moins que les changements ne soient appuyés par des guides d'exercice clinique.

La classification des services comme étant «appropriés» ou «inappropriés» est porteuse d'une bonne et d'une mauvaise nouvelle. La mauvaise, c'est que le fait de continuer à dispenser des services inappropriés (ceux à faible mérite et à coût élevé) constitue un gaspillage des ressources limitées des assureurs; de tels services ne devraient pas être couverts par l'assurance. La bonne, c'est que de telles réductions de services peuvent à la fois freiner les augmentations de coûts pour les assureurs et améliorer la qualité globale des services tirés des paiements qui *sont* effectués. Les assureurs devraient donc mettre l'accent sur des stratégies visant à transférer les ressources (prestations) des services à faible mérite qui sont sur-utilisés vers ceux qui sont sous-utilisés mais qui présentent un mérite élevé. On peut illustrer les avantages potentiels de ces changements par un exemple abstrait dans lequel 500 patients sont admissibles aux prestations d'assurance. De ce groupe, 250 sont admissibles au service A (p. ex., remplacement d'un amalgame avec couronne fonctionnel mais volumineux), ce qui représente 5 unités de mérite au coût de 1000 \$ par patient (pour un total de 1250 unités de mérite au coût total de 250 000 \$); et les 250 autres, admissibles au service B (p. ex., application de scellant ou de fluorure topique chez les enfants du groupe d'âge approprié), ce qui représente 50 unités de mérite à 100 \$ par patient (pour

un total de 12 500 unités de mérite au coût total de 25 000 \$). Si l'on évite la prestation du service A au premier groupe, on économise 250 000 \$ pour une perte de 1250 unités de mérite. Si l'on offre le service B au second groupe, il en coûtera 25 000 \$ pour un gain de 12 500 unités de mérite. Le transfert des ressources du service A au service B entraînerait une diminution par un facteur de 10 des dépenses totales (de 250 000 à 25 000 \$), et une augmentation concomitante de la qualité par un facteur de 10 (de 1250 à 12 500 unités de mérite).

On pourra profiter pleinement des avantages potentiels de ces changements stratégiques si l'on tient compte de tous les groupes admissibles aux prestations d'assurance plutôt que de sous-groupes spécifiques de patients. Comme toutes les personnes admissibles aux prestations ont versé d'une façon ou d'une autre des primes dans un fonds commun (p. ex., fonds discrétionnaire personnel, impôts ou paiements de l'employeur), elles ont toutes équitablement droit à ces ressources limitées pour maximiser leur santé buccodentaire. Déterminer dans quelle mesure cet objectif stratégique (maximisation de la santé buccodentaire) est atteint, plutôt que d'examiner les expériences limitées des patients individuels, constitue une façon d'évaluer la qualité globale des services offerts par le régime d'assurance.

Le succès de ces changements stratégiques dépend aussi du consensus selon lequel le transfert des ressources d'un service à un autre entraînera une amélioration marquée de la santé buccodentaire générale des personnes admissibles, en dépit des difficultés mineures des sous-groupes de personnes qui se verront refuser le remboursement de services qu'elles considèrent nécessaires. (La frustration de ces personnes ne sera probablement pas apaisée par le fait qu'elles pourront bénéficier de ces services en utilisant leurs propres ressources discrétionnaires.) Cependant, on appréciera mieux ces changements de méthodes s'il est clairement établi que davantage de patients subiront des «préjudices» si l'on ne procède pas à ces transferts de ressources. Nous avons donc un exemple typique de jeu à somme nulle où les ressources sont limitées et où celles allouées à un groupe de patients ne peuvent l'être à un autre.

L'obligation des fournisseurs de soins de santé d'offrir les meilleurs soins qui soient à leurs patients vient compliquer la mise en œuvre de changements stratégiques de cette ampleur. Cela signifie que les mérites différentiels de services spécifiques doivent être transposés en facteurs réalistes dans les décisions sur l'admissibilité des services assurés, puisque leurs mérites ne sont pas équivalents. Le plus difficile est de convaincre les patients d'avoir des attentes réalistes quant aux services dentaires, car peu d'entre eux possèdent les connaissances nécessaires pour déterminer leurs besoins particuliers ou pour évaluer la qualité des résultats. Les fournisseurs doivent donc accepter certaines responsabilités dans le contrôle de l'accès aux services et ainsi réduire l'usage inapproprié des ressources limitées des assureurs. En limitant systématiquement l'offre de services admissibles aux prestations d'assurance, ils pourront peut-être éviter d'autres efforts de rationalisation.

La meilleure façon d'encourager l'adoption des changements décrits ci-dessus serait de relier les prestations d'assurance à des guides d'exercice clinique spécifiques. Les assureurs seraient alors tenus de s'informer sur tous les attributs de services spécifiques, et ce relativement aux solutions de rechange (ou à l'absence de service, s'il n'y a pas de solution de rechange). La profession doit accepter la responsabilité qui lui incombe d'élaborer de tels guides. Si elle ne le fait pas, elle risque de s'en voir imposer qui sont élaborés de façon unilatérale par les assureurs. De plus, pour se conformer aux normes de responsabilité reconnues, les assureurs doivent exiger des données satisfaisantes sur les résultats des services offerts, afin de justifier l'admissibilité continue aux prestations. On peut s'attendre à ce que les patients individuels expriment des degrés de satisfaction variables quant aux décisions des fournisseurs concernant leurs besoins, mais les assureurs ont l'obligation de veiller à ce que les services admissibles aux prestations soient aussi efficaces que possible. Les données actuelles ne suffisent pas pour respecter ces obligations. Il est impératif que la profession élabore des guides d'exercice clinique appuyés sur des données de résultats documentées, afin de permettre la prestation de régimes de soins dentaires fondés sur les besoins dans le cadre des structures des assureurs. ♦

---

*Le Dr Lavelle est professeur à temps plein au Département de biologie buccale, Faculté de médecine dentaire, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba).*

*Le Dr Cooney est directeur général par intérim, Programme des services de santé non assurés, Santé Canada, Ottawa.*

*Écrire au : Dr C.L.B. Lavelle, Département de biologie buccale, Faculté de dentisterie, 780, av. Bannatyne, Winnipeg MB R3E 0W2. Courriel : blavell@ms.umanitoba.ca.*

*Les vues exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.*

---