

Sortir de la T2A par le haut : la
mesure de la qualité des soins

Introduction

- Réflexions conduites dans le cadre de la mission confiée à O. Veran par la ministre de la santé. Thème général, la tarification à l'activité (T2A) ...
- Mode de financement parfois critiqué : les établissements de santé (ES) sont soumis à une contrainte de rentabilité au détriment de la pertinence et de la qualité des soins, des conditions de travail et de l'éthique des soignants. « Sortir du tout T2A »
- Mon propos :
 - l'inquiétude est légitime, la critique n'est pas toutefois pas parfaitement fondée car pas de mesures réelles de la qualité tant des soins que des conditions de travail.
 - Le dispositif actuel de régulation est bancal : à travers la T2A on révèle et on sanctionne l'efficience économique (au sens du rapport volume de production de soins/coût) mais sans considération de la qualité de la « production ».
 - Il est temps d'investir dans la construction d'indicateurs de la qualité des et des conditions de travail ... comme l'ont fait les pays étrangers.
- L'enjeu n'est pas de « sortir du tout T2A » mais d'associer régulation économique et qualité

Une forte contrainte sur les ressources aux effets sur la qualité incertains

- La T2A n'est qu'une manière d'allouer à chaque établissement une part des ressources allouées aux ES à la suite du vote de l'ONDAM par les représentants de la nation
- L'inquiétude sur la qualité est d'autant plus légitime que les ressources allouées aux établissements de santé sont soumises à une forte contrainte
- ... alors même que la production en volume augmente régulièrement
- Ressource contrainte/volume en hausse : prix de la production hospitalière évoluent très peu.
- Des prix qui évoluent très peu supposent des progrès de productivité : quantité et/ou coût du capital, des consommations intermédiaires et du travail.
- En budget global, contrainte sur les ressources, ES réduit sa production. Avec la T2A, contrainte sur les ressources, ES doit augmenter sa productivité (éventuellement en augmentant sa production).

Evolution du montant des dépenses hospitalières en % (en euros courants)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Secteur public										
Valeur	3,5	3,4	3,0	3,9	2,5	2,6	2,6	2,8	2,8	2,2
Prix	1,8	2,1	0,4	0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,8	0,7	0,1
Volume	1,7	1,3	2,6	3,0	3,0	2,8	2,7	2,0	2,1	2,0
Secteur privé										
Valeur	5,2	3,3	4,5	3,9	2,7	2,9	2,3	1,5	2,7	1,1
Prix	0,5	1,8	1,0	0,5	0,6	0,6	0,3	-0,3	-0,2	-1,1
Volume	4,7	1,5	3,4	3,3	2,1	2,4	2,1	1,7	2,9	2,2

Source : Comptes nationaux de la santé 2015. Pour le secteur privé, les données englobent frais de séjour et honoraires des médecins intervenant dans les cliniques.

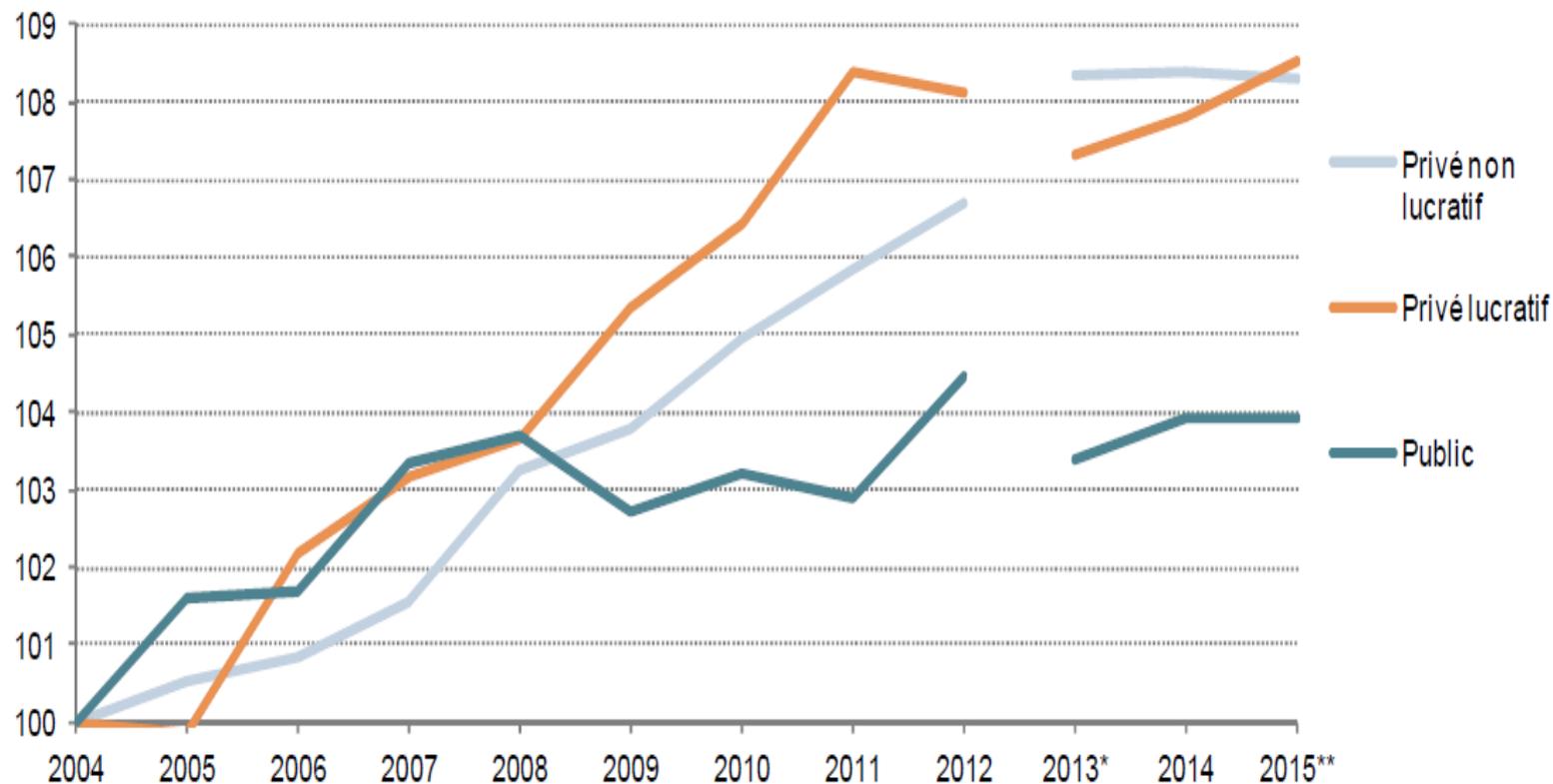
Une forte contrainte sur les ressources aux effets sur la qualité incertains

- Pour s'en tenir au travail, le coût du travail augmente plus vite que le prix de la production

	2010	2011	2012	2013	2014
Sal. Brut	1,0%	1,8 %	1,7%	1,0%	1,2%

- Et augmentation de la productivité physique du travail
 - Augmentation de la production hospitalière 2009-2015 : 15%
 - Augmentation des EQTP non médicaux : 3-4%
- Augmentation de la productivité :
 - Effets de la rationalisation des process, des restructurations hospitalières, des progrès techniques
 - Effets d'une moindre attention aux patients, de séjours exagérément raccourcis, d'une intensification du travail soignant
- Impossible de trancher entre les deux hypothèses

Évolution de 2004 à 2015 des équivalents temps plein de personnels non médicaux (base 100 en 2004)



Source : bases redressées SAE de 2004 à 2014, base administrative SAE en 2015, personnel non médical (y compris DOM, hors Mayotte).

*A partir de 2013, le concept d'ETP est modifié (cf. précisions méthodologiques). L'évolution 2012/2013 est à interpréter avec précaution.

** Données provisoires.

Taux de marge brute d'exploitation rapportée aux produits (en %)



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Etablissement ex DG	6,3	6,8	6,7	7,1	7,2	6,6	6,2	nd
Etablissement publics	6,4	7,0	7,0	7,4	7,5	7,0	6,5	6,1
Etablissement ex OQN	5,9	6,1	6,1	5,7	5,6	6,5	7,1	nd

Source : PQE annexé au PLFSS 2017. Un changement de méthodologie dans la construction de l'indicateur en 2012 rend la lecture sur la période complexe. A méthodologie constante, le taux de marge brute d'exploitation passerait de 7,4% en 2011 à 7,2% en 2012 pour les établissements ex-DG.

Pourquoi des indicateurs de qualité ?

- Eclairer le pilotage global des dépenses hospitalières. Les élus de la nation votent l'ONDAM à l'aveugle, en fonction de contraintes macro-économique sans aucune information sur la qualité des soins ou aux conditions de travail.
- Equilibrer les incitations adressées aux gestionnaires hospitaliers (directeurs d'hôpitaux ARS). La performance économique est visible et sanctionnée (comptes annuels, plan de retour à l'équilibre...). La performance qualité fait l'objet d'un suivi bien plus lâche.
- Donner du sens à la démocratie sanitaire. Les représentants des patients doivent pouvoir intervenir à partir de données sur la qualité. Ils sont actuellement dépendant du discours des ES eux-mêmes ou des « effets de réputation ».
- Donner du sens à la liberté de choix. La liberté de choix ne vaut que si cette liberté est éclairée.
- Inciter aux démarches d'amélioration de la qualité au sein des établissements.

Une politique de mesure de la qualité à refonder

- Actuellement : pilotage de la qualité à travers certification et abondance d'indicateurs de qualité de processus (56).
- Pas d'indicateurs de résultats : culture de la norme de moyens, autocontrôle de la profession médicale
- Indicateurs de processus : moins intrusifs qu'indicateurs de résultats (pas de contrôle externe), plus facilement appropriable par les équipes... « Rationalisation en douceur » (Bertillot)
- Effet : « culture diffuse de la qualité », « strate d'expert intermédiaire qualité », « rejet, scepticisme, usage stratégique... » (Benamouzig)
- Mais indicateur de processus : peu d'intérêt pour le régulateur, les représentants des patients, pas d'enjeu réel pour les gestionnaires, pas d'information pour le patient qui doit faire un choix d'établissement

Une politique de mesure de la qualité à refonder

- Les indicateurs de qualité à développer (en complément des indicateurs de processus actuels) :
 - L'expérience et la satisfaction des patients. Questionnaire I-Satis appliqué pour la première fois en 2016
 - L'expérience et l'appréciation de la qualité par les soignants. Mesuré au RU sur une base annuelle dans tous les hôpitaux depuis 2003.
 - Des indicateurs cliniques de résultats. Grande diversité des indicateurs développés au niveau international : mortalité, réadmission, complications, infection nosocomiales, « never events », « patients reported outcome measures » (PROMs)

Une politique de mesure de la qualité à refonder

- La construction de ces indicateurs n'est pas simple (ajustement sur le risque, choix de la période, fiabilité des données de base...). La France peut bénéficier de son retard (accumulation des travaux et des controverses à l'étranger).
- Nécessité d'un investissement scientifique et technique dans le cadre d'un projet structuré, échéancé, doté de moyens. Investir dans la mesure de la qualité à hauteur de l'investissement réalisé pour mesurer la production et tarifer.

Faut-il rémunérer selon la qualité ?

- Vogue actuelle du « pay for performance » (P4P)
- Encore faut-il en accepter la logique : accroissement de la pression économique sur les moins performants en terme de qualité. Risque de disparition : logique dans un contexte concurrentiel, plus problématique dans le cadre d'une offre planifiée et régulée.
- Les résultats au niveau international : mitigés : « effet pas clairs, limités et peuvent être attribués à d'autres éléments constitutifs de ces programmes tels que le diffusion publique et la plus grande disponibilité des données » (Milstein et al. 2016)
- Une expérience en France (IFAQ) : 46 indicateurs de processus, 0,1% des ressources. Il faudrait des indicateurs de résultats pour juger de l'expérience. Risque de soigner les indicateurs. Pour l'essentiel un signe de modernité...
- Constituer des indicateurs robustes et signifiants avant d'envisager le P4P