

**UNIVERSITE DE STRASBOURG**  
**INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES**



**QUALITE DES SOINS ET TARIFICATION A  
L'ACTIVITE COMME MODE DE  
FINANCEMENT DES ACTIVITES MCO A  
L'HOPITAL PUBLIC :  
DIAGNOSTIC ET PERSPECTIVES**

**Jérôme DELSOL**

**Mémoire de 4<sup>ème</sup> année**

**Filière Administration Publique**

**Direction du mémoire : Damien Broussolle – Maitre de conférences habilité à diriger  
des recherches**

**Juin 2015**

*L'Université de Strasbourg n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.*

### **Remerciements :**

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur Damien Broussolle pour sa disponibilité et ses conseils qui ont été d'une grande aide pour la réalisation de ce mémoire ainsi que Monsieur Antoine Kempf qui a accepté d'être le second membre du jury.

Je remercie également ma famille, mes camarades d'études de la promotion 2016 de l'IEP de Strasbourg ainsi que mes amis qui m'ont apporté leur soutien tout au long de l'année et en particulier Romain Place pour son assistance dans la reprise et la relecture de ce mémoire.

## **Liste des abréviations et sigles**

**ANDEM** : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale  
**ANAES** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
**ARH** : Agence régionale de l'hospitalisation  
**ARS** : Agence régionale de santé  
**ATIH** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation  
**AVC** : Accident vasculaire cérébral  
**CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire  
**COMPAQH** : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité  
**CPOM** : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens  
**DGOS** : Direction générale de l'offre de soins  
**DRG** : Diagnostic Related Groupe  
**ENCC** : Etude nationale des coûts à méthodologie commune  
**GHM** : Groupe Homogène de Malades  
**GHS** : Groupe homogène de séjours  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HRG** : *Health Ressource Group*  
**IFAQ** : Incitation financière à l'amélioration de la qualité  
**IGAS** : Inspection générale des affaires sociales  
**IGF** : Inspection Générale des Finances  
**INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
**IPAQSS** : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins  
**IRDES** : Institut de recherche et de documentation sur la santé  
**I-SATIS** : Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés  
**ISO** : Organisation internationale de normalisation  
**LFSS** : Loi de financement de la sécurité sociale  
**Loi HPST** : Loi Hôpital, patients, santé, territoires  
**MCO** : Médecine, Chirurgie et Obstétrique  
**MIGAC** : Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation  
**MS-DRG** : Health Ressource Group  
**NGP** : Nouvelle gestion publique  
**NMP** : Nouveau management public  
**ONDAM** : Objectif national des dépenses d'assurance maladie  
**PLATINES** : Plateforme d'informations sur les établissements de santé  
**PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
**PPA** : Paiement prospectif à l'activité  
**PPS** : *Prospective Payment System*  
**RAISIN** : Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales  
**RSS** : Résumé standardisé des sorties  
**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation  
**T2A** : Tarification à l'activité

## Sommaire

<b>Introduction</b> .....	6
<b>1 Tarification à l'activité et qualité des soins : de quoi parle-t-on ?</b> .....	15
1.1 Les évolutions récentes dans les modalités de financement des établissements publics de santé.....	15
1.2 La qualité des soins .....	27
<b>2 Tarification à l'activité : des risques réels sur la qualité des soins ?</b> .....	34
2.1 Les effets théoriques du financement à l'activité sur la qualité des soins.....	35
2.2 La difficulté d'établir un constat empirique clair et univoque .....	39
<b>3 Comment garantir et améliorer la qualité des soins ?</b> .....	49
3.1 Revoir le suivi et la mesure de la qualité dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A.....	50
3.2 Mettre en place des mécanismes d'incitation à la qualité .....	55
<b>Conclusion</b> .....	66
Table de matières.....	72
Annexe.....	74
Liste des tableaux .....	76
Liste des figures .....	77
Bibliographie.....	78
<b>Résumé</b> .....	82

## Introduction

Si, dans l'ensemble des réformes récentes de l'hôpital, il ne fallait en retenir qu'une, cela pourrait être l'introduction et la généralisation de la tarification à l'activité (T2A) pour le financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). C'est ainsi que l'enquête Frédéric Moatty et Mihaï Dinu Gheorghiu (2013) menée entre 2006 et 2009 a conduit certains acteurs de la santé, et notamment des dirigeants, à présenter « *la T2A comme « le » changement des dernières années* » et à y voir un véritable « *grand choc culturel* ». Plus précisément l'enquête met en lumière une polarisation des acteurs de la santé à ce sujet.

L'année 2015 marque les dix ans de l'instauration de la tarification à l'activité comme mode de financement des activités MCO en France (l'année 2004 étant considérée comme une année de transition, entre le système de financement de la dotation globale et celui par T2A). A cette occasion, nombre de séminaires, de colloques et d'articles universitaires ou de presse, ont cherché à établir un premier bilan de cette réforme, parfois controversée. Cela fait cependant plusieurs années que la littérature économique française s'est intéressée au fonctionnement et aux effets du paiement prospectif à l'activité. C'est particulièrement le cas des travaux de Zeynep Or, directrice de recherche à l'Institut de recherche et de documentation sur la santé (IRDES), que cette étude exploitera largement.

Sans entrer ici dans les détails, la T2A, introduite dans le financement des établissements de santé de nombreux pays, consiste à faire dépendre les revenus des hôpitaux directement de leur volume d'activité [Or, 2011]. Cela passe par la fixation, *ex ante*, de tarifs pour un certain nombre de prises en charges standardisées. On parlera donc de paiement prospectif.

Avant toute chose, il convient de prendre en compte qu'en économie, la santé est entendue comme un bien. Cependant il s'agit d'un bien spécifique. Déjà dans *Gorgias*, Socrate, décrit par Platon, s'interrogeait : « *y a-t-il pour les hommes un bien plus grand que la santé ?* ». La santé est non seulement un bien individuel mais aussi un bien collectif [Lopez, 2013]. Dans la théorie économique standard, les biens s'échangent sur un marché.

Toutefois le domaine de la santé présente une forte spécificité qui laisse à penser qu'un marché libre ne pourrait représenter un optimum collectif.

Dans la littérature économique, cette spécificité peut être synthétisée autour de deux grandes caractéristiques : d'une part, la présence de fortes asymétries d'information et d'incertitude pour les agents, ce qui se traduit par des phénomènes de choix non rationnels au sens micro-économique, d'anti-sélection et d'aléa moral. D'autre part il faut noter l'existence de fortes externalités concernant la production et la consommation du bien qu'est la santé : en premier lieu, la santé des uns est susceptible d'avoir des conséquences sur le bien-être des autres (exemple canonique des épidémies). Ainsi, en matière de dépenses allouées à la santé, l'optimum social est parfois supérieur à ce que les agents seraient prêts à payer individuellement, ce qui rend donc souhaitable une intervention de l'Etat notamment afin de rendre certaines dépenses obligatoires ou de réaliser certains investissements collectifs. De même, la santé est un bien nécessaire à la survie, ce qui fait que l'offre doit exister même lorsque le demandeur individuel n'est pas en mesure d'en payer le prix. Enfin il convient de noter que le secteur de la santé a un poids particulièrement important dans la structure économique nationale : en 60 ans, la part de la dépense totale de santé (DTS) dans le produit intérieur brut (c'est-à-dire, au sens de l'OCDE, l'ensemble de dépenses liées à la santé en dehors de la formation, de la recherche médicale et la prévention collective) a triplé. Elle représente aujourd'hui plus de 11% du PIB français, là où la moyenne des pays de l'OCDE se trouve en dessous de 10%.

Le système de santé français est le produit d'une longue histoire. Mais au-delà de ces considérations historiques, l'ensemble de ses caractéristiques propres permet d'expliquer, économiquement, la forte intervention publique dans la santé via la réglementation mais aussi par la présence d'un important secteur public dans le domaine hospitalier.

En termes de structure, le système hospitalier français est constitué d'une triple composante comprenant hôpitaux publics, établissements privés à but non lucratif, et structures privés à but lucratif. Ce système offre une liberté de choix pour le patient, et une liberté de pratique pour le médecin.

Tableau n° 1 : Nombre d'établissements hospitaliers par secteur en 2005

		Entités
Secteur public		987
dont	Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	29
	Centre hospitalier (CH)	504
	Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	87
	Hôpital local	347
	Autre établissement public	20
Secteur privé		1869
dont	Etablissement à but lucratif	Environ 1100
	Etablissement à but non lucratif	Environ 800
Ensemble		2856

[Mougeot, Naegelen, 2011, p.49]

Mais en termes de volume de séjours et de dépenses, la répartition entre public et privé est loin d'être égale. Près des deux tiers de l'activité MCO sont effectuées par le secteur public et une tendance relativement similaire peut être observée pour l'ensemble des hospitalisations. Le profil de malade apparaît souvent différent (par exemple, les patients les plus âgés sont, dans leur large majorité, pris en charge par le secteur public), de même que le type de séjour (l'hôpital public prenant en charge presque la totalité des soins de long séjour), tout comme la tarification (à ce sujet l'objectif d'une complète convergence tarifaire à moyen terme, prévue d'abord pour 2012, puis reportée à 2015 et 2018, a été officiellement abandonné avec la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013).

Tableau n°2 : Répartition des séjours par disciplines (2007)

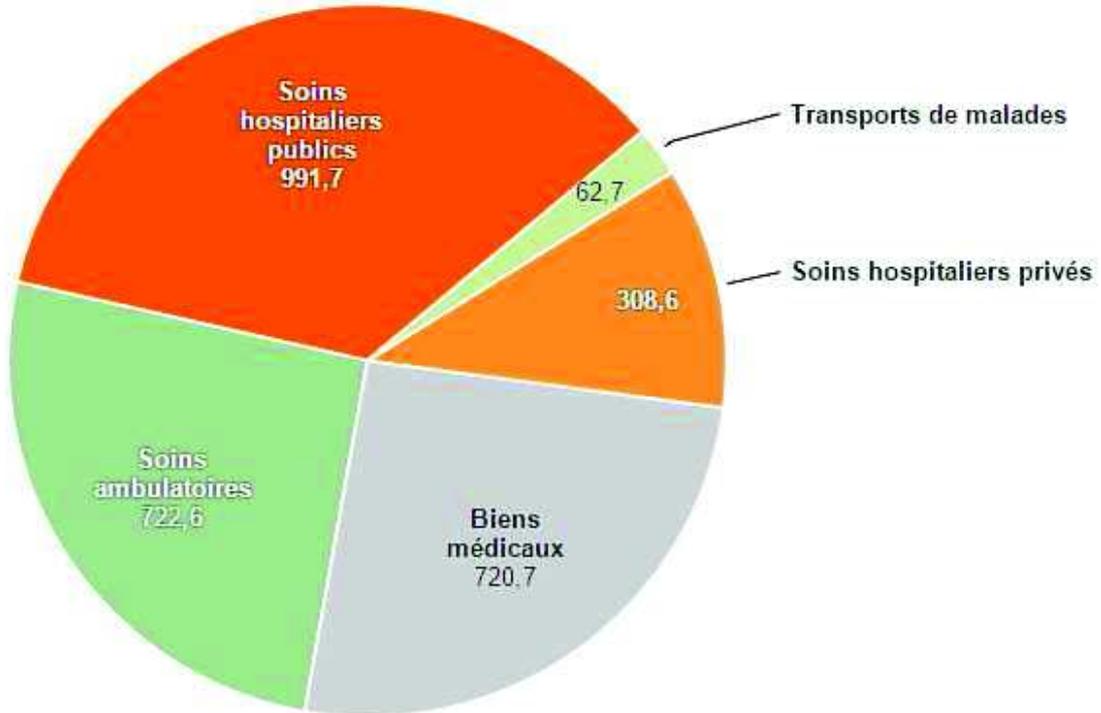
		Nombre de séjours en milliers (hospitalisation complète)
Médecine, chirurgie et obstétrique	Etablissements publics	6350
	Privé à but non lucratif	813
	Privé à but lucratif	3027
Lutte contre les maladies mentales	Etablissements publics	449
	Privé à but non lucratif	66
	Privé à but lucratif	112
Soins de suite et réadaptation	Etablissements publics	360
	Privé à but non lucratif	260
	Privé à but lucratif	274
Soins de longue durée	Etablissements publics	33
	Privé à but non lucratif	3
	Privé à but lucratif	1
Total	Etablissements publics	7192
	Privé à but non lucratif	1142
	Privé à but lucratif	3414

[ibid, p.50]

Ainsi, en France, la performance du système de santé dépend de façon importante de l'hôpital public. A elles seules les dépenses d'hospitalisation dans les hôpitaux publics représentent près de 40% des dépenses d'assurances maladie. Les soins hospitaliers publics constituent plus du triple de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) que les soins hospitaliers privés avec 911€ par personne en 2012

Figure n°1 : Part des soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) en 2012

Part de la CSBM (en %) et euros par personne



[IRDES]

L'hôpital public est donc un acteur économique et social de premier plan et son évolution, ses réussites mais aussi les critiques dont il fait l'objet, constituent un enjeu symbolique particulièrement important concernant le service public. Le choix fait avec le plan « hôpital 2007 » de regrouper sous un même mode de financement, les activités MCO de l'ensemble des établissements de soins, peu importe leur secteur, conduit à des enjeux périphériques à l'objet de cette étude, notamment en ce qui concerne la structure des coûts, la fixation des tarifs et donc, *in fine*, la problématique de la convergence tarifaire. Pour la clarté du raisonnement, c'est donc avant tout aux hôpitaux publics pour lesquels la réforme de la T2A s'applique (c'est-à-dire les établissements publics ayant une activité MCO et à l'exclusion des anciens hôpitaux locaux, pour lesquels la définition des modalités d'application de la T2A a été sans cesse repoussée) que s'intéresse ce mémoire. Cela n'empêchera pas, d'ouvrir la réflexion aux enjeux de ces autres établissements dans le cadre de la conclusion.

En tout état de cause, pour l'ensemble des politiques publiques, la maîtrise des dépenses est devenue un enjeu majeur. Le secteur de la santé publique n'échappe pas à ce phénomène. Ainsi les deux dernières décennies ont été marquées par une série de réformes poursuivant de multiples objectifs : la prise en compte du vieillissement de la population qui conduit à des évolutions de la demande de soins, mais aussi (et prioritairement, du point de vue de certains acteurs) la maîtrise des dépenses. Cela passe notamment par des réformes de la gouvernance et de l'organisation interne des établissements de soins.

En effet, à la fin des années 1990 et au début des années 2000, a été adoptée une série de réformes (les plans Juppé et Hôpital 2007 et la loi HPST...) dont les mesures, qualifiées parfois « d'inspirations libérales », ont conduit à redéfinir le secteur public hospitalier français [Couty 2010]. Ces réformes ont pu entraîner la mobilisation de certains acteurs de santé. Souvent aussi bien perçues par les personnels de terrain comme une rupture que présentées ainsi par les pouvoirs publics, ces réformes sont critiquées par certains agents autour de l'idée de l'avènement de « hôpital-entreprise » [ibid] qui serait synonyme de fin du service public hospitalier « à la française » et notamment d'une atteinte portée à la qualité et à l'accès de l'offre publique de soins en France. Ainsi, pour le professeur André Grimaldi, l'hôpital est devenu « malade de la rentabilité ».

En réalité, une analyse plus fine de l'histoire hospitalière contemporaine conduit à constater que dès la fin des années 1970, l'idée de la « maîtrise » des dépenses hospitalières et plus largement de santé, constitue un objectif (dont le degré de priorité et d'intensité varie) pour les pouvoirs publics français [Belorgey, 2009]. Ainsi, bien avant le plan Juppé de 1996, on observe l'expérimentation et le développement de nouveaux outils de régulation économique, comme par exemple le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dès le début des années 1980. De manière globale, on observe le recours de plus en plus fréquent aux outils de régulation et de gouvernance du « nouveau management public » (NMP) et la « nouvelle gestion publique » (NGP) qui, comme le rappellent en premier lieu leurs détracteurs, a pour objet de « *gérer les services publics comme on gère une entreprise* » [Verrier, Santo, 2007]. Il s'agit alors de chercher à importer dans le secteur public les méthodes et concepts issus du secteur privé. Dans le domaine de la santé, comme dans d'autres segments du secteur public, ce temps est alors marqué par la multiplication dans le discours politique de thématiques comme la mesure de

la « performance », l'utilisation du « *benchmarking* », ou plus généralement l'idée d'une « *dédiérentiation* » entre secteur public et secteur privé. [Belorgey, 2009]

Quoiqu'il en soit, face à ces transformations importantes, se pose naturellement la question de la qualité des soins.

Historiquement, il est généralement admis que c'est dans le code Hammourabi (code juridique du roi de Babylone au 18<sup>ème</sup> siècle avant JC) que l'on trouve la première référence à la qualité, qui rend responsable les artisans lorsqu'ils ne respectent pas des normes de qualité en matière de construction [Bass, 1997]. C'est, par ailleurs dans le même code que l'on retrouve les premières règles institutionnalisées portant sur la responsabilité du médecin en cas de résultat considéré comme de mauvaise qualité. Ainsi à l'article 218 du code est indiqué que « *si un médecin a fait une incision grave sur un notable avec une lancette de bronze et l'a fait mourir ou bien a ouvert la tempe du notable avec une lancette de bronze et lui a crevé l'œil, on lui coupera la main* ».

Dans le domaine de la santé, les professionnels ont toujours veillé d'eux-mêmes à la « *qualité de leurs pratiques* » [Lopez, 2013], ne serait-ce que pour être reconnus par leurs pairs et validés par la puissance publique. En premier lieu, cette prise en compte se faisait par les enseignements de leurs prédécesseurs puis par l'expérience. Mais il faut attendre le XX<sup>ème</sup> siècle pour que l'enjeu de la qualité des soins, en elle-même et pour elle-même, fasse l'objet des politiques publiques. Cette approche collective de la qualité passe d'abord historiquement par l'organisation en association ou corporation des praticiens, ces dernières fixant des règles et des bonnes pratiques en matière de qualité des soins [ibid]. Cependant, avant l'institutionnalisation, c'est l'entreprise privée qui va s'approprier la question de la qualité et qui va en définir les concepts, la mesure, et standardiser les démarches d'amélioration. Se pose alors, pour le décideur public, la question de savoir si ce qui apparaît bon pour l'entreprise l'est aussi pour les hôpitaux. La réponse apportée dans le domaine de la qualité va être positive. Ainsi avec la création de la « *joint commission on accreditation of Healthcare organizations* » en 1951 aux Etats Unis, l'approche qualité s'étend à la gestion hospitalière, via un mécanisme d'accréditation des hôpitaux [ibid]. En France cependant, il faudra attendre les années 1990 pour que de telles pratiques s'institutionnalisent.

« *Non, la qualité n'est pas une mode* » [Bass, 1997], mais elle est devenue, plus que jamais, un enjeu explicite dans l'évaluation de toute politique publique et dans la conduite de celles-ci par la démarche qualité. Les dernières années ont alors vu émerger, dans l'ensemble des services publics (bien que de manière souvent inégale) des démarches qualité et des « référentiels qualité ». A ce titre, outre les dix ans de la T2A, l'année 2015 est aussi marquée par la mise en œuvre de la nouvelle certification V2014 pour les établissements de soins.

Dans ce cadre, la performance d'un système de soins, va alors se définir comme la capacité des acteurs de la santé à délivrer des soins pertinents, tout en recherchant le meilleur rapport entre le coût des prestations et la qualité de l'offre, en garantissant notamment un accès aux soins le plus étendu possible.

Ainsi s'interroger sur l'impact du financement par a T2A des activités MCO à l'hôpital public, conduit à questionner un certain nombre de points : quelles sont les modalités de mise en œuvre de la T2A en France, et qu'est-ce que peut recouvrir la notion de qualité lorsqu'elle est appliquée aux soins fournis par l'hôpital ? Comment mesurer de manière satisfaisante la qualité des soins afin de pouvoir identifier une éventuelle influence des modes de financement? Mais aussi, est-ce qu'un constat clair sur les conséquences de la tarification à l'activité a pu être établi à l'étranger comme en France ?

Enfin et surtout, il s'agit de se demander comment les modalités de financement des activités MCO concernées par la T2A à l'hôpital public peuvent-elles évoluer pour mieux prendre en compte et améliorer la qualité des soins ?

C'est pourquoi, cette réflexion sur le rapport entre mode de financement et qualité des soins sera menée en trois temps : Tout d'abord, il s'agit dans une première partie de définir le cadre d'analyse des deux grands concepts étudiés, à savoir la tarification à l'activité et la qualité des soins. Ce premier temps doit conduire à définir les origines, le fonctionnement et les objectifs de la T2A telle qu'elle a été mise en place en France, sans pour autant négliger que cette réforme s'inscrit dans un contexte international de généralisation du paiement prospectif. Cette partie permettra également d'identifier les

grands points de définition de la notion de qualité, de son application aux soins dans le contexte hospitalier, des méthodes possibles pour la mesurer et les grands enjeux de cette mesure.

Ensuite un second temps sera consacré à l'étude des conséquences de la T2A sur la qualité des soins. Seront alors pris en compte aussi bien les risques et bienfaits théoriques établis par la littérature économique d'un tel mode de financement que les résultats des enquêtes empiriques qui ont pu être menées à ce sujet. Les conclusions de ce bilan et le constat des difficultés à voir se dessiner une tendance claire conduiront naturellement à un troisième temps.

Il s'agira alors d'étudier les possibilités existantes pour améliorer la qualité dans le contexte d'un financement par T2A, par des opportunités qui peuvent aussi bien être complémentaires aux paiements prospectifs qu'en exploiter le fonctionnement. La réalisation d'une telle démarche conduira à s'interroger en conclusion sur les nouveaux enjeux ouverts par cette étude.

## **1 Tarification à l'activité et qualité des soins : de quoi parle-t-on ?**

Il s'agit ici de préciser le cadre général de l'analyse des notions de tarification à l'activité et de qualité de soins. En premier lieu, il convient de comprendre le fonctionnement de ce mode de financement, ses objectifs, sa place dans le contexte international mais aussi les limites de son domaine. Ensuite il semble nécessaire de définir la notion de qualité des soins dans son application au service public hospitalier, les modalités de sa mesure et ses enjeux.

### **1.1 Les évolutions récentes dans les modalités de financement des établissements publics de santé**

Il revient à l'autorité publique de déterminer les fondements du financement des hôpitaux et le mode de répartition des ressources. Concernant le financement des activités MCO, les modalités de financement ont évolué ces dernières décennies vers la mise en place d'une tarification à l'activité dans un contexte de réforme générale du secteur hospitalier. L'adoption d'éléments de paiement prospectif correspond à une tendance généralisée dans les pays de l'OCDE avec cependant des modalités de mise en œuvre divergentes.

#### **1.1.1 De la dotation globale à la tarification à l'activité**

- *1983-2003 : la dotation globale de fonctionnement*

De 1983 à 2003, les établissements publics de santé étaient financés par une dotation globale de fonctionnement (DG). Dans son article 8, la loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, dite loi Bérégovoy disposait que «dans les établissements d'hospitalisation publics et dans les établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie fait l'objet, chaque année, après avis des organismes responsables de la gestion de chacun de ces régimes, d'une dotation globale au profit de chaque établissement ». Elle était reconduite d'année en année à partir de l'exercice précédent et modulée par le taux directeur des dépenses hospitalières mais sans réel lien avec l'activité réelle de l'hôpital [Bozio, Grenet 2010]. Ainsi plusieurs inconvénients sont alors signalés aussi bien par la littérature économique que les

personnels des hôpitaux (risque la pénurie budgétaire en fin d'année, tendance à figer les situations entre hôpitaux...) [Gheorghui et Moatty,2013]

- *Le plan hôpital 2007 : la mise en place de la tarification à l'activité (T2A)*

Ce mode de financement a progressivement été remplacé et la tarification à l'activité (T2A), initiée par le plan hôpital 2007 présenté en 2003, est, depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (LFSS), le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) à l'exclusion des établissements anciennement qualifiés « d'hôpitaux locaux ». Il convient d'indiquer de nouveau que les tarifs pour les établissements publics et privés sont différents et devaient à l'origine faire l'objet d'une convergence.

- *Le principe*

Concrètement le principe de la T2A est de financer les hôpitaux en fonction d'une activité réalisée, « celle-ci étant définie par des épisodes de soins » [Or, Renaud, 2009]. Cette activité est mesurée à partir d'un système de classification : les groupes homogènes de malades (GHM). En fonction de cette nomenclature particulière, qui prend en compte de nombreux critères notamment basés sur le diagnostic, les procédures ou encore l'âge du patient, un tarif forfaitaire est affecté à chaque hospitalisation. Pour chaque GHM correspond un certain nombre de groupes homogènes de séjours (GHS), c'est-à-dire des tarifs tenant compte du niveau de sévérité de la prise en charge. L'idée étant que les séjours de chaque groupe utilisent une quantité similaire des ressources de l'établissement de santé.

Ainsi Zeynep Or et Unto Häkkinen (2012) indiquent que, dans sa forme la plus simple, le revenu d'un hôpital lié à la tarification à l'activité ( $R^A$ ) peut être présenté par l'équation suivante, dans laquelle « j » correspond à chaque GHS, «  $\hat{p}_j$  » au prix payé pour chaque GHS et « Q » au nombre de patients soignés pour chaque GHS : 
$$R^A = \sum_{j=1}^J [Q_j \times \hat{p}_j]$$

Globalement, on observe alors une logique de financement inverse à celle pratiquée avec la dotation globale : avec la T2A c'est l'activité de l'hôpital qui lui permet de percevoir un financement et non l'enveloppe de financement initiale qui permet la réalisation de l'activité.

- *Les objectifs*

La T2A a alors pour objectif de dépasser les limites de la logique induite par la dotation globale qui ne permettait pas de réellement tenir compte des « *différentes dynamiques d'activité des établissements* » [Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013]. L'article annexe de la LFSS 2004 précise les apports attendus par le législateur de ce nouveau mode de financement : « *la modernisation passe aussi par une allocation efficiente des ressources à travers la tarification à l'activité. Ce mode de tarification vise à libérer le dynamisme des établissements de santé et leur potentiel d'adaptation dans un environnement en mutation* ». En d'autres termes, l'objectif est de conduire à une meilleure efficience dans le fonctionnement et l'organisation des établissements de soins avec une réduction des coûts pour une même qualité de soins et avec la garantie d'un traitement égal des établissements [Bozio, Grenet 2010]. Son rôle central est donc d'améliorer l'efficience et la transparence du système hospitalier [Or, Renaud, 2009] : transparence dans le sens que le financement porte sur une activité réellement effectuée. Efficience, définie comme la capacité des hôpitaux à réaliser leurs missions au meilleur coût.

A l'échelle nationale, la T2A a aussi pour objectif d'introduire une « *sélection naturelle* » [Holcman 2013/4] en faveur des établissements les plus performants et qui conduit au regroupement des établissements les moins efficaces afin d'obtenir des gains de productivité ou à leur disparition. Dans son principe le plus basique, chaque établissement reçoit le coût moyen national correspondant à l'acte pratiqué. Ainsi les hôpitaux dont le coût de l'acte est supérieur au coût moyen sont appelés à faire des efforts pour s'en rapprocher. Le coût moyen a donc vocation à évoluer à la baisse et il existe donc une pression en faveur d'une diminution des coûts pour les hôpitaux.

- *Les prémisses de la mise en œuvre de la T2A en France : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)*

La mise en place d'un système de tarification à l'activité suppose qu'il soit possible de définir l'activité hospitalière. Le PMSI a pour objectif de permettre la mesure de la production des hôpitaux par l'introduction d'un indicateur de l'activité médicale tenant compte du profil des malades selon leur pathologie. Introduit en 1982, il s'inspire directement des DRG utilisés aux Etats-Unis et a permis le développement de la nomenclature des GHM avec une première classification en 471 GHM en 1986 [Domin,

2013]. A partir de 1989 les établissements hospitaliers publics sont tenus de produire annuellement un « résumé standardisé des sorties » (RSS). A travers un réseau informatique, le PMSI permet le recensement de l'activité des hôpitaux via la codification des actes. D'abord instrument de gestion et de mesure interne des hôpitaux, il devient un instrument de contrôle externe pour les autorités budgétaires dans la fixation de la dotation globale à partir d'une étude nationale des coûts par séjour (ENC) [Gheorghui et Moatty,2013]. PMSI et ENC vont alors servir de fondement à la T2A dans la fixation des coûts de séjours.

- *L'élaboration des tarifs en France*

En France, la fixation des tarifs pour chaque GHM passe d'abord par l'obtention de données des coûts des établissements de soins, celles-ci étant obtenues à partir de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) » [Ministère des affaires sociales et de la santé, 2010]. Cette étude est réalisée chaque année à partir d'un échantillon d'établissements volontaires du secteur public et privé sélectionnés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) selon des critères de représentativité de l'activité hospitalière concernée. Pour le secteur public en 2008 l'échantillon était composé de 54 établissements pour le champ MCO. Le nombre de séjours pris en compte par l'ENCC par rapport au nombre de séjours nationaux est de 17,5 % dans le secteur public en 2008 (27,3 % concernant les CHU) [Cour des Comptes, 2011]. Cependant la détermination des tarifs n'est pas directement et uniquement réalisée à partir des coûts moyens.

Dans le processus de fixation des tarifs, les coûts moyens issus de l'ENCC vont être adaptés pour tenir compte des contraintes de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des politiques tarifaires incitatives liées à des objectifs de santé publique. [Ministère des affaires sociales et de la santé, 2010]. Si chaque établissement ne dispose plus d'une dotation globale qui lui est propre, il n'en reste pas moins qu'il existe, de fait, une enveloppe nationale déterminée par l'ONDAM. Or l'existence même de cette enveloppe peut conduire à requalifier la T2A en « *simple outil de répartition* » [Gheorghiu et Moatty, 2013]. Ainsi il ressort des entretiens menée par Mihaï Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty auprès de professionnels de l'hôpital que, selon les propos d'un directeur des ressources humaines cités par l'enquête : « *le problème n'est pas la T2A [...] le vrai débat c'est l'enveloppe* » [ibid]. Les tarifs ont donc vocation à être modifiés afin de

respecter l'ONDAM ce qui peut créer une certaine déconnexion avec les coûts de production. Il convient de noter que, par ce mécanisme, l'ONDAM a vocation à limiter un risque lié à la mise en place du financement prospectif ciblé par la littérature économique : la multiplication d'intervention d'actes médicaux non nécessaires dans le seul but d'accroître l'activité. Cependant, dans le cas français, et jusqu'à récente adoption de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 qui dispose depuis peu de son cadre réglementaire (voir partie 3.2.3) ce mécanisme se fondait uniquement sur l'activité hospitalière dans son ensemble et non sur l'activité de chaque établissement pour faire varier les tarifs, ce qui peut conduire un établissement à voir son financement réduit du fait des excès commis par d'autres [Or et Renaud, 2009]

Cette méthode d'élaboration des tarifs présente des faiblesses. Dans son rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2011, la Cour des Comptes note qu'un certain nombre de variations importantes des coûts d'une année à l'autre « *reflète la fragilité de certaines mesures de coût, qui peut tenir à l'étroitesse de la base statistique, ou à l'homogénéité insuffisante des séjours concernés* » plutôt qu'une variation véritable des coûts de production (due à l'évolution des pratiques thérapeutiques). Deux rapports de 2012, respectivement par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection général des finances (IGF) souligne que les limites de l'enquête d'une part et les règles de construction des tarifs d'autres part, conduisent à éloigner la tarification de la « *réalité des coûts* » [Durieux, 2012]. Du côté des établissements, c'est surtout l'influence de la variation de l'enveloppe prévue par l'ONDAM qui est critiquée.

Ainsi la T2A ne vise pas complètement un financement de l'activité sur la base des coûts moyens (dans ce cas le tarif moyen serait égale au coût moyen) : la détermination des tarifs est également réalisée en fonction de l'ONDAM et des objectifs de santé publique fixés par le législateur.

La mise en place de la T2A française en 2004 est largement inspirée des expériences étrangères et notamment de l'expérience américaine, premier pays à avoir mis en place un système de paiement prospectif à l'activité. Il apparaît alors nécessaire d'étudier brièvement la place de la France par rapport aux autres systèmes de santé utilisant une T2A.

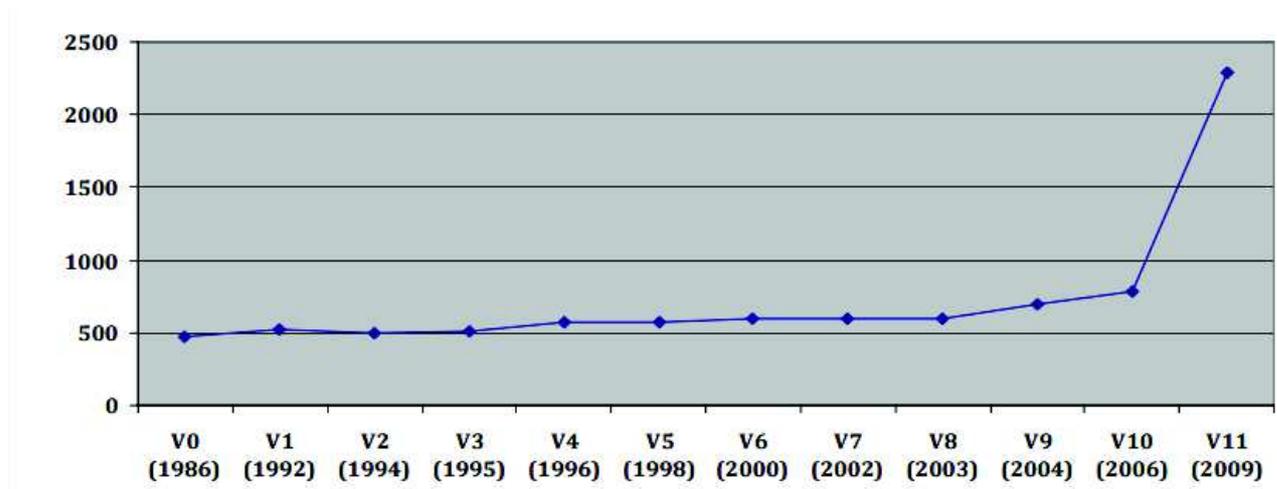
### 1.1.2 La T2A à l'échelle internationale

Avec l'introduction du système de la T2A dans le financement de ses établissements de santé, la France fait le même choix qu'une « vingtaine » de pays de l'OCDE (Etats-Unis, Angleterre, Allemagne, Pays-Bas, Suisse, Danemark...) avec des modalités et des ampleurs variables [Or, Renaud, 2009]. Ainsi le choix de ce mode de financement pour une part du financement public des établissements de soins s'est généralisé en Europe, devenant ainsi le système le plus répandu, sans pour autant que la littérature économique soit réellement importante pour l'ensemble des cas.

Dans l'analyse de la relation entre la T2A et la qualité des soins, une revue de la littérature économique portant sur les effets de la mise en œuvre de système de paiement prospectif à l'étranger peut donc être utile [Bousquet, Lombrail et Guisset, 2006]. De manière générale la littérature économique fait ressortir deux grands enjeux pour les systèmes de santé : la définition des groupes homogènes de malades ainsi que leur coût respectif et la détermination des tarifs.

Le nombre de GHM peut varier du simple au triple entre les pays (entre les groupes américains et français par exemple). Globalement les révisions des nomenclatures conduisent à une augmentation du nombre de groupes afin de tenir compte de davantage de variables [Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2009]. C'est particulièrement vrai pour le système français qui a connu une inflation très importante du nombre de GHM ces dernières années, notamment du fait de la prise en compte de degrés de sévérité. Ainsi avec la mise en place de la version du 11 qui systématise 4 degrés de sévérité, du système de codage en 2009 (régulièrement amendé depuis), le nombre de GHM est passé de 800 à 2 300 (cf annexe).

Figure n°2 : L'évolution du nombre de GHM



[Durieux, 2012, p.27]

Si une telle démarche permet d'affiner l'observation de l'activité et de ces coûts, elle conduit aussi à compliquer la tâche des établissements d'anticiper l'évolution de leur activité et donc de leur financement.

Deux mécanismes peuvent être, par exemple, brièvement présentés : Le « *Prospective Payment System* » américain et le « *Payment by Results* » britannique

- *Le « Prospective Payment System » américain*

Ainsi, l'analyse des effets *Prospective Payment System* (PPS) américain ou « paiement prospectif à l'activité » (PPA) fondé sur les *Diagnostic-Related Groups* (DRG), mis en place dans en 1983 constitue une part importante de la littérature économique [Or, Häkkinen 2012]. Le calcul du coût moyen de chacun des DRG est réalisé partir de « la moyenne des ressources consommées par tous les patients Medicare inclus dans ce DRG » [Or, Renaud, 2009]. Les tarifs sont modulés pour tenir compte des différences entre les prestataires de soins des différents Etats ( coût de structure et de personnel selon les Etats, prise en charge de certaines missions comme les coûts indirects de l'enseignement ou la prise en charge de « populations spécifiques »...)

- *Le « Payment by Results » britannique*

Depuis les années 80, en Angleterre ce sont les durées d'attente pour l'accès aux soins et surtout à la chirurgie qui ont été considérées comme le problème majeur du

système de santé britannique [ibid.]. C'est pourquoi en 2004 un système de « paiement aux résultats » a été mise en place avec pour objectif l'accroissement de la productivité hospitalière et avec pour unité de mesure les « *Healthcare Ressource Groups* » (HRG) qui constituent les 1 400 groupes homogènes de ressources servant à financer les activités. Le coût moyen de chaque procédure de soins sur l'ensemble des hôpitaux concernés (et non sur 3 % des établissements concernées par la T2A française) permet de calculer les tarifs tout en étant modulé dans un certain nombre de cas (séjour programmé ou non, prise en compte des situations locales) qui correspondent à des objectifs fixés [ibid.].

- Comparaison et limites

La comparaison entre 4 systèmes de T2A peut être synthétisée par le tableau suivant :

Tableau n°3 : Comparaison internationale des modes d'application de la T2A en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

	France	Allemagne	Angleterre	Etats-Unis (Medicare)
<b>Mise en œuvre</b>	2004	2003	2003	1983
<b>Classification des groupes de séjour</b>	Groupes Homogènes de malades (GHM) Environ 2300 GHM	Diagnostic Related Groupe (DRG) 1182 DRG	Health Ressource Group (HRG) Environ 1400 HRG	Medical-Severity – Diagnostic Related Group (MS-DRG)
<b>Base de calcul des coûts</b>	Echelle des coûts commune aux secteurs public et privé, basée sur 122 établissements volontaires.	250 établissements volontaires (12% des établissements)	Ensemble des établissements 350 <i>hospital trust</i> (entités juridiques)	Ensemble des 3500 établissements financés par Medicare (60% des établissements)
<b>Périmètre des tarifs des activités de soins</b>	Hors honoraires médicaux pour les GHS du secteur privé. Hors médicaments et dispositifs médicaux onéreux	Hors honoraires des praticiens libéraux Hors médicaments onéreux Dispositifs onéreux	Hors honoraires des praticiens Médicaments onéreux Chimiothérapie Radiothérapie	Hors honoraires des praticiens Hors Médicaments onéreux
<b>Tarifification principale</b>	Tarifs nationaux (groupes homogènes de séjours) différents pour le secteur public et privé	Tarifs régionaux	Tarif nationaux	Tarif nationaux
<b>Modulation de la tarification</b>	Coefficient géographique par	Facteur géographique pris	Coefficient géographique	Modulation par établissement

<b>principale liée à des coûts spécifiques</b>	région	en compte dans les tarifs régionaux	(Market Force Factor)	selon : statut universitaire -isolement géographique -population défavorisée -indicateurs de qualité
<b>Activité non financés à l'activité ou à financement mixte</b>	Recherche Urgences transplantations Hôpitaux locaux	Enseignement, recherche, urgences, grands brûlés, greffes	Services ambulanciers, transplantations	Coût direct de l'enseignement, recherche, Etablissements spécialisés en cancer

[Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2009 p.143]

Mais les comparaisons internationales présentent aussi leurs limites : aux Etats-Unis, c'est sur des paiements privés que le système de santé repose pour bonne part, la part des financements publics se limitant principalement au Medicare [D'Aunno, 2005]. Aujourd'hui seul un tiers de la part du revenu des hôpitaux américains provient de Medicare [Or, Renaud, 2009]. De même en Angleterre, et à l'image de la France, la tarification à l'activité ne s'est réellement généralisée que tardivement, ce qui empêche de disposer d'un recul et d'une littérature aussi abondante que pour le cas américain : jusqu'en 2005 seuls 30 HRG étaient concernés par le « *Payment by Results* » [ibid.].

Toutefois, bien que chaque système de soins dispose de sa spécificité et d'une application particulière du paiement prospectif à l'activité, la littérature économique offre de nombreuses possibilités de comparaison et des ressources utiles à l'analyse des effets liés à la mise en place de ces T2A, notamment sur la qualité de soins. Le système même du financement prospectif par pathologie et non plus par dotation pour une large part de l'activité des hôpitaux, l'utilisation de tarifs nationaux (ou couvrant au moins une part importante du territoire) tout en acceptant des modulations locales à la marge ou encore le fait d'écarter systématiquement du périmètre du dispositif les médicaments les plus onéreux semblent constituer les grands points communs des systèmes de T2A mis en place dans la plupart des pays de l'OCDE.

Dans le cas du système français, il convient de noter que le passage progressif à la T2A s'inscrit dans un ensemble de réformes récentes qui ont profondément modifié

l'équilibre du système hospitalier et que la T2A n'est pas l'unique modalité de financement des hôpitaux.

### 1.1.3 Réformes parallèles et autres sources de financement des hôpitaux publics

La réforme du financement des hôpitaux avec le passage aux paiements prospectifs n'est pas un changement isolé mais, au contraire, s'inscrit un « tournant » [Domin, 2014] global qui a concerné la politique hospitalière à partir du milieu des années 1990.

- *Du « plan Juppé » à la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST)*

Cette transformation de la « gouvernance » passe par le plan hôpital 2007 ainsi que la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » de 2009 (loi HPST) qui constitue encore la dernière grande réforme organisationnelle. Fondé sur la perspective du « nouveau management public » [Domin, 2014] le concept de « gouvernance hospitalière » inspire l'ensemble des réformes récentes de l'hôpital. Banalisé à l'extrême dans le débat public, le concept de gouvernance renvoie étymologiquement à l'idée de pilotage (de latin *gubernare*) et repose sur les mécanismes de délimitation des pouvoirs.

Déjà les ordonnances hospitalières du 24 avril 1996, dites « plan Juppé » avaient débouché sur la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). L'ARH de chaque région devait organiser l'offre de soins qui pouvait passer par les fermetures des services lorsque l'activité était jugée insuffisante. Le plan Juppé met en œuvre un processus de contractualisation via les contrats d'objectifs et de moyens signés entre l'ARH et les hôpitaux.

Annoncé dès 2003, le plan hôpital 2007 repose principalement sur une modification de la répartition des pouvoirs et sur le développement de la politique de contractualisation.

La loi HPST modifie profondément l'organisation interne des établissements avec le renforcement de l'influence de l'équipe de direction mais limite l'autonomie des établissements sous le contrôle des agences régionales de santé (ARS) nouvellement créées et du ministère de la santé. Avec la loi HPST, les ARH sont remplacées par les ARS avec un périmètre plus large puisque ces dernières remplacent également d'autres institutions.

La réforme de la gouvernance des établissements de soins s'est accompagnée d'une évolution des modalités de financement des hôpitaux avec la mise en place de la T2A à partir de 2004. Cependant il convient de mentionner que d'autres sources de financements existent pour les établissements de soins.

- *Les autres sources de financement des établissements de santé public*

Mise en place en 2004 la T2A a progressivement remplacé le financement des activités couvertes par la dotation globale. Cependant, certaines activités des hôpitaux restent couvertes par des sources de financement distinctes.

Figure n°3 : l'évolution des sources de financement des établissements de santé depuis 2004

<i>Avant 2004</i>		
Dotation globale		
<i>2004</i>		
T2A	Dotation annuelle complémentaire	Autres financements (MIGAC, forfaits...)
<i>2007</i>		
T2A	Dotation annuelle complémentaire	Autres financements (MIGAC, forfaits...)
<i>2008</i>		
T2A		Autres financements (MIGAC, forfaits...)

[Jégou, 2011, p.9]

- *Les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation ( MIGAC)*

Les MIGAC, définies à l'article L. 162-22-13 du code de la santé publique sont financées par dotation. Elles concernent les missions d'enseignement, recherche, référence et innovation (45 % du total de l'enveloppe MIGAC), les missions d'intérêt général (30% de l'enveloppe) et les Aides à la contractualisation (25% de l'enveloppe) qui sont prises en charge principalement par les CHRU et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) [Domin, 2013].

La mise en place de la T2A s'est accompagnée chaque année de nombreux ajustements qui ont porté tant sur les tarifs que sur les MIGAC [Cour des comptes, 2011]. Depuis la mise en place du plan hôpital 2007, les taux d'évolution de l'enveloppe MIGAC ont été largement

plus élevés que ceux de l'enveloppe servant au financement à l'activité. les MIGAC ont un poids de plus en plus important au sein de l'ONDAM hospitalier : elles représentent 11,4% de l'ONDAM hospitalier en 2011 contre 8,2 % en 2005. [Jégou, 2011]

Tableau n°4 : L'évolution de la dotation MIGAC entre 2005 et 2011

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Enveloppe Merri</b>	N.D	1 544	2 108	2 322	2 420	2 681	2 657
<b>Enveloppe autres MIG</b>	N.D	1 585	1 724	1 918	2 648	2 877	N.D
<b>Enveloppe AC</b>	1 153*	2 322	2 392	2 463	2 610	2 387	N.D
<b>Enveloppe MIGAC</b>	4 671*	5 451	6 224	6 703	7 678	7 945 (8 142 avant gel)	8 294 (avant gel)
<b>Enveloppe ODMCO</b>	39 689	40 227	41 384	42 226	43 134	44 299	45 595

[Jégou, 2011, p.22]

- *Les forfaits*

Certaines activités comme les urgences (« forfait annuel urgences »), la coordination des prélèvements d'organes (forfait coordinations des prélèvements d'organes) et les greffes (forfait annuel greffe) font l'objet d'un financement forfaitisé.

Certains médicaments onéreux et dispositifs médicaux sont aussi pris en charge en sus des tarifs de prestations. Ainsi si le financement des médicaments est généralement pris en compte dans les tarifs des GHS, les médicaments onéreux sont inscrits dans une liste, sur décision du Ministre de la Santé par voie d'arrêté, qui ouvre droit à un paiement en sus de la T2A du fait de l'hétérogénéité que leur utilisation induit dans le coût du séjour.

## 1.2 La qualité des soins

Pour étudier les effets d'un dispositif sur la qualité des soins, il convient avant toute chose d'en définir la notion et notamment d'identifier les spécificités du concept de qualité appliqué à l'offre de soins de l'hôpital. Une fois la notion définie, l'étude de la qualité est confrontée au problème de sa mesure qui, dans le domaine hospitalier, conduit à une série de grands enjeux.

### **1.2.1 La notion de qualité appliquée au service public hospitalier : quelles définitions et spécificités ?**

Si la recherche de la qualité peut apparaître comme assez consensuelle, il n'en reste pas moins que la définition de la notion de qualité présente, sous une simplicité apparente, une complexité certaine lorsqu'il s'agit de la préciser et de l'appliquer à un champ particulier comme le service public hospitalier. Pour le dictionnaire « Petit Robert » [2014] la qualité peut être définie comme « *ce qui fait qu'une chose est plus ou moins recommandable* » et « *le degré plus ou moins élevé d'une échelle de valeurs pratiques* ».

Cette définition courante et générale semble ici trop peu précise et exploitable dans le cadre de l'étude de la qualité des soins. Une définition plus adaptée semble pouvoir être obtenue par étapes.

- *La notion de qualité appliquée aux biens et services*

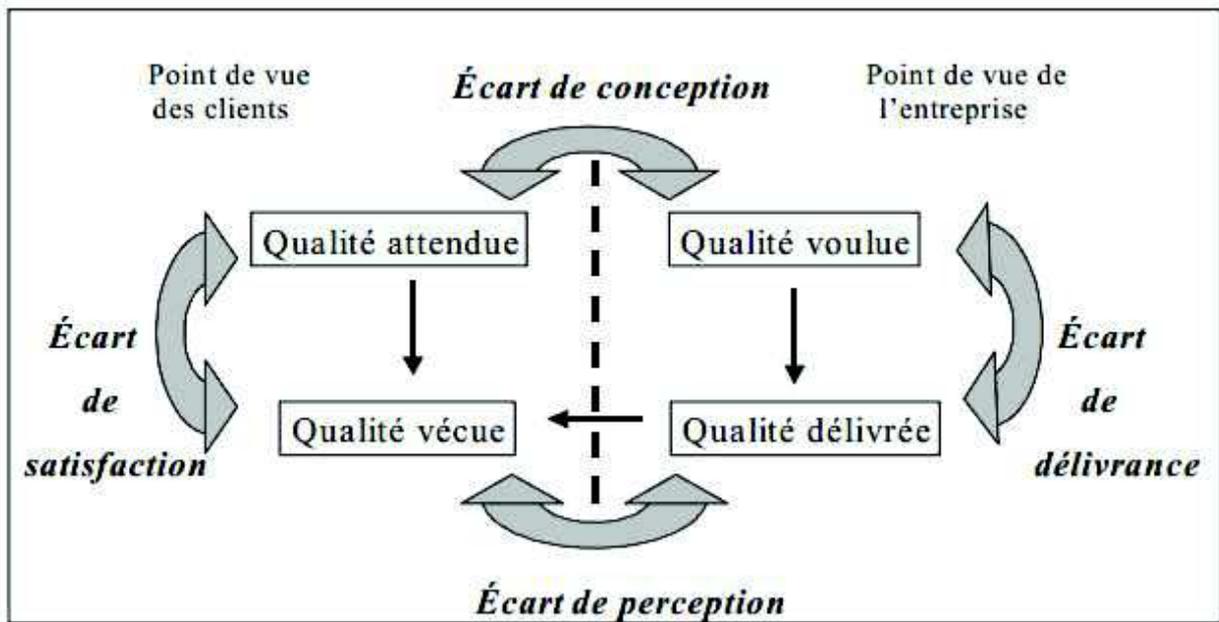
La première étape consiste à définir la qualité appliquée aux biens et services.

Pour l'*International Organisation for Standardization* (ISO) la qualité peut être définie comme « *l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins explicites ou implicites* » [ANDEM, 1996]. Selon la théorie économique standard, dans un marché efficient les demandeurs fixent leur niveau de demande à partir de leur perception de la qualité. Les prix sont ainsi le reflet, non seulement de la confrontation de l'offre et de la demande (quantitativement) mais aussi de la qualité perçue. Mais dans le domaine de la santé, la relation entre qualité et prix ne peut suivre ce principe : du fait même des spécificités de ce marché: non seulement les prix sont contrôlés administrativement mais il est quoiqu'il en soit difficile pour le demandeur d'observer et de mesurer la qualité du service [Or Z et Häkkinen, 2012].

- *La qualité appliquée aux services publics*

Dans son rapport au Premier Ministre de 2004 Yves Cannac indique que la qualité d'un service public revêt ses propres spécificités et consiste principalement à répondre aux besoins des usagers et aux attentes des pouvoirs publics, ces dernières pouvant ne pas être les mêmes que celles des usagers.

Figure n°4 Schématisation de la qualité dans le domaine des services



[ANAES, 2002 , P.14]

De plus, les attentes en termes de qualité varient d'un usager à l'autre et les contours de la notion de qualité ne seront pas les mêmes d'un service à l'autre.

Pour l'association France Qualité Publique [2007], la qualité d'un service public comprend systématiquement deux dimensions complémentaires : la qualité externe et la qualité interne. La dimension externe, directement perceptible et évaluable par les usagers, peut être entendue comme la satisfaction de leurs attentes. Les politiques publiques ciblent des besoins auxquels le service public répondra et avec quelle intensité il le fera. La dimension interne vise les améliorations des conditions de production du service nécessaire à délivrer le niveau de qualité externe ciblé. Cette dimension de la qualité n'est, par définition, pas constable ni évaluable par l'utilisateur du service. Mais cette double-dimension indique aussi que la qualité s'inscrit non seulement dans un résultat mais aussi dans une démarche. Une

« démarche qualité » a pour objectif d'améliorer la qualité externe en optimisant des conditions de production par la détection et la résolution des dysfonctionnements. Qualité interne et qualité externe sont donc à la fois distinctes mais également extrêmement liées dans la démarche qualité.

- *Définir la qualité des soins*

Il n'existe pas de consensus autour de la définition de la notion de qualité des soins. Dans une définition synthétique proposée en 1992, l'OMS indique que la qualité des soins correspond à « *la capacité à garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état de la science, au meilleur coût et pour le même résultat, au moindre risque iatrogène, pour la grande satisfaction du patient en termes de procédures et de résultats* » [Mougeot et Naegelen, 2011].

Cette définition, et notamment en renvoyant à l'idée du meilleur coût, fait de la notion de qualité des soins un complément à celle de performance publique.

Ainsi la notion de qualité des soins semble pouvoir être synthétisée autour de cinq grandes dimensions l'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'accès et l'efficience. [Or Z et Com-Ruelle L, 2008].

Pour Avedis Donabedian la notion de qualité couvre aussi bien les résultats finaux que la structure de soins (ressources fixant les conditions du traitement) et le processus de soins. Si les indicateurs de résultats, sont nécessaires et apparaissent souvent comme les plus clairs, ils ne suffisent pas pour indiquer l'impact des soins prodigués en termes de résultats sur la santé des patients, ces derniers étant influencés par des facteurs divers tels que les caractéristiques des patients et leur environnement. La qualité structurelle renvoie aux ressources employées d'un point de vue aussi quantitativement mais aussi en termes de normes des équipements et de la qualification des soignants. Les mesures de processus fournissent les indications sur la pertinence du soin et permettent d'identifier les soins qui correspondent aux véritables besoins cliniques, le problème étant qu'en médecine, il y a parfois absence de consensus sur les choix de traitement face à une situation donnée. [Or, Häkkinen, 2012].

Le caractère multidimensionnel de la qualité est donc une caractéristique centrale de sa définition. Avec la définition multidimensionnelle de la qualité (qui semble dans certaines de ses caractéristiques être subjective), se pose le problème de sa mesure.

### 1.2.2 Comment mesurer la qualité ?

L'étude de l'impact des modalités de financement de l'hôpital sur la qualité des soins passe avant toute chose par la mesure de la qualité : « *il n'y a pas de qualité sans mesure* » [Cannac, 2004].

Cette mesure va principalement passer par des indicateurs, un indicateur étant défini comme une « *mesure quantifiée qui permet d'apprécier de manière pertinente les réalisations dans un domaine donné, information choisie, associée à un critère, destinée à en observer les évolutions à intervalles définis* » [France qualité publique, 2007].

Les indicateurs permettent de quantifier la capacité des processus à répondre aux besoins et attentes des patients. Ils peuvent faire ressortir aussi bien la performance du processus (c'est-à-dire par exemple un taux ou un délai de guérison) qu'un nombre ou taux de dysfonctionnements (erreurs, produits défectueux, doublons, délais d'attente) [ANAES, 2002].

- *Indicateurs de moyens et de résultats*

La qualité peut être distinguée en deux volets : la qualité interne et la qualité externe. C'est pourquoi ces indicateurs peuvent être des indicateurs de moyens ou des indicateurs de résultats.

Les indicateurs de moyens renvoient aux conditions de production de l'activité de soins, aussi bien en termes de structure (moyens matériels, ressources humaines et financières allouées à l'activité), qu'en termes de processus, c'est-à-dire d'utilisation de ces moyens. Ces indicateurs de moyens vont avoir une particulière importance dans le cadre de la T2A où figure parmi les risques la sur ou sous-fourniture de soins par exemple.

Les indicateurs de résultats peuvent mesurer la qualité du service à plusieurs niveaux : ils comprennent non seulement des indicateurs de résultats finaux qui sont fondés sur la

situation du patient à la sortie du processus de soins mais aussi des indicateurs de résultats intermédiaires qui fournissent une information sur la qualité au cours du processus de soins.

Si l'exemple type d'indicateur de résultat final est naturellement le taux de mortalité, il n'en est pas, loin s'en faut, le plus pertinent et le moins « biaisé » comme le montrera la troisième partie. Il n'en reste pas moins que 90 % des études sur la qualité des soins à l'hôpital font du taux de mortalité l'une des mesures de la qualité [Bonastre, Journeau, Nestrigue et Or, 2013]

En effet le nombre de décès liés à un acte de soins est évidemment révélateur d'un aspect de la qualité des soins. C'est pourquoi le taux de mortalité à court terme après une hospitalisation ou une intervention (la mortalité à 30 jours par exemple) est fréquemment utilisé. Le taux d'invalidité constitue également l'un des principaux indicateurs de ce type. Mais surtout le taux de ré-hospitalisation (non programmée) survenue peu de temps après une première hospitalisation constitue un des indicateurs phares des études sur la qualité des soins (ou plutôt la non-qualité). Une réadmission non programmée après un séjour hospitalier est considérée comme un signe de mauvaise prise en charge ou une mauvaise organisation de la sortie. Cet indicateur apparaît comme particulièrement pertinent pour les pathologies avec un faible risque de décès pour les patients et pour lesquels, par définition, une focalisation sur le taux de décès aurait peu d'intérêt. [ibid]

La mesure de la satisfaction des usagers peut être rattachée aux indicateurs de résultats. La pratique du « questionnaire de sortie » s'est généralisée à l'hôpital. Ces études peuvent avoir valeur de mesure et être utilisées pour réaliser un suivi dans le temps si le panel interrogé est représentatif de la population statistique étudiée. [ANAES, 2002]. Depuis 2014 les enquêtes de satisfaction sont devenues obligatoires pour l'ensemble des établissements MCO à l'exception de 313 établissements (pour la campagne 2014) ne répondant pas à l'activité minimum pour obtenir le nombre suffisant de patients et pour lesquels les enquêtes de satisfaction sont facultatives.

- *La mesure des dimensions de la qualité des soins*

Ces différents indicateurs doivent permettre de mesurer la qualité des soins dans ces différentes dimensions.

Parmi ces dimensions c'est probablement dans le domaine de la sécurité des soins que les indicateurs sont les plus développés. Il s'agit notamment de mesurer les infections nosocomiales, événements sentinelles, les complications lors d'opérations et les complications post-opératoires. Dans le cas des infections nosocomiales, la mise en place en 2001 du Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN) a permis une amélioration dans l'identification et la mesure des infections nosocomiales.

En ce qui concerne l'accessibilité, les délais d'attente (aux urgences ou pour la chirurgie programmée) sont les indicateurs les plus couramment utilisés. Peuvent aussi être utilisés « les sorties retardées, le temps d'accès aux médecins généralistes et spécialistes » mais aussi « les problèmes d'accès liés au coût des soins » [Or, Com-Ruelle, 2008] et à la sélection des patients.

L'information sur la qualité des soins apparaît comme complexe à réunir aussi bien concernant les résultats, la structure ou le processus. Ainsi si l'OMS reconnaît généralement la réussite du système de santé français, elle critique régulièrement les lacunes de la France en termes d'étude sur la qualité des soins. Par exemple l'organisation a longtemps regretté, en présence de données souvent partielles dont l'accès est parfois difficile, l'absence d'un véritable système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins. [ibid]

Cependant depuis 2008, dans le cadre de leur certification, les établissements de santé avec une activité MCO sont tenus de transmettre annuellement à la HAS un ensemble de données qui lui permettent de calculer les indicateurs et de suivre leur évolution dans le temps (facultatif pour les établissements avec moins de 500 séjours MCO). Il s'agit de 5 indicateurs concernant les infections nosocomiales et d'indicateurs transversaux et de spécialité (cf partie 3.1.1).

### 1.2.3 Les enjeux de la mesure de la qualité des soins :

- *La mesure de la qualité : un élément à part entière de la démarche qualité.*

La mesure de la qualité via des indicateurs pertinents apparaît comme le préalable indispensable à la mise en place de démarche visant à améliorer la qualité des soins. L'idée que le simple fait d'opérer la mesure et la comparaison d'indicateurs de qualité peut contribuer à améliorer la qualité des soins a été admise dans certains systèmes de santé. C'est pourquoi ces pays conditionnent le versement d'une partie du financement des établissements à la fourniture d'indicateurs précis. Ainsi l'Allemagne sanctionne financièrement les hôpitaux qui ne présentent pas des indicateurs de qualité concernant au moins 80% de leur séjours. De même le programme Medicare aux Etats-Unis pénalise les établissements de 0,4% de leur paiement à l'activité lorsqu'ils ne fournissent pas dix indicateurs de qualité. [Or, Hakkinen, 2012].

Même si la mesure de la qualité des soins n'est pas une fin en soi, elle s'inscrit nécessairement dans la démarche qualité et est un préalable indispensable aux comparaisons (entre établissements ou entre les différents systèmes de santé) qui peuvent être menées et à la pratique du *benchmarking*.

- *Le coût de la non qualité*

Si la qualité a un coût, la non qualité en a également un. Plus encore les importants montants qui sont en jeu justifient que l'investissement dans la qualité des soins soit un véritable enjeu de la régulation hospitalière : au début des années 2000 le coût d'une infection nosocomiale était chiffré entre 300 à 35.000 €, les événements indésirables médicamenteux entre 2000 à 4000 €. [Colomb 2004].

Ainsi l'investissement dans la qualité peut être rentabilisé économiquement et il n'y a pas de contradiction entre la qualité des soins et la maîtrise des dépenses. Une distinction doit donc être opérée entre le coût d'obtention de la qualité et le coût de non-qualité ce dernier correspondant aux coûts des anormalités, c'est-à-dire des défaillances et à celui de leur correction et réparation a posteriori. On retrouve la distinction entre volet externe et interne: les anormalités internes surviennent durant le processus de production et se traduisent notamment par des pertes de temps et des efforts inutiles alors que les

anormalités externes surviennent au terme de la production de soins, et se traduisent notamment par les plaintes et réclamations des patients et le cas échéant, la nécessité de nouvelles opérations. [France Qualité publique, 2007].

A l'hôpital, la non qualité externe se traduit principalement par les événements indésirables, qui comprennent les infections nosocomiales et la non qualité interne par l'utilisation inadéquate de ressources : c'est le cas lorsque des opérations qui ne se justifient pas sont réalisées [Saillour Glénisson]. Ces deux types de phénomènes, outre les coûts directs qui impactent les ressources de l'hôpital, sont susceptibles d'altérer la réputation de l'établissement auprès des patients, voir leur confiance générale envers l'hôpital public [Charvet-Protat , 1998].

L'évaluation et la réduction de ces coûts de la non qualité va donc avoir un double intérêt : améliorer la satisfaction des patients et permettre la maîtrise des couts.

Ainsi cela conduit à l'idée que l'efficience et la qualité sont aussi complémentaires. Une organisation des services et du processus de soins en général peut permettre d'améliorer aussi bien l'efficience que la qualité des soins. A l'inverse, dans un environnement concurrentiel, la non qualité lorsqu'elle est ressentie ou constatée (via la publication d'indicateurs par exemple) par les futurs patients peut réduire les recettes de l'hôpital car l'attractivité de l'établissement baisse et donc son activité.

Apparue d'abord dans le secteur industriel et privé, la démarche sur les coûts de la non qualité est aujourd'hui un enjeu pour l'ensemble des services publics et notamment l'hôpital public [Charvet-Protat , 1998]. Pourtant, en dehors des infections nosocomiales, il existe peu d'études quantitatives sur les coûts de la non qualité des soins en France [Saillour Glénisson]

## **2 Tarification à l'activité : des risques réels sur la qualité des soins ?**

Si la T2A a pour objectif d'améliorer l'efficience des hôpitaux, il n'en reste pas moins que cette réforme a pu être accusée par différents acteurs de la santé publique d'avoir un impact négatif sur la qualité des soins. Il apparaît alors nécessaire d'étudier non seulement les effets théoriques de la tarification à l'activité que la littérature économique a

pu mettre en lumière, mais aussi les résultats des études empiriques qui ont été menées en France comme à l'étranger sur ces effets.

## **2.1. Les effets théoriques du financement à l'activité sur la qualité des soins**

### **2.1.1 Intérêts théoriques de la T2A**

Si, en France tout au moins, la T2A n'a pas été conçue formellement comme un instrument de restructuration, les changements qu'elle induit dans le paradigme hospitalier par rapport à la logique de la dotation globale doivent conduire à une évolution de l'organisation des établissements et des pratiques. Par exemple, dans des systèmes hospitaliers qui présentent des problèmes d'accès aux soins du fait de délais trop élevés, un mécanisme de T2A doit permettre une augmentation de l'activité et peut ainsi contribuer, par nature, à une amélioration de l'accessibilité aux soins qui est l'une des dimensions de la qualité des soins [Or, Häkkinen, 2012].

De plus, l'un des objectifs régulièrement annoncé avec la mise en place des mécanismes de T2A est la réduction des durées de séjours. En termes de qualité des soins, le risque de morbidité et d'infections nosocomiales diminue avec des séjours plus courts et une faible durée de séjour est souvent préférée par les patients [ibid]

Qui plus est, le paiement prospectif, qui doit conduire les établissements à rechercher un accroissement de leur activité, induit une logique de « concurrence » dans le sens où le choix d'un patient d'effectuer sa demande dans un établissement ou un autre aura une incidence financière sur ce dernier. Dans la théorie économique standard, le patient détermine sa demande en fonction d'un prix et d'une qualité recherchée. Dans la mesure où le prix sera couvert par l'assurance maladie, le choix du patient, et donc à priori la concurrence entre établissements, devrait se faire sur le terrain de la qualité et de la sécurité des soins. Ainsi en incitant financièrement les établissements à soigner plus de patients, la T2A peut conduire les établissements, dans le cas de situation de concurrence, vers une amélioration de la qualité de l'offre de soins.

L'idée est donc ici que la qualité des soins et l'efficacité peuvent être complémentaires : ainsi une organisation plus efficace des services et des opérations peut également améliorer la qualité de l'offre de soins. A l'inverse, une faible qualité réduit l'attractivité de

l'établissement, ce qui est peut conduire à diminuer l'activité de l'hôpital, et donc, par le biais du mécanisme de la T2A, à réduire les recettes.

### **2.1.2 Des craintes théoriques : les effets pervers du financement prospectif**

Cependant, la littérature économique récente a identifié un certain nombre de risques pesant sur la qualité des soins avec la mise en place de mécanismes de paiement prospectif. La T2A est suspectée, par nature, d'avoir un impact négatif sur la qualité de l'offre de soins.

Dès 2005, un rapport du Conseil économique et social ciblait les « risques et des effets pervers potentiels » [Molinié, 2005] de la T2A. Ces risques concernent aussi bien la sélection des patients, l'inflation injustifiée du nombre d'actes, l'innovation mais aussi la qualité des pratiques médicales en elles-mêmes.

Du fait de la fixité de tarifs non négociables, le mécanisme même d'une T2A est critiqué par le fait qu'il conduit, « de fait », à inciter les établissements à réduire les coûts des séjours [Or, Renaud 2009]. Si ce n'est pas la seule stratégie possible, l'une des solutions apparaît comme la réduction de la qualité des soins fournis aux patients. Cela peut passer par la réduction de la durée de séjour de façon injustifiée et excessive ou par la non réalisation de certains examens complémentaires mais nécessaires [Molinié 2005].

Les principaux effets pervers théoriques relevés par la littérature sont la sélection des patients autour de quelques pathologies et degrés de sévérité jugés rentables voir la spécialisation des établissements dans ces pathologies, la sur-segmentation des séjours, la sur ou sous fourniture de soins et à plus long terme, un frein à la diffusion des innovations médicales [Molinié 2005]. En effet, avec la T2A l'établissement perçoit des ressources, compte tenu des caractéristiques de la situation médicale du patient mais indépendamment de la qualité de l'action du personnel soignant [Lopez, 2013].

La sélection apparaît lorsque les établissements de santé identifient avant l'admission les malades pour lesquels le coût de séjour sera surestimé ou au moins couvert par le tarif du

groupe de malades et limite l'admission des autres patients pour lesquels le rapport entre le coût et le tarif est moins rentable. Il s'agit donc, dans ce cas, plus d'un risque lié à une fixation des tarifs déconnectés des coûts réels ou de la formation de groupe de malades trop peu homogènes, que d'une caractéristique inhérente au principe de la T2A.

Une fixation de tarifs éloignés des coûts effectifs supportés par l'établissement, notamment pour les pathologies les plus sévères, risque de conduire les hôpitaux à limiter les activités jugées les moins rentables et à l'inverse à multiplier les séjours, les interventions voire les actes non justifiés pour les autres activités.

Ainsi, en ce qui concerne la sur-fourniture de soins, l'idée repose sur le fait que les hôpitaux cherchent à augmenter leur activité pour accroître leur financement. L'inflation des prises en charge peut être due, comme cela a été précisé précédemment, à l'augmentation de l'activité pour mieux répondre à la demande. Cependant il semble que la stimulation de la production n'est pas forcément pertinente en termes de qualité des soins. La question de la pertinence des actes se pose car cette recherche de l'accroissement de l'activité pourrait conduire à des dérives : opérations inutiles, examens indus... Il peut aussi il y avoir une incitation pour les établissements à fournir des soins non nécessaires afin de classer des patients dans des groupes de malades à plus fort rendement. [Or, Renaud 2009]

Dans cette logique un phénomène de sur-cotation des séjours pourrait être observé : la T2A incite les hôpitaux à optimiser leurs méthodes de codification des séjours dans les groupes homogènes, optimisation qui peut conduire jusqu'à une surcotation des patients dans des niveaux de sévérités qui ne sont pas pertinents. Il convient cependant de préciser que dans le contexte de l'hôpital, les médecins salariés n'ont pas d'intérêt économique personnel direct à réaliser des actes inutiles pour surcoter les séjours et que la déontologie médicale constitue également un frein à cette pratique [Delnatte, 2013]

De plus avec la T2A, les établissements sont incités à raccourcir les séjours. Si cette réduction peut avoir des effets positifs, l'enjeu repose dans le fait de déterminer si la baisse des durées est réalisée pour des raisons « légitimes » sur le plan médical : il s'agit de savoir si les patients ne quittent pas l'hôpital trop tôt par rapport à leur situation clinique et qu'ils ne présentent pas encore un état de santé instable [Or, Renaud 2009].

Globalement le risque pointé par la littérature est celui d'une baisse de la qualité des soins par une recherche excessive et inappropriée de la réduction de coût. Ainsi cette recherche de la baisse des coûts peut conduire à des conditions d'hygiène défectueuses, des réductions de personnel qui conduisent à une surcharge de travail nuisant à l'attention portée aux patients.

Même si les effets pervers peuvent apparaître comme prédominants, il y a globalement un consensus dans la littérature économique pour admettre la difficulté de prédire, *a priori*, les effets de la mise en place d'un paiement prospectif sur la qualité des soins [Or, Häkkinen 2012]. En effet il apparaît difficile de faire, de façon purement théorique, la balance entre les effets potentiellement bénéfiques et les risques potentiels.

Tableau n° 5 : Impacts potentiels liés au financement prospectif sur les processus et résultats de la prise en charge à l'hôpital.

Mécanisme par lequel se traduit le changement lié à la T2A	Bénéfices éventuels et opportunités	Risques potentiels
1 - ↓ quantité et qualité des ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision des processus</li> <li>- Identifier et prévenir le coût de la non qualité</li> <li>- Déléguer les activités « non essentielles » à des organismes spécialisés</li> </ul>	Personnel insuffisant entraînant heures de travail accrues, charge de travail inadéquate, accidents, démotivation, soins dépersonnalisés, etc. et donc en bout de ligne impact sur la satisfaction des patients, voire la sécurité et l'efficacité clinique
2 - ↓ quantité et qualité des services		
2.1 - ↓ durée séjour	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des trajectoires de soins</li> <li>- Implantation des chemins cliniques</li> <li>- Préparation précoce à la sortie</li> <li>- Coordination des soins avec structures alternatives en ambulatoire ou long-séjour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sortie dans un état instable</li> <li>- Prise en charge inadéquate à domicile (=&gt; réadmission)</li> <li>- Manque de temps pour les soins de communication, d'éducation et de promotion de la santé (=&gt; réadmission)</li> </ul>
2.2 - ↑ interventions de jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investissement dans équipement</li> <li>- Améliorations techniques anesthésiques</li> <li>- Confort accru pour le patient</li> </ul>	Prise de risque dans la sélection des patients pouvant bénéficier de l'intervention de jour
2.3 - ↓ actes diagnostiques, thérapeutiques, médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocoles de soins, standardisation des processus</li> <li>- Médecine basée sur les preuves</li> <li>Diminution risques iatrogènes</li> </ul>	Limitation accès à certains services spécifiques onéreux ou non standards
3 - ↑ admissions « attractives » financièrement et inversement ↓ admissions financièrement « risquées »	Accès à l'admission facilitée (l'argent suit le patient)	Découpage des séjours pour multiplier artificiellement le nombre d'admissions Accès à l'admission limité pour cas « lourds » Importance accrue du curatif (soigner rapidement les patients admis) par rapport au préventif (éviter leurs réadmissions)

[Bousquet, Lombrail et Guisset, 2006, p.72]

Il convient donc d'observer empiriquement si les craintes se vérifient, aussi bien en France qu'à partir des expériences internationales.

## **2.2. La difficulté d'établir un constat empirique clair et univoque**

Des études empiriques, menées en France ou à l'étranger, ont pu identifier des signes inquiétants concernant certains aspects de la qualité des soins après la mise en place de système de paiement prospectif à l'activité. Cependant il n'est pas possible de noter l'existence d'un consensus dans la littérature économique au sujet du constat des effets pratiques des modalités d'application de la T2A sur la qualité de l'offre de soins. Qui plus est, il apparaît parfois difficile d'identifier et de quantifier l'impact propre du mode de financement par rapport à d'autres facteurs.

### **2.2.1 Des signes inquiétants quant à la qualité des soins**

Dans un certain nombre de pays, il a été constaté que la durée d'hospitalisation a diminué dans les systèmes ayant mis en place un mécanisme de paiement à l'activité.

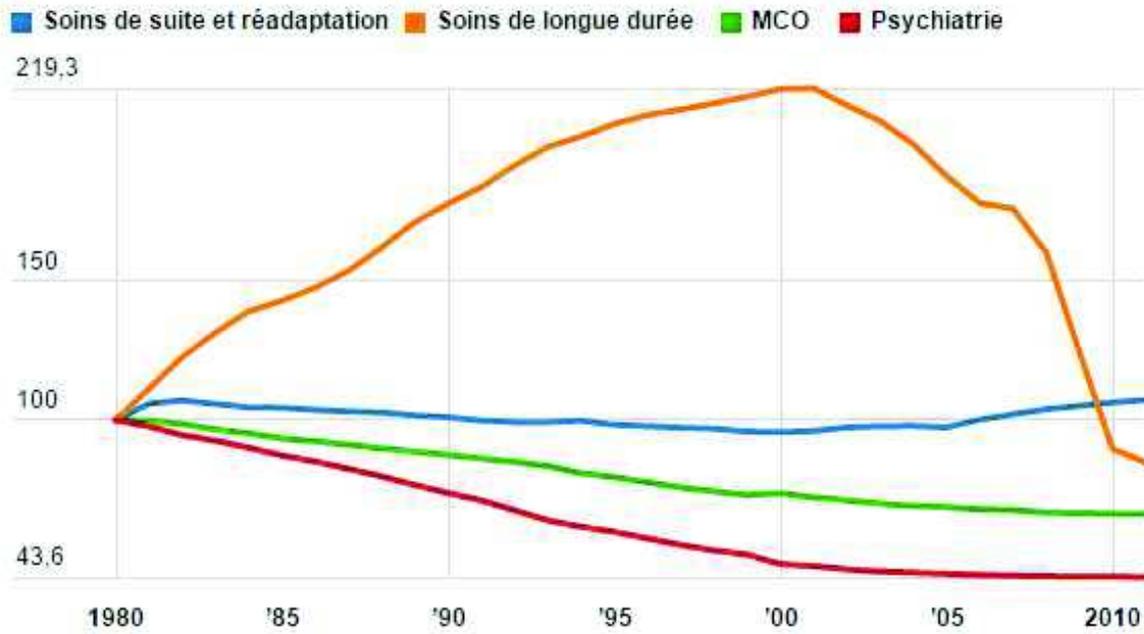
Tableau n°6 : Evolution de la durée moyenne de séjours (nombre de jours)

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Secteur public et ESPIC</b>	<b>7,8</b>	<b>7,7</b>	<b>7,7</b>	<b>7,6</b>	<b>5,7</b>	<b>6,1</b>

[Bruant-Bisson, Castel, Panel, 2012, p.36].

Cette tendance est similaire à celle concernant le nombre de lits, en baisse depuis les années 1980 concernant la MCO.

Figure n°5 : Evolution du nombre de lits par discipline



[IRDES]

Cela peut être considéré comme inquiétant dans la mesure où mettre fin à l'hospitalisation des patients avec un état de santé instable peut conduire à une augmentation des nécessités de ré-hospitalisation.

Sur certains traitements il a pu être constaté une tendance à la hausse potentiellement alarmante du taux de réadmission à 30 jours entre 2007 et 2009 : il s'agit du traitement des infarctus aigus du myocarde, des AVC, de la chirurgie de la hanche et de la chirurgie du cancer du côlon.

Figure n°6 : Taux de réadmission à 30 jours en France entre 2003 et 2009



[Bonastre, Journeau, Nestrigue et Or, 2013, p.48]

En termes de spécialisation et de sélection l'exemple le plus fort a sans doute été observé dans le cas de Etats-Unis où une partie importante des établissements a fermé son service d'urgence entre 1983 et 1986 soit juste après la mise en place du paiement prospectif dans le cadre du Medicare [Or, Renaud , 2009]. Il s'agit ici clairement d'une tendance à se concentrer sur des patients les plus rentables sur le plan du rapport coût/tarif et limiter la prise en charge de patients présentant un coût moins intéressant. De manière générale, plusieurs études font état du risque de ne pas rémunérer suffisamment les actes pour des patients dont les coûts de prise en charge sont particulièrement élevés. Cela a pu être notamment constaté en Australie [Bruant-Bisson, Castel, Panel, 2012]. Il convient

cependant de noter que cette démarche concernant les urgences ne menace pas directement la France, les hôpitaux publics ayant obligation de fournir les soins d'urgence à l'ensemble des patients (mission de service public).

En France, face au constat de l'augmentation de l'activité hospitalière et du risque de non pertinence de certains actes, et bien que présentant des chiffres rassurants (seuls 10% des lits seraient occupés de manière inadéquate et moins de 10% des séjours présenteraient une inadéquation), le rapport de Anne Bruant-Bisson, Paul Castel et Maurice-Pierre Panel pour l'IGAS (2012) préconisait de « *mettre en place sans tarder un véritable contrôle de la pertinence des actes dans les établissements de santé publics et privés* ». Il convient de préciser, face au risque de surcotation des actes, qu'un mécanisme de contrôle externe a été créé, par lequel l'assurance maladie vérifie « *la qualité et la fiabilité des informations produites à des fins de facturation des prestations d'hospitalisation dans le cadre de la tarification à l'activité* ». Les contrôles s'effectuent sur la base d'un échantillon tiré au sort. Des sanctions sont prévues dans ce cadre et celles-ci semblent permettre une baisse des fraudes : en 2011 (pour les séjours codifiés en 2010) les ARS ont sanctionné 49 établissements (contre 109 en 2010 et 172 en 2009) pour un montant total de 3 021 760 euros.

A partir des entretiens menés dans leur enquête, Mihaï Dinu Gheorghiu, et Frédéric Moatty (2013) indiquent qu'il apparaît complexe de mesurer les effets induits par l'évolution des modalités de financement des hôpitaux avec le passage à la T2A. La perception des effets par les différents acteurs apparaît en effet comme différente si ce n'est contradictoire. Il apparaît cependant clairement que le mode de financement a un impact aussi bien l'organisation de l'hôpital (Gheorghui, Moatty, 2013) que la pratique médicale (Milcent, Rochut 2009). Il est largement partagé par les études empiriques que les modalités de financements choisies ont un impact aussi bien sur l'organisation des établissements que sur les pratiques médicales en elles-même.

### 2.2.2 Mais l'absence de conclusion unanime

Pourtant, il n'apparaît pas comme possible de tirer des conclusions univoques des enquêtes empiriques en ce qui concerne les effets de la T2A sur la qualité de l'offre de soins dans les établissements de soins publics.

En France l'étude de Zeynep Or, Julia Bonastre, Florence Journeau et Clément Nestrigue (2013) cherchait à mesurer les effets de la T2A sur la qualité des soins. Ils observent que, en ce qui concerne le taux de mortalité à 30 jours dans le cadre du traitement de l'infarctus aigu du myocarde et des AVC, ce taux a poursuivi sa tendance à la baisse après 2005. Le même phénomène est observé par rapport à la chirurgie du cancer colorectal. Dans l'ensemble de la littérature, il n'apparaît pas, en France ni dans les pays similaires ayant expérimenté une T2A, d'augmentation de la mortalité.

En ce qui concerne le potentiel effet de sélection, la littérature a étudié les cas de la prothèse de hanche, l'AVC et l'infarctus aigu du myocarde en prenant en compte l'âge des patients et le degré de sévérité. Les conclusions indiquent que le phénomène de diminution de la durée de séjour est présent pour tous les cas dans une tendance similaire avant et après l'implantation de la T2A.

Plus généralement, pour l'hôpital public, il n'est pas observé de phénomène de spécialisation vers des pathologies plus rémunératrices dans le cas des expériences européennes de paiement prospectif.

Dans le cas britannique, il n'a pas été observé une spécialisation importante pour les établissements publics vers des activités permettant d'accueillir les malades plus rentables [Bruant-Bisson, Castel, Panel, 2012] : cela a été expliqué non seulement par une forte volatilité des tarifs qui empêche une spécialisation trop importante, par des systèmes d'information qui ne sont pas encore assez sophistiqués pour conduire une telle démarche mais surtout par le fait que le refus de la prise charge reste considéré comme contraire à une certaine éthique et parfois aux obligations qui pèsent sur les établissements et les médecins.

Mais il n'en reste pas moins que, du fait des distorsions entre coûts et tarifs, les établissements publics de santé sont confrontés à la question du management des activités devenues non rentables du fait de la fixation des tarifs : dans les enquêtes le cas des accouchements mais aussi de la pédiatrie sont largement évoqués. Ces domaines semblent pour une large partie assurés par le secteur public, des tarifs ne permettant pas de financer le coût de certains actes ayant, semble-t-il, conduit à un certain désengagement du secteur privé [ibid]

La T2A, en tant que système de financement, ne semble donc pas, par nature, induire une baisse de certaines dimensions de la qualité des soins. Le risque d'une propension des établissements de soins publics à utiliser comme variable d'ajustement de leurs coûts la qualité des soins n'est pas clairement établie. Des enquêtes ont montré qu'un tel choix heurtait les valeurs professionnelles des prestataires de soins, ce qui fait que la qualité n'est pas nécessairement la variable d'ajustement.

Par contre pour Alain Coulomb, directeur général de l'ANAES entre 2005 et 2006, « la qualité des soins peut être tout autant impactée par le montant des ressources allouées aux établissements - quel que soit le mécanisme de financement - que par les effets induits par le mécanisme de financement lui-même. » [COLOMB , 2004].

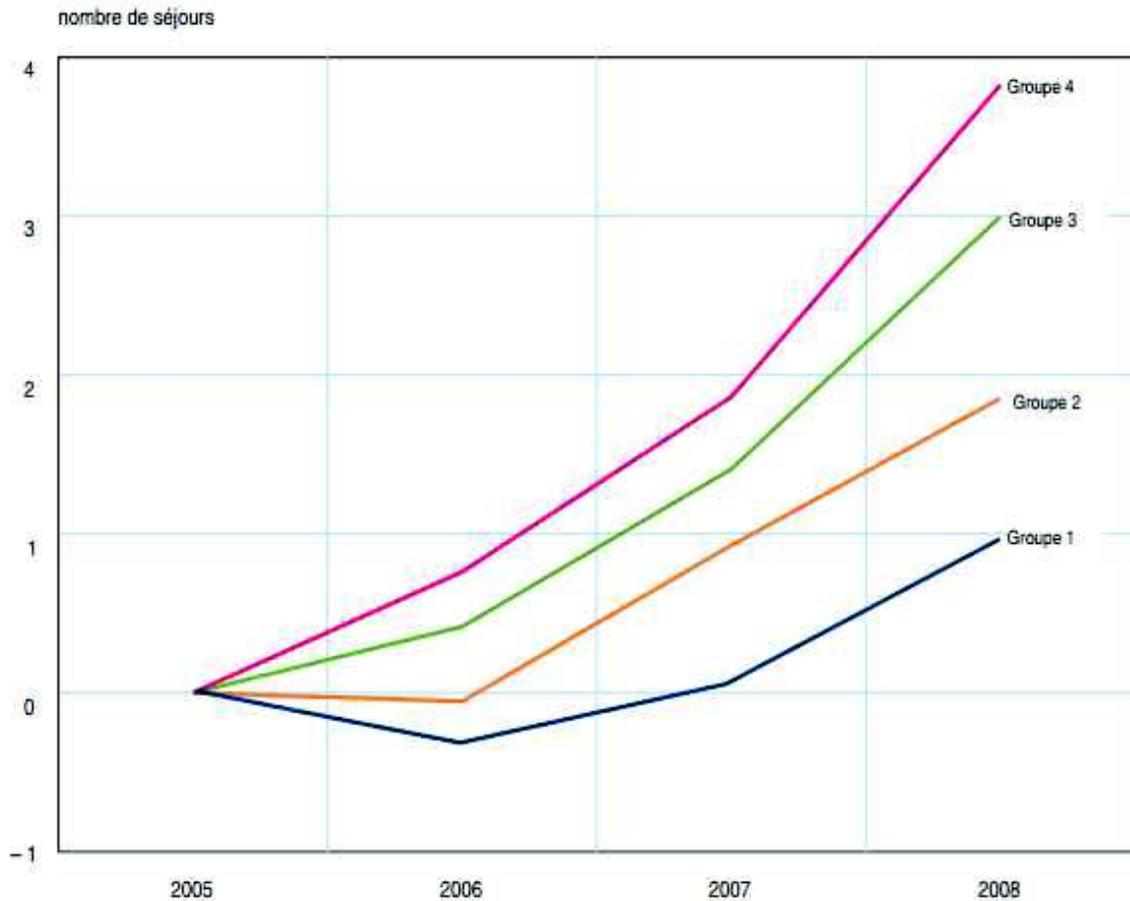
C'est pourquoi dans le cadre de la T2A, des dysfonctionnements ou des choix opérés dans la fixation des tarifs pourraient conduire à faire de la qualité une variable d'ajustement. Ainsi le rapport de l'IGAS de 2012 indique que *«les équipes médicales et soignantes, confrontées à la question du management des activités "non rentables", ont parfois le sentiment que les "bonnes pratiques" ne sont pas valorisées. Une trop grande pression financière ferait peser un risque sur la qualité de la prise en charge des patients »*. Cependant le même rapport indique qu'une *« telle situation n'a toutefois pas été décrite à la mission et la littérature internationale sur le sujet ne le documente qu'exceptionnellement, dans des contextes bien spécifiques, et sans relever par ailleurs de baisse de la qualité des soins. »*

### 2.2.3. La difficulté d'isoler l'influence de la T2A sur la qualité des soins

Plus généralement, il apparaît donc complexe de déterminer de façon certaine et exhaustive l'impact propre à la T2A, telle qu'elle est menée en France, sur la qualité des soins. Une telle démarche nécessiterait de prendre en compte l'influence de facteurs contextuels, ainsi que les autres réformes qui peuvent également influencer les résultats. Ainsi les nombreuses réformes, notamment de la « gouvernance » menées ces dernières années ont conduit à modifier l'organisation des établissements et peuvent influencer les résultats en termes de qualité des soins [Bonastre, Journeau, Nestrigue et Or, 2013]. Au-delà du financement, la littérature a fait ressortir d'autres facteurs pouvant influencer le comportement des établissements de soins (secteur public ou privé, importance de la concurrence au niveau local, caractéristiques du personnel médical...).

Ainsi si une augmentation du volume d'activité est constatée avec la mise place de la T2A, l'ampleur de cette augmentation varie fortement selon la concurrence locale à laquelle l'hôpital public doit faire face : lorsqu'ils sont confrontés à une forte concurrence de la part des établissements privés, les hôpitaux vont avoir tendance à accroître plus fortement leur activité que les établissements sans concurrence.

Figure n°7 : L'évolution du nombre moyen de séjours selon l'exposition à la concurrence



Lecture : entre 2005 et 2008, toutes choses égales par ailleurs, le nombre moyen de séjours par établissement et par GHM s'est accru de 3,8 unités dans le groupe 4, celui des hôpitaux les plus exposés à la concurrence du secteur privé.

Champ : France métropolitaine, hors Corse.

Sources : ATIH-PMSI 2005-2008, traitements DREES-INSEE

[Choné, Crest-Ensaë, Evain, Drees, Wilner, 2014]

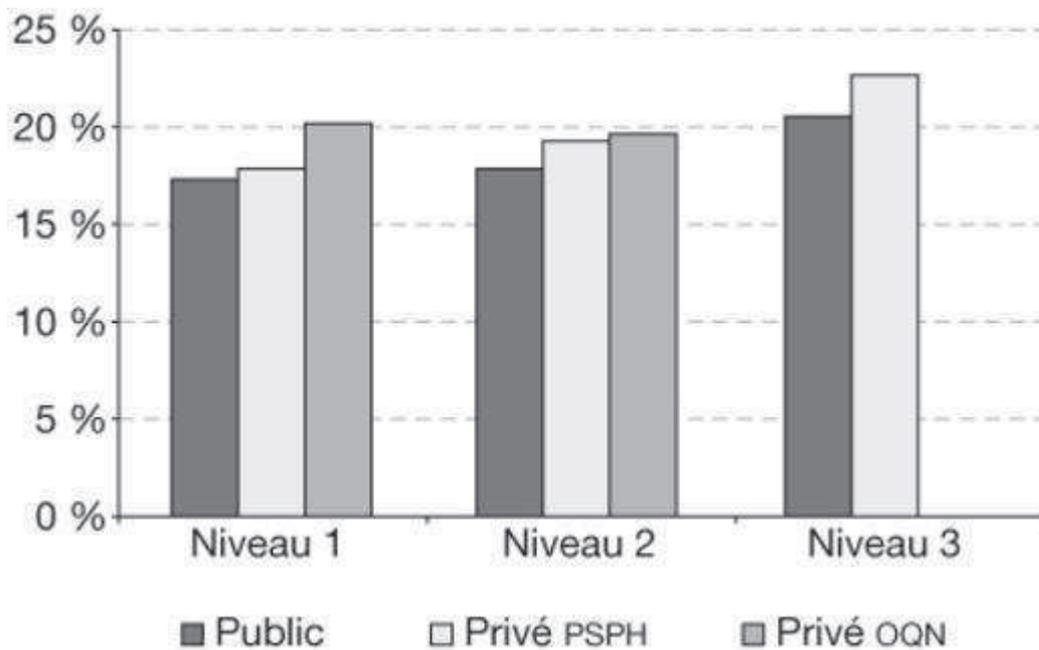
En outre les caractéristiques inhérentes aux patients, leur environnement et leurs propres choix, semblent avoir un impact non négligeable dans le processus et le résultat de l'hospitalisation.

- *Un exemple particulièrement étudié par la littérature : la pratique de la césarienne.*

Une étude de Carine Milcent et Julie Rochu (2009) sur la pratique de la césarienne en 2003 (soit à la veille de la mise en place de la T2A et alors que les établissements privés à but lucratif disposaient déjà de financements à l'acte sur la base de tarifs) avait cherché à démontrer l'impact du mode de financement sur les choix en termes de pratique médicale.

Ainsi l'étude établissait, à niveau égal d'équipement, que la probabilité de recours à la césarienne était plus forte dans un établissement privé financé par tarification forfaitaire à l'acte (sous Objectif Quantifié National « OQN ») qu'à l'hôpital public financé par dotation globale.

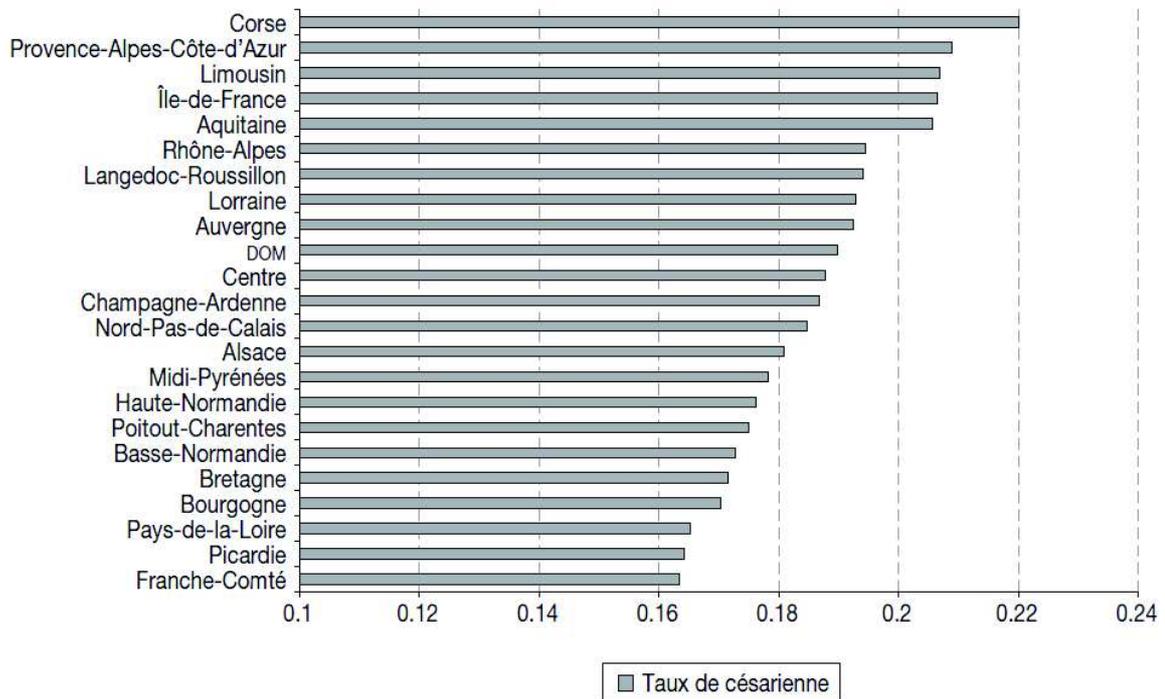
Figure n°8 : Taux de césariennes par types d'établissement



[Milcent, Rochut, 2009, p.496]

Cependant, les auteurs émettent un certain nombre de réserves. Ainsi le choix des patientes semble avoir une importance non négligeable (choix qui est lui-même influencé par des caractéristiques personnelles de la patiente, comme son revenu, ou encore son niveau d'éducation). Les caractéristiques des patientes accouchant dans les établissements privés et publics ne sont pas les mêmes. La probabilité de pratiquer une césarienne apparaît également comme plus élevée lorsque le nombre d'obstétriciens par lit est important [ibid]. De même la pratique de la césarienne semble varier selon la localisation géographique, variation qui ne semble pouvoir s'expliquer que partiellement, notamment par la diffusion des pratiques médicales (taux élevés en Ile de France) mais aussi par des caractéristiques socio-économiques des habitants du territoire.

Figure n°9 : Taux de césarienne par région



[Milcent, Rochu, 2009, p.497]

A partir de ce constat, la généralisation de la tarification à l'activité à l'ensemble des établissements de soins aurait dû conduire à une augmentation de la pratique de la césarienne dans les établissements anciennement sous dotation globale et à une convergence des résultats entre hôpitaux publics et cliniques privées.

Or si la pratique de la césarienne a en effet augmenté dans les hôpitaux publics dans les premières années de la mise en place de la T2A, cette augmentation peut également être due aux recommandations de pratiques médicales. Mais surtout on observe la même tendance à l'augmentation dans les établissements privés à but lucratif pourtant soumis à des modalités de financement similaires à celles qui leur étaient appliquées par le passé.

Tableau n°7 : comparaison entre 2001 et 2007 sur la répartition des césariennes selon le statut juridique des maternités

Niveau de l'établissement	2001	2007
Public	17,7 %	19,8 %
Privé à but non lucratif	18,4 %	20,3 %
Privé à but lucratif	18,9 %	21,5 %

[HAS, 2012, p.28]

Cet exemple peut illustrer la difficulté pour attribuer l'évolution des pratiques médicales aux modes de financement, ou tout au moins d'en isoler et d'en quantifier l'influence.

C'est pourquoi l'ensemble de ces constats conduisent à voir l'effet de la T2A sur la pratique hospitalière et sa qualité comme étant ambivalent. Aujourd'hui, la plupart des critiques concernant l'impact du financement des hôpitaux publics sur la qualité des soins ne ciblent plus le principe du dispositif de la T2A en lui-même mais le niveau des tarifs et le mécanisme de leur fixation. En effet, fixés à des niveaux trop bas, les tarifs peuvent entraîner une forte pression sur les coûts et, par extension, sur le niveau de qualité des soins fournis. Face à l'absence de constat univoque dans la littérature, il apparaît comme nécessaire de rechercher comment allier T2A et garantie voire amélioration de la qualité des soins.

### 3 Comment garantir et améliorer la qualité des soins ?

L'absence de constats univoques quant aux effets de la T2A sur la qualité des soins peut inciter les pouvoirs publics à chercher le renforcement des politiques permettant d'améliorer la qualité ou, en tout état de cause, d'empêcher une dégradation de celle-ci. Cette démarche s'appuie sur deux grands volets : d'une part, la révision du suivi et de la

mesure de la qualité des soins et d'autre part, la mise en place de démarches incitatives quant à l'amélioration de la qualité des soins.

### **3.1. Revoir le suivi et la mesure de la qualité dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A**

Le suivi et la mesure de la qualité de l'offre de soins passent nécessairement par le développement d'indicateurs qui doivent être adaptés à l'objet de la mesure. Ces indicateurs peuvent alors être utilisés dans le cadre de dispositifs de certification (ou d'accréditation) tels que développés en France depuis la fin des années 1990. De plus, une fois la mesure de la qualité effectuée, l'obligation d'une publication des résultats de manière appropriée et accessible constitue, outre la nécessité éthique de transparence vis-à-vis des patients, un mécanisme d'incitation effectif.

#### **3.1.1 Développer l'évaluation systématique de la qualité à partir d'indicateurs pertinents**

De manière générale, la littérature s'accorde sur le fait que la majorité des indicateurs disponibles dans la plupart des systèmes de soins est inadéquat [Or, Hakkinen, 2012], et ce malgré les avancées permises par le développement des systèmes d'information qui ont été mis en place avec le développement des dispositifs de financement à l'activité.

C'est d'ailleurs pourquoi, en Europe, la majorité des dispositifs incitatifs de financement à destination des établissements pour améliorer la qualité n'est pas liée à des indicateurs de qualité spécifiques [ibid]. Ainsi, en ce qui concerne le système hospitalier français, les ARS ont pu financer des allocations spécifiques pour la lutte contre les infections nosocomiales sans que la qualité ne soit définie sur des critères quantifiables [ibid]. Outre les problèmes de transparence, se pose alors la question du contrôle de l'efficacité de tels dispositifs.

Aujourd'hui, et particulièrement en France, sont principalement utilisés par la littérature des indicateurs comme le taux de mortalité et le taux de réadmission, ou plus généralement des indicateurs portant sur les événements indésirables. Or ces indicateurs partiels présentent des limites.

- *La difficulté à cibler les indicateurs réellement adaptés et pertinents*

En effet l'une des spécificités du domaine médical repose sur le fait qu'il n'existe pas systématiquement de consensus sur les indicateurs spécifiques aux différentes pathologies et types de traitement les plus adaptés. La pertinence et la validité d'un indicateur repose sur sa capacité à permettre l'identification de ce qu'il doit mesurer, et donc à révéler les informations nécessaires pour apprécier l'évolution du problème ciblé. [ANAES, 2002]

Or même en ce qui concerne le choix du type d'indicateur, aussi bien les indicateurs de processus que les indicateurs de résultats présentent des limites. Comme mentionné pour la mortalité ou les réadmissions, il est presque systématiquement impossible de mesurer et quantifier avec exactitude l'impact de l'acte de soin sur le résultat pour le patient, celui-ci étant en partie déterminé par ses caractéristiques personnelles et son environnement. D'autre part, si les indicateurs de processus et de structure apparaissent comme nécessaires pour évaluer et entreprendre une démarche qualité, il est vrai que c'est bien le résultat sur la santé du patient qui apparaît comme l'aspect le plus significatif et qui est, par définition, la finalité de la recherche d'une meilleure qualité des soins [Bonastre, Journeau, Nestrigue et Or, 2013]. Qui plus est, les indicateurs de processus semblent plus facilement manipulables que les autres [Or, Hakkinen, 2012]

Pour être opérationnel et durable un indicateur doit répondre à un certain nombre de caractéristiques [ANAES, 2002] : il doit tout d'abord permettre une mesure précise et reproductible, c'est-à-dire être capable de mesurer de nouveau le même résultat lorsque la mesure est répétée sur les mêmes éléments et dans les mêmes conditions. Il doit également être spécifique dans le sens où le résultat de la mesure ne doit être modifié que si l'objet à mesurer évolue (et non qu'une autre variable change). Enfin l'indicateur pertinent doit présenter une forte sensibilité, c'est-à-dire que même une faible variation de la donnée ciblée doit pouvoir être clairement mesurée.

- *Les indicateurs disponibles en France*

La France a longtemps accusé un retard en termes de production d'indicateurs de qualité pertinents dans la mesure et la comparaison de la qualité des soins produits par les hôpitaux [ibid].

Cependant dans les années 2000, et de manière accélérée depuis le lancement de la T2A, une série d'indicateurs a été développée et imposée par le régulateur aux

établissements notamment dans le cadre de la procédure de certification. Ce développement a notamment été le fruit du projet Coordination de la Mesure de la Performance et Amélioration de la Qualité (COMPAQH), mené conjointement par le ministère de la santé, l'ANAES et l'INSERM, et dont la première phase (2004-2005) a conduit au développement d'indicateurs mesurant la qualité des soins, notamment du tableau de bord des indicateurs d'infections nosocomiales

Les indicateurs utilisés par la HAS sont principalement constitués par :

- Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales : ce tableau de bord se compose de cinq indicateurs ciblant les activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2), la consommation de produits pour l'hygiène des mains (ICSHA.2), la lutte contre les infections des blocs opératoires (ICA-LISO), la lutte contre la diffusion des bactéries (ICA-BMR) et l'usage adéquat des antibiotiques (ICATB.2).
- Les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) composés à la fois d'indicateurs transversaux et de spécialité.
- L'indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) : l'indicateur I-SATIS, est un indicateur de résultat, expérimenté depuis 2011 et généralisé à partir de 2014 pour les établissements ayant une activité MCO. Son élaboration repose sur une enquête par téléphone réalisée par un institut de sondage auprès des patients à partir d'un questionnaire national, 4 semaines après la fin de l'hospitalisation. Le questionnaire aborde aussi bien l'attitude du personnel et l'information du patient, que la qualité de la restauration hospitalière et de la chambre ou encore la satisfaction globale ressentie par le malade.

Ces indicateurs sont largement utilisés dans les procédures de certification des établissements menées par la Haute Autorité de Santé. Ainsi, dans le « manuel de certification des établissements de santé V2010 » [HAS, 2011] servant à la certification des hôpitaux (voir partie 3.1.2), sont notamment utilisés des indicateurs concernant la pratique médicale (usage adéquat des médicaments, maîtrise du risque infectieux...) mais aussi l'organisation des services (organisation du bloc opératoire, gestion du dossier du patient) ou encore à propos de la gestion du personnel (taux d'absentéisme, accidents du travail).

### 3.1.2. Développer les mécanismes d'accréditation et de certification

La certification des établissements constitue l'un des principaux outils d'une approche collective de la qualité. [Lopez, 2013]

La qualité est en effet observée dans sa dimension collective, à l'échelle de l'établissement, même si les comportements individuels vont avoir un impact sur la mesure de la qualité. Il s'agit bien d'apprécier la prise de charge des malades de manière globale. Le caractère externe de l'audit doit permettre une appréciation indépendante de la qualité de l'offre de soins de l'établissement. L'idée est, d'une part, qu'un certain niveau de qualité et de sécurité soit garanti aux patients et d'autre part de conférer une légitimité à l'hôpital par une reconnaissance externe.

- *La certification des établissements de soins en France*

S'inspirant des modèles étrangers, l'ordonnance du 24 avril 1996 avait déjà instauré une procédure d'accréditation (devenue certification) des établissements de santé français, publics comme privés. Elle est réalisée tous les 4 ans par l'ANAES (devenue la HAS). Le cadre juridique est fixé dans le code de la santé publique. Ainsi son article L.6113-3 dispose que pour « *assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification* ». Elle « *vis*e à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement [...] à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. ». Outre le diagnostic, la procédure de certification aboutit à la formulation de recommandations concrètes.

La procédure a connu sa première mise en œuvre en 1999 et jusqu'en 2014, ce sont succédées trois versions de la certification avec chaque fois un degré supérieur d'exigence afin de conduire à une démarche qualité plus aboutie. En 2015 commencent les premières évaluations de la nouvelle version V2014 (déjà en phase expérimentale en 2014).

### 3.1.3 La publication des résultats des établissements de santé.

En complément de la certification et de l'accréditation des établissements, la publication des résultats des établissements de santé constitue un moyen de compléter ces méthodes de régulation.

La publication des résultats en termes d'indicateurs de qualité des soins a principalement pour objectif de permettre la comparaison par le public des établissements et donc d'influer sur les incitations concernant l'image de marque des hôpitaux auprès de la demande. En termes économiques, il s'agit de pallier à l'asymétrie d'information entre l'offreur et le patient pour permettre à ce dernier d'effectuer son choix d'établissement (lorsque celui-ci est en mesure, notamment physique et qu'il y a une pluralité d'offreur) et donc de rendre effective la concurrence entre les établissements pour augmenter leur financement, ce qui est rendu possible par la T2A.

En effet, en principe, du fait des tarifs fixés nationalement, ce n'est pas le prix qui déterminera le choix de l'établissement (en réalité le patient peut supporter des coûts différents, notamment de transport, ou de confort) mais la qualité pressentie par le patient potentiel.

- *La publication des résultats des établissements de santé en France.*

Depuis 2009, tous les établissements sont tenus de publier leurs résultats. En France, la diffusion de ses résultats est imposée et encadrée juridiquement. D'abord la loi HPST dispose que : « *l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé* ». Cet arrêté du ministère de la santé indique annuellement la liste des indicateurs faisant l'objet d'une diffusion publique obligatoire. Ainsi la publication des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales est obligatoire, ainsi qu'une série d'indicateurs transversaux et de spécialité. A titre d'exemple, pour 2015, l'arrêté du 20 février 2015 fixe les thèmes suivant :

- prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde
- prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral
- prise en charge et prévention de l'hémorragie du post-partum

- qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques
- satisfaction des patients hospitalisés en MCO
- qualité du dossier du patient
- qualité de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Ces résultats sont publiés chaque année, en novembre, sur la plateforme internet Scope Santé (anciennement « plateforme sur les établissements de santé » dite « PLATINES »). Par la suite les établissements de santé ont l'obligation de mettre à la disposition du public ces résultats dans les deux mois.

Le non-respect de ces obligations de publication est sanctionné par les dispositions du décret n°2009-1763 du 30 décembre 2009. Dans ce cas, les ARS peuvent réduire la dotation MIGAC de l'hôpital « *dans la limite de 0,1 % des recettes totales d'assurance maladie* », ou, si l'établissement ne reçoit pas cette dotation, les paiements versés au titre de la T2A.

Une fois les moyens de mesure, de suivi et de contrôle de la qualité suffisamment développés, les pouvoirs publics disposent d'un panel d'outils pour prendre en compte la qualité des soins dans le financement et inciter à son amélioration.

### **3.2 Mettre en place des mécanismes d'incitation à la qualité**

Au-delà d'une amélioration du suivi et de la mesure de la qualité, peuvent être mis en place des dispositifs d'incitation financière quant à l'amélioration de la qualité des soins. Ces ajustements peuvent porter sur les tarifs en eux-mêmes ou en constituer le complément. Cette démarche a notamment été adoptée par le législateur dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015.

#### **3.2.1 Ajuster le mécanisme de la T2A afin de mieux sanctionner la qualité des soins**

A partir de la littérature économique et notamment des travaux de Chalkey et Malcomson (1998) Or et Hakkinen (2012) démontrent que le mécanisme de la T2A, et sa

formule de calcul des tarifs, peuvent être modifiés pour inciter à l'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit alors de prévenir les effets potentiellement négatifs du paiement prospectif en récompensant les établissements lorsqu'ils réalisent des investissements ou font des choix visant à améliorer la qualité de l'offre de soins.

Il convient tout d'abord de définir clairement les objectifs poursuivis en termes de qualité : améliorer la qualité, maintenir le niveau de qualité et réduire le coût... [Or, Hakkinen 2012]. Une fois les objectifs fixés, la littérature indique trois niveaux possibles pour réaliser l'ajustement : le niveau hospitalier, le niveau individuel du patient ou le niveau du GHM.

Le niveau hospitalier consiste de manière générale, en un financement complémentaire à la T2A et sera présenté au point 3.2.2.

- *Au niveau du patient*

Un mécanisme de T2A peut prendre en compte la qualité des soins lorsque celle-ci peut être mesurée au niveau du patient.

Ainsi à partir de la formule basique d'une T2A  $\sum_{j=1}^J [Q_j \times \hat{p}_j]$  ( où, pour rappel « j » correspond à chaque GHS, «  $\hat{p}_j$  » au prix payé pour chaque GHS et « Q » au nombre de patients soignés pour chaque GHS), la mesure de la qualité serait obtenue à partir de «  $q^i$  » comme indice de qualité observée au niveau des patients (*qui peut être tout simplement 0/1*) et de «  $p^i$  » comme le prix de la qualité pour chaque patient.

Le calcul de la rémunération des établissements pour les activités MCO se traduirait alors

par la formule  $R^A = \sum_{j=1}^J [Q_j \times \hat{p}_j] + \sum_{j=1}^J [(q^i Q_j) \times p^i]$  [ibid]

Ainsi avec ce nouveau mécanisme le revenu des établissements ( $R^A$ ) serait calculé à partir de l'activité de l'établissement ( $Q_j$  étant le nombre de patients) en prenant en compte la nature du traitement (tarif par GHS), ce qui représente un plancher minimal de paiement pour l'établissement, mais aussi de la qualité des soins indépendamment des groupes homogènes. On est toujours ici dans une logique de paiement en fonction de l'activité.

Cependant, pour être mise en œuvre, une telle démarche exige des indicateurs de résultats pertinents. Or ces indicateurs ne peuvent généralement pas être identiques pour l'ensemble des pathologies. Plus complexe encore, doit être pris en compte l'état de santé du patient avant l'hospitalisation, qui est influencé par des facteurs extérieurs aux soins.

La littérature s'est particulièrement intéressée au cas américain portant sur les paiements dans le cadre du programme *Medicare* tels qu'ils sont effectués depuis 2008. Cette prise en compte de la qualité dans la tarification est fondée sur la lutte contre les événements indésirables. Le principe est de ne réaliser aucun paiement ( $p^i = 0$ ) lorsque certains événements indésirables (qui semblent traduire une mauvaise qualité des soins) se produisent au cours du séjour. Ainsi dans le cas où une des huit situations ciblées par le programme (embolie pulmonaire post-opératoire, escarres...) est contractée par le patient au cours de l'hospitalisation, l'établissement ne recevra pas de paiement pour le traitement de l'évènement.

L'enjeu est donc de déterminer si ces situations étaient présentes à l'admission. Pour cela le programme Medicare demande aux établissements de réaliser un codage des diagnostics à l'admission. Or la littérature pointe alors les limites de la démarche : outre les risque d'accentuation des pratiques de manipulation de codes, déjà soulevés pour le mécanisme de base de la T2A, des auteurs indiquent qu'il apparait difficile de définir quels sont les événements réellement évitables à partir du diagnostic primaire et d'en réaliser un codage pertinent.

Zeynep Or et Unto Häkkinen (2012) mentionnent un autre mécanisme d'ajustement des systèmes de T2A à la qualité par rapport aux résultats des soins, notamment appliqué en Allemagne et en Angleterre. Dans ces deux systèmes de soins, les réadmissions à l'hôpital pour la même pathologie moins de 30 jours après la première sortie ne font pas l'objet d'un paiement. Il s'agit ainsi d'étendre l'épisode de soins, compris dans le séjour sur lequel le tarif est appliqué, pour mieux pouvoir évaluer la qualité des soins fournis au patient.

- *Ajuster le paiement au niveau des groupes homogènes*

La littérature économique indique qu'il est également possible d'inclure la prise en compte de la qualité directement au sein du paiement du GHS. Cela permet au régulateur d'encourager certaines pratiques jugées pertinentes (ou de limiter des pratiques considérées comme inadéquates) en éloignant les tarifs des coûts moyens de traitement.

Dans ce cas  $p_j$  représente le tarif d'une prise en charge qui est présentée par le régulateur comme de qualité pour la pathologie concernant un groupe homogène « j ».

Ainsi la formule pourra être rédigée de la manière suivante :  $R^A = \sum_{j=1}^J [(q_j^i Q_j) \times p_j]$

Pour le traitement, l'hôpital reçoit le prix ( $p_j$ ) qui est lié à la qualité. Dans le cadre du système anglais, un mécanisme de *best practice tariffs* a ainsi été mis en place dans pour un nombre restreint de pathologies (les cholécystectomies, les fractures de la hanche, le traitement de la cataracte et les accidents cardiovasculaires) [ibid]. Ces pathologies correspondent à des situations pour lesquelles les recommandations de bonnes pratiques font consensus. Les tarifs sont minorés dans les cas où le traitement n'est pas conforme aux recommandations de bonne pratique. Ainsi le paiement doit permettre une prise en charge standardisée, considérée comme étant de qualité.

Cependant, l'un des principaux obstacles à ce type de mécanisme est lié au fait, qu'en médecine, l'existence d'un consensus sur les pratiques de qualité pour de nombreuses situations cliniques sont rares [ibid]. De plus une généralisation à l'ensemble des groupes homogènes de malades conduit de fait à complexifier considérablement le dispositif de paiement puisque, même dans le cas où seuls deux prises en charge sont proposées (pratique de qualité ou pratique de non qualité), le nombre de tarifs double. C'est pourquoi, ce type de dispositif a vocation à être utilisé uniquement pour un petit nombre de pathologies ciblées.

### **3.2.2. Développer des sources complémentaires de financement liées à la qualité pour les établissements de santé**

- *Ajuster le financement des établissements sur la base d'indicateurs de qualité*

La troisième solution pour intégrer la qualité au paiement consiste, plutôt qu'à intégrer la qualité au tarif de chaque GHS, à compléter la formule de la T2A à partir d'une sélection d'indicateur de qualité. Ce financement de la qualité va donc s'effectuer parallèlement avec le mécanisme de paiement par groupes homogènes de séjours.

En plus du paiement par GHS (tarif), la rémunération de l'établissement pour ses activités de MCO va être complétée en fonction de « q<sup>h</sup> », score de qualité mesuré à l'échelle de l'établissement tout entier, et de « p<sup>h</sup> » qui correspond au paiement de ce niveau de qualité.

Ainsi, avec ce financement complémentaire de la qualité, la rémunération de l'hôpital ( $R^A$ ) pour les activités MCO peut être présentée par la formule suivante : 
$$R^A = \sum_{j=1}^J [Q_j \times \hat{p}_j] + p^h q^h$$
 [Or, Häkkinen, 2012].

A propos de ce financement complémentaire de la qualité, il convient de préciser que, puisqu'il est indépendant de la fixation des tarifs, ce mécanisme pourrait être utilisé avec les modes de financement autres que la T2A, comme avec la dotation globale par exemple.

- *L'expérimentation de l'incitation financière à la qualité (IFAQ)*

A partir de 2012 a été expérimenté le programme d'incitation financière à la qualité (IFAQ) par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la HAS. Ce programme concerne les établissements de santé avec une activité MCO appartenant aussi bien au secteur privé que public. L'idée de ce dispositif semble répondre au constat des pouvoirs publics et du régulateur que le principal effet de la T2A est une augmentation générale du nombre de séjours hospitaliers alors même qu'il n'est possible de juger ni l'impact sur la qualité des soins, ni même la pertinence de cette activité supplémentaire. Il s'agit alors de compléter voire, dans une certaine mesure, de contrebalancer l'incitation au développement de l'activité par une autre incitation fondée sur la qualité du service [Moison, 2014].

L'IFAQ traduit la volonté des pouvoirs publics de valoriser financièrement les établissements ayant un comportement volontariste en termes de qualité et de sécurité des soins et dont les résultats sont attestés par des indicateurs de qualité.

L'expérimentation de l'IFAQ a commencé par une première phase, entre novembre 2012 et la fin de l'année 2014 pour laquelle 450 établissements se sont portés volontaires et 222 ont été retenus (dont 144 publics). Selon un score qualité obtenu par l'agrégation d'indicateurs, les établissements jugés vertueux pouvaient obtenir une rémunération comprise entre 0,3% et 0,5% de leur budget assurance maladie.

L'un des principaux enjeux a naturellement porté sur la conception du score qualité. Cette élaboration a donc consisté en la sélection des indicateurs pertinents, permettant d'établir une appréciation quantifiée des établissements. [ibid]

La deuxième phase de l'expérimentation a débuté en 2014 à partir d'un nouvel appel à candidatures. Il s'agit d'une dernière étape avant la généralisation appelée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

- *Le risque d'une importante prise en compte de la qualité des soins*

Il convient de noter l'existence d'un risque important du fait que, par définition, et quelle que soit la modalité d'ajustement adoptée, le financement de la qualité repose sur une sélection d'indicateurs spécifiques. Pour être lisible et permettre aux établissements une certaine visibilité sur leurs recettes, le dispositif ne peut porter que sur un nombre limité d'indicateurs. Or le principal risque repose dans l'incitation qu'il peut exister pour les établissements de concentrer leur efforts sur ces indicateurs particuliers pour lesquels un paiement est effectué au détriment d'autres aspects de la qualité des soins pourtant importants pour le résultat obtenu par le patient [Or, Hakkinen, 2012]. Ainsi, il convient pour le régulateur de veiller régulièrement au suivi et à l'évaluation du dispositif en lui-même et de le faire évoluer pour corriger les effets pervers constatés.

### **3.2.3 Les mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 : entre logique d'incitation et logique de sanction.**

Si elle est aujourd'hui sans doute trop récente pour pouvoir tirer des enseignements sans équivoque, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (LFSS 2015) semble marquer un tournant dans le financement de la qualité des soins, en approfondissant sensiblement à la fois des logiques d'incitation et de sanction qui n'existaient précédemment qu'à un niveau embryonnaire ou expérimental. En premier lieu, en réponse à l'une des principales critiques adressées à la T2A, l'article 51 de la LFSS tend à officialiser la relation entre financement et qualité des soins.

- *L'article 51 de la LFSS : vers un approfondissement de la logique incitative par la généralisation de l'IFAQ.*

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 vise au renforcement de la qualité et de la sécurité du système de soins. Fondé sur une logique de type bonus/malus, cet article instaure une dotation complémentaire d'incitation à la qualité et à la sécurité des soins pour les établissements de santé exerçant des activités MCO et satisfaisant à des critères d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le montant de cette dotation sera établi en fonction du score obtenu par l'établissement, calculé à partir d'indicateurs restant à déterminer. C'est un décret en Conseil d'Etat qui doit préciser les critères d'appréciation retenus et les modalités de détermination de la dotation supplémentaire. Un arrêté du ministre de la santé précisera la liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères et les modalités de calcul du score qualité.

Cette proposition prolonge l'expérimentation du programme IFAQ [Tachon, 2015]. Ainsi l'article 51 a donc pour objectif d'accélérer le financement au titre de l'IFAQ notamment par le biais d'une généralisation en 2016 pour l'ensemble des hôpitaux exerçant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique qui s'engagent dans une démarche de qualité. D'après la LFSS, en 2015, cette modalité de financement complémentaire consiste en une rémunération versée en crédits d'aide à la contractualisation et se limite aux seuls établissements volontaires dans le cadre de la phase expérimentale de l' IFAQ.

- *L'approfondissement de la contractualisation sur la qualité et la pertinence des soins : vers une logique de sanction ?*

S'ajoute à la logique d'incitation dans le même article 51, une contractualisation entre les hôpitaux et les ARS par les « contrats d'amélioration des pratiques » pour les établissements avec un niveau de qualité et de sécurité des soins qui n'est pas conforme aux référentiels nationaux portant sur la prévention de trois risques : les infections nosocomiales, les risques de rupture de parcours et les risques médicamenteux.

Comme pour le volet incitatif, les modalités de vérification du respect de ces référentiels sont définies par un décret en Conseil d'État par des indicateurs et précisées par arrêtés du ministre concerné.

Le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé comprend des objectifs en termes d'amélioration de la qualité des soins, un plan d'action pour réaliser ces objectifs et des indicateurs. En réalité, le contrat d'amélioration des pratiques n'est pas un nouveau contrat mais une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens CPOM. En cas de

manquement de l'hôpital à ses obligations ou si celui-ci refuse de signer le contrat, une sanction financière est prévue [Tachon 2015]. Ainsi peut être décidée par l'ARS une sanction de 1 % des ressources de l'établissement perçues de la part des régimes obligatoires d'assurance maladie. *« En cas de manquement de l'établissement à ses obligations, l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité versée à l'organisme local d'assurance maladie et correspondant à une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1 % de ces produits. »*.

- *L'article 58 : une démarche similaire quant à la pertinence des soins*

En parallèle des contrats d'amélioration des pratiques en établissement de santé prévus par l'article 51 de la LFSS 2015, l'article 58 instaure la mise en place par les ARS de plans d'actions régionaux d'amélioration de la pertinence des soins, conformément avec les orientations des programmes nationaux de gestion du risque [Tachon 2015].

Cet article permet la mise en œuvre d'une contractualisation entre l'assurance maladie l'ARS et certains hôpitaux, présentant des écarts sensibles avec les moyennes nationales ou les recommandations du régulateur, autour d'objectifs d'amélioration de la pertinence des soins. Les plans d'actions régionaux d'amélioration de la pertinence des soins indiquent les critères retenus pour cibler les établissements de santé faisant l'objet du « contrat d'amélioration de la pertinence des soins ». Les objectifs peuvent aussi bien être qualitatifs (établis par des indicateurs de processus) que quantitatifs (concernant le nombre des prescriptions ou d'hospitalisations non pertinentes).

Si l'établissement refuse d'adhérer à la contractualisation ou ne réalise pas les objectifs fixés, et après avis de la caisse locale d'assurance maladie, l'ARS aura la possibilité de le sanctionner financièrement.

- *Le décret n°2014-1701 du 30 décembre 2014 : la création d'une dégressivité tarifaire pour lutter contre la non pertinence des soins.*

Bien qu'en dehors de la LFSS 2015, car déjà prévu à l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, ce n'est que récemment que les textes réglementaires concernant le dispositif de dégressivité tarifaire à l'échelle des

établissements ont été publiés, dans le prolongement des mesures de l'article 58 de la LFSS 2015.

Jusqu'alors, comme indiqué dans la partie 1.1.1, le mécanisme de la T2A « *n'adresse pas d'incitation individuelle à chaque établissement à maîtriser l'évolution de son volume d'activité dans la mesure où le tarif est déterminé en fonction de l'évolution moyenne de l'activité [nationalement] et non de celle de l'activité de l'établissement* » [Direction générale de l'offre de soins, 2013]. C'est pourquoi l'article 41 de la LFSS 2014 a créé un nouveau dispositif de régulation prix volume concernant les activités MCO de chaque établissement et mis en œuvre sous la forme d'un mécanisme de dégressivité des tarifs lorsqu'un certain seuil d'activité est dépassé pour un type de séjour donné.

Le décret n°2014-1701 du 30 décembre 2014 et l'arrêté du 4 mars 2015 fixent les modalités pratiques pour l'année en cours. Ainsi le dispositif concerne une liste de 24 GHM pour lesquels il existe d'importantes craintes quant à la pertinence des soins [Cash, 2015]. Fixés en taux d'évolution (le décret permet aussi de le faire en volume) les seuils de déclenchement de la dégressivité tarifaire prennent en compte l'activité observée nationalement et régionalement dans les deux années précédentes ainsi que les prévisions pour l'année en cours. Lorsque les seuils sont dépassés par un établissement, les tarifs pour la prestation en question sont minorés de 20% avec un montant maximum de 1% des recettes totales liées aux tarifs [ibid]

- *Le développement de modes de financement mixtes pour des établissements spécifiques : les hôpitaux de proximité*

Il convient aussi de noter que la LFSS 2015 instaure aussi, dans son article 52, des modalités de financement dérogatoire pour certains établissements qui n'exercent pas d'activité de chirurgie dont l'activité de médecine est inférieure à un seuil défini par décret : les hôpitaux de proximité. Indispensable à l'offre de soins en court séjour, il a été admis qu'il est impossible pour ces établissements de compenser leurs dépenses avec les recettes issues de la T2A [Delnatte, 2015a]. C'est pourquoi, comme recommandé par la Cour des Comptes dans un rapport de septembre 2012, et pour ne pas placer ces établissements dans des situations qui pourraient menacer la qualité de leur offre de soins, leurs activités de médecine vont être soumises à un financement mixte dérogatoire comprenant les tarifs

nationaux de prestation mais aussi une dotation forfaitaire. Il s'agit donc de moduler le financement de ces établissements spécifiques car la T2A n'est pas adaptée à leur volume d'activité.

- *L'ONDAM hospitalier pour 2015*

Enfin, la LFSS 2015, en ce qui concerne l'enveloppe globale, fixe l'ONDAM à 179,1 milliards d'euros pour 2015, soit une progression de 2,2 % par rapport à la prévision rectifiée de réalisation pour 2014. Au sein de cette enveloppe totale, la sous enveloppe dans laquelle puise la T2A (« dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité ») est fixée à 56,9 milliards d'euros, soit une augmentation de 2,5% par rapport à l'année précédente.

Tableau n°8 : Enveloppe et sous enveloppes de l'ONDAM pour 2015

<b>Sous-enveloppes en milliards d'euros</b>	<b>ONDAM voté 2014</b>	<b>ONDAM rectifié 2014</b>	<b>ONDAM voté 2015</b>	<b>Variation rectifié 2014/ voté 2015</b>
Dépenses de soins de ville	81,1	80,9	83,0	2,6%
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,6	55,5	56,9	2,5%
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,9	19,7	20,0	1,5%
Contributions de l'assurance-maladie aux dépenses des établissements pour personnes âgées	8,6	8,5	8,7	2,3%
Contributions de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour handicapés	9,0	9,0	9,2	2,2%
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,7	1,7	1,6	-5,9%
Dépenses relatives au Fonds d'Intervention régional	3,2	3,0	3,1	3,3%
<b>TOTAL</b>	<b>179,1</b>	<b>178,3</b>	<b>182,3</b>	<b>2,2%</b>

[Tachon, 2015]

Cependant, si les ressources destinées aux établissements de soins vont augmenter en 2015, cette augmentation ne couvre pas la hausse prévue de leur volume d'activité (de 2,8 % dans le secteur public). Ainsi, l'augmentation de l'ONDAM s'accompagne d'une baisse globale des tarifs (-1% pour les hôpitaux publics).

Par les mesures prises avec l'adoption de la LFSS 2015, le législateur a donc clairement fait le choix de développer des sources de financement incitatives complémentaires à la T2A pour intégrer la qualité dans les modalités de financement des hôpitaux, au détriment du choix de le faire directement dans le codage ou le calcul des tarifs, ce qui aurait risqué d'encore complexifier et de rendre moins lisible le mécanisme de la T2A. S'ajoutent à ces mécanismes incitatifs, de nouveaux dispositifs de sanction, contraignants financièrement, autour de procédures supplémentaires de contractualisation. Cependant la nouvelle baisse des tarifs, contrainte non pas par une baisse des coûts moyens de production mais une hausse de l'ONDAM inférieure à l'augmentation prévue de l'activité, peut conduire à entretenir des inquiétudes quant aux conséquences sur les pratiques hospitalières.

## Conclusion

Plus d'une décennie après l'annonce de sa mise en œuvre, la littérature économique, portant sur le cas français mais aussi, sur une période plus longue, sur les expérimentations internationales, accompagnée des nombreux rapports du parlement, de diverses commissions, de l'administration ou de la Cour de Comptes, semble permettre d'effectuer un bilan de la réforme du mode de financement des hôpitaux de santé pour leurs activités MCO. Nécessairement une part de cette l'analyse devait porter sur la relation avec la qualité des soins.

- *Les inquiétudes quant aux conséquences sur la qualité des modalités de mise en œuvre de la T2A...*

Or, si la tarification à l'activité comme mode de financement principal des activités MCO est plutôt acceptée, ou tout au moins tolérée, dans son principe global par les acteurs de l'hôpital public [Moatty, Gheorghiu, 2013], les modalités de sa mise en œuvre, et notamment la gestion de l'outil tarifaire mais aussi le montant de l'enveloppe fermée dans laquelle puise la T2A, portent toujours à controverse. Ainsi un mécanisme de régulation prix/volume à l'échelle nationale (qui conduit concrètement à une baisse des tarifs en cas d'augmentation non anticipée de l'activité globale) ne permet pas de prendre en compte les réalités locales et peuvent conduire à pénaliser des établissements vertueux ne pratiquant que des soins pertinents. Les économistes admettent également que la T2A en elle-même n'est pas « maléfique » en termes de qualité des soins, mais que ce sont les modalités de sa mise en œuvre qui peuvent l'être [Or, 2011]. Des tarifs trop éloignés des coûts réels des établissements créent une pression financière qui ne tient pas compte des réalités médicales. Face aux tentatives de réduction des coûts, tout l'enjeu va résider dans la légitimité des mesures prises et notamment du risque de faire de la qualité des soins une variable d'ajustement.

Il est incontestable qu'en établissant un lien entre le volume d'activité des établissements et leurs recettes, la tarification à l'activité a modifié les incitations économiques susceptibles de conduire les choix des hôpitaux [De Pourville, 2006]. De ces changements peuvent ainsi naître des craintes concernant la qualité de l'offre de soins. Ces risques ont bien été explicités par la littérature : sélection des patients, sur-cotation et fourniture de soins non pertinents ou au contraire sous-fourniture dans un objectif de limitation des coûts (avec, par

exemple, des séjours abrégés trop prématurément). Plus les tarifs s'éloignent des coûts réels de traitement de l'établissement, plus les risques de dérives sont élevés.

- *... mais des opportunités offertes et une prise en compte de la qualité dans le financement qui se développe récemment*

Les risques décrits par la littérature sur l'impact négatif de certaines modalités du système de T2A sont difficiles à observer de manière généralisée et indiscutable sur le terrain. La qualité des soins, par nature multidimensionnelle, est difficile à objectiver et à mesurer et son évolution ne peut être expliquée du seul fait de la T2A.

Longtemps particulièrement en retard dans ce domaine, le suivi de la qualité des soins en France apparaît toujours imparfait [Or, 2011], bien que des améliorations évidentes dans le cadre de l'évolution de la procédure de certification peuvent être observées ces dernières années.

Mais surtout, face à l'existence de ces risques, il convient alors de faire évoluer le mode de financement des activités MCO pour mieux prendre en compte et garantir la qualité de l'offre de soins. La littérature économique a montré que les effets pervers pouvaient être limités par la modulation de l'outil de tarification offert par la T2A et notamment en incluant la prise en compte de la qualité des soins. Par nature, un mécanisme paiement prospectif n'a pas forcément vocation à n'apprécier l'activité que dans son volet quantitatif. Les efforts des établissements engagés pour améliorer la qualité peuvent être récompensés par un financement complémentaire, ce que le système français a commencé à expérimenter récemment via l'IFAQ, mais peuvent aussi, comme cela a été vu précédemment, être intégrés directement aux tarifs lorsque cela apparaît pertinent. Dans le cas du système hospitalier, nombre d'opportunités peuvent ainsi être encore exploitées sans remettre en cause le paradigme de la T2A en lui-même. Nécessaires à l'avenir, ces adaptations à un mode de financement déjà complexe, doivent être effectuées avec prudence et pragmatisme pour ne pas fragiliser plus encore les budgets des établissements.

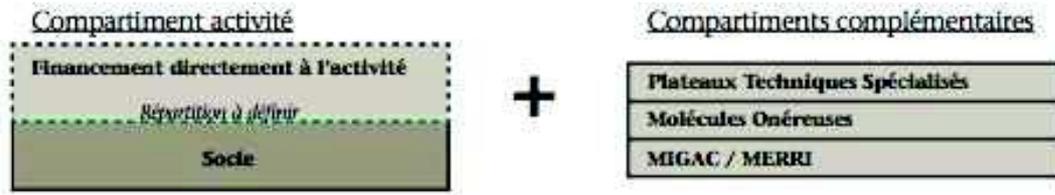
- *L'enjeu de la réforme du financement des autres segments de l'activité hospitalière*

En outre dix ans après l'entrée en vigueur de la réforme l'instaurant progressivement, la tarification apparaît encore comme une réforme inachevée par rapport aux objectifs mis en avant lors de sa mise en place [Delnatte, 2015b]. Par exemple, l'extension de l'application de la T2A à des structures et des activités qui ne sont pas encore couvertes par ce mode de financement reste un enjeu en suspens.

Les hôpitaux locaux, dans leur ancienne appellation, dont les activités concernent souvent à la fois la médecine et les soins de suite et de réadaptation (SSR), présentent un rôle fondamental dans le cadre du maillage hospitalier, notamment pour maintenir une offre de soins de proximité et limiter la désertification médicale, ce que la Cour des Comptes rappelle régulièrement. C'est pourquoi, la survie de telles structures passe par une politique cohérente et adaptée à leurs caractéristiques notamment en termes de modalités de financement. S'agissant de ces établissements, encore financés par dotation globale, la réponse semble se dessiner autour de la catégorie des « hôpitaux de proximité », instituée par la LFSS 2015. Celle-ci instaure, pour leur activité de médecine, un mode de financement mixte, dérogeant à la T2A comprenant des tarifs nationaux de prestations mais également une dotation forfaitaire.

C'est également ce chemin, sans doute assez pragmatique, que semble suivre la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation. Si, là aussi, l'application de la T2A a pu constituer un objectif par le passé, le rapport au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé de 2014 préconisait l'instauration d'un mode de financement mêlant une dotation socle et financement à l'activité. Ces activités de SSR, aujourd'hui financées par dotation annuelle de financement dans le secteur public, sont souvent réalisées par des petits établissements peu adaptés au « tout T2A ». Ainsi la réforme qui semble se profiler au sujet du financement de ces activités semble être fondée là aussi sur un financement mixte alliant un financement à l'activité avec un minimum socle garanti et des financements complémentaires.

Figure n°10: piste de réforme du financement des activités de SSR



[De Faverges, 2015]

Pour la psychiatrie, pour laquelle il était pourtant également prévu l'extension de la T2A, la réforme ne semble plus réellement d'actualité, même si des récents rapports insistent toujours sur la nécessité d'une réflexion dans ce domaine.

- *L'enjeu latent des inégalités tarifaires entre secteurs*

En outre, depuis 2004, la question des inégalités budgétaires entre les établissements de soins apparaît toujours aussi sensible, notamment du fait du nouveau rapport défini par la réforme de 2004 entre le secteur public et les établissements privés. Très récemment les débats sur le récent projet de « loi Santé » ont d'ailleurs fait ressortir certains mécontentements.

En termes de financement de l'activité, la convergence tarifaire entre les établissements du secteur public et du secteur privé était définie dans la loi de financement de la Sécurité sociale du 18 décembre 2003, et prévue pour 2012. Celle-ci est généralement per conduite au détriment du secteur public qui voit ces tarifs progressivement rapprochés de ceux du secteur privé. Ainsi en 2012, il est estimé que le processus de convergence a conduit à réduire les ressources de l'hôpital public de près de 125 millions d'euros. Loin d'être effectif, l'aboutissement de la convergence avait été reporté pour 2018 puis abandonné lors du vote de la LFSS 2013.

La difficulté principale résulte en l'indentification et la mesure des coûts propres de chaque secteur et notamment, pour le secteur public, des coûts liés à ses obligations spécifiques. Il convient également de noter que cette différence tarifaire n'est pas à sens unique : 239 GHM bénéficient d'un tarif plus élevé pour le secteur privé que pour le secteur public.

Quoiqu'il en soit, que la convergence tarifaire redevienne un objectif ou non, toute démarche visant à l'équité et l'efficience dans la fixation des tarifs passera nécessairement par une amélioration de l'étude nationale de coûts (ENC) comme indiqué aussi bien dans le rapport de l'IGAS que celui de l'IGF en 2012.

- *L'éthique médicale n'est pas incompatible avec la maîtrise des dépenses et un financement équitable*

Enfin, cette analyse économique, critique, du rapport entre le mode de financement de l'activité de soins et leur qualité, peut être insérée dans un questionnement plus global qui est celui de la compatibilité entre les nouvelles méthodes d'organisation et de gestions des établissements de soins public, mouvement dont la T2A fait partie, et « l'éthique médicale » [Duperret, 2011]. Ainsi, il convient de tenir compte du fait que la question soulève des aspects non seulement économiques mais aussi éthiques. Les acteurs de l'hôpital ne peuvent pas être uniquement conçus comme des facteurs de production. L'hôpital regroupe des agents aux parcours et aux formations différents (médecins, administratifs...) ce qui peut conduire à des systèmes de valeurs divergents. La mise en œuvre d'une réforme dans le domaine de la santé, ne peut se faire qu'à travers l'action des personnels soignants, ce qui peut expliquer que les comportements attendus dans une approche économique ne soient pas systématiquement ceux observés sur le terrain. Cette approche présente parfois le risque de présenter de façon trop schématique une opposition entre les valeurs du groupe des « administratifs » et celui des « soignants ». L'idée de l'hôpital comme une structure avec « les soignants qui dépensent et les administratifs qui gèrent » [ibid] apparaît comme simpliste et sans doute caricaturale. Si les médecins ont pour objectif principal le bien être du patient, ils ne sont pas sourds pour autant à une répartition des richesses plus équitable entre les structures, cette richesse étant limitée, puisque provenant directement ou indirectement des usagers réels ou potentiels (le malade et/ou le citoyen contribuable/cotisant). De même les administratifs n'ignorent pas l'enjeu de la qualité des soins.

Cependant, la question des valeurs et de l'éthique, spécifiques d'une part à la médecine, et d'autre part à l'hôpital et plus encore au service public hospitalier, semblent apporter un élément de compréhension supplémentaire pour analyser les effets d'une politique de réforme sur la qualité des soins. Les dernières réformes dans le monde de la santé, ont pu créer un mécontentement chez les soignants qui ont eu l'impression que celles-ci, parfois compliquant leur fonction, n'étaient ni bénéfique pour le patient, et ni en faveur de l'éthique médicale. La mise en œuvre de la T2A, conduit en effet nécessairement à l'évolution des compétences et des ressources humaines [Gheorghui, Moatty, 2013].

Il est probable qu'aujourd'hui une démarche éthique dans l'acte de soins ne puisse plus exclure la prise en compte de la maîtrise des dépenses de santé. Or, *in fine*, quels que soient les choix opérés sur le mode de financement des établissements, c'est sur les choix des prescripteurs de soins, c'est-à-dire des médecins, que repose la maîtrise des dépenses de santé [Duperret, 2011].

Ce constat ne fait pas pour autant de la T2A telle qu'elle est mise en œuvre en France une démarche « éthique ». En effet, si le paradigme de base en termes de répartition de la richesse, sur lequel elle se fonde, à savoir donner plus à celui qui produit plus, ne présente « rien de condamnable a priori » [ibid], il n'en reste pas moins que rien n'atteste que celui qui produit le plus est le plus performant, sauf à définir la performance par le seul critère quantitatif. S'il est vrai qu'un acte répété de nombreuses fois peut être mieux réalisé, l'absence de toute considération médicale ou de pertinence des soins, ne peut garantir, dans un contexte concurrentiel, que les établissements ne favorisent pas des actes disproportionnés et inutiles ou une surconsommation de soins (parfois souhaitée par le malade) contraire à toute démarche éthique que ce soit en termes de maîtrise des dépenses ou de qualité des soins.

En résumé, il n'y a pas opposition, par nature, entre une recherche de soins de qualité en faveur du patient d'une part, et celle d'une répartition harmonieuse d'une richesse qui n'est pas illimitée d'autre part. L'éthique du soin doit être préservée et favorisée économiquement mais elle doit prendre en compte sinon inclure les choix nécessaires au maintien d'une équité dans la répartition des ressources [ibid]. Sinon quels que soient les choix faits en termes de politique hospitalière, les nouvelles réformes feront inévitablement l'objet de limites et de critiques en terme éthique. A ce titre le retour à d'anciens systèmes comme celui de la dotation globale généralisée n'apparaît pas plus éthique que le *statut quo*.

## Table des matières

Remerciements.....	3
Liste des abréviations et sigles .....	4
Introduction .....	6
1 Tarification à l'activité et qualité des soins : de quoi parle-t-on ? .....	15
1.1 Les évolutions récentes dans les modalités de financement des établissements publics de santé .....	15
1.1.1 De la dotation globale à la tarification à l'activité.....	15
1.1.2 La T2A à l'échelle internationale.....	20
1.1.3 Réformes parallèles et autres sources de financement des hôpitaux publics.....	24
1.2 La qualité des soins .....	277
1.2.1 La notion de qualité appliquée au service public hospitalier : quelles définitions et spécificités ? .....	27
1.2.2 Comment mesurer la qualité ?.....	30
1.2.3 Les enjeux de la mesure de la qualité des soins : .....	333
2 Tarification à l'activité : des risques réels sur la qualité des soins ? .....	34
2.1 : Les effets théoriques du financement à l'activité sur la qualité des soins.....	355
2.1.1 Intérêts théoriques de la T2A .....	355
2.1.2 Des craintes théoriques : les effets pervers du financement prospectif.....	366
2.2. La difficulté d'établir un constat empirique clair et univoque .....	39
2.2.1 Des signes inquiétants quant à la qualité des soins .....	39
2.2.2 Mais l'absence de conclusion unanime .....	43
2.2.3 La difficulté d'isoler l'influence de la T2A sur la qualité des soins.....	45
3 Comment garantir et améliorer la qualité des soins ?.....	49
3.1 Revoir le suivi et la mesure de la qualité dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A .....	50
3.1.1 Développer l'évaluation systématique de la qualité à partir d'indicateurs pertinents .....	50
3.1.2 Développer les mécanismes d'accréditation et de certification.....	53
3.1.3 La publication des résultats des établissements de santé.....	54
3.2 Mettre en place des mécanismes d'incitation à la qualité .....	55
3.2.1 Ajuster le mécanisme de la T2A afin de mieux sanctionner la qualité des soins.....	555
3.2.2. Développer des sources complémentaires de financement liées à la qualité pour les établissements de santé.....	58
3.2.3 Les mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 : entre logique d'incitation et logique de sanction.....	60
Conclusion.....	66

Table des matières .....	72
Annexe .....	74
Liste des tableaux : .....	76
Liste des figures .....	77
Bibliographie .....	78
Résumé.....	82

**Annexe : Multiplication du nombre de GHM entre 2006 (v10 du manuel de codification) et 2014 (v11)**

Exemple du recours à la césarienne

2006 (3 GHM)	2014 (12 GHM)
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Césariennes sans complication significative.</li> <li>-Césariennes avec autres complications.</li> <li>-Césariennes avec complications majeures.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Césariennes avec naissance d'un mort-né, sans complication significative</li> <li>-Césariennes avec naissance d'un mort-né, avec autres complications</li> <li>-Césariennes avec naissance d'un mort-né, avec complications majeures</li> <li>-Césariennes avec naissance d'un mort-né, avec complications sévères</li> <li>-Césariennes pour grossesse multiple, sans complication significative</li> <li>-Césariennes pour grossesse multiple, avec autres complications</li> <li>-Césariennes pour grossesse multiple, avec complications majeures</li> <li>-Césariennes pour grossesse multiple, avec complications sévères</li> <li>-Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative</li> <li>-Césariennes pour grossesse unique, avec autres complications</li> <li>-Césariennes pour grossesse unique, avec complications majeures</li> <li>-Césariennes pour grossesse unique, avec complications sévères</li> </ul>

Exemple de la bronchite

2006 (4 GHM)	2014 (10 GHM)
--------------	---------------

<p>-Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans sans CMA.</p> <p>-Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans avec CMA.</p> <p>-Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans sans CMA.</p> <p>-Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.</p>	<p>-Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans, niveau 1</p> <p>-Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans, niveau 2</p> <p>-Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans, niveau 3</p> <p>-Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans, niveau 4</p> <p>-Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans, très courte durée</p> <p>-Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1</p> <p>-Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2</p> <p>-Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3</p> <p>-Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4</p> <p>-Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans, très courte durée</p>
--	---

Sources : arrêté du 5 mars 2006 et arrêté du 14 février 2014

### **Liste des tableaux :**

Tableau n° 1 : Mougeot, M et Naegelen F, 2011, *Régulation et tarification des hôpitaux*, Economica , p.49

Tableau n°2 : Mougeot, M et Naegelen F, 2011, *Régulation et tarification des hôpitaux*, Economica , p.50

Tableau n°3 : Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2009, « Rapport octobre 2009 » p.143

Tableau n°4 : Jégou, J-J , 2011, « Les MIGAC : un enjeu à la croisée des réformes du secteur hospitalier », Rapport d'information n° 686 déposé au Sénat le 29 juin 2011, p.22

Tableau n°5 : Bousquet F, Lombrail P et Guisset A, 2006, « Les effets de la mise en oeuvre de systèmes de paiements prospectifs de type T2A sur la qualité : une approche à partir de la littérature internationale », *Dossiers solidarité et santé*, n°1 : p. 72

Tableau n°6 : Bruant-Bisson A , Castel P, Panel M-P, 2012, « Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé », IGAS p.36

Tableau n°7 : HAS, janvier 2012, « Indications de la césarienne programmée à terme », *Service des bonnes pratiques professionnelles*, p.28

Tableau n°8 : Tachon, R, 2015, « La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015», *Finances Hospitalières*, n° 87

## **Liste des figures :**

Figure n°1 : IRDES, <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/hopital/depenses-et-evolutions.html>

Figure n°2 : Durieux B, 2012, *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, Rapport de l'Inspection Générale des Finances, p.27

Figure n°3 : Jégou, J-J , 2011, « Les MIGAC : un enjeu à la croisée des réformes du secteur hospitalier », Rapport d'information n° 686 déposé au Sénat le 29 juin 2011, p.9

Figure n°4 : ANAES, avril 2002, « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », p.14

Figure n°5 : IRDES : <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/hopital/nombre-de-lits-journees-et-durees-moyennes-de-sejour.html>

Figure n°6 : Bonastre, Journeau, Nestrigue et Or, 2013, *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A*, Working Papers, Document de Travail, IRDES, n°56, p. 48

Figure n°7 : Choné, Crest-Ensaë, Evain, Drees, Wilner, 2014, « Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », *Insee Analyses N° 15*, INSEE

Figure n°8 : Milcent, C. et Rochut, J. « Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne », *Revue Économique*, vol.60,n°2, p.496

Figure n°9 : Milcent, C. et Rochut, J. « Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne », *Revue Économique*, vol.60,n°2, p.497

Figure n°10 : De Faverges, H, 2015, 2015, « La réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation: point d'étape avant lancement» *Finances Hospitalières*, n° 90, p.11

## **Bibliographie**

ANDEM, 1996, « Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé »

ANAES, 2002, « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé »

Bass, N., 1997, « "Non la qualité n'est pas une mode" petite histoire de la qualité du 18ème siècle avant JC à nos jours » *Technologie et Santé, numéro spécial n°32*

Belorgey, N, 2009, *Réformer l'hôpital, soigner les patients : une sociologie ethnographique du nouveau management public*, Thèse de Doctorat. EHESS Sociologie.

Bonastre, J, Journeau, F, Nestrigue, C et Or, Z, 2013, Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A, Working Papers, Document de Travail, IRDES, n°56

Bousquet F, Lombrail P et Guisset A, 2006, « Les effets de la mise en oeuvre de systèmes de paiements prospectifs de type T2A sur la qualité : une approche à partir de la littérature internationale », *Dossiers solidarité et santé*, n°1 : p. 69-83

Bozio A et Grenet J, 2010 *Economie des politiques publiques* , La découverte, Repère, p.75

Bruant-Bisson A , Castel P, Panel M-P, 2012, « Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé », IGAS

Cannac, Y., 2004 « qualité des services publics », Rapport au Premier ministre, La Documentation Française.

Cash, R, 2015, « Des explications sur la mise en œuvre de la dégressivité tarifaire », *Finances Hospitalières*, n° 90

Chalkley, M et Malcomson, J 1998, Contracting for health services when patient demand does not reflect quality, *Journal of Health Economics*, 17, 1-19.

Choné, Crest-Ensaé, Evain, Drees, Wilner, 2014, « Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », *Insee Analyses N° 15*, INSEE

Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2009, « Rapport octobre 2009 » p.142-145

Cour des Comptes, 2011, « Sécurité sociale 2011 », Chapitre VIII, p.229-257

Couty, E, 2010, « Hôpital public : le grand virage », Les Tribunes de la santé, n° 28, p. 39-48

D'Aunno T, 2005 : « Retour sur l'expérience américaine », *Colloque « T2A : Expériences Européennes »*, Jeudi 10 et Vendredi 11 février 2005, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, p. 4-5

De Faverges, H, 2015, « La réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation: point d'étape avant lancement» *Finances Hospitalières*, n° 90

Delnatte, J-C, 2013, « Le financement de l'hôpital à travers le rapport 2012 de l'IGAS », *Finances Hospitalières*, n° 68

Delnatte, J-C, 2015a, « Des modalités dérogatoires de financement des activités de soins isolées », *Finances Hospitalières*, n° 90

Delnatte, J-C, 2015b, « La T2A a dix ans : une réforme à la croisée des chemins », *Finances Hospitalières*, n° 88

De Pourville, G, 2006 « Financement des MIGAC. Vers un nouveau paradigme de régulation ? » *Revue Hospitalière de France*, n°510, p.46-49

Domin, J.-P. 2013, Une histoire économique de l'hôpital (XIXe -XXe siècles), Une analyse rétrospective du développement hospitalier (1945-2009), tome II, CHSS/La Documentation française.

Duperret,S , 2011, « Patient ou client : l'éthique médicale est-elle soluble dans la T2A » In : *L'hôpital en réanimation*, de Mas B., Pierru F., Smolski N., Torrielli R. Broissieux : Editions du Croquant.p.281-287

Durieux B, 2012, « Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux », IGF

France Qualité publique, 2007, *Le cout de non qualité public*, La Documentation Française.

Gheorghiu M., Moatty F, 2013, *L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail*, Editions Liaisons

HAS, 2012, « Indications de la césarienne programmée à terme », *Service des bonnes pratiques professionnelles*, p.28

Holcman R, 2013/4, « Comment stimuler la productivité des services publics ? Les enseignements tirés de la mise en œuvre à l'hôpital de la tarification à l'activité », *Revue française d'administration publique*, 148 : p. 1043-1060.

Jégou, J-J , 2011, « Les MIGAC : un enjeu à la croisée des réformes du secteur hospitalier », Rapport d'information n° 686 déposé au Sénat le 29 juin 2011

Lopez, A. 2013, Réguler la santé. *Objectifs, méthode et outils pour une stratégie globale des politiques de santé*, Presses de l'EHESP.

Milcent, C. et Rochut, J. « Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne », *Revue Économique*, vol.60,n°2, p.489-506

Ministère des affaires sociales et de la santé , 2013 « Rapport 2013 au Parlement sur le financement des établissements de santé »

Ministère des affaires sociales et de la santé , 2010 « Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A) »

Moisdon, J-C, 2014 « Payer la qualité des soins à l'hôpital », *Quaderni*, n°85 p.29-38.

Molinié, E, L'Hôpital public en France, bilan et perspectives, rapport et avis, Conseil Économique et Social, 28 juin 2005

Mougeot, M et Naegelen F, 2011, *Régulation et tarification des hôpitaux*, Economica

Or Z et Häkkinen U, 2012. « Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ? » Working Papers, Document de Travail, IRDES, n°53

Or Z et Com-Ruelle L, 2008. « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? » Working Papers, Document de Travail, IRDES, n°19

Or Z. et Renaud T., 2009, « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères » Document de travail, Irdes, n°23

Or Z, 2011, « La tarification à l'activité, instrument bénéfique ou maléfique ? » In : *L'hôpital en réanimation*, de Mas B., Pierru F., Smolski N., Torrielli R. Broissieux : Editions du Croquant.p.183-191

Tachon, R, 2015, « La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015», *Finances Hospitalières*, n° 87

Verrier, P-E et Santo, V-M, 2007, *Le management public* , Que sais-je, PUF

**Site internet**

<http://www.irdes.fr/>

## **Résumé**

Ce mémoire a pour objet d'étudier les effets théoriques et constatés empiriquement du choix de la tarification à l'activité (T2A) comme mode de financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sur la qualité de l'offre de soins à l'hôpital public ainsi que les principaux outils disponibles pour limiter les risques de baisse de cette qualité.

Dix ans après la mise en œuvre de la réforme, instaurée par le plan « hôpital 2007 », cette étude commence par la définition du champ et des modalités d'application de la T2A ainsi que du cadre d'analyse de la notion, par nature multidimensionnel, de qualité des soins. Par la suite, ce mémoire s'intéresse aux bienfaits et risques anticipés par la littérature économique, aussi bien française qu'internationale, de ce mode de financement sur la qualité du service hospitalier mais aussi sur les constats empiriques pour lesquels il est difficile de tirer des conclusions claires et univoques. Ce constat conduit, dans une dernière section, à étudier les opportunités internes et extérieures à la T2A, pour prévenir toute baisse de la qualité des soins et en permettre l'amélioration. Enfin la conclusion ouvre le débat sur les autres enjeux, notamment éthiques, qui accompagnent les récentes réformes de l'hôpital public et de son financement.

**Mots clés** : Tarification à l'activité, qualité des soins, hôpital public, économie de la santé