

Réforme des hôpitaux: Agnès Buzyn veut mettre fin au travail à la chaîne



Agnès Buzyn lance le chantier de la réforme de l'hôpital, qui devrait notamment s'articuler autour d'une remise en cause partielle de la tarification à l'activité.

Avec Claude Le Pen

La tarification à l'activité a démontré ses effets pervers, poussant les hôpitaux à multiplier les opérations et à augmenter leur activité pour tenter de combler leur déficit. Quelles conséquences auront eu cette "course à l'acte" sur le système hospitalier et comment les orientations de la réforme espèrent y remédier ?

La tarification à l'activité (T2A) n'a pas que des effets pervers. Le système précédent, la dotation globale de fonctionnement (DGF), consistait à affecter un taux uniforme de croissance des budgets à tous les hôpitaux indépendamment de leur niveau d'activité. C'était clairement une prime aux établissements les moins productifs. Avec la T2A c'est un peu l'inverse. Ce qu'on peut lui reprocher, c'est deux choses : déclencher effectivement une course à la production qui épuise d'autant plus les personnels que l'État baisse les tarifs des séjours au fur et à mesure que l'activité augmente. D'un côté il pousse à la production d'actes et de séjours et, de l'autre, il la pénalise en baissant les tarifs pour rester dans un coût global « acceptable ». C'est une logique un peu folle. Par ailleurs la T2A telle que conçue à l'origine, rémunérait la quantité de soins mais par leur qualité. C'est ce dernier point que la réforme en cours ambitionne de corriger en profondeur.

Le directeur du service des statistiques au ministère de la santé propose de faire progressivement passer la part de la tarification à l'activité (T2A) dans le budget des établissements de santé de 63 % à 50 % d'ici à 2022. Cette proposition pourrait-elle avoir un impact concret sur l'amélioration de la prise en charge, sur le bien-être des équipes ?

L'idée est en effet de basculer une partie significative du budget des hôpitaux vers des modes de financement plus « vertueux » en ce sens qu'ils inciteraient davantage à la qualité et à la pertinence des soins, y compris à la qualité perçue par le patient (qui n'est pas nécessairement la même que celle perçue par le personnel soignant). Certains financements pourraient être affectés à des procédures de suivi du patient pour accompagner sa sortie et suivre son évolution durant quelques semaines voire quelques mois. D'autre à des procédures de coopération avec les médecins libéraux, etc. Tout cela améliorerait sans aucun doute la « qualité » ressentie du patient.

Le budget alloué aux hôpitaux pourrait être conditionné à des critères de qualité de soins, induisant une notion de bonus-malus. Sur quels indicateurs pourrait-on se baser pour évaluer cette "qualité" ?

La question des indicateurs est en effet essentielle. En fait on ne paiera pas la qualité mais un indicateur de qualité. Il faut donc définir soigneusement ces indicateurs, en nombre pas trop élevé, significatifs du point de vue clinique, reflétant la perception du patient, modifiables en fonction des évolutions des techniques et des prises en charge, accessibles et lisibles par tous, etc. C'est un travail considérable. Les indicateurs actuels sont souvent nombreux et abscons et font peu de place aux préférences des patients. Un point essentiel est que ces indicateurs soient compris et acceptés de toutes les parties prenantes. Ce sera particulièrement compliqué pour la « pertinence » des soins qui est difficile à définir et à mesurer.

Pensez-vous que le paiement forfaitaire des personnels soignants soit efficace pour limiter l'engorgement, puisqu'il est censé contrer une tendance à la suractivité artificielle ?

Peut-être mais ce n'est pas l'objectif immédiat. Le dégorgement des urgences, qui est une priorité, passe surtout par le développement de structures de soins appropriées, avec des personnels mixtes à la fois hospitaliers et libéraux, intervenant en amont des hôpitaux. Le but étant de trouver des modes plus appropriés de prise en charge des « petites urgences » que le gros CHU/CHR. Le plan gouvernemental MaSanté2025 propose la certification de 500 à 600 établissements de proximité destinés à jouer ce rôle, entre autres. Sur le papier c'est parfait. Reste à voir ce qu'il en sera dans la réalité.