

Projet « Tarification au Cycle de Soins » (TCS)

Présentation

Le thème du projet de recherche :

Organiser le succès d'un nouveau modèle de régulation du système de santé conciliant performance et solidarité en s'appuyant sur une tarification au cycle de soins et une série d'indicateurs de qualité, de sécurité des patients et d'accès.

Contexte du projet :

Le projet trouve son origine dans l'analyse des limites récentes du schéma incitatif hospitalier fortement structuré par la tarification à l'activité. Sans renier les nombreux apports de la T2A depuis 2004, il s'agit de faire évoluer le système de financement en y intégrant une dimension qualitative, afin de contourner ses effets pervers, tout en conservant ses aspects positifs, afin de garantir la pérennité de notre système de santé et de son financement. Le cycle de soins apporte à la fois une base d'évaluation de la performance, et des leviers de régulation de l'offre, permettant d'équilibrer de manière articulée l'efficacité (maîtrise des coûts) et l'efficacité (qualité, sécurité, délai, accès) d'un service contribuant à une mission d'intérêt général.

Pendant la campagne présidentielle, à l'occasion de son discours sur la santé, François Hollande affirme que "la tarification à l'activité a atteint ses limites", pour appeler à "définir un nouveau modèle, fondé sur une conception économique, sociale, démocratique de la santé". Tout en rappelant que "nous ne pouvons pas vivre avec des déficits structurels de l'Assurance Maladie", il ajoute : "C'est une belle ambition que de vouloir à la fois garder ce qu'il y a de mieux de notre système de santé - le contrat social, qui a été passé au lendemain de la Seconde guerre mondiale - et en même temps, d'inventer ensemble un modèle de santé qui doit être un facteur de cohésion, de dynamisme et de rayonnement"¹. Ce projet ambitionne de contribuer aux fondations de ce nouveau modèle respectant l'esprit décrit par le Président de la République, en proposant un programme d'opérationnalisation d'un grand nombre de conclusions du rapport de la MECSS du Sénat publié le 25 juillet 2012.

Ce projet a fait l'objet d'une première présentation orale auprès de MM. Jean-Luc Névache et Jérôme Clerc le 17 juillet 2012, et a été transmis à M. Denis Morin à sa demande le 12 février 2013, suite aux échanges avec M. le Premier Ministre et Mme la Ministre de la Santé et des Affaires Sociales, lors de leur déplacement à Grenoble, le 8 février dernier.

Contexte problématique, objectifs et hypothèses :

Le contexte économique actuel avec ses incertitudes européennes et internationales – incluant le poids grandissant et toujours non contrôlé des marchés - rend particulièrement problématique la question du financement des services publics en général, de celui de la santé en particulier. Dans ce cadre, la doctrine du Nouveau Management Public issue des pays anglo-américains prônant la financiarisation de ces services trouve de plus en plus d'échos dans les évolutions récentes de la régulation européenne. C'est en fait la pérennisation de notre modèle de financement collectif visant à préserver un accès au plus grand nombre qui est en question. Il devient urgent de faire mieux avec des ressources qui se raréfient.

Face à ce problème, La T2A constitue le principal pilier du schéma de régulation de l'offre de soins. En fondant le financement des établissements de santé sur des tarifs d'épisodes de soins, elle structure puissamment l'évolution du système d'offre et des pratiques de soins, avec deux effets majeurs dus à la stricte application du modèle industriel : 1- un encouragement à la production de soins, notamment les plus rémunérateurs (tels les chimiothérapies) et 2- une concentration de la prise en charge sur l'épisode de soins. Depuis une période récente, on observe des dérives tendant à prouver que cette mise sous tension des professionnels de santé impacte leurs pratiques au point de soulever des questions éthiques de plusieurs ordres : a- la pertinence des actes ; b- la qualité des

¹ Extrait du discours de clôture du forum "La santé est notre avenir" par François Hollande, Paris, le 2 février 2012

soins et la sécurité des patients ; c- l'accès au plus grand nombre. Au total, la T2A, instaure au niveau des établissements de santé la même logique que la tarification à l'acte dans le secteur libéral, à savoir celle d'une économie de la production fragmentée de soins. C'est ce système incitatif qui se révèle défaillant, tant au plan de la maîtrise des dépenses de santé, qu'au plan de la qualité, la sécurité et l'accès aux soins pour le plus grand nombre.

Dans son discours du 4 mars dernier présentant « le pacte de confiance à l'hôpital », Mme Marisol Touraine appelle à faire évoluer la T2A, afin de « mieux prendre en compte l'exigence de la qualité des soins et de leur pertinence ». Ainsi, la nécessité de contrer les forces poussant à la fragmentation et à l'inflation de l'offre s'impose de plus en plus : les dispositifs coopératifs visant une meilleure coordination des acteurs du soin se multiplient ; le développement des maisons pluridisciplinaires de santé est soutenu ; les ARS expérimentent de nouveaux modes de rémunération de la médecine libérale pour tenter de développer la prévention ou l'éducation thérapeutique ; le concept de parcours de soins est désormais au centre de toutes les réflexions. Le succès de ces initiatives, et au-delà, du « pacte de confiance à l'hôpital » passe par un système incitatif revisitant les actuelles fondations que constituent l'épisode de soins et l'acte.

Principe de solution : un nouveau modèle incitatif alliant indicateurs et tarifs

Le nouveau modèle incitatif vise à rendre l'offreur de soins responsable de l'ensemble de la prestation (du soin aigu au SSR, voire au-delà avec une prise en charge médico-sociale), en favorisant la défragmentation de l'offre de soins. L'incitation va dans le sens d'une rationalisation, avec la suppression des doublons (diagnostiques notamment), voire des actes thérapeutiques non pertinents, rendant plus fluide le parcours du patient. Il s'agit donc de repérer une chaîne de soins pour des problématiques de santé préalablement définies, pour laquelle un offreur recevra un tarif, à charge pour lui de s'organiser (par des partenariats avec d'autres prestataires) pour réaliser au meilleur coût la prestation intégrée. Celle-ci se constitue d'un enchaînement d'épisodes de soins (actuellement tarifés à l'activité ou à l'acte pour le libéral) que l'on désigne par "cycle de soins". Sur ces bases, il devient possible de concilier la rationalisation des coûts (en supprimant notamment ceux aux interfaces des sous-systèmes) avec l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité du patient, qui passe par la prévention ou l'éducation thérapeutique, mais aussi le suivi des patients. Ces dimensions qualitatives du soin sont alors opérationnalisées par des indicateurs à définir par cycle, qui complètent l'incitation économique par le tarif par cycle de soins. La délimitation des cycles de soins doit se faire en associant toutes les parties prenantes et selon le type de cycle de soins, le gestionnaire du parcours pouvant être le médecin traitant ou un établissement de santé.

Le cycle de soins permet de positionner la régulation entre l'épisode et l'établissement, en conservant les atouts d'un financement prospectif, et en le complétant par des incitations en matière de qualité, sécurité, délai et accès. Il partage avec le parcours de soins l'incitation à la coopération des différents acteurs de santé autour du patient, en abordant la problématique de santé sous l'angle d'un enchaînement d'épisodes, intra-hospitalier ou hors établissement. Il s'en différencie par la philosophie dont il est porteur et qui vise à construire un cadre favorable à l'initiative des offreurs en matière d'organisation de la prise en charge du patient, tout au long de son parcours. Il se distingue clairement d'une visée planificatrice pour amener les établissements à innover et à inventer ce que seront les « *best practices* » de demain. L'hypothèse de travail de laquelle nous partons nous amène à nous fixer comme objectif de couvrir les problématiques du champ MCO (Médecine – Chirurgie – Obstétrique) par une fourchette de 60 à 80 cycles, ce qui divise d'un facteur dix le nombre de GHM avant l'arrivée de la V11.

Méthodes et outils

Le projet se distingue aussi par l'originalité de ses méthodes qui conditionnent son succès. Celles-ci se positionnent dans le champ des méthodes de recherche qualitative en sciences sociales, en s'ancrant largement dans la recherche-action. Cette démarche passe ici par le développement de chantiers expérimentaux permettant de concevoir, d'affiner et de développer des cycles de soins, ainsi que leurs indicateurs et tarifs associés. Ce processus procède de la co-construction et articule, d'une part, les acteurs du soin (médecins et paramédicaux et gestionnaires) ainsi que des experts, et d'autre part, des chercheurs en sciences sociales. Ce montage permet de réunir les compétences requises au succès des chantiers pilotés par des médecins, relevant notamment de l'organisation, du pilotage de la performance, du management des systèmes d'information et des ressources

humaines, ainsi que de l'appropriation progressive des cycles de soins et de l'approche incitative qui leur est associée.

Le choix d'une méthodologie relevant de la recherche-action se justifie par le souci de développer l'acceptabilité « in vivo » des résultats de la recherche, en testant à plusieurs échelles le cycle de soins et son « pack », afin de faciliter son appropriation in fine dans différents contextes (publics et privés, en établissements, réseaux ou maisons pluriprofessionnelles de santé). Le processus de diffusion concentrique mobilisant les principales parties prenantes (y compris les usagers) du système de santé via des comités consultatifs, y joue un rôle déterminant.

La méthodologie consiste en quatre phases visant à : 1- définir une typologie de cycles de soins en identifiant une première série avec des terrains d'expérimentation et des pilotes médicaux ; 2- concevoir un pilote de cycle de soins pour chacun, qui comprend : la délimitation du périmètre du cycle ; une réflexion sur les modes d'organisation de la prise en charge incluant les partenariats et l'identification des nouveaux métiers et compétences requises ; la co-construction d'un schéma incitatif du cycle qui passe par l'identification d'indicateurs de qualité et de sécurité, ainsi que de coûts ; le développement d'un système d'information de soutien de l'expérimentation ; un mécanisme de transition rendant attractive l'expérimentation de la phase suivante pour les établissements volontaires ; 3- une expérimentation à petite échelle qui donne lieu à des boucles d'ajustement sur les phases 1- et 2- ; 4- une expérimentation à plus grande échelle débouchant sur un « pack » du cycle.

Le projet comprend quatre axes de travail du cycle de soins : a- un axe de court séjour hospitalier ; b- un axe de premier recours ; c- un axe social et médico-social ; d- un axe autour de la psychiatrie.

Légitimité de l'équipe de recherche sur la thématique choisie et capacité à conduire la recherche

La qualité scientifique du projet a été légitimée par le conseil scientifique de la Maison des Sciences de l'Homme Ange Guépin qui a validé le projet. Le responsable scientifique a une expérience de plus de 15 ans de la direction de programmes et d'équipes de recherche aux plans national et international.

La légitimité de l'équipe et sa capacité à conduire la recherche reposent à la fois sur : 1- sa pluridisciplinarité des compétences (organisation et stratégie, contrôle de gestion, gestion des systèmes d'information, ingénierie de formation, développement de systèmes informatiques, économie de la santé, droit, développement de programmes d'action publique), 2- l'articulation de celles-ci entre professionnels de terrain en lien avec le soin, et chercheurs en sciences sociales et en santé, et 3- le pilotage interactif du projet incluant des aller-retour réguliers entre les décideurs politiques et les chantiers expérimentaux, ce qui constitue une innovation en matière de préparation de l'action publique.

L'équipe repose sur : a- un réseau de médecins gestionnaires répartis sur tout le territoire national, et formés par nos soins au management de la santé ; b- un réseau national de décideurs (directeurs d'hôpitaux, d'agence régionale, d'établissements privés du secteur santé-social) permettant de confronter les résultats des expérimentations à leur connaissance du terrain politico-institutionnel ; c- un réseau de chercheurs travaillant les questions relatives au système santé-social qui permet notamment d'identifier les expérimentations en cours dans les pays étrangers (Etats-Unis et Scandinavie notamment).

Déroulement et durée du projet

Première tranche en quatre ans.

Le programme comprend quatre phases qui s'enchaînent pour chaque série de cycles de soins. Au bout des trois premières années, la quatrième phase de la première série de cycles de soins sera ouverte.

La première année correspond aux phases 1- (3 mois) et 2- (9 mois) pour la première série de cycles de soins. La deuxième année prévoit le fonctionnement parallèle de la première série de cycles entrée dans la phase 3- (18 à 24 mois) et de la deuxième série de cycles en phase 1- puis 2-. La troisième année suivra l'évolution parallèle de trois séries de cycles : la première qui terminera la phase 3- pour passer en phase 4- (expérimentation à plus grande échelle, 12 mois), la deuxième qui entrera dans sa phase 2- et la troisième qui passera par les phases 1- et 2-.