

## Tarification, qualité et juste soin



Le programme d'action gouvernemental « Ma Santé 2022 », dans la ligne des travaux du Rapport Aubert<sup>[1]</sup>, déploie des initiatives et des expérimentations autour de l'évolution non pas du financement du système de santé, mais des modèles de rémunération des acteurs, professionnels, services et établissements.

Pour ce qui concerne les établissements de santé, l'objectif est un nouvel équilibre entre la tarification à l'activité (T2A) et la tarification à la qualité. Dans la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2019, la dotation au titre de l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) a été multipliée par 6, atteignant 300 M€. Evidemment, cette somme peut sembler modeste au regard de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier (82,7 milliards d'euros en 2019).

Dans le champ de la médecine de ville, l'objectif est l'introduction d'un mode de rémunération forfaitaire, individuel ou collectif, en complément partiel du paiement à l'acte.

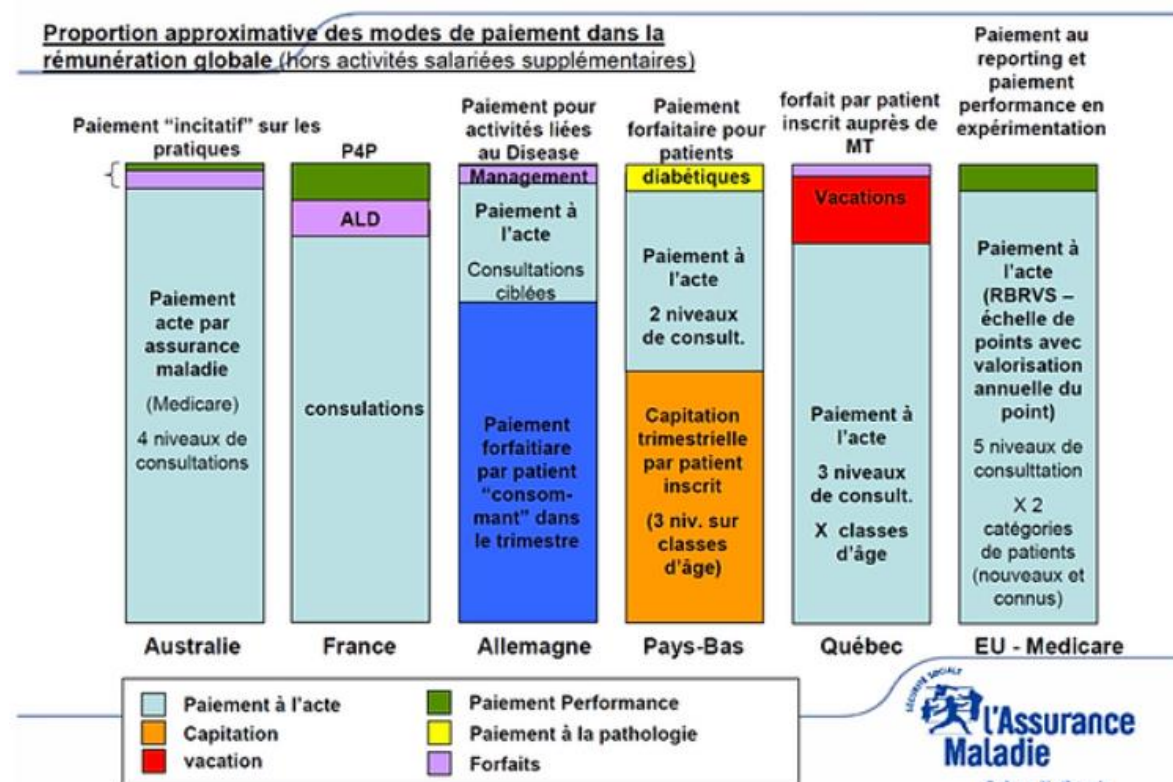
La part forfaitaire de la rémunération des médecins en ville s'est peu à peu développée autour de différents types de forfaits :

- La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), dont le montant est calculé en fonction d'objectifs de qualité des pratiques et des soins, définis autour de trois séries d'indicateurs : prévention, suivi des pathologies chroniques, optimisation et efficience des prescriptions. Ainsi, pour les médecins traitants, près de trente indicateurs<sup>[2]</sup> servent à calculer cette rémunération d'un nouveau type<sup>[3]</sup> ;
- Les forfaits pour de certains profils de patients (âgés, Affections Longue Durée (ALD)...). En 2017, ces différents forfaits ont été fondus dans un « forfait médecin traitant », dont le montant est calculé en fonction du profil de patientèle, notamment sa répartition par âge et par pathologie ;
- Les forfaits structures, qui financent l'organisation des cabinets médicaux, notamment pour la coordination des parcours de soins des patients. Initialement intégrés à la ROSP, les volets de l'informatisation et des nouvelles technologies

comme la téléconsultation, la télé-expertise en ont été extraits et représentent une rémunération en tant que telle. Plus récemment, en convergence avec le modèle de financement des Centres de Santé, l'Accord Cadre Interprofessionnel (ACI) consacre une part forfaitaire de financement aux structures d'exercice coordonné que sont les Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Ce « forfait structure » se calcule en fonction d'une série d'indicateurs de qualité organisés autour de trois axes : l'accès aux soins, le travail de coordination et le système d'information ;

- A ces ressources consacrées au financement à la qualité de la médecine de ville, on pourrait ajouter les enveloppes de financement significatives engagées sur la recomposition de l'offre de 1er recours, avec le financement des assistants médicaux, mais surtout l'émergence des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et l'engagement qu'elles inaugurent vers une responsabilité populationnelle des professionnels de santé.

Actuellement, la part forfaitaire des rémunérations des médecins reste modeste en France, au regard de l'Allemagne ou des Pays-Bas[4] par exemple.



Pour autant cette part ne cesse de progresser et devient significative. Selon la CNAM, pour les médecins généralistes, le niveau moyen de Rémunération sur Objectif de Santé Publique du médecin traitant en 2018 s'élève à 4560,80 €. Tout laisse penser que cette tendance va se poursuivre.

## **La rémunération à la qualité comme levier du changement**

Le paiement à la qualité est un levier du changement des pratiques et de l'organisation. Il est censé contrecarrer les effets contre-productifs sur la qualité du paiement à l'activité ou à l'acte.

Rappelons les défauts du paiement à l'activité en termes de qualité des soins :

- Si le paiement à l'activité est susceptible de booster la productivité, il a en revanche un effet potentiellement néfaste sur la pertinence des prescriptions, actes, soins et séjours produits. Rappelons qu'on estime entre 20 % et 50 % la part des dépenses associées à des soins non pertinents<sup>[5]</sup>, au développement desquels la tarification à l'acte ou à l'activité est considérée comme une variable explicative majeure<sup>[6]</sup>;
- Il n'incite pas toujours à prendre le temps nécessaire aux actions de prévention et d'éducation à la santé<sup>[7]</sup>, qui rallongent potentiellement les temps de consultation ou alourdissent la charge en ressources mobilisées des séjours hospitaliers, et ce, au-delà de l'équilibre économique du paiement des consultations ou séjours par l'assurance maladie ;
- Le paiement à l'activité met les acteurs en concurrence sur la production de soins et dans ce jeu, elle peut décourager leur coopération. Celle-ci est pourtant essentielle pour coordonner les interventions de chacun, et assurer la continuité des parcours de soins.

Ainsi, en introduisant progressivement un paiement à la qualité, on fait le pari de contourner ces effets négatifs, pour laisser plus de place à la prévention, à la coordination, à l'adoption des bonnes pratiques et recommandations et améliorer la pertinence des soins. Plusieurs modalités de rémunération sont conçues :

- Soit des incitations inverses pénalisantes, pour contrôler la pertinence et la croissance de l'activité tirée par le paiement au volume. Un exemple est le paiement à la performance « P4P ». Pour les établissements, on met en place un mécanisme d'ajustement de certains tarifs de séjour en fonction du taux relatif de réadmission à 30 jours. Cette modalité d'incitation trouvera d'autres déclinaisons dans le cadre du chantier « qualité et pertinence » confié à la HAS

et à l'Assurance Maladie, qui a adopté une entrée par le parcours patient, mais dont on en sait encore s'il fera de l'incitation pénalisante un levier de déploiement des bonnes pratiques<sup>[8]</sup> ;

- Soit des rémunérations complémentaires au paiement à l'activité, telles qu'évoquées plus haut : l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) des établissements, les ROSP et Forfaits Médecin Traitant du 1er recours, les forfaits structures des centres et maisons de santé, etc. ;
- Soit des rémunérations substitutives, telles que les forfaits à l'épisode de soins, les rémunérations collectives sur des engagements populationnels : ce sont ces alternatives qui sont visées par l'Article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale 2018, et les trois Appels à Manifestation d'Intérêt dans lesquels sont opportunément lancées des expérimentations de nouvelles formes d'organisation financées sur des règles dérogatoires au code de la sécurité sociale concernant la facturation et la tarification des professionnels et établissements de santé.

D'un point de vue empirique, la démonstration n'est pas faite que le paiement à la qualité soit réellement incitatif. De nombreuses publications notamment nord-américaines montrent des résultats contradictoires avec parfois des effets pervers de sélection des patientèles. Il a même été noté aux USA une diminution significative de l'effet de ces incitations au fil du temps.

Pour ce qui est de la France, l'évaluation des ROSP semble plutôt indiquer des résultats limités sur tout ce qui concerne la prévention et le suivi des pathologies chroniques. Ils sont un peu plus significatifs pour le volet performance des prescriptions<sup>[9]</sup>. Les évolutions contrastées sur les différents critères retenus pour le calcul du montant des ROSP indiquent une sensibilité pour le moins variable de l'évolution des pratiques aux incitations financières.

Ces résultats peu probants peuvent s'expliquer par le manque de maturité des dispositifs, leur déploiement progressif ou parcellaire. La balance entre les montants en jeu et la complexité des démarches à entreprendre peut également entrer en ligne de compte. Ils peuvent encore pointer l'une des grandes difficultés de la ROSP, qui consiste à avoir établi des indicateurs de l'exercice individuel du praticien, quand bien même la prise en charge relève de plus en plus souvent d'une équipe de soins. A ce titre, c'est la qualité du travail de l'équipe qu'il conviendrait d'apprécier. La somme de plusieurs actes de qualité ne fait en effet pas obligatoirement un parcours pertinent<sup>[1]</sup>. Les indicateurs disponibles et mobilisés laissent dans l'ombre d'importants « effets de contexte », en l'occurrence l'équipe et la coordination, difficilement mesurables et qui questionnent la pertinence du niveau auquel est mesurée la qualité.

Une autre explication d'ordre plus théorique serait que, dans le champ de la santé, et contrairement à d'autres marchés de biens ou services, les producteurs de soins sont peu sensibles à ce type d'incitation. Dans le langage des économistes, on distingue les motivations extrinsèques, celles de la récompense et des compensations, et les motivations intrinsèques, celles associées au sens des actions, aux valeurs et à l'image de soi et des autres qu'elles procurent, au plaisir qu'on a à les accomplir... Si on a longtemps pensé que ces deux types de motivations étaient complémentaires, il apparaît dans plusieurs études que les premières peuvent en réalité annihiler les secondes. Dans un court et croustillant ouvrage, Maya Beauvallet rapporte plusieurs études allant dans ce sens. Portant sur des thèmes aussi divers que le don de sang, le travail bénévole ou encore des comportements civiques à la sortie de la crèche, ces travaux montrent tous que des actions réalisées par conviction ne le sont plus, ou avec moins d'engagement, dès lors qu'elles font l'objet de rémunération.[2] Cela ne s'appliquerait-il pas pour les médecins et professionnels de santé[3] ?

Après tout, pour un médecin, la notion de qualité pourrait être simple : il s'agit de mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour soigner. C'est même ce sur quoi il s'est engagé. A cet égard, les recommandations de bonnes pratiques, les procédures, les critères de qualité définis dans les modèles de rémunération complémentaires, tous ces éléments font partie de l'éventail des outils et ressources que le médecin met en œuvre pour soigner : ce ne sont cependant pas les seuls critères de décision, et c'est lui qui reste juge de leur adéquation pour comprendre et traiter chaque patient qu'il examine. C'est là son cœur de métier. Comme l'illustrent les controverses autour des risques de surdiagnostic associés au dépistage systématique du cancer du sein[4], ou encore les récentes critiques relatives au dépistage du diabète de type 2[5], les recommandations passent, les procédures changent, mais cette compétence-là, celle de l'examen lors du colloque singulier reste... ou disparaît sans le dire derrière de nouvelles pratiques d'une médecine automatisée, appliquant une série de procédures décisionnelles plus ou moins fiabilisées... mais rémunératrices.

De deux choses l'une, soit le paiement à la qualité rémunère ce que bien des professionnels font déjà, mais dans ce cas, il n'y a rien de moins sûr que les effets soient ceux attendus. Si on en croit ces études[6], il faut payer beaucoup plus pour obtenir le même niveau d'engagement que celui antérieurement assumé gratuitement. Voilà un effet inflationniste auquel l'introduction du paiement à la qualité devra veiller. C'est aussi un effet irréversible.

Soit le paiement à la qualité rémunère, sans que ce soit dit clairement, l'adoption de nouvelles pratiques. Mais alors loin d'être neutre, elle n'a rien de mécanique et il convient d'examiner les perspectives ouvertes par ces nouvelles pratiques, les formes de disqualification qu'elles peuvent porter, ou tout au moins la transformation induite des qualifications professionnelles et de la relation aux patients. Les patients sont-ils prêts à cet effacement de la relation au médecin derrière les procédures ? Probablement pas. Ainsi les résultats d'une récente étude sur la perception qu'ont

les patients de l'IA dont l'auteur conclut « les patients volontaires de Compare craignent un mauvais usage de la technologie, qui minerait la relation humaine directe sur laquelle se fonde l'acte médical et les soins »[16]. Aujourd'hui, le mot valise de la qualité ne permet pas de clairement poser la question.

En tout état de cause, le paiement à la qualité doit clairement délimiter ce qu'il veut rémunérer ? Comment en délimiter le contour ? Comment en établir le niveau pertinent ?

### **Pour être rémunérée, la qualité doit être clairement définie et mesurée : mais peut-elle l'être ?**

La définition de la qualité semble sans cesse filer quand on croit la tenir. Dans les textes nombreux où elle est évoquée, ou souvent invoquée, le sens donné à la qualité glisse vers la sécurité, la continuité des parcours ou la permanence des soins, l'accessibilité, la pertinence, l'efficacité des organisations, ou même les conditions de travail... et on en oublie sans doute.

La définition de la qualité n'est donc pas unifiée. Elle dépend largement d'où l'on parle : patients, médecins, infirmiers, pharmaciens, salariés, gestionnaires ou régulateurs, à chacun sa qualité. Le périmètre de ce qu'elle recouvre et les attendus ne font pas toujours consensus. Ces approches de la qualité sont sans doute toutes légitimes, même si leur variété s'accompagne d'un flou sémantique, qui pose question quand on cherche à délimiter le périmètre pour sa valorisation.

Pour saisir la qualité, un compromis semble émerger autour de trois voies :

- Les retours d'expérience patients, avec deux types d'indicateurs :
  - Ceux relatifs à l'expérience du patient (PREMs pour patient reported experience measurements), qui renvoient au vécu de son parcours, avec des critères tels que le délai d'attente, l'accueil, l'amabilité du personnel, la qualité de l'hôtellerie ou de la restauration. Ces données sont recueillies en France via l'enquête de satisfaction menée par questionnaire par les établissements de soins ;
  - Ceux portant sur les résultats qui importent aux patients (les « PROMs », pour Patient Reported Outcomes Measurements), et qui portent sur la qualité de vie. Ils ne sont pas du tout recueillis en France.

- Le suivi des procédures et des recommandations, assez dominants, ils ont été les premiers développés, comme encore beaucoup d'indicateurs IFAQ ou de forfaits structure des Maisons de Santé ou Centres de Santé ;
- Les résultats cliniques ou médico-économiques, qui sont de plus en plus utilisés, mais demandent des interprétations très prudentes.

Ces voies ne sont pas encore clairement tracées, mais ce sont elles qui guident déjà le développement des indicateurs. En avançant ainsi, masquée derrière la supposée neutralité du chiffre, la définition de la qualité pourrait finalement émerger d'un ensemble protéiforme de critères, dont rien ne garantit la cohérence. Elle relève avant tout de choix politiques, qui mériteraient d'être clairement débattus et arbitrés comme tels. C'est sans aucun doute un préalable au développement de la batterie des indicateurs de mesure et de rémunération. Dans le cas contraire, les acteurs risquent bien vite de faire l'objet d'incitations contradictoires, peu productives, voire même contreproductives en termes de crédit attaché à ces mêmes indicateurs.

### **Les indicateurs de qualité – des constructions laborieuses... et périlleuses**

La mesure de la qualité se construit ainsi autour de scores ou d'indices synthétiques attribués à des indicateurs ou groupes d'indicateurs choisis dans les différentes approches de la qualité.

A titre d'exemple, le tableau ci-dessous résume les modalités de calcul des scores pour l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) des établissements de santé, telles que définies par l'arrêté[17] du 12 décembre 2018 pour la campagne tarifaire 2019. Il existe fort heureusement sur le site de l'HAS des documents explicatifs, des glossaires associés aux nombreux sigles, et des guides méthodologiques pour le recueil de l'information nécessaire à la mise en place de ces indicateurs. Pour chaque indicateur des fiches techniques sont disponibles qui en précisent la définition, la justification, les modes de recueil d'information, les critères de notation[18]... L'objectif étant de laisser le moins d'espace à l'arbitraire. Malgré ces supports, malgré les efforts pour le recours à des indicateurs basés sur des données existantes (DMP, PMSI...), ce tableau laissera le non spécialiste un peu désarmé et peut-être même dubitatif sur les fondements des critères de pondération et des scores synthétiques ainsi construits.

ANNEXES

**Annexe 1 : Règles de pondération des critères et modalités de prise en compte dans le calcul des scores**

Critères		Pondération	Score Niveau Atteint	Score Évolution
DPA MCO	QLS	1	X	X
	DTN	2	X	X
DAN	TDA	2	X	X
	TRD	1	X	X
IAS	ICSHA.3	0,5	X	
	ICALIN.2	0,5	X et Malus si E	X et Malus si E
	ICA-LISO	0,5	X et Malus si E	X et Malus si E
	ICATB.2	0,5	X et Malus si E	X et Malus si E
e-Satis +48h MCO		2	X	X
e-Satis Chirurgie Ambulatoire		0,5	X	
RCP		3	X	X
AVC	ENV (0,25 <sup>*</sup> )	3	X	
	EPR 1 (0,25 <sup>*</sup> )		X	X
	DTD (0,25 <sup>*</sup> )		X	
	PCA (0,25 <sup>*</sup> )		X	
PP-HPP	DEL (0,33 <sup>*</sup> )	3	X	X
	SURMIN (0,33 <sup>*</sup> )		X	X
	PECI HPPI (0,33 <sup>*</sup> )		X	X
DIA	ASE (0,2 <sup>*</sup> )	3	X	X
	NUT (0,2 <sup>*</sup> )		X	X
	PS H (0,2 <sup>*</sup> )		X	X
	AAT (0,4 <sup>*</sup> )		X	X
CA	CA-ELIG	0,5	X	
	CA-DLR	0,5	X	
	CA-EPSS	0,5	X	
Sécurité du patient**	ETE-ORTHO	-	Malus	Malus
DPA HAD	COORD	0,5	X	
	DTN	1	X	X
	TRE	1	X	X
DPA SSR	DOC	1	X	
	DTN	2	X	X
Certification		1	X	

Hôpital numérique Pré-requis et domaines D2 et D3	1	X	
--	---	---	--

*\* Les pondérations indiquées entre parenthèses pour les indicateurs des critères, AVC, HPP et DIA correspondent aux poids relatifs de chaque indicateur composant le critère.*

*\*\* L'utilisation dans le score IFAQ des indicateurs du thème Sécurité du patient sont soumis à l'obtention, lors de la mesure de la valeur prédictive positive (VPP), d'un résultat égal ou supérieur à 85% ; valeur en-deçà de laquelle l'indicateur n'est pas assez fiable pour une utilisation externe.*

Cet exemple n'est pas isolé. Il illustre toutes les difficultés techniques que pose la construction d'indicateurs de qualité, et les dérives très rapides qu'il peut y avoir dans les ressources mobilisées, outils de recueil, systèmes d'information... C'est une limite réelle, et à l'heure où l'on met tout en œuvre pour « optimiser » le temps médical, on doit rester vigilant à ce que le temps de traçabilité du travail et des actes ne vienne épuiser toujours plus la disponibilité aux soins et aux patients. A titre d'illustration, il ne faut pas moins de deux annexes de vingt pages pour détailler les indicateurs de



rémunération du forfait structure de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel, détaillant les informations à recueillir les modalités de rétribution des différents indicateurs... et un tableau sur trois pages pour ce qui concerne les pièces justificatives<sup>[19]</sup> !

C'est une critique répandue, exprimée par de nombreux professionnels qui ont le sentiment d'être noyés dans les impératifs de « rendu compte » de leur activité. Certaines machineries managériales ont ceci de particulier qu'elles s'emballent toutes seules, et au prétexte d'évaluer au plus près la productivité et les performances, elles en oublient d'évaluer la réelle plus-value des instruments de mesure mis en place à cette fin !

Or, en la matière, il n'y a rien de mécanique. Dans de nombreux secteurs où elles ont été observées, les stratégies déployées par les acteurs mis en situation de répondre aux indicateurs de mesure, de notation ou de classement s'avèrent très inventives, déjouant les attendus, rendant plutôt incertains voire contre productifs les résultats de ces modes d'incitation<sup>[20]</sup>. Il n'y a aucune raison pour que la rémunération à la qualité dans le champ de la santé échappe aux effets contrevenants des exercices de benchmark, de classement et de notation.

Par exemple, l'une des critiques reconnue et documentée est que la recherche de « bons résultats », surtout si le financement en dépend, tend à induire des comportements de sélection des patients, pour ne prendre en charge que les cas les plus simples, ceux qui optimisent a priori la probabilité d'être bien noté. Les parades existent, qui consistent à mener des analyses de résultats sur des groupes de patients comparables en termes de gravité et/ou de comorbidités sur une pathologie considérée. Ce type d'analyse, dite « stratifiée », permet de comparer ce qui est comparable.

On le voit, on sort ici de la production de tableaux de bord et de benchmark, pour entrer dans de véritables analyses statistiques, dont l'objet même est la compréhension des déterminants de la disparité observée des indicateurs. L'exercice est cependant de tout autre nature, et de tout autre portée en termes d'évaluation de la qualité.

## **Qualité et transparence de l'offre de soins**

Avec ces comparatifs, un principe vertueux de transparence à l'égard des usagers du système de santé est à l'œuvre. Il s'agit d'éclairer le choix de l'offre de services de

soins du patient. Cette information est destinée à qualifier ces services. Par la codification qu'elle suppose, la mesure de la qualité des offres de services de soins contribue à la construction de nouveaux segments du marché de la santé[21].

La figure du patient désarmé face au système laisse peu à peu la place à celle du patient éclairé : il choisit en fonction d'une information complète et synthétique, les services de soins qui lui sont adaptés, le niveau de qualité requis sur tel ou tel critère qu'il aura, à titre individuel, privilégié ; il pourrait même à terme, à l'aide d'outils d'autodiagnostic, être en mesure de désigner les spécialités et types de soins dont il a besoin. Le patient éclairé devient un consommateur des services de santé.

Qui voudrait d'une opération de la hanche dans un établissement de santé où les infections nosocomiales n'affichent pas les meilleurs scores ? Il y a là une forte pression pour atteindre les standards les plus élevés. Alors qu'elles avaient reculé de 10 % entre 2006 et 2012, les infections nosocomiales ne diminuent plus depuis, elles ont même augmenté significativement en chirurgie (+35%) sur la période, touchant 1 patient hospitalisé sur 20[22]. Quant aux indicateurs qualité des établissements, construits sur l'adoption des mesures de prévention et procédures de lutte contre les Infections Associées aux Soins (IAS), ils ont également cessé de progresser. Heureusement, ils sont refondus en 2019[23] !

Aussi éclairé soit-il, que fait le patient de ces chiffres ? Peut-être saura t'il trouver l'information pour éviter les quelques 5% d'établissements classés en C, D ou E, mais il n'y a rien de moins sûr : une large part de la population n'en sera pas capable, et à ce titre, les inégalités face aux soins sont susceptibles de s'accroître encore, dégradant d'autres indicateurs de qualité... à ce jour il est vrai absents des systèmes incitatifs. Sur le fond, est-ce rassurant ? Le patient n'est-il pas en droit de se demander pour quelle(s) raison(s) ces « mauvais élèves » ne sont pas mis « hors d'état de nuire » ? Tout se passe comme si l'Etat garantissait la fiabilité de la mesure et de l'information, sans garantir celle des soins ! Par ailleurs, il est curieux que, sur des sujets aussi sensibles, les établissements aient besoin de ce type de pressions concurrentielles pour agir. Paradoxalement la transparence ne rend pas plus confiant dans la qualité des soins qui sont offerts. Elle fait peser sur les épaules du patient certaines responsabilités de choix qu'il ne devrait pas avoir à faire, quand bien d'autres ne lui sont toujours pas ouverts.

Il ne s'agit pas ici de dire que la transparence n'a pas d'intérêt et qu'il vaudrait mieux tenir les patients à l'écart de l'information relative à la qualité des pratiques professionnelles et des établissements. Quels que soient les efforts consentis pour leur construction, les indicateurs doivent cependant rester à leur place.

## **La juste place des indicateurs et de la rémunération de la qualité**

Même s'ils sont incitatifs, même s'ils sont construits avec adresse, même s'ils sont pertinents, même s'ils sont évolutifs, même s'ils sont fiables et accessibles à tous les usagers du système de santé sans discrimination, l'utilisation des indicateurs de qualité dans la rémunération du système de santé doit éviter de prendre le pas sur les décisions publiques.

Les indicateurs de qualité sont bien une aide à la décision publique, ils n'en sont pas un substitut. Leur existence ne doit pas ouvrir la porte au pilotage automatique des politiques de santé, mais au contraire nourrir dialogues et échanges à tous les niveaux où elles se jouent.

- **Au niveau local**

Les indicateurs de qualité peuvent participer à une vision commune et à des solutions co-construites sur des responsabilités partagées. Ils portent sur des problèmes de parcours, d'accessibilité, de coordination des acteurs. Ce sont des thèmes de travail pour les contrats territoriaux de santé, dès lors qu'ils s'inscrivent dans l'échange et la concertation avec les équipes de soins de proximité, notamment désormais au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

Les leviers d'action pour l'amélioration de la qualité relèvent du champ sanitaire, mais aussi médicosocial, social et environnemental. Ils peuvent rarement être actionnés sans le décroisement des engagements politiques et budgétaires des différents partenaires institutionnels compétents sur chacun de ces domaines des politiques publiques. Il y a aujourd'hui encore de fortes réticences à ces actions concertées, minorant considérablement la portée des indicateurs de qualité autour desquels sont construits les diagnostics.

L'expérience des MAIA illustre particulièrement bien cela. Outre la gestion de situations complexes de personnes âgées, les MAIA ont une mission d'observation des parcours et de remontée d'information sur les dysfonctionnements identifiés sur leur territoire. Or, l'évaluation de ce dispositif montre que cette fonction plus stratégique, par laquelle doit pouvoir être orientée l'organisation de l'offre sur le territoire, n'est pas remplie. Ce n'est pas faute d'avoir travaillé sur de multiples outils de repérage des parcours et des points de rupture les affectant. Mais les indicateurs restent silencieux s'ils ne sont pas inscrits dans une gouvernance qui s'en empare<sup>[24]</sup>. Dans le cas précis, le dispositif a souffert du manque de concertation construite entre les ARS et Conseils départementaux, mais aussi avec les équipes de soins primaires et en particulier les médecins traitants, expliquant la faible portée relative du service rendu par cet appui à la coordination.

- Au niveau régional

Les indicateurs de qualité sont potentiellement de bons outils pour le dialogue de gestion avec les opérateurs et le contrôle des autorisations. Ils restent cependant des outils d'aide à la décision.

Il est vrai qu'il est plus facile de lire des courbes, des graphiques ou des cartes, que de prendre connaissance du contenu des rapports d'activité ou projets de services, de pôles, d'établissements, de MSP, de Centres de Santé, d'EHPAD...

Pourtant, les administrations qui se laisseraient aller à une telle facilité, et il y en a, courent le risque de ne plus connaître la vie des établissements, les conditions d'exercice des professionnels, ou le contenu des métiers qu'elles régulent. En l'absence de réelles compétences sectorielles et de métiers, les objectifs chiffrés deviennent les seuls repères de décision. Ce faisant, les administrations pourraient donner aux opérateurs le ton bureaucratique dans lequel ces derniers finiront bien par remplir les indicateurs de qualité, avec tous les effets néfastes que cela comporte en termes de fiabilité des informations, mais aussi de désincitation des acteurs pour leurs efforts portés à un travail que les seules approches chiffrées tendent à désincarner : après tout, ils n'ont qu'à cocher les cases !

- Au niveau national

A ce niveau macroéconomique de restitution, les indicateurs de qualité devraient pouvoir servir à l'évaluation des politiques publiques de santé et notamment celle de leur système de financement.

A cet égard, l'une des questions concernant l'introduction de la qualité dans le système de rémunération concerne ses effets sur le bouclage macroéconomique des budgets de la Sécurité sociale. Elle est peut-être une solution partielle, pas une solution miracle.

La T2A a été pointée du doigt pour ses effets inflationnistes sur la production de soins et leur pertinence. On a du mal à croire que l'intégralité de ces effets soit due à l'avidité des professionnels et des établissements publics ou privés.

Un autre facteur explicatif tient à la mécanique de « l'effet ciseaux » ; au-delà de certains seuils, après plusieurs années, les économies cumulées demandées pour l'équilibre des comptes de l'assurance maladie ont fini par déconnecter les tarifs et les coûts de l'activité. Ces derniers, estimés par les enquêtes nationales de coût, n'ont pas de valeur absolue mais seulement relative, formant la hiérarchie des tarifs de séjour, dont le montant global est contenu dans l'enveloppe fixée de l'ONDAM hospitalier. Dans ces conditions, les établissements ont pu être incités à adopter une logique de production d'activité toujours plus importante, permettant tout juste l'équilibre d'exploitation, pas même à un taux suffisant pour financer les investissements. Ce sont précisément ces taux de croissance d'activité qui déterminent le montant des économies demandées, qui elles-mêmes déterminent la baisse des tarifs, et creusent encore l'écart à la réalité des coûts... et la boucle est bouclée.

L'introduction d'une part forfaitaire de financement basée sur la qualité pourrait venir rompre cet enchaînement. Elle pourrait fournir une rémunération complémentaire pour couvrir des coûts (coordination, prévention, gestion des risques...) que les tarifs ne prennent pas en compte. Mais il n'y aura pas de miracle. Les ajustements de ces incitations à la qualité n'auront d'effets réels que si leur montant est correctement ajusté aux moyens mis en œuvre. Dans le cas contraire, leur impact sur la qualité sera limité. Le cas échéant, la qualité sera synonyme d'économies, ce qui peut s'entendre mais ce qui doit se dire, au risque sinon de mettre les acteurs dans des situations d'injonctions contradictoires où ils seraient sommés de respecter des normes et procédures de qualité sans en avoir les moyens. Si les objectifs fixés par la rémunération à la qualité ne sont pas tenables, ils risquent fort d'être discrédités.

\*\*

La rémunération à la qualité est une voie susceptible de rompre avec des logiques inflationnistes contraires à la pertinence des soins et à la coopération des acteurs qui dégradent aujourd'hui les performances de l'organisation de la santé, notamment pour ce qui concerne le suivi des parcours et les maladies chroniques.

Pour autant, la rémunération à la qualité est un chantier de réforme qui mérite d'être mené avec la plus grande vigilance.

La qualité dont il est question doit être clairement définie en amont, avec de claires perspectives politiques sur la signification et l'impact des procédures, normes et seuils qui en délimitent le périmètre et en fondent la mesure.

La mise en œuvre doit également veiller à maîtriser l'emballage de la production d'outils de mesure, rationaliser les données à déployer et en établir les conditions d'accès.

Enfin, et surtout, la rémunération à la qualité et les incitations produites par ses indicateurs de mesure, doivent rester inscrites dans une gouvernance où les décideurs restent aux commandes, où les acteurs professionnels ou structures restent engagés dans le métier plus que dans les procédures.

Les expérimentations mises en place dans le cadre de l'article 51 du PLFSS n'épuiseront évidemment pas le sujet, mais elles s'accompagnent d'un dispositif d'évaluation ambitieux qui, on peut le penser, permettra de répondre en partie à ces points de vigilance.



[1] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_financement\\_et\\_regulation.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf)

[2] <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>

[3] Le nombre d'indicateurs varie selon les professionnels : on en compte 10 pour les médecins traitants de l'enfant, 8 pour l'hépto-gastroentérologie, 9 pour les cardiologues et 8 pour les endocrinologues

[4] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01\\_Polton\\_Bousquet.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01_Polton_Bousquet.pdf)

[5] Donald M. Berwick, Andrew D. Hackbarth « Eliminating Waste in US Health Care » JAMA. 2012;307(14):1513-1516, Published online March 14, 2012. doi:10.1001/jama.2012.362

[6] Mark Smith, Robert Saunders, Leigh Stuckhardt, J. Michael McGinnis, Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America, Institut of Medicine of National Academies, The National Academies Press, Washington, 2013 ; Rapport de l'OCDE 2017 [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health\\_9789264266414-en#page2](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en#page2);

[7] <https://blogs.mediapart.fr/jean-pierre-thierry/blog/190315/tiers-payant-generalise-et-paiement-lacte-lexception-francaise>

[8] Jean-François Thébaut, « Pertinence : pour qui ? pourquoi ? », Cordiam, mai 2019

[9] <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rossp>

[10] <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/pertinence-des-soins-mais-de-quoi-parle-t-on-arretons-de-confondre-qualite-pertinence-valeur-en-sante-142468>

[11] Maya Beauvallet, Les stratégies absurdes. Comment faire pire en croyant faire mieux, Essais, Points, Editions du Seuil 2009.

[12] Pour une revue de littérature sur le sujet et les enseignements en termes de construction des indicateurs de performance voir Brigitte Dormont « Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique », Les Tribunes de la Santé, Presses de Science Po, 2013/3 n°40, pages 53-61.

[13] Peter C Gøtzsche, Karsten Juhl Jørgensen, Screening for breast cancer with mammography (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013, Issue 6. Notons la situation actuelle pour le moins ambiguë avec d'un côté le Ministère de la Santé qui confie en 2016 à l'Inca le soin de moderniser le programme de dépistage du cancer du sein... tandis que dans le même temps, l'accord conventionnel a choisi de suivre l'avis du Collège de médecine générale, favorable au maintien de l'indicateur dans la ROSSP. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>

[14] <https://www.bmj.com/content/356/bmj.i6538>

[15] Maya Beauvallet, op.cit.

[16] <https://www.nature.com/articles/s41746-019-0132-y>

[17] <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/12/12/SSAH1834074A/jo/texte>

[18] [http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/fiche\\_descriptive\\_qls\\_mco\\_2019.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/fiche_descriptive_qls_mco_2019.pdf)

[19] [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400390/document/annexe\\_6\\_guide\\_methodo\\_ra\\_contrat\\_struture\\_plu\\_ripro-.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400390/document/annexe_6_guide_methodo_ra_contrat_struture_plu_ripro-.pdf)

[20] Maya Beauvallet, op. cit.

[21] Tordjman, Hélène. « La construction d'une marchandise : le cas des semences », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 63e année, no. 6, 2008, pp. 1341-1368.

[22] Santé Publique France, *Infections nosocomiales, la surveillance au service de la prévention*, Juin 2018

[23] [http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/animation/es/2018/28\\_09\\_18/6\\_evolution\\_IQSS\\_IAS.pdf](http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/animation/es/2018/28_09_18/6_evolution_IQSS_IAS.pdf)

[24] Rapport d'évaluation CNSA Janvier 2017 <https://www.cnsa.fr/rapport-devaluation-des-dispositifs-maia>