

# FINANCER LA QUALITÉ DES SOINS HOSPITALIERS : JUSQU'OUÀ ALLER ?

Dans le contexte français, l'objectif du système d'assurance-maladie est de garantir un niveau homogène de la qualité dans tous les établissements de santé, non à en faire un facteur de discrimination comme dans le système concurrentiel nord-américain. On perçoit cependant les limites d'une telle affirmation : quelle charge la collectivité est-elle prête à

accepter de payer pour cela ? L'analyse des situations que le régulateur est amené à traiter et qui l'amènent à développer des arbitrages qualité-accessibilité-coût montre, qu'avec l'introduction d'un financement de la qualité, il serait, certes plus éclairé dans ses choix, mais aussi confronté à un degré de complexité plus élevé et à une pression sociale revendiquant toujours plus de qualité. Mais on peut aussi juger inéluctable cette évolution : engager une régulation de la qualité, c'est affirmer un impératif de santé publique, notamment en termes de réduction des risques ; faire preuve d'une plus grande transparence dans le souci d'améliorer la qualité, c'est répondre à une demande citoyenne, et sans doute aussi professionnelle, forte.

PAR LE Dr. **Étienne MINVIELLE** (1) – CENTRE DE RECHERCHES EN ÉCONOMIE ET GESTION APPLIQUÉES À LA SANTÉ (UNITÉ MIXTE INSERM/CNRS)

La place à accorder à la qualité du service rendu dans la régulation hospitalière est une question à laquelle sont régulièrement confrontés les pouvoirs publics du domaine. Cette notion de régulation peut s'entendre de différentes façons. Elle peut s'apparenter à une régulation financière, conditionnant les ressources allouées à l'établissement ou aux praticiens y exerçant à des niveaux de qualité. Elle peut

aussi s'appliquer à la diffusion publique des résultats des hôpitaux en matière de qualité (par exemple, sous la forme de classement, comme ce qui se fait pour les lycées). Elle peut enfin se considérer sur le registre de la planification de l'offre (fermeture d'établissements sur des critères de non-qualité).

Nous nous intéresserons ici au premier thème : celui de la régulation financière de la qualité. Ce sujet fait

(1) Médecin, Chercheur au CNRS en Sciences de Gestion, l'auteur est responsable scientifique d'un projet de développement d'indicateurs de qualité des soins dans les hôpitaux, le projet COMPAQH. Débuté en

mars 2003, ce projet réunit trente-six établissements. Il est soutenu par le ministère de la Santé et la haute autorité de santé. Il teste l'hypothèse d'une généralisation d'une batterie d'indicateurs au sein des établissements de santé français.

actuellement débat en France. On y évoque l'idée d'une nouvelle «*régulation par la qualité*» (2). Parallèlement, des initiatives se multiplient dans les pays anglo-saxons. Sous le terme de «*Paying for Quality*» (3) (4), différentes approches cherchent à intégrer la qualité dans le paiement des établissements ou la rémunération des médecins, ou bien à développer des systèmes de primes additionnelles, ou encore de sanctions financières. Ces débats et initiatives ont en commun d'introduire une série de questions sur le lien entre les modes de financement et la qualité. Peut-on envisager de rémunérer la «bonne» qualité? *A contrario*, peut-on envisager de pénaliser la non-qualité? Et au bout du compte, l'interrogation peut-être la plus essentielle: est-il bien raisonnable de lier les financements à la qualité de la prestation?

Pour contribuer à cette réflexion, nous étudierons tout d'abord les origines de ce questionnement. Il apparaît que l'émergence d'un tel débat s'établit sur un fond de crise, la prise en compte de la qualité dans le financement relayant une volonté de rompre avec une lecture traditionnelle, centrée exclusivement sur la maîtrise des coûts hospitaliers. Il apparaît aussi que la chose semble désormais envisageable, du fait d'avancées techniques dans le développement des techniques de mesure de la qualité. Dans un second temps, nous chercherons à identifier l'objectif de régulation recherché à travers ce lien financement-qualité. Différents éléments théoriques et pratiques convergent pour montrer que l'enjeu n'est pas tant d'associer étroitement ces deux dimensions que d'envisager des incitations financières à l'amélioration de la qualité. Enfin, nous explorerons les voies d'une déclinaison opérationnelle de telles incitations. À travers la discussion de quatre points-clés, il apparaît que si les difficultés à surmonter ne sont pas négligeables, une régulation financière de la qualité peut s'envisager à moyen terme. Si cette évolution est susceptible de générer des résistances, elle n'en constitue pas moins une réponse à des demandes sociales et professionnelles fortes. En cela, l'hôpital s'apprête peut-être à vivre une évolution qui ne lui est sans doute pas spécifique.

## L'ÉMERGENCE D'UN DÉBAT

Dans un secteur où la maîtrise des dépenses reste plus que jamais une priorité, l'hypothèse d'un lien entre le financement et un niveau de qualité des soins peut surprendre. Le lecteur rompu aux analyses des réformes hospitalières peut juger que l'urgence est

ailleurs, notamment dans la généralisation d'un nouveau système de tarification, annoncé depuis des lustres comme une mesure d'allocation budgétaire plus équitable. Il peut aussi naturellement voir un certain danger à lier le financement à la qualité de la prestation. Ne risque-t-on pas ainsi de générer des arbitrages dangereux? À l'opposé, le lecteur extérieur au champ peut s'étonner de la faible considération apportée à la qualité dans les financements hospitaliers. Il peut lire dans cette tentative de rapprochement une évolution logique que d'autres domaines des services ou de l'industrie ont déjà cherché à expérimenter. Il peut aussi considérer le bien-fondé de l'hypothèse: dans un domaine comme la santé, n'est-il pas légitime de resituer la qualité du service rendu, notamment en termes de risque encouru, comme un principe fort de la régulation, et donc d'y adjoindre une incitation financière?

Pour chercher à mieux comprendre la cohérence qu'il peut y avoir entre ces points de vue apparemment contradictoires, il est intéressant de replacer le sujet dans sa perspective historique. De cette manière, il deviendra plus facile de saisir les raisons de l'apparition d'un tel débat, la réalité de ses paradoxes et les enjeux qu'il recouvre.

## L'absence de prise en compte de la qualité dans les financements

Rappelons brièvement que le parc hospitalier français est composé de plus de trois mille huit cents établissements publics et privés (cf. Tableau 1). Le secteur public est dominant, avec environ mille hôpitaux qui contribuent pour les deux tiers des lits. Mais le secteur privé à but lucratif, composé d'environ mille quatre cents établissements, est l'un des plus actifs en Europe. Le reste du secteur renvoie à des établissements dits 'privés à but non lucratif', structures qui partagent avec le secteur public les mêmes règles de financement, mais qui s'en distinguent par des aspects conventionnels et organisationnels (conventions collectives, statut des médecins, etc.).

On ne peut entrer dans l'analyse de ce secteur, sans être interpellé par la question de la maîtrise des dépenses. Une seule comparaison suffit à en comprendre l'importance: les dépenses hospitalières sont passées de dix-sept milliards d'Euros en 1975 à soixante et un milliards en 2002 (source: Ministère de la santé). Quand on sait que l'ensemble de ces dépenses représente un poste important des dépenses de santé (un peu moins de la moitié ces dernières

(2) COULOMB A. « Vers des stratégies d'évaluation de l'efficacité du système de soins: le service médical rendu au patient ». *Regards*. CNESS, 2004, 26: 1-5.

(3) ROSENTHAL M.B. FERNANDOPULLE R, HYUNSOOK R.S., Landon B.,

« Paying for quality: Providers' Incentives For Quality Improvement ». *Health Affairs*, 2004, 23-2: 127-141.

(4) EPSTEIN AM, LEE T.H., BETH HAMEL M., « Paying physicians for High-Quality Care ». *New England Journal of Medicine*. 2004, 350-4: 406-410.

	Public (%)	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif
Nombre d'Établissements	1035 (27)	1425 (37)	1376 (36)
Nombre de lits de la catégorie	314 576	68 698	94 924
Nombre de Journées d'hospitalisation	95 069 721 (66)	19 831 507 (13,8)	28 416 173 (19,8)
Répartition par Activité		Public et Privé à but non lucratif (%)	Privé à but lucratif
Chirurgie		48,8	51,2
Médecine		77,7	20,3
Obstétrique		67,3	32,7
Psychiatrie		83,2	16,8

**Tableau 1. Les trois liens entre financement et qualité**

années), on perçoit la préoccupation majeure que représente cette question pour les pouvoirs publics. Si cette question reste entière, ce n'est pourtant pas faute de réformes. Pour des raisons historiques, ces réformes ont été appliquées jusqu'à un passé récent, de façon distincte au secteur public et au secteur privé à but lucratif.

Dans le secteur public, le financement des hôpitaux s'est fondé, depuis 1982, sur un budget prévisionnel qui évolue d'une année sur l'autre, en fonction d'un taux défini à l'échelon national. Jusqu'en 1996, ce taux était marginalement ajusté au niveau régional, le système local d'assurance-maladie payant alors la dotation établie sur une base mensuelle. Depuis lors, est venu s'ajouter un nouvel ajustement tenant compte des caractéristiques de l'activité de l'établissement. Cet ajustement, toujours marginal, a permis de préfigurer le mode de financement actuel, comme nous allons le voir.

Dans le secteur privé, où le remboursement s'opère sur la base d'un paiement à la journée pour la prestation hôtelière et les soins infirmiers (5), un plafond a aussi été imposé à la totalité des dépenses, depuis 1992. La dépense globale du secteur est gérée à travers un mécanisme prix-volume: le prix payé décroît si les volumes sont hauts et vice versa.

La dernière réforme, baptisée «hôpital 2007», envisage désormais un même système de tarification pour les hôpitaux publics et privés. Ce nouveau système se fonde sur les caractéristiques de l'activité des établissements. Pour cette raison, il est appelé 'système de la tarification à l'activité', ou plus communément «T2A». S'appuyant sur le Programme de

Médicalisation du Système d'Information (PMSI), ce financement vise à établir un remboursement propre à chaque activité de prise en charge des malades. Schématiquement, chaque patient hospitalisé, selon les caractéristiques de sa prise en charge, est «classé» dans un groupe de référence, nommé Groupe Homogène de Malades (GHM). Chaque GHM se voit attribuer parallèlement une valeur de remboursement, estimée en fonction d'une échelle nationale de coûts. L'ensemble des valeurs enregistrées pour chaque cas permet d'établir un budget annuel lié à l'activité (6).

De par ses fondements, cette réforme marque une nette progression dans la régulation économique du secteur. D'une part, elle réunit les établissements des secteurs privé et public sous un même mode de paiement. D'autre part, elle fonde le remboursement sur des caractéristiques de l'activité, en tenant compte d'une variation des coûts engagés selon la pathologie prise en charge. L'hypothèse est ainsi faite que la comparaison inter-établissement (en identifiant les «plus coûteux»), et la comparaison interne entre le prix de remboursement et les coûts réellement engagés (en incitant à diminuer ces derniers), permettront de réduire les inégalités existantes et de mieux contrôler les dépenses.

De nombreuses questions pourraient être évoquées sur les limites de cette hypothèse, comme sur les difficultés de mise en œuvre de ce nouveau système. Il sera toujours temps de les évaluer, lors de la phase introductive qui débute en 2005 (7). Mais cela n'est pas l'objet de cet article.

Dans notre cheminement, le point essentiel est de

(5) La rémunération des médecins est traitée à part.

(6) Des règles complémentaires portant sur des produits particulièrement onéreux ou sur le coût d'activités dites d'intérêt général (la recherche et l'enseignement, notamment) modulent en fait ce budget.

(7) Dans un premier temps, ce système s'appliquera aux activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique, activités de soins aigus distinctes des activités psychiatrique et de soins de suite et de réadaptation.

constater l'absence de relation entre les modes de financement et la qualité du service rendu. Quelle que soit l'activité considérée, les groupes homogènes de malades n'intègrent aucun jugement sur la qualité. Cette absence se traduit par le risque de voir la « T2A » générer des effets négatifs. Sans « garde-fous », les établissements, dans leur quête d'optimisation du remboursement, peuvent être conduits à laisser la qualité se dégrader, notamment en organisant des sorties trop précoces des patients (8).

Cette absence de lien entre financement et qualité n'est pas propre à la « T2A ». Il est observable au sein des modes de financement précédents. Il n'est pas non plus spécifique au contexte français. Il s'applique à d'autres systèmes de santé, de type régulation administrée comme le cas britannique, ou de type concurrentiel comme le système nord-américain (9) (10). On peut alors s'interroger sur les raisons d'une absence aussi généralisée, et aussi sur les motivations qui conduisent désormais à la dénoncer.

### Plaidoyer en faveur d'un rapprochement

Comme nous l'avons mentionné en introduction, l'idée d'un rapprochement financement/qualité est sous-jacente au débat actuel sur la « régulation par la qualité ». Même si ce débat couvre d'autres aspects, l'emploi de mots tels que « valorisation » ou « rémunération » de la qualité met sur le devant de la scène la question d'une allocation de ressources en fonction de niveaux de qualité des soins.

Si une telle interrogation se pose, c'est qu'un plaidoyer s'est construit ces derniers temps. On peut y distinguer trois arguments principaux.

Le premier est celui de la recherche de nouvelles voies qui associeraient plus étroitement maîtrise des dépenses et amélioration de la qualité des soins. Si l'on se réfère à l'évolution des dépenses hospitalières des trente dernières années, l'efficacité des actions engagées reste discutable (11). Et quitte à rompre avec une lecture traditionnelle, autant envisager des réformes qui jouent sur un registre plus élargi de la performance hospitalière (12).

Accentuer la vigilance apportée à la qualité apparaît à cet égard d'autant plus justifié que de nombreux éléments peuvent faire craindre sa dégradation. Outre la pression budgétaire, les conditions de travail apparaissent médiocres, la pénurie de personnels dans certains métiers, associée à l'introduction des trente-cinq heures, s'est accentuée. Bref, le contexte de crise que vit l'hôpital légitime le renforcement de l'attention apportée à la qualité.

Par ailleurs, cette attention soutenue n'est pas forcément synonyme de surcoûts. Le rapport Béraud a constitué en son temps une dénonciation vigoureuse du gaspillage lié à la non-qualité au sein du système de santé (13). Récemment, un rapport (14) a remis au goût du jour la notion du coût de la non-qualité (15). Même si la difficulté à rendre ces coûts opérationnels est réelle, l'idée que des économies potentielles puissent être réalisées en cas de réduction des événements indésirables survenant lors de l'hospitalisation fait son chemin. Elle étaye l'hypothèse d'un investissement financier dans la qualité dont l'impact, en termes économiques, serait positif (16).

Le second argument se situe sur le plan de la compréhension et de la lisibilité du mode de paiement. Introduire la qualité dans le financement des structures et de leurs acteurs, c'est plaider pour un système plus « parlant » pour les usagers, comme pour les professionnels de la santé. L'usager aspire à une plus grande transparence. Et l'idée d'un paiement qui soit fondé sur des critères de qualité n'est sans doute pas pour lui déplaire, à condition qu'il n'en subisse pas l'impact en terme financier. Le professionnel peut, pour sa part, y voir une source de dialogue et une possibilité de refonder sa légitimité. La production lexicale générée par les récentes réformes hospitalières a en effet été particulièrement dense : « T2A », « GHM », déjà cités, mais encore SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) ou EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles), pour ne citer que les principaux. Ce vocabulaire technique a créé un jargon parfois incompréhensible pour le profane, à tel point que le professionnel mal informé peut se sentir rapidement démuné, désorienté, et finalement peu motivé. Dans ce contexte, l'introduction de la qualité des soins dans le domaine de l'économie peut restaurer

(8) BOUSQUET F. « Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ? » *Dossier Solidarité et Santé*, 2004, 1 : 12-17. BURNEL P. 2004. « La tarification à l'activité est-elle compatible avec le maintien de la qualité des soins ? » *Risques et Qualité*, 2 : 23-27.

(9) MAYNARD A. 1998. « Competition and Quality: rhetoric and reality ». *International Journal Quality in Health Care*, 10-5 : 379-384.

(10) JENCKS S. « The right care ». *New England Journal of Medicine*. 2003, 348 : 2251-2.

(11) Voir notamment la critique de Jean de Kervasdoué. KERVASDOUÉ J (de), *L'hôpital vu du lit*. Paris, Seuil, 2004.

(12) *Vers des systèmes de santé plus performants*, Paris, OCDE, 2004.

(13) BERAUD C., *La sécu, c'est bien, en abuser, ça craint. Rapport, Caisse Nationale d'Assurance Maladie*, 1992.

(14) Les coûts de la qualité et de la non-qualité dans les établissements de santé. Rapport ANAES, en collaboration avec le Comité de Coordination et d'Évaluation Clinique et Qualité en Aquitaine. Juin 2004.

(15) SAVALL H. *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, Paris, Ed Economica, 1977.

(16) KIMBERLY J., MINVIELLE É. « Qualité des soins et utilisation des ressources à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, 1991, 2 : 79-94.





© Coll. ROGER-VIOLLET

En France, les dépenses hospitalières sont passées de dix-sept milliards d'Euros en 1975 à soixante et un milliards en 2002 (Salle de l'Hôtel Dieu de Paris, d'après une miniature du XV<sup>e</sup> siècle)

un langage plus accessible aux médecins et aux soignants, et donc plus à même de favoriser les échanges médico-administratifs.

Le terme « parlant » peut également s'interpréter en termes d'intéressement. Si l'on veut intéresser les médecins et les infirmières, autant envisager un mode de financement en lien avec ce qui constitue le noyau dur de leur métier. Or, y a-t-il une valeur qui répond mieux aux exigences professionnelles que la qualité? Dans un système social organisé autour de l'expertise clinique, cela permet d'offrir une déclinaison concrète d'une « maîtrise médicalisée », par opposition à une « maîtrise comptable ».

Le dernier argument a trait aux capacités accrues de mesure. Nous avons volontairement laissé sous silence les difficultés méthodologiques de l'évaluation de la qualité, ce qui pourrait conduire à une lecture naïve des réformes entreprises. Mais si un lien entre financement et qualité est maintenant évoqué, c'est aussi en raison du développement des instruments de mesure. Ces développements ont débuté aux États-Unis, au début des années 80, puis ils se sont diffusés

dans d'autres pays anglo-saxons. Une masse critique d'expertise s'est ainsi construite qui s'est étendue, durant les dix dernières années, à l'ensemble des pays industrialisés (17). Il est certain que dans nombre de ces pays, ce développement reste encore modeste. Mais il ne faut pas s'y tromper : l'industrie de la mesure en matière de qualité est en plein essor. Les pays les plus avancés ont déjà inséré ces mesures dans des démarches de gestion interne des établissements, de diffusion publique ou encore de régulation financière dans lesquels les professionnels sont largement impliqués.

En comparaison, la situation française reste en retrait. Outre les palmarès régulièrement organisés depuis cinq ans par les médias, différents programmes soutenus par les pouvoirs publics sont engagés d'une manière plus récente. Le projet « COMPAQH », soutenu par le ministère de la santé, la Haute Autorité de Santé et les fédérations hospitalières, teste ainsi, depuis 2003, quarante-deux indicateurs sur trente-six établissements de santé (18). La direction des recherches et des études

(17) Pour un descriptif de ces expériences, voir notamment le rapport OCDE *Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*. 2002, Paris, OCDE Ed.

(18) Rapport COMPAQH 2003. Disponible sur le site du ministère de la Santé. <http://www.sante.gouv.fr>



Le point essentiel est de constater l'absence de relation entre les modes de financement et la qualité du service rendu

© Platriez/BSIP

du ministère de la santé cherche également à développer des indicateurs en partant des systèmes d'information existants. L'ensemble de ces démarches sert de support à la généralisation d'indicateurs dans certains domaines (notamment cinq indicateurs sur les infections nosocomiales sont généralisés depuis 2005). Elles relaient aussi différentes réflexions menées actuellement sur la construction d'un classement et les modes de certification des établissements de santé.

Ce sont ces trois arguments qui fondent le plaidoyer en faveur d'un lien entre financement et qualité. Certaines actions menées par les pouvoirs publics en 2004 dans le domaine de l'évaluation et de l'accréditation peuvent être interprétées comme les premiers éléments d'une réponse. Ces actions ont en commun d'inciter financièrement établissements et professionnels à s'inscrire dans des démarches d'amélioration de la qualité. Elles constituent une évolution. Néanmoins, elles ne disent rien sur un véritable lien qui unirait allocation de ressources et évaluation d'un niveau de qualité de soins. Un tel lien introduit en effet un questionnement plus large sur l'objectif recherché en termes de régulation.

## LIER FINANCEMENT ET QUALITÉ : POUR QUEL OBJECTIF ?

Afin de définir cet objectif, nous allons identifier, puis discuter, les liens envisageables d'un point de vue théorique.

### Les liens envisageables

Trois types de liens peuvent être considérés (cf. Figure 1) :

*L'analyse de l'impact d'un mode de financement sur la qualité.* À ce premier niveau, la qualité est appréhendée comme une conséquence. Qu'il s'agisse d'un paiement à l'acte, d'un remboursement forfaitaire par effectif de patients pris en charge (paiement à la capitation) ou d'un remboursement forfaitaire calculé sur une base historique (la dotation globale des établissements publics), c'est l'impact du mode de financement sur la qualité des soins qui constitue le lien. C'est également le cas avec l'introduction de la tarification à l'activité.



*Un financement qui incite à l'amélioration de la qualité.* Dans ce second cas, les modes de financement sont raisonnés comme des incitations à l'amélioration de la qualité. Le lien correspond à un financement de la qualité. Une incitation est par exemple constituée par le fait de donner une rémunération supplémentaire à un établissement qui démontrerait un niveau élevé de qualité.

*Un financement guidé par la qualité.* À ce troisième niveau, l'allocation des ressources aux établissements devient dépendante des résultats de l'évaluation de la qualité. Par exemple, le système de tarification des établissements à l'activité serait modulé en fonction des niveaux de qualité observés.

Ces trois niveaux expriment un rôle croissant de la qualité dans les modes de financement. Dans le premier cas, ce rôle est faible, la qualité étant uniquement appréhendée en termes d'impact du mode de financement. C'est la situation actuelle. Pour autant, il n'est pas nul. Par exemple, avec l'introduction de la tarification à l'activité les établissements vont devoir justifier leur niveau de qualité: s'ils sont coûteux, ils devront démontrer un niveau élevé de qualité; s'ils sont peu coûteux, ils devront démontrer que cette situation n'est pas due à un faible niveau de qualité. Le second cas attribue un nouveau rôle à la qualité: on recherche des modes de financement afin d'inciter à son amélioration. Le financement supporte une régulation de la qualité. Par contre, ces modes de financement restent distincts de ceux visant la maîtrise des coûts hospitaliers. Le troisième cas joue, pour sa part, sur une intégration totale de ces financements. Le financement devient unique et guidé par les résultats de l'évaluation de la qualité. Dans une version extrême, la qualité devient le principe dominant du financement. Le lien s'apparente alors à un financement, non pas «de» la qualité, mais «par» la qualité. C'est le choix d'un positionnement entre ces deux derniers niveaux qui est actuellement en débat.

#### Une régulation administrée et autonome de la Qualité

Ce choix est très dépendant des caractéristiques de la régulation du secteur. Cette régulation dite administrée s'appuie sur une relation existante entre l'établissement de santé et l'entité en charge d'allouer les ressources: le régulateur (19). Cette relation s'établit dans un contexte d'asymétrie d'information entre des acteurs aux intérêts divergents. Le régulateur ne possède pas en effet toutes les informations sur la qualité des prestations et des coûts réellement engagés par les

(19) Par commodité d'expression, nous assimilons le régulateur et le payeur, même si dans les faits ils sont distincts puisque le régulateur est

établissements. Cette situation peut conduire à des phénomènes connus des économistes d'aléa moral (un risque de sur-, et surtout de sous-qualité de la prestation, non observable par le régulateur) et d'antisélection (un tarif fixé qui va conduire l'établissement à sélectionner les patients en ne prenant que ceux dont la prise en charge sera réellement moins coûteuse).

Dans ce contexte, le développement de mesures de la qualité doit permettre d'instaurer des mécanismes de révélation de l'information susceptibles de prévenir ces risques. Cette nouvelle donne rend donc plausible les deux niveaux évoqués. Mais deux arguments penchent en faveur du premier de ces deux niveaux envisageables: une incitation autonome et gérée par le régulateur.

#### L'ambiguïté d'un arbitrage coût/qualité gérée par les établissements...

En associant étroitement le mode de financement et la qualité, on instaure en effet un système intégré qui incite simultanément les établissements à élever leurs niveaux de qualité et à réduire leurs coûts. Différentes variantes peuvent augmenter la priorité donnée à la première incitation. On est donc *a priori* dans un schéma ambitieux. Mais, de fait, on génère une situation ambiguë. Car, en créant un tel système, le régulateur perd l'avantage d'une gestion où les régulations économiques et de la qualité sont autonomes, déléguant à l'établissement le soin d'établir l'arbitrage coût-qualité. En effet, en conditionnant le remboursement de la prestation à un niveau de qualité, l'établissement se trouve confronté à la situation suivante: d'une part, il juge la différence entre le prix de remboursement et le coût réellement engagé pour la prestation; d'autre part, il évalue le coût de l'effort pour améliorer sa qualité. Plusieurs cas de figure sont alors à craindre.

D'abord, l'incitation, sur le plan de l'amélioration de la qualité, peut être perçue comme trop faible par rapport au coût de l'effort. L'établissement peut alors considérer que le prix à payer pour élever son niveau de qualité est trop élevé, et se positionner sur un ratio «moins remboursement/moins qualité» qui lui soit plus avantageux financièrement au regard des coûts réellement engagés. Il peut, à l'inverse, juger que l'incitation est financièrement intéressante, le coût de l'effort pour améliorer sa qualité étant faible au regard du gain en terme de remboursement. Dans ce cas, il peut envisager de capter le gain financier sans partage avec le régulateur.

Cette gestion de l'arbitrage par l'établissement peut également introduire des règles dans la sélection des

l'État, et le payeur, l'assurance-maladie. Cette distinction ouvre un débat sur le partage de compétences entre les services de l'État et ceux de l'Assurance-maladie, qui dépasse le cadre de cet article.

patients. D'une part, il peut orienter le recrutement des malades vers des activités dont il connaît les avantages qu'il peut en retirer en termes financiers (un prix de remboursement avantageux) et cela, indépendamment d'un raisonnement sur le niveau de qualité. Il peut d'autre part sélectionner au sein même d'une activité les patients à faible risque, c'est-à-dire ceux dont le coût de la prise en charge est faible au regard du remboursement et pour lesquels un niveau élevé de qualité de la prestation est plus aisé à obtenir.

Ces comportements ont en commun d'amplifier les phénomènes d'aléa moral et d'anti-sélection précédemment évoqués. Ils représentent en conséquence des freins à une optimisation collective de la qualité des soins. On pourra toujours argumenter sur leur faible portée ou sur la capacité à les atténuer par d'autres mesures. Ils expriment néanmoins les dangers d'une délégation à l'établissement de la gestion de l'arbitrage coût-qualité.

#### ... sans contrôle par le régulateur

Ces comportements sont d'autant plus possibles que le régulateur ne possède pas une information suffisante pour les prévenir, tant sur le plan de la qualité que sur celui des coûts réellement engagés par les établissements (20). Dans l'idéal, le régulateur devrait avoir la capacité de juger la pertinence des arbitrages opérés, activité par activité. Or, les systèmes d'information actuels ne garantissent pas une telle démarche. Sur le plan économique, les établissements, et *a fortiori* les services de la régulation, à l'échelon central (le ministère et les services nationaux de l'assurance-maladie) ou déconcentrés (les agences régionales de l'hospitalisation, les caisses régionales d'assurance-maladie) peinent à développer des systèmes de comptabilité analytique performants. Sur le plan de la qualité des soins, malgré les développements actuels, il apparaît impossible d'adosser à chaque situation clinique un indicateur (par exemple, si l'on considère le découpage de l'activité hospitalière par le PMSI, cela conduirait à générer un indicateur pour chacun des cinq cent soixante-dix Groupes Homogènes de Malades). L'évaluation permise par les développements des techniques de mesure permet de distinguer des catégories d'établissements sur des thèmes spécifiques – allant « des plus mauvais aux meilleurs ».

Toutes ces raisons font que l'on peut douter de la fiabilité du contrôle effectué par le régulateur sur les

(20) POUVOURVILLE G (de), MINVIELLE É., *La mesure de la qualité des soins à l'hôpital : l'état de l'art. Quelle information donner au public. In Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, Paris, OCDE Ed, 2002, pp 275-302.

(21) Ce consensus conduit à distinguer des dimensions de structures/processus et de résultats. En termes de résultat, se considèrent les dimensions de l'efficacité clinique (mortalité/morbidité), de la qualité

arbitrages menés par les établissements. Certes des évolutions sont envisageables : les mesures, tant sur les coûts que sur la qualité, sont amenées à s'affiner ; la répétition des mesures de la qualité dans le temps devrait aussi les rendre à terme plus sensibles et plus spécifiques à chaque situation clinique. Mais, dans l'état actuel de l'art, faute de systèmes de remontées d'information suffisamment précis, il apparaît plus réaliste de voir dans une incitation autonome et administrée de l'amélioration de la qualité, l'objectif qui lie le financement et qualité.

#### COMMENT INCITER FINANCIÈREMENT À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ?

Dans cette démarche, de nombreux points méritent d'être soulevés. Tous ne peuvent être évoqués ici. Nous n'aborderons notamment pas ceux relatifs à la mise en œuvre de chacun des modes de financement envisageables. La faisabilité constitue un critère de sélection à part entière dans le choix des incitations financières (acceptabilité des acteurs, charge de travail, implication des professionnels). Mais ces questions se situent en aval, une fois le mode précisé. Si l'on s'en tient au strict niveau théorique de la recherche des mécanismes d'incitation, quatre points émergent prioritairement.

#### Inciter globalement ou spécifiquement ?

Le premier de ces points concerne la cible de l'incitation, la qualité des soins. Si ce point est fondamental, c'est que cette notion se heurte d'une manière récurrente à des problèmes de définition et de visée d'analyse. En termes de définition, différentes visions (professionnelles, organisationnelles et réglementaires) se croisent inlassablement sans véritablement aboutir à une lecture univoque. L'embarras dans le recours aux expressions « qualité des soins » ou « qualité du service rendu » symbolise cet état de fait. Pour être exact, ces difficultés semblent surtout renvoyer à un manque d'acculturation au thème de la mesure de la qualité. Car un large consensus se dégage dans la littérature spécialisée pour considérer d'un point de vue taxinomique ce que l'on place sous cette notion, et la manière dont on y range les différentes dimensions mesurables (21) (22).

perçue par le patient (satisfaction, plaintes, expériences biographiques), et de la sécurité de la prise en charge (risque d'infection nosocomiale, risque iatrogène, douleur). En termes de processus, sont généralement considérées les dimensions des pratiques professionnelles, des modes d'organisation de la prise en charge, des supports d'information et systèmes de données (dossier du patient, notamment) et, enfin, des pratiques managériales en lien avec la politique qualité d'un établissement. Voir pour plus de détail la référence précitée.



En termes de visée, la question est de savoir quelles mesures méritent d'être retenues pour soutenir l'incitation financière. Les termes employés – régulation ou ratio coût/qualité – orientent spontanément vers l'incitation à une qualité globale, considérée comme une entité à part entière au même titre que le coût. Adopter cette perspective implique des moyens analytiques suffisamment puissants pour mesurer l'ensemble des activités de prise en charge des malades, et ensuite les agréer au sein d'un indice synthétique. Or, on l'a dit, face à une activité multi-service telle que l'activité hospitalière, l'entreprise s'avère particulièrement délicate. Une solution est alors de recourir à des mesures traceuses qui représentent des « proxies » de cette qualité. Si un établissement est « bon » sur son taux d'infection nosocomiale, sur ses délais d'attente et sur quelques autres thèmes majeurs, on peut raisonnablement faire l'hypothèse qu'il est « bon » en général. Mais, dans ce cas, le choix des mesures retenues et la portée qu'on attribue à leur agrégation deviennent des enjeux forts.

L'efficacité recherchée de l'incitation oriente aussi le choix des mesures. Par exemple, l'utilisation de la même batterie d'indicateurs peut conduire, au fil du temps, à figer le mécanisme d'incitation, en laissant certains sujets dans l'ombre. Cela nécessite d'actualiser les mesures. Il n'est pas non plus certain que l'incitation soit la même selon les thèmes. Par exemple, dans le cas de la réduction de risques comme les infections nosocomiales, l'incitation à considérer a probablement une assise plus normative que celles relatives à la satisfaction ou au confort du patient. De même, l'efficacité de l'incitation peut varier selon qu'elle concerne des résultats ou des processus. Une incitation fondée sur des mesures de structure/processus (ressources employées, développement technologique, traitements recommandés) peut être délicate à traduire en termes d'impact sur les résultats, alors qu'à l'inverse, une incitation sur les résultats, souhaitée par les régulateurs et les usagers, est difficile à manier (échantillon de faible taille qui ne permet pas de discriminer, difficulté à imputer une cause) (23).

Au total, il y a donc une orientation stratégique dans la recherche de la visée d'analyse : soit l'on considère une appréciation globale de la qualité rapportée à une incitation unique, soit l'on juge opportun de définir une approche sélective qui renvoie à des incitations différentes selon les dimensions concernées. Chaque orientation comporte des écueils. Dans le premier cas, on risque d'associer indûment les thèmes. Dans le second

cas, on risque de trop focaliser l'incitation, tombant dans l'écueil qui stipulerait que si l'on est « bon » dans un domaine particulier, on est « bon » partout.

#### Faut-il favoriser l'effort ou le résultat ?

Faut-il également se fonder sur les efforts entrepris ou bien sur un niveau de résultat, la performance observée en matière de qualité du service rendu ? Cette question traduit un second point-clé à traiter. Se fonder sur un effort d'amélioration en matière de qualité vise à inciter les « mauvais » à réagir. L'objectif est qu'ils réagissent pour rattraper la moyenne des établissements. Mais, à l'inverse, l'incitation est faible pour ceux qui se situent déjà à un niveau élevé de qualité. Ceux-là seraient plus enclins à fonder l'incitation sur un niveau de performance, afin d'obtenir une reconnaissance immédiate. Mais, dans ce cas, la chance d'un établissement « mauvais » de s'améliorer s'amoindrit, celui-ci se sentant trop éloigné de l'objectif à atteindre. Cette démarche peut aussi être plus délicate à entreprendre selon le champ d'application retenu. Se pose donc une véritable question de choix d'objectifs. Néanmoins, les orientations ne sont pas forcément mutuellement exclusives. Par exemple les « *competitive bonus programs* » développés aux États-Unis valorisent l'effort, mais en laissant place au doute sur le seuil à atteindre. Face à ce doute, les « meilleurs » répondent à l'incitation par crainte de ne pas obtenir le « bonus » si beaucoup d'autres s'améliorent au cours de la période et viendraient à les dépasser (24).

#### Inciter l'établissement ou le praticien ?

Il s'agit aussi d'identifier à qui l'on souhaite appliquer l'incitation : les organisations (établissements ou réseaux de soins) ou leurs acteurs (les médecins et soignants). Nous avons jusque-là évoqué l'établissement comme le champ de référence. Mais l'incitation peut en théorie très bien s'envisager à l'échelle des médecins ou, à l'opposé, au niveau élargi d'un réseau de soins, combinant établissements de santé et professionnels.

Spontanément, il existe une certaine tentation à vouloir inciter les médecins (25). Les initiatives anglo-saxonnes actuelles témoignent d'un mouvement dans ce sens (26). Avec les médecins, on touche au domaine

(22) GRENIER-SENNEILIER *et al.* « Mesure de la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades. Enseignements d'une expérience concrète ». *Journal d'Économie Médicale*, 19 (3) : 131-147.

(23) EDDY D.M., « Performance measurement : problems and solutions », *Health Affairs*, 1998, 17-4 : 7-25.

(24) *Ibid*, note 2.

(25) HILLMAN A.L. *et al.* « Physician Financial Incentives and feedback : Failure to increase Cancer Screening in Medicaid Managed care », *American Journal of Public Health*, 1998 104-4 : 1699-1701.

(26) En Grande-Bretagne, environ un tiers du revenu d'un médecin généraliste est désormais subordonné à une évaluation de la performance de ses pratiques définie par cent trente indicateurs de qualité.

des pratiques professionnelles, dont la variabilité est souvent considérée comme une source de non-qualité. La démarche observable consiste à inciter chaque médecin à suivre des pratiques de référence, fondées sur un état des connaissances scientifiques et dont on sait le faible suivi actuel (55 % en moyenne, d'après une étude récente portant sur une série de situations cliniques fréquentes dans les hôpitaux nord-américains) (27). Une incitation à cet échelon individuel pose néanmoins des difficultés. D'une part, introduire une part variable de la rémunération du médecin qui soit payée selon des critères de qualité, c'est déléguer à nouveau l'arbitrage coût-qualité au producteur de soins. Cela peut conduire ce dernier à sélectionner les patients, sanctionnant des pratiques vertueuses car non rémunératrices, comme la prise en charge de patients socio-économiquement défavorisés. D'autre part, les recueils de données sont difficiles à mettre en œuvre : il faut remonter jusqu'au dossier du patient, ce qui représente un dispositif lourd à gérer si le dossier n'est pas informatisé ; il faut aussi raisonner un nombre de cas par praticien ce qui renvoie à des tailles d'échantillons importantes. Ces difficultés sont, à l'inverse, moindres à l'échelle des structures (28). Si l'on s'en tient à une incitation à l'échelon des établissements ou des réseaux, on a aussi l'avantage de moins individualiser l'évaluation, avec tous les risques juridiques, et plus généralement d'acceptabilité, que cela peut comporter.

Au risque d'y perdre de la précision et, peut-être, une certaine justice (on agrège les comportements des médecins d'une même unité de soins), les initiatives actuelles semblent plutôt pencher vers le choix de l'établissement comme unité d'analyse. Cela ne signifie pas pour autant que l'évaluation des pratiques soit perdue de vue. Par exemple, le programme fédéral Medicare/Medicaid (pour les personnes âgées et à faible couverture assurantielle) suit les praticiens sur la prise en charge des insuffisances coronariennes, à partir d'une batterie d'indicateurs tels que le contrôle de l'administration d'aspirine à la sortie du patient. Les données sont agrégées à l'échelle de l'hôpital. Les hôpitaux classés dans le « top 10 % » reçoivent un bonus financier de 2 %, les hôpitaux qui sont dans le décile suivant reçoivent 1 % de bonus, dans le cadre d'un budget de vingt et un millions de dollars réparti sur trois ans. À la troisième année, les derniers sont pénalisés (29). Notons que dans de telles initiatives, les indicateurs renvoient à des situations cliniques fréquentes (cancérologie, infarctus aigu du myocarde,

diabète, accident vasculaire cérébral, pour ne citer que les principales). Notons aussi que ces initiatives sont rendues techniquement possibles par un investissement important dans les systèmes de recueil de données (bases de données centralisées, informatisation du dossier du patient, ressources dédiées importantes). Notons enfin qu'elles retiennent comme organisation de référence, l'établissement et non le réseau de soins. Il semble que des questions de faisabilité et d'imputabilité des variations de qualité obligent ces dispositifs à s'en tenir à ce périmètre, au moins pour le moment.

### Valoriser sans pénaliser ?

Le quatrième point concerne le système de valorisation/sanction qui fonde l'incitation. Valoriser les « meilleurs » constitue *a priori* l'option la plus séduisante. Elle sert d'ailleurs souvent le discours actuel qui vise à reconnaître ceux qui font de la qualité, évitant ainsi d'avoir à manier « le bâton à côté de la carotte ». En même temps, si cette valorisation constitue le seul fondement, elle représente un danger en raison des coûts qu'elle induit pour le régulateur. Car, sauf à considérer un retour d'investissement massif lié à la réduction du coût de la non-qualité, une approche exclusivement basée sur de la valorisation induit inévitablement un surcoût collectif. Pour annihiler cet effet, on peut envisager des jeux à somme nulle, à travers des mécanismes de redistribution entre les « bons » et les « mauvais » (30). Mais introduire des pénalités suppose d'évaluer les « mauvais » sur des critères fiables. Car dans le cas contraire, le risque de contestation est élevé, élément que le pouvoir politique appréhende généralement très vite.

Dans tous les cas, ajoutons que les mesures retenues, la temporalité visée dans les objectifs d'amélioration et l'intensité de la redistribution constituent des éléments majeurs du système de valorisation/sanction envisagé.

La discussion de ces quatre points-clés donne un aperçu des difficultés à surmonter pour construire une incitation cohérente. Celles-ci concernent autant les modes d'évaluation de la qualité que les mécanismes de financement. Elles montrent aussi combien le rythme de développement est dépendant d'autres chantiers : l'informatisation du dossier du patient, qui permettrait des recueils plus fiables et plus réguliers ;

(27) MC GLYNN E, ASCH S.M. *et al.* « The quality of health care delivered to adults in the United States », *New England Journal of medicine*, 2003, 348-26 : 2635-2645.

(28) Landon B. « Practical issues and Pitfalls in Paying for Quality ». 130<sup>e</sup> congrès de l'American Association of Public Health, Philadelphie, 9-13 nov. 2002.

(29) Medicare Payment Advisory Commission. *Using incentives to improve the quality of care. In Variation and Innovation in Medicare*. Rapport au Congrès Américain, Juin 2003.

(30) C'est le cas de la majorité des initiatives nord-américaines, qu'elles soient engagées par les organismes publics ou par les compagnies d'assurance privées.

la généralisation des mesures de la qualité, qui suppose une masse critique d'expertise suffisante tant à l'échelon national qu'au sein des établissements; l'implication des praticiens dans l'évaluation de leurs pratiques. L'ensemble témoigne du caractère encore débutant de cette histoire dans le contexte français.

En même temps, quelles que soient ces difficultés, il se dégage de cette lecture critique une évolution notable: la rupture avec des pratiques traditionnelles de régulation. Car, en adoptant le principe d'une régulation financière de la qualité, se pose d'une manière directe le choix de discriminer ou d'harmoniser entre eux les niveaux de qualité des établissements. Autrement dit, doit-on permettre aux «mauvais» de rattraper les autres établissements? Ou bien doit-on, au contraire, envisager de discriminer les «bons» des «mauvais»?

### Vers de nouvelles pratiques de régulation?

Dans le contexte français, l'objectif assurantiel est de garantir un niveau homogène de la qualité dans tous les établissements de santé. On touche là à l'un des principes fondateurs du système d'assurance-maladie. Autrement dit, toute régulation de la qualité doit contribuer à lisser la variabilité entre établissements, non à en faire un facteur de discrimination comme dans le système concurrentiel nord-américain. En même temps, on perçoit les limites d'une telle affirmation. Jusqu'où doit-on favoriser le retour d'un «mauvais»? Et son corollaire: quelle charge la collectivité est-elle prête à accepter de payer pour cela?

Une partie de la réponse à ces questions se trouve dans l'analyse des situations que le régulateur peut être amené à traiter concrètement. Considérons les trois objectifs de régulation hospitalière que sont l'amélioration de la qualité, la maîtrise des coûts et le maintien d'une accessibilité aux soins. Le régulateur peut être amené à développer des arbitrages qualité-accessibilité-coût. Par exemple, si l'on prend en considération la question de la qualité, associée à celle de l'accessibilité, deux cas de figure peuvent se présenter. Un «mauvais» établissement sur le plan de sa qualité, mais isolé géographiquement peut, par souci de main-

tien de l'accessibilité à une offre de soins de proximité (notamment en zone rurale), faire l'objet d'une aide importante. A contrario, un «mauvais» établissement, qui se situe dans un bassin de population où d'autres établissements sont présents, peut être plus facilement fermé. Si l'on introduit l'objectif de maîtrise des «coûts», on rend l'arbitrage plus complexe, mais aussi plus complet. Dans le cas précédent, si le même «mauvais» établissement isolé en termes d'accessibilité géographique est, de plus, coûteux, le régulateur peut alors encore plus hésiter à l'aider à améliorer son niveau de qualité (31). Sur un autre registre, le régulateur peut aussi être confronté à un autre cas épineux: un établissement coûteux et exprimant un niveau de qualité élevé, mais situé dans une zone concurrentielle.

Ces cas de figure témoignent du fait que les pratiques de régulation de la qualité doivent forcément être jugées en fonction d'autres critères. La question de la discrimination ou de l'harmonisation ne peut se raisonner d'une manière isolée. Elle est aussi le fruit d'une accumulation de situations singulières à arbitrer. Ce point confirme, s'il était nécessaire, que cet arbitrage doit être «entre les mains» du régulateur. Il montre aussi que, si la régulation de la qualité peut être un principe conçu d'une manière autonome, elle ne saurait être gérée indépendamment d'autres considérations.

À travers ces pratiques, on perçoit finalement qu'avec l'introduction d'un financement de la qualité, le régulateur serait, d'une manière générale, plus éclairé dans ses choix, mais aussi confronté à un degré de complexité plus élevé. On peut y voir des motifs de résistance: des arbitrages plus difficiles à gérer; le risque d'être confronté à une pression sociale qui immanquablement revendiquera toujours plus de qualité. Mais on peut aussi juger inéluctable cette évolution: engager une régulation de la qualité, c'est affirmer un impératif de santé publique, notamment en termes de réduction des risques; faire preuve d'une plus grande transparence dans le souci d'améliorer la qualité, c'est répondre à une demande citoyenne, et sans doute aussi professionnelle, forte (32). À cet égard, si la maîtrise du temps présent plaide en faveur d'une avancée prudente sur cette voie, cette attitude traduirait, peut être moins que jamais, la peur de l'avenir.

(31) À cet égard, le levier «qualité» peut être essentiel dans la restructuration des établissements.

(32) «Paying for Performance: Medicare should lead. Open Letter». *Health Affairs*, 2003, 22-26: 8-10.