



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Quel est l'impact de la Tarification à l'Activité sur les consultations prénatales réalisées par les sages-femmes et sur la prise en charge des patientes à la Maternité Régionale de Nancy ?

Mémoire présenté et soutenu par

Camille AMET

Promotion 2009

SOMMAIRE

Sommaire	3
Préface.....	6
Introduction	8
Partie 1 : Tarification à l'activité : nouvelle gestion	9
1. Hopital 2007 : Mission « tarification a l' activité »	10
1.1. Principes généraux	10
1.2. L' ancien système.....	11
1.2.1. Le financement rétrospectif ou dotation globale.....	12
1.2.2. Les forfaits de prestations	13
1.3. Un contexte difficile.....	14
1.4. L'ensemble des professionnels de santé est concerné.....	14
1.5. Les objectifs de la réforme du financement des établissements de santé	15
1.5.1. Une plus grande médicalisation du financement	15
1.5.2. Une responsabilisation des acteurs et une incitation à s'adapter	15
1.5.3. Une équité de traitement entre les secteurs	16
1.5.4. Le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.....	16
1.5.5. Créer une plus grande fluidité dans la prise en charge des malades	16
2. Tarification a l'activité : quels outils ?	17
2.1. Le PMSI	17
2.2. La CCAM.....	19
2.3. La NGAP.....	20
3. Les différentes sources de financement.....	21
3.1. Les ressources liées directement à l'activité	21
3.1.1. Les recettes liées à l'activité réalisée en hospitalisation	21
3.1.2. Les recettes liées à l'activité réalisée en externe.....	22
▪ Les consultations et les actes externes	22
▪ Les urgences non suivies d'une hospitalisation	22
3.2. Les ressources forfaitaires liés à la permanence des soins et en partie à l'activité	22
3.3. Ressources ne tenant pas compte de l'activité mais inscrites dans le dispositif « T2A ».....	23
3.4. La transmission des données d'activités, le contrôle et les sanctions	26
3.4.1. La télétransmission avec la plate-forme e-PMSI	26
3.4.2. Le contrôle des données d'activités produites et les sanctions	26
4. Les conséquences generales de la reforme	28
4.1. Les conséquences prévisibles en matière de dépenses de santé et de qualité	28
4.2. T2A et codage	29

4.3.	Les conséquences prévisibles en matière d'organisation et de prise de décisions	29
5.	Santé, éthique et argent	31
5.1.	Principes commandant l'évaluation du coût de la prise en charge hospitalière..	32
5.1.1.	Quelles missions sociales pour l'hôpital ?	32
5.1.2.	Inégalités, dimensions éthiques et « rentabilité ».....	33
5.1.3.	Y aurait-il des bénéfices dans le bilan de l'hôpital ?	35
5.1.4.	L'innovation.....	36
5.1.5.	Concilier l'efficacité, l'humain et la qualité est-il possible ?.....	36
5.1.6.	L'Hôpital en recomposition : un impératif pour développer le service public de demain.....	37
5.1.7.	L'avenir de l'Hôpital public.....	38
5.1.8.	Quelles conséquences pour le management médical et paramédical au sein des établissements ? en terme de pratiques et d'éthique.....	40
	Partie 2 : Et les consultations externes de la Maternité Régionale de Nancy.....	44
1.	Présentation de l'étude	45
1.1.	Les aspects réglementaires.....	45
1.2.	A la Maternité Régionale de Nancy	47
1.3.	Comment pouvons-nous améliorer la performance des consultations de la Maternité Régionale de Nancy ?	49
1.3.1.	Echantillon	49
1.3.2.	Type d'étude	49
1.3.3.	Description de l'étude et résultats	50
2.	Discussion.....	57
2.1.	Des professionnels de santé encore mal informés.....	57
2.2.	Les consultations externes jouent un rôle primordial	58
2.3.	La place de la sage-femme au sein de la réforme T2A	58
2.4.	Les diverses opinions	59
2.5.	Le temps de consultation : véritable débat.....	61
2.5.1.	La durée de consultation	61
2.5.2.	Orientation des femmes enceintes.....	61
2.5.3.	Information des parturientes	62
2.5.4.	Dépassement de compétences ou prise en charge globale.....	62
2.5.5.	Encadrement des étudiants sages-femmes	63
2.5.6.	Une élaboration de protocoles.....	63
2.6.	Une notion de productivité majoritairement méconnue.....	64
2.7.	Une prise en charge modifiée ?.....	65
2.8.	Une collaboration sage-femme / médecin DIM intéressante	65
2.9.	Une revalorisation de l'activité des sages-femmes souhaitable.....	66
3.	Conduite de l'action	68
3.1.	De l'activisme à l'action	68
3.1.1.	L'information	68
3.1.2.	La compétence	69
3.1.3.	Le pouvoir	69

3.2.	Propositions d'amélioration des consultations externes	71
3.2.1.	Une évaluation des informations apportées aux professionnels de santé	71
3.2.2.	Se mobiliser pour les consultations : un bénéfice attendu	72
3.2.3.	Un décloisonnement nécessaire	72
3.2.4.	Des professionnels de santé impliqués dans la mise en place de la T2A	73
3.2.5.	Une prise de conscience des patients : « communiquer pour convaincre »	73
3.2.6.	Une modification des créneaux horaires	74
3.2.7.	Une prise en charge protocolisée	74
	Conclusion.....	76
	Bibliographie	79
	TABLE DES MATIERES	82
	Annexe 1	85
	Annexe 2	87

PREFACE

En ce début de siècle, sous nos yeux, l'histoire de la santé publique évolue rapidement à travers les changements induits par le nouveau mode de financement des établissements de santé. La France emboîte le pas d'une tendance bien établie : la rémunération à l'activité. Le secteur hospitalier public – acteur majoritaire puisqu'il représente 70% des hospitalisations - vient d' être soumis à son tour à la tarification à l'activité, qui s'applique depuis 2004. Or, aussi surprenant que cela puisse paraître, dans un secteur d'activité censé échapper à la logique financière, toute modification du mode de financement a une influence directe sur le comportement des professionnels de santé.

Auparavant, le secteur hospitalier public connaissait un système forfaitisé qui tenait peu compte de l'activité produite. C'était le budget global.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité va agir sur l'évolution de l'offre des soins. C'est en ce sens qu'elle est un accélérateur de l'histoire. En harmonisant le mode de financement du public et du privé, elle va, inévitablement, favoriser les rapprochements entre les hôpitaux et les cliniques et entre les professionnels de santé. Ensuite, elle va accélérer la reconversion ou la disparition des établissements hospitaliers qui ne sont pas efficaces.

Cette réforme s'inscrit dans le plan « Hôpital 2007 » lancé par M.Mattei, lorsqu'il était ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. « Le rôle de l'Etat est de créer les conditions favorables au changement en donnant aux structures et aux professionnels des règles du jeu incitatives permettant l'initiative et la créativité . », propos repris en septembre 2002.

Malgré la réticence de certains professionnels à cette réforme comportant ce nouveau mode de financement, l'un des piliers du plan « Hôpital 2007 », est en marche.

Contrairement aux systèmes antérieurs (budget global et forfait à la journée) qui étaient beaucoup plus cadrés réglementairement, la tarification à l'activité n'a pas eu le « privilège » de se voir inscrite dans des textes d'application.

Bien sûr, cette réforme étant progressive dans sa mise en place, cet aspect permettra l'écriture de textes d'application.

Les anciens modes de financement ne concernaient, en quelque sorte, que les gestionnaires. Ici, un des objectifs fixé par la T2A est de responsabiliser tous les professionnels de santé, des gestionnaires, aux médecins ainsi qu'aux soignants. Tous, sans exception, doivent se sentir concerner par cette réforme. « Concerner » n'est pas le mot exact, plutôt « acteurs » dans la mise en place de la T2A. L'Etat nous offre une nouvelle pièce théâtrale. A nous, professionnels de santé, de respecter la date de représentation finale fixée, d'être les meilleurs metteurs en scène, les meilleurs acteurs pour que le jour de la représentation, les spectateurs nous applaudissent et nous complimentent. Voilà l'enjeu ! Difficile mais si tout le monde y participe, avec en tête, bien sûr une logique financière, mais surtout, une logique « humaniste », rien ne sera plus facile.

Comme tout changement, cette réforme génère un palmarès de questions :

- Quel est l'impact de la T2A sur la prise en charge des patientes ?
- Allons-nous perdre notre âme de soignant et devoir nous convertir en comptable d'une activité de soins ?
- La tarification à l'activité est-elle compatible avec la qualité ?
- Une prise en charge humaniste de l'individu est-elle compatible et quelle place est faite à la réflexion éthique dans les conditions actuelles d'application de la réforme ?
- Sommes-nous arrivés à un moment de notre histoire où il n'est plus permis au soignant de considérer le patient dans son humanité ?

Ce mémoire essaiera d'apporter les éléments de réponses à ces questions.

Introduction

Cinq années déjà se sont écoulées depuis la mise en place de la nouvelle logique financière, la Tarification à l'activité. Occupant une place centrale dans l'esprit des gestionnaires, la rémunération à l'activité bouleverse les Hôpitaux Français.

Aujourd'hui, tous les services sont concernés par cette réforme. Il en va de l'avenir des Etablissements de santé publics Français.

Chaque année, la France consacre près de 10 % de sa richesse nationale à la santé de ces citoyens. Plus du tiers de ces ressources sont alloués à l'Hôpital, soit près de 40 milliards d'euros.

Ainsi, la question première est de savoir quelles sont les conséquences de cette nouvelle gestion sur les hôpitaux et, en particulier, sur les consultations externes de la Maternité Régionale de Nancy.

Dans un premier temps, nous expliquerons les grands points de la réforme, nous préciserons ses outils, les différentes sources de financement et ses conséquences générales. Bien entendu, nous ne pouvons pas parler de santé et d'argent sans éthique. En 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu le système de santé français comme l'un des meilleurs au monde, s'appuyant sur un service public de qualité. Le 7 février 2009, le système de santé français chute pour n' être plus qu'au dixième rang européen. Ainsi qu'en est-il de la qualité des soins ? Sommes-nous, professionnels de santé, toujours aptes à répondre à la demande des patients, à les écouter, malgré cette politique « du toujours plus de productivité » ?

Dans une seconde partie, nous prendrons l'exemple des consultations externes de la Maternité Régionale de Nancy. Nous en évaluerons la situation actuelle et nous établirons des propositions de nouvelle organisation , dans un objectif de performance médicale et économique.

Partie 1 : Tarification à l'activité : nouvelle gestion

En 2002 , le plan « Hôpital 2007 » proposé par Jean-François Mattei introduit la nécessité d'une gestion plus moderne des établissements de soins.

Enfin, la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 institue le nouveau mode de financement des établissements de santé : la tarification à l'activité.

1. HOPITAL 2007 : MISSION « TARIFICATION A L'ACTIVITE »

1.1. Principes généraux

La tarification à l'activité a pour but de fonder l'allocation de ressources aux établissements de santé publics et privés sur le volume et la nature de leur activité.

La réforme concerne tous les établissements publics et privés autorisés à exercer dans les domaines de la Médecine, la Chirurgie, l'Obstétrique (MCO) et l'odontologie. A ce jour, sont exclus du champ d'application de la réforme les secteurs de soins de suite et de réadaptation ainsi que la psychiatrie qui ont cependant vocation à être financés selon l'activité dans un avenir proche. Les autres activités continuent à être financés selon le modèle d'allocation de ressources antérieurement en vigueur : tarifs de prestation pour les établissements privés et dotation globalisée pour les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier. Les hôpitaux locaux sont exclus du champ d'application de la réforme.

La réforme de la tarification à l'activité implique des changements de procédures et d'habitudes importants pour les établissements de santé français. Sa mise en place a donc été progressive. Liées aux difficultés techniques de mise en place de la réforme, des mesures transitoires ont été prévues, comme la possibilité pour les caisses pivots d'accorder des avances de trésorerie aux établissements, le temps que la facturation à l'acte se mette en place.

Cette réforme s'est donc déployée sur une longue période. Au départ, son terme était annoncé pour 2012 avec les paliers suivants : 10 % financés à l'activité la première année d'application (le complément restant assuré par un système proche du budget global) ; 100 % de T2A en 2012, avec un passage intermédiaire à 50 % en 2008.

Mais ces objectifs ont été avancés. Depuis janvier 2008, tous les établissements publics et privés ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique sont passés à 100 % de la tarification à l'activité. Ainsi, ces derniers sont devenus directement dépendants de leur activité. C'est un régime de liberté financière qui voit le jour. Cette fois, la réforme

doit s'écrire sur le terrain, avec l'ensemble des professionnels de santé auxquels est restituée, comme nous le verrons, une part d'initiative.

1.2. L' ancien système

Depuis 1958, la France avait mis en œuvre d'importants financements pour accompagner la rénovation du patrimoine de l'hôpital public, et ceci jusqu'au milieu des années 1980. A partir de 1985, l'Etat se désengage et sous la pression budgétaire, les établissements hospitaliers sont obligés de réviser à la baisse l'acquisition d'équipements médicaux novateurs.

En 2000, le taux de vétusté des équipements hospitaliers est de 68,6%. Le matériel en service est vieillissant. Même au rythme d'investissement actuel, la mise à niveau de l'immobilier, des équipements et des systèmes d'information prendrait environ 13 ans. C'est pourquoi, au début des années 2000, le gouvernement décide un certain nombre de réformes visant à retrouver « l'équilibre » des dépenses de santé. Le 20 novembre 2002, Jean-François Mattei annonce officiellement la mise en place du plan « Hôpital 2007 » : *un pacte de modernité avec l'hospitalisation* : « Avec Jean-Pierre Raffarin, nous souhaitons redonner aux établissements hospitaliers publics et privés confiance en leur avenir et fierté de leur métier au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française ». Dans ce même discours, Jean-François Mattei annonce la mise en place d' « une tarification à l'activité incitative » car « elle est seule capable, à terme de responsabiliser les acteurs ». Voilà qui devrait préjuger de bons sentiments envers les malades et le personnel soignant. Malheureusement, l'honnêteté requière une indépendance morale, politique et financière que peu de nos dirigeants politiques possèdent à l'aube du XXI^e siècle. L'idée est de passer du système de dotation globale à un système de tarification à l'activité indicative ou, pour certains, « tarification à la pathologie », copié sur le mécanisme d'allocation des ressources appliqué aux Etats-Unis par les HMO (Health Maintenance Organisation) depuis plus d'une quinzaine d'années, dans le cadre du programme Medicare.

Le constat de départ mettait en exergue l'existence de deux systèmes de financement différents pour les établissements de soins. D'une part, le système dit de « Dotation Globale (DGF) » en vigueur depuis 1983 qui concernait les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public (PSPH) et, d'autre part, un système de tarification à la journée et de forfait lié aux actes réalisés, pour les cliniques privées, pour les établissements privés à but lucratif.

1.2.1. Le financement rétrospectif ou dotation globale

Par la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, un système d'enveloppe globale était institué pour les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier. Cette enveloppe annuelle de dépenses était fixée a priori pour chaque établissement de santé et contraignait ce dernier à ne pas dépasser les crédits qui lui étaient attribués. Ce mode de financement a provoqué des déséquilibres entre le niveau d'activité et les moyens alloués, source de difficultés de financement pour les établissements les plus actifs ou innovants.

Ainsi, avec le budget global, les recettes étaient calées sur des moyens qui n'avaient qu'un lien éloigné avec l'activité médicale générée. Elle n'était pas sensible aux fluctuations d'activité des établissements d'une année sur l'autre. Ainsi, ceci conduisait soit à la constitution de rentes de situations, soit à un manque de financement pour les structures très actives. Il n'existait donc pas d'incitation à la performance et certains établissements restaient sur-dotés tandis que d'autres souffraient d'une sous-dotation chronique.

De plus, elle prenait mal en compte l'impact des innovations.

Enfin, ce mode de financement était opaque pour l'assurance maladie, car il privilégiait le financement des structures et de leurs acquis, plutôt que leur activité et leur évolution.

1.2.2. Les forfaits de prestations

Le secteur de l'hospitalisation privée était financé par des tarifs liés au nombre de journées réalisées et aux prestations médicales.

Toutefois, le forfait pour un même acte variait d'une région à l'autre au vu des négociations menées entre l'assurance maladie et les professionnels. Les ressources étaient réparties de façon inéquitable.

Au total, ce mode de financement à la journée associé aux actes a atteint ses limites car il a laissé subsister des écarts inexplicables entre les établissements, comme le mentionne aussi le rapport de la commission des affaires sociales : « Le montant des prestations versées pour le même acte dans le secteur privé varie en fonction de sa situation sur le territoire et peut également aboutir, de ce fait, à la constitution de rentes ou à des sous-financements de certaines activités ».

De plus, ces deux systèmes n'étaient ni comparables, ni compatibles et freinaient en conséquence les coopérations nécessaires entre les deux secteurs et la recomposition du paysage hospitalier.

En s'appuyant sur les données du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), le Gouvernement s'est engagé dans l'harmonisation des modes de financement publics et privés.

Avec la T2A, ce seront dorénavant nos activités qui détermineront directement nos ressources, et, nos recettes vont correspondre à une approche médicalisée de l'activité (activité de soins d'hospitalisation identifiés à partir du PMSI, activités médico-techniques externes à partir de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)). Les séjours déclarés par les équipes médicales et soignantes qui ont pris en charge les patients donnent lieu à une facturation assise sur une liste de tarifs qui, en France, est nationale. Cette liste est détaillée pour tenir compte de la diversité des pathologies et de leur prise en charge.

Cette réforme nous offre ainsi une réelle opportunité de concilier logique économique et logique médicale, mais elle nous oblige en même temps à « faire bouger les frontières », à mieux partager les informations, à réfléchir sur nos pratiques

quotidiennes. Plus qu'une simple réforme financière, la T2A doit nous permettre d'améliorer notre organisation et de l'orienter mieux encore vers sa finalité : le soin donné au patient.

1.3. Un contexte difficile

On ne peut pas penser T2A sans parler de son contexte.

La réforme est d'autant plus incertaine que, lors de son lancement, elle n'a pas bénéficié de tous les atouts.

En effet, le contexte lui était (et lui est !) défavorable. Actuellement, en France, les dépenses de santé représentent 11% du PIB (soit 168 milliards d'euros en 2004), tandis que les frais d'hospitalisation représentent 45 % des dépenses de la Sécurité Sociale, soit 56 milliards d'euros. Le déficit de l'assurance maladie, principal financeur de la réforme avec plus de 90 % des ressources favorise des raccourcis rapides.

Autres éléments : les difficultés de recrutement du personnel médical et infirmier ou encore la réduction du temps de travail ne facilitent pas les réorganisations dans les établissements. Argument de plus pour mentionner que la tarification pourrait pénaliser les établissements les plus pauvres car ils seraient dans l'incapacité de développer de nouvelles activités.

1.4. L'ensemble des professionnels de santé est concerné

Avec les systèmes du prix à la journée ou le budget global, les questions financières étaient l'affaire des gestionnaires et des administratifs. Les professionnels de santé étaient alors plus spectateurs qu'acteurs.

Aujourd'hui, la réforme de la tarification dépasse largement le cadre des spécialistes de la gestion. Tous les professionnels de santé sont concernés, soit environ 800 000 personnes travaillant dans les établissements publics et privés. Il est donc essentiel que tous les personnels soient responsabilisés.

Tout d'abord, il leur est demandé de décrire leur activité en temps et en heure car c'est de cette déclaration que découleront les recettes des établissements.

En outre, la réforme ambitionne de modifier les comportements des professionnels de santé. Elle les conduit à repenser leurs pratiques, leur organisation et leur relation. Ainsi, l'ensemble des professionnels se voit restitué une large marge d'initiative. C'est dans les établissements et plus particulièrement au sein même des équipes que la réforme connaîtra ses conséquences les plus subtiles. Seules les équipes les plus dynamiques et les plus intelligentes en tireront profit. Alors que l'immobilisme, l'incompréhension, les erreurs d'analyse et de stratégie seront plus lourdement sanctionnés qu'hier.

1.5. Les objectifs de la réforme du financement des établissements de santé

Les bénéfices attendus sont de plusieurs ordres :

1.5.1. Une plus grande médicalisation du financement

Chaque dépense devra avoir fait l'objet d'un calcul coût/rentabilité. Cette médicalisation doit se faire avec l'utilisation des données du PMSI pour décrire l'activité.

1.5.2. Une responsabilisation des acteurs et une incitation à s'adapter

Avec le budget global, la sécurité financière était telle (même si les enveloppes budgétaires étaient jugées insuffisantes) que l'absence ou la lenteur dans la prise de décision avaient peu de conséquences. Avec cette réforme rien de tel. Elle ambitionne de modifier les comportements des directeurs d'établissements mais aussi, et surtout, ceux des médecins et des soignants.

1.5.3. Une équité de traitement entre les secteurs

Un des objectifs clé de la réforme est d'harmoniser le système de financement des secteurs publics et privés tout en respectant les spécificités de chacun et d'introduire un régime équitable. Le but est d'en finir avec le double système (public : budget global et privé : prix de journée et forfaits) qui générait des incompréhensions réciproques.

1.5.4. Le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés

La tarification à l'activité constitue une incitation supplémentaire à investir dans les outils d'aide à l'analyse et à la prise de décision. La mise en place d'une comptabilité analytique, permettant de comparer les coûts de production d'une activité aux recettes qu'elle génère, devient incontournable.

1.5.5. Créer une plus grande fluidité dans la prise en charge des malades

Cet objectif rencontre l'accord des soignants... et des usagers. Certains, par effet pervers, pourraient voir dans la réforme un dispositif de sélection des patients (pathologies les plus rentables) ou même de « saucissonnage » des séjours. On traite les patient au coup par coup. D'autres, au contraire, gardent leur âme de soignant. La tarification à l'activité est l'occasion d'une lecture globale qui consiste à appréhender le patient dans sa totalité.

2. TARIFICATION A L'ACTIVITE : QUELS OUTILS ?

Outils indispensables, ils permettent de quantifier l'activité et de la valoriser.

2.1. Le PMSI

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière valorise l'activité à travers l'article 710-5 du Code de la santé publique qui dispose que « les établissements de santé, publics et privés, procèdent à l'analyse de leur activité [...] ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins ».

Ce texte appelle la mise en œuvre du PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

Le PMSI est l'outil de référence, il est utilisé comme base pour la facturation des séjours.

Il est donc capital de rappeler ce qu'est le PMSI, comment il fonctionne et quelles en sont ses limites et ses avantages parce que ces éléments vont avoir un impact direct non seulement sur le mode de financement des établissements mais également sur l'adaptation de leur organisation.

Il vise à mieux décrire l'activité médicale de l'hospitalisation. Il s'agit donc d'un outil à dominante économique. Le PMSI classe les séjours en Groupes Homogènes de Malades (GHM), homogènes du point de vue économique et de la durée du séjour. Les regroupements des séjours sont opérés selon les ressources qu'ils mobilisent, ils obéissent donc plus à une logique de coûts qu'à une logique médicale. Une classification internationale des maladies a été établie (CIM), ne recensant pas moins de 12 000 pathologies. Actuellement, le PMSI entre dans sa 11^{ème} version avec en supplément, les dispositifs médicaux implantables, les molécules onéreuses

remboursables et un nouveau classement pour les séjours introduisant quatre niveaux de sévérité (Groupage des séjours en V11 à compter du 1^{er} mars 2009).

A chaque séjour hospitalier, plusieurs éléments sont recensés par l'équipe hospitalière :

- les données administratives du patient (date d'entrée, de sortie, poids, âge..) ;

- les données médicales :

- le diagnostic principal, celui qui a mobilisé le plus de ressources et qui a motivé l'hospitalisation.

- des diagnostics associés sont parfois à mentionner, il s'agit des autres problèmes de santé actifs du patient qui ont bénéficiés d'une prise en compte.

- enfin, tous les actes réalisés au cours du séjour sont recensés. Parmi eux, certains sont dits « classant » car leur présence influence le classement dans un groupe de séjour. (ex : les actes chirurgicaux).

Tous ces éléments permettent ainsi le classement des séjours en groupes homogènes.

Les étapes du classement des séjours

Etapes du PMSI	Responsables
Un résumé d'unité médicale (RUM) recense les diagnostics et les actes <div style="text-align: center;">↓</div>	Le soignant Le département d'information médicale (DIM) de l'établissement
Résumé de sortie standardise (RSS) Résumé de sortie anonymisé (RSA) Groupe Homogènes de Malades (GHM) Tarifs du Groupe Homogène de Séjour (GHS)	
<div style="text-align: center;">↓</div>	
Arrêté de versement de l'Assurance Maladie	

A chaque GHM correspond ensuite un tarif, appelé GHS, qui alimente la tarification à l'activité.

En résumé, chaque séjour hospitalier fait l'objet d'un recueil (RésuméSéjourStandardisé/RésuméSortieAnonyme) des pathologies prises en charges (CIM 10) et des actes techniques médicaux réalisés (CCAM) permettant de classer le séjour dans un groupe (GHM) auquel correspond un tarif (GHS : Groupe Homogène de Séjour).

Actuellement, les quelque 12 000 pathologies recensées sont regroupées en 778 GHS (en V10). Cela laisse entrevoir les difficultés rencontrées pour les cas complexes ou les pluripathologies, difficiles à concentrer au sein d'un même GHM. Plus la prise en charge est complexe, et plus il est difficile d'être précis pour les codages des actes. Par ailleurs, une nouvelle classification des séjours, la V11 sera opérationnelle en 2009 pour mieux décliner quatre degrés de sévérité au sein d'un même GHM et mieux financer les établissements qui reçoivent les malades les plus lourds.

A la Maternité Régionale de Nancy ?

Après avoir récupéré les RSS de chaque hospitalisation, le DIM (Département d'Information Médicale) code les pathologies prises en charge grâce à la CIM 10 et vérifie le codage des actes qui est décentralisé et saisi par les soignants. Ensuite, le DIM transmet ces données à l'agence régionale d'hospitalisation (ARH). Il est important que la saisie des données soit de qualité et exhaustive puisque c'est le PMSI qui alimente les recettes dans la tarification à l'activité.

2.2. La CCAM

La Classification Commune des Actes Médicaux permet de décrire les actes techniques médicaux réalisés en externe et en hospitalisation, à chaque acte correspond un tarif et un ICR (Indice de Consommation de Ressources utilisés en gestion interne). La CCAM, en remplaçant le CDAM (Catalogue Des Actes Médicaux) permet de tarifier l'activité réalisée. Cet outil est pris en compte pour la valorisation de l'activité. Cette

classification est beaucoup plus précise que la précédente et impose donc aux soignants un effort de codage pour décrire leurs actes.

2.3. La NGAP

La NGAP permet de décrire les actes cliniques médicaux (C, CS...), les actes soignants en externe (AMI, KE..), les actes de biologie (B, BP), à chaque lettre clé correspond un tarif.

3. LES DIFFERENTES SOURCES DE FINANCEMENT

La tarification à l'activité harmonise les modalités de financement des établissements de santé des deux secteurs, privés et publics. Elle met en œuvre trois modalités de financement :

3.1. Les ressources liées directement à l'activité

3.1.1. Les recettes liées à l'activité réalisée en hospitalisation

Elles sont versées aux établissements par les caisses primaires d'assurance maladie sur présentation de facture justifiant les séjours. Il s'agit :

- Des tarifs de séjours proprement dit, calculés à partir de la classification des malades par groupes homogènes.
- Des majorations pour les séjours les plus lourds (en réanimation, notamment) ou les plus longs et des minorations pour ceux d'une durée inférieure aux limites prédéfinies ;
- Des forfaits spécifiques pour les IVG ;
- Des paiements à l'euro pour un certain nombre de médicaments onéreux (les produits concernés par ce remboursement apparaissent dans une liste publiée chaque année : « liste des produits et prestations remboursables ») et de dispositifs médicaux implantables (ex : implant mammaire, essure..) de manière à préserver l'innovation dans les établissements.

3.1.2. Les recettes liées à l'activité réalisée en externe

- **Les consultations et les actes externes**

L'activité réalisée dans des services de soins externes et dans les services d'urgence (pour les passages non suivis d'une hospitalisation) donne lieu à une facturation. Ces actes sont financés sur la base de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et de la Nomenclature Générale des Actes Médicaux (NGAP).

- **Les urgences non suivies d'une hospitalisation**

Un forfait d'accueil et de traitement des urgences s'applique à chaque passage non suivi d'une hospitalisation.

En cas d'hospitalisation, le coût du passage aux urgences étant déjà intégré dans le tarif du groupe homogène de séjour, il ne peut donner lieu à la perception de ce forfait.

3.2. Les ressources forfaitaires liés à la permanence des soins et en partie à l'activité

Une enveloppe est réservée aux urgences. Elle est liée au nombre annuel de passages. Elle se distingue d'une rémunération à l'activité proprement dite, d'une part parce que ce n'est pas chaque passage qui est rémunéré mais un forfait qui est déterminé chaque année pour chaque établissement par tranche de passages, et, d'autre part, parce que ce forfait est calculé de façon rétrospective (dernière année écoulée).

Les urgences, en raison de charges fixes importantes, ne peuvent être uniquement rémunérées sur la base des tarifs de prestation. Ainsi, cette activité cumule la facturation de tarifs et le versement d'une dotation annuelle forfaitisé.

3.3. Ressources ne tenant pas compte de l'activité mais inscrites dans le dispositif « T2A »

Les activités des établissements de santé ne se limitent pas à des activités productrices de soins quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et facturables à l'assurance maladie.

Le maintien des sources de financement en dehors du principe général de la tarification à l'activité a été voté. Il s'agit donc de la création d'enveloppes de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

En effet, les ressources d'un certain nombre de missions ne peuvent pas être soumises aux variations de l'activité réalisée.

Ces recettes non liées à l'activité sont payées par l'Assurance Maladie. La dotation nationale de financement des MIGAC « est destinée à financer la part des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics et privés qui ne peut être tarifiée à l'activité ».

Les Missions d'Intérêts Général regroupent plusieurs activités fixées par l'arrêté du 23 mars 2007 :

- l'enseignement, la recherche et l'innovation ;
- les missions d'assistance aux patients pour accès aux droits sociaux (ex : PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé) ou prise en charge de la précarité ;
- les équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines Pathologies (douleur, mémoire...) (ex : CPDP)
- l'aide médicale d'urgence ; SAMU et SMUR
- actions de prévention : prévention (diabétologie, nutrition, allaitement), consultation addictologie, annonce cancer.

Ces activités ont en commun la difficulté ou l'impossibilité d'être financées par des tarifs dans le cadre du modèle actuel. Elles correspondent :

- soit à l'absence de groupes homogènes de séjour (GHS) ou de codifications adaptées dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- soit à la difficulté à rattacher l'activité à un patient.

Toutes les activités financées dans le cadre des missions d'intérêt général feront l'objet d'une contractualisation entre l'ARH et l'établissement de santé.

Cette enveloppe constitue la seule assurance de financement puisqu'elle est déconnectée de l'activité réelle. Néanmoins, des fiches de plus en plus précises détaillent le contenu de ces activités ainsi que les charges qui leur sont rattachées. Cette « assurance » de financement devient relative...Ce type de financement est important pour la Maternité Régionale puisqu'il représente près de 20 % de ses recettes de titre 1 (payé par l'Assurance Maladie).

Le mécanisme T2A : 3 modalités de financement

<p>1. Tarif par séjour d'hospitalisation (GHS et suppléments)</p> <p>2. Paiements en sus (médicaments et DMI coûteux)</p> <p>3. Tarifs par prestations (soins externes, passages aux urgences)</p>	<p>Financements directement liés à l'activité</p>
<p>Forfaits annuels (urgences)</p>	<p>Financements liés à la permanence des soins et en partie à l'activité</p>
<p>Dotations : MIGAC : enveloppes de missions enseignement, recherche, Recours, innovation MERRI, d'intérêt général MIG, et d'aide à la contractualisation MAC</p>	<p>Missions non finançables à l'activité restent financées par dotation et constituent une assurance de financement</p>

3.4. La transmission des données d'activités, le contrôle et les sanctions

3.4.1. La télétransmission avec la plate-forme e-PMSI

A partir de 2004, une plate-forme Internet a été mise en place. Celle-ci a pour but de faire le lien entre les établissements, les agences régionales de l'hospitalisation et le ministère chargé de la Santé. Autrement dit, le DIM n'envoie pas directement les données du PMSI à l'ARH mais les transmet d'abord à la plate-forme qui leur mentionne leur financement.

Cette plate-forme est aussi utile à l'ARH pour suivre l'évolution de l'activité des établissements, pour mesurer la conformité avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire (activités autorisées ou non), avec les projets d'établissement et avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

A l'avenir, cette plate-forme disparaîtrait. Les établissements adresseront alors directement leurs factures à l'assurance maladie en 2009.

3.4.2. Le contrôle des données d'activités produites et les sanctions

La loi du 18 décembre 2003 prévoit une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation (art. L. 162-22-18). Les modalités sont fixées par le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006.

Les contrôles sont exercés par des professionnels de l'Assurance maladie nommés par les agences régionales. L'établissement de santé est alors informé par l'ARH des activités qui vont être contrôlées.

Un premier contrôle automatisé est réalisé afin de mettre en évidence les établissements présentant des résultats atypiques. Ensuite, des médecins-conseils des organismes d'assurance maladie viennent compléter le contrôle sur place.

Si le contrôle est positif – c'est-à-dire si l'établissement a « fraudé » -, la sanction financière est fonction de la part des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues.

L'établissement dispose d'un délai d'un mois pour faire valoir ses explications. Si sanction il y a, elle sera prononcée par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.

4. LES CONSEQUENCES GENERALES DE LA REFORME

Comme toute réforme, la tarification à l'activité génère des conséquences qui s'appliquent directement aux établissements et, indirectement, aux professionnels et aux usagers.

Les conséquences qui vont suivre sont en relation avec ce qui s'est passé dans les pays qui ont précédé la France dans la mise en oeuvre de la tarification à l'activité.

4.1. Les conséquences prévisibles en matière de dépenses de santé et de qualité

Pour les pays qui ont précédé la France dans la mise en oeuvre de la tarification à l'activité, on peut observer que l'impact de la réforme sur l'évolution des dépenses de santé est resté limité.

En matière de qualité, nous nous étions posés la question de savoir si T2A pouvait être compatible avec qualité. Certaines personnes ne peuvent s'empêcher de penser que la qualité des soins va baisser en France. Pour d'autres, la T2A nous pousse à faire mieux avec moins. La qualité des soins est un critère indépendant, car les établissements voudront conserver leur attractivité et doivent se soumettre à l'accréditation qualité.

Aucune étude sérieuse ne permet de conclure à une baisse de la qualité observée. La Haute Autorité en Santé confirme qu'il n'a jamais été démontré de lien entre la mise en oeuvre de la tarification à l'activité et une dégradation de la qualité dans les pays qui se sont engagés dans cette voie. D'après l'HAS, qualité et T2A sont deux notions complémentaires. La T2A sanctionne d'abord l'inorganisation, donc la non-qualité : délais d'attente excessifs aux urgences, durée moyenne de séjour trop longue, retard dans la prise en charge médicale... Les difficultés financières des hôpitaux sont souvent, pour partie, la traduction de cette inorganisation. Il est donc important de favoriser toutes les démarches liées à l'évaluation de la qualité et des pratiques et à l'amélioration de l'organisation.

En ce qui concerne la France, des indicateurs de qualité conditionneront aussi le financement des établissements.

4.2. T2A et codage

Beaucoup s'attendaient à ce que la réforme du financement se traduise par un surcodage de l'activité. Mais, dans ce domaine également, aucune étude sérieuse n'a permis de repérer une organisation délibérée dans ce sens. En réalité, des outils de contrôle de la qualité des données ont été mis en place pour éviter ce type de dérives.

4.3. Les conséquences prévisibles en matière d'organisation et de prise de décisions

1. Les modalités de prise en charge des patients risquent d'être modifiées : développement de l'hospitalisation de jour, par exemple, d'une hospitalisation courte de quarante huit heures, diminution des durées moyennes de séjour et réorganisation des soins. Un des effets pervers de la T2A consiste en un « saucissonnage » de la prise en charge des patients.

La réduction des durées de séjour est une des conséquences prévisibles. Comme les tarifs sont calés sur une durée dite normale, tout dépassement pénalise l'établissement. Or, les recettes sont plafonnées au temps normal du séjour.

2. Un intérêt renouvelé pour les réseaux et pour les complémentarités ville-hôpital a pu être constaté. Cet aspect a des connotations positives et négatives.

Positives, lorsque cette évolution consiste à rejeter l'hospitalo-centrisme. Négatives, quand cette évolution conduit les établissements à se concentrer sur le curatif au détriment du préventif dont ils sont normalement l'un des acteurs.

3. Une autre conséquence est l'amélioration et la simplification des suivis analytiques pour un retour d'information plus efficace sur les dépenses et sur l'activité.
4. La T2A implique une amélioration des codages du PMSI et de la CCAM. Une qualité et une exhaustivité pour le codage et la déclaration de l'activité sont la clé de la réussite. Rappelons que l'hôpital se finance par ce qu'il fait, et non plus simplement par ce qu'il est. Cela sera encore plus vrai avec la version 11.
5. En 2009, les établissements publics doivent se préparer à une facturation au fil de l'eau. Jusque là, un envoi mensuel des données par patient s'effectuait par le DIM. En 2009, les hôpitaux seront tenus d'adresser, par télétransmission sécurisée, les factures liées à chaque séjour et consultation directement à l'assurance maladie. Les données non envoyées, ou présentant des anomalies dans le recueil des droits de l'assuré ou dans le recueil des actes ne seront pas prises en compte. Les délais de facturation devront être accélérés, ainsi que sa qualité, car la perception des recettes sera soumise aux délais de déclaration de l'activité et la qualité de sa description.
6. Enfin, T2A et fermeture, reconversion ou transformation de certains hôpitaux sont en lien. Aujourd'hui, le mot d'ordre est : attractivité. L'hôpital vend ses activités comme une publicité qui incite à acheter tel ou tel produit au lieu d'un autre. Avec la T2A, nous sommes rentrés dans une logique productiviste : financer le meilleur soin au meilleur coût. Cette logique s'apparente donc à celle des entreprises, où il faut augmenter le chiffre d'affaires ou la réorganiser pour obtenir des gains de productivité. Il faut donc s'attendre à moyen terme à des restructurations et des fusions entre établissements, leur permettant d'atteindre une taille critique pour faire des économies d'échelle.

5. SANTE, ETHIQUE ET ARGENT

Les dépenses de santé ne cessent d'augmenter, les difficultés des hôpitaux et les réformes de s'accumuler, les décideurs de s'inquiéter.

Le Conseil Consultatif National de l'Ethique a donc souhaité se prononcer sur les problèmes éthiques posés par la contrainte budgétaire en milieu hospitalier. Sur quels critères peut-on fonder une décision équitable lorsqu'il s'agit de choisir entre deux impératifs souvent contradictoires : préserver la santé d'un individu et gérer au mieux celle d'une communauté de personnes ? Doit-on suivre une logique de santé solidaire mutualisée, ou affecter au mieux les fonds publics dans le sens d'un bien commun auquel chacun a droit ?

Le progrès médical s'accompagne aujourd'hui d'investissements et d'engagements financiers de plus en plus conséquents dans tous les champs de la médecine, d'où la nécessité d'une gestion du soin, avec ses contraintes destinées à rendre acceptable le coût de la protection. Il favorise également de nouvelles attitudes ; le contrat moral entre le médecin et malade ne repose plus seulement sur une simple obligation de moyens, mais évolue vers une obligation de résultats, laquelle, nécessairement plus coûteuse, impose une rationalisation des dépenses afin d'éviter un rationnement effectif des soins.

La santé a un coût et ce coût impose des contraintes. Ce principe peut mettre en péril ceux de la protection sociale. Ne pas tenir compte du caractère fini des ressources disponibles entraînerait forcément une restriction de l'accès aux soins qui serait aléatoire ou discriminatoire pour certaines populations de patients, avec des conséquences éthiques majeures. En effet, l'accès aux soins de qualité sera plus restreint pour certains, soit parce qu'ils seront exclus du système d'assurance (comme 45 millions d'Américains), soit parce que leur pathologie se trouvera « hors assurance ».

Les principes fondamentaux et les enjeux éthiques des contraintes économiques et budgétaires en milieu hospitalier doivent donc faire l'objet d'un véritable débat au niveau de la société toute entière et des responsables politiques sur l'évaluation de la portée et des conséquences des différentes stratégies disponibles pour améliorer le

rapport coût/efficacité du système hospitalier, à la lumière des missions qui lui sont assignées.

Le Conseil Consultatif National de l'Éthique ne cherche pas à promouvoir une vision angélique du problème de la contrainte budgétaire, mais tient à rappeler, qu'éthique et économie ne sont pas incompatibles. Il est donc possible de parler d'économie de façon éthique.

5.1. Principes commandant l'évaluation du coût de la prise en charge hospitalière

Afin de mieux maîtriser les coûts d'un hôpital, une définition précise des objectifs du système de soins hospitaliers a été fixée. Ces objectifs sont en particulier :

- De prendre en charge toute affection qui ne peut faire l'objet de soins à domicile, quel qu'en soit le degré de gravité ;
- De contribuer à réduire les inégalités d'accès au système de santé qui pourraient relever de l'appartenance à une région, à une classe d'âge, à une catégorie socioprofessionnelle ou à une grande précarité ;
- De concourir à améliorer les soins grâce à une démarche volontariste d'amélioration continue de la qualité.

5.1.1. Quelles missions sociales pour l'hôpital ?

Au delà de sa mission fondamentale traditionnelle de soin et d'attention aux patients, qui inclut la prise en charge médicale, l'enseignement, la recherche et l'innovation thérapeutique, l'hôpital est investi d'un devoir d'aide et d'assistance sociale. Cette aide est indispensable à la préservation du lien social dans la cité, au delà de l'obligation de permanence des soins, l'hôpital étant pratiquement le seul service public ouvert nuit et

jour. Cette politique de santé équitable doit, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), assurer à la population un minimum de bien-être et d'épanouissement. Or notre pays présente le paradoxe de faire bénéficier ses habitants d'une espérance de vie parmi les plus élevées au monde, mais de compter en même temps des inégalités très importantes au plan sanitaire ; l'espérance de vie des personnes les plus défavorisées se rapproche en France de celle de certains pays du tiers monde. Négliger la mission sociale de l'hôpital ferait courir le risque d'aggraver ces disparités socio-économiques. Un des rôles de l'hôpital est donc de s'engager dans la promotion de la solidarité nationale et dans le champ de l'action sociale.

La prise en charge des plus démunis laisse fortement à désirer, par exemple ; les personnes atteintes de troubles psychiques, mais aussi les malades âgés, ne bénéficient pas toujours de soins d'accompagnement adéquats.

De plus, une même durée de séjour en service de pédiatrie ou dans un service d'urgence ne pèse pas le même « poids » pour un établissement de quartier aisé que pour celui d'une zone défavorisée.

Alors que des arguments en faveur tels que la situation sociale, l'environnement professionnel, les liens antérieurs du malade avec l'hôpital, sont quelque fois invoqués pour privilégier certains malades, à l'inverse l'âge et la précarité sociale représentent trop souvent des causes de discrimination.

Nous sommes donc bien devant une inégalité d'accès aux soins.

5.1.2. Inégalités, dimensions éthiques et « rentabilité »

Que signifie être juste à l'égard d'un patient ?

Est-il conforme à la justice de limiter les soins donnés à une personne parce que le coût de sa prise en charge paraît trop élevé au regard des ressources disponibles ?

Faut-il, le cas échéant, sacrifier le principe de l'égalité de tous face à la maladie afin de répartir plus équitablement les biens et les services sanitaires ?

Deux réponses opposées existent : une réponse « égalitariste » (dite « déontologique ») et une réponse « utilitariste ».

Dans la conception égalitariste de la justice (que l'article 2 du code de déontologie médicale français a privilégié), chacun doit être soigné en fonction de ses besoins, sans égard à ses conditions d'existence, son âge, à sa position hiérarchique ou son degré de rentabilité sociale.

L'utilitarisme, à l'inverse, fait valoir l'exigence d'une distribution rationnelle des services de soin en fonction des besoins à l'échelle collective. De ce point de vue, être juste c'est être équitable. Par conséquent, il n'est pas nécessairement conforme au devoir de justice d'investir des sommes d'argent considérables sur un trop petit nombre de cas.

L'évolution de nos sociétés, renforcée par la crise des dépenses de santé, traduit la montée en puissance de cette dernière conception « utilitariste » au détriment de l'idéal égalitariste. On constate que l'émergence de raisonnements donne de plus en plus d'importance à la qualité de vie des populations, et privilégiant l'équité par rapport à l'égalité lorsque les deux ne peuvent être conciliées.

Si la santé d'un homme n'a pas de prix, elle a évidemment un coût.

Ainsi, nous pouvons nous interroger : sommes-nous donc arrivés à un moment de notre histoire où il n'est plus permis au médecin de soigner en considérant aussi la personne dans son humanité ?

Compte tenu de la dimension éthique de sa mission, la gestion de l'hôpital peut-elle, et doit-elle, être non seulement équitable mais aussi rentable ? De quoi parle-t-on d'ailleurs quand on parle de rentabilité de l'hôpital ? Elle ne peut être évaluée comme celle d'une entreprise où les coûts sont équilibrés par les recettes provenant de la vente de biens ou de services. Les clients de cette entreprise sont à la fois capables de les acheter à leur prix véritable, et libres de les acquérir ou non ; telle n'est manifestement pas la situation des usagers de l'hôpital. Serait-il par ailleurs éthique de privilégier les soins qui « rapportent », c'est-à-dire ceux dont le coût réel est inférieur aux recettes que procure leur tarification ?

Certaines maladies peuvent nécessiter la mise à disposition de traitements coûteux ou prolongés destinés à une seule personne ; mais comment rester équitable si la sélection de cette personne est fondée sur des critères implicites et met en péril l'accès aux soins des autres maladies ?

Il faut donc définir des critères de choix acceptables à la fois par la société et par les malades, et ces critères ne peuvent prendre en compte la seule « rentabilité ». La préservation du bien commun « santé publique » ne peut pas être comptabilisée comme un « produit » ordinaire.

5.1.3. Y aurait-il des bénéfices dans le bilan de l'hôpital ?

Le coût des systèmes hospitaliers, et des systèmes de santé en général doit être mis en regard des bénéfices qu'il procure à l'ensemble de la population.

Dans le même sens, il est important de rappeler que les dépenses de santé correspondent aussi à des investissements qui présentent eux-mêmes une incidence positive sur l'activité économique : la construction d'hôpitaux, la production de matériel médical ou de médicaments contribuent à la croissance et sont créatrices d'emplois. En conséquence, un examen global de l'activité hospitalière se doit de comparer les dépenses qu'elle engendre et l'ensemble des bénéfices directs et indirects qu'elle induit.

Dégager des économies sans mettre en danger l'ensemble du système de santé requiert que les stratégies qu'on applique soient évaluées, non seulement du point de vue de leur incidence financière, mais aussi de leur impact global sur la qualité des soins et l'état de santé des populations concernées.

5.1.4. L'innovation

De nombreuses nouvelles techniques d'exploration accroissent la qualité du diagnostic mais aussi son coût. La radiologie a évolué au fur et à mesure, de même l'échographie. Mais leur utilisation par le médecin peut conduire à un « empilement » d'examens médicaux n'obéissant pas nécessairement à une stratégie rationnelle basée sur leur complémentarité. C'est ainsi que des examens additionnels inutiles seront réalisés, tantôt pour confronter la tentation, même illusoire, d'une sécurité maximale, tantôt même pour « prouver », a contrario, que le patient est en bonne santé. **Attention donc à ce « toujours plus »** afin que la médecine reste toujours **humaine et respectueuse**.

Il est donc nécessaire d'améliorer la pertinence des actes thérapeutiques, c'est-à-dire de réduire autant que possible **l'écart entre l'efficacité et la quantité des ressources mises en jeu**.

Un des objectifs clé des services hospitaliers est d'apprendre à rééquilibrer les dépenses liées à l'innovation en rationalisant les coûts et en favorisant des méthodes de prise en charge plus économiques. Les praticiens doivent ainsi considérer le rapport coût/bénéfice avec la même importance que celui bénéfices/risques.

5.1.5. Concilier l'efficience, l'humain et la qualité est-il possible ?

L'hôpital public est, rappelons-le, un acteur central de l'offre de soins et doit désormais s'adapter dans un environnement évolutif.

Le taux de fécondité est, en France, parmi les plus importants en Europe (1.9%). Depuis plusieurs années, il y a eu un désengagement progressif des structures privées de ces activités en raison de contraintes importantes (risques médico-légaux, coûts fixes élevés de la permanence des soins, sujétion des gardes pour les médecins), d'où un transfert des besoins vers les maternités publiques sans transferts financiers équivalents.

62% des maternités françaises sont publiques, pour 32% de maternités privées à but lucratif et 6% de maternités PSPH.

Sur les 800 000 naissances annuelles qui ont lieu en France, près de **500 000 naissances se déroulent dans les hôpitaux publics (63%)**, sachant que ces établissements effectuent deux fois plus d'accouchements que les cliniques privées commerciales et prennent en charge la grande majorité des grossesses à risques (84%), des accouchements avec complications (72%) et des affections post-partum (68%). D'ailleurs, une majorité de maternités de niveau 3 sont publiques.

Les sages-femmes travaillent pour une grande partie dans les hôpitaux publics, soit environ 9000 professionnels en 2006 (contre 3000 dans les cliniques privées).

5.1.6. L'Hôpital en recomposition : un impératif pour développer le service public de demain

Sur les 589 maternités françaises, environ 200 (soit plus du tiers) réalisent plus de 1500 accouchements par an, soit 59% des accouchements. Dans le même temps, les maternités les plus petites (qui réalisent moins de 600 accouchements) représentent 19 % des établissements et assurent 6 % des accouchements.

Il apparaît ainsi qu'il existe certains établissements pour lesquels le nombre d'interventions ou d'accouchements se situe à un niveau plutôt bas, sachant que 1000 accouchements par an correspond au seuil moyen permettant d'amortir les plateaux techniques dédiés. Lorsque leur activité est inférieure à ce seuil, les établissements sont susceptibles de **devoir s'adapter sur le plan stratégique, sur le plan économique et sur le plan de l'attractivité.**

Plus particulièrement, la généralisation de la T2A, qui est appliquée à 100% aux hôpitaux depuis le 1^{er} janvier 2008, modifie les règles de l'équilibre économique des établissements, en donnant une importance considérable aux volumes d'activités et à la maîtrise des charges fixes. Au total, **52% des établissements (62% pour le public et**

47% pour le privé) ayant une activité chirurgicale et/ou obstétricale sont en situation de vulnérabilité et concernés par une évolution de leurs organisations.

Pour mémoire, il y avait 1747 maternités en 1972 contre 653 en 2002.

Il ne s'agit cependant pas de privilégier les fermetures des structures, mais plutôt **de raisonner en termes de recompositions, de réorganisations d'activités**, ce qui implique de **développer une stratégie de groupe**, au travers de coopérations public/public ou public/privé.

Ainsi, les Centres Périnataux de Proximité, définis par Décret du 9 octobre 1998, permettent à certains établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique de continuer à exercer des activités pré ou post natales, sous réserve d'une convention permettant le concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique (avec mise à disposition de sages-femmes et d'au moins un gynécologue obstétricien).

5.1.7. L'avenir de l'Hôpital public

La réforme de la T2A n'est pas seule pour réorganiser l'Hôpital.

Le Projet de Loi portant réforme de l'Hôpital et des dispositions relatives aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) s'inscrit dans la continuité du Rapport sur les missions de l'Hôpital remis en avril 2008 par le Sénateur Gérard LARCHER au Président de la république.

Il reprend par ailleurs un certain nombre de thèmes défendus par la FHF dans ses « 65 propositions pour l'avenir du service public hospitalier ».

La FHF souligne l'intérêt de ce projet de Loi, et des évolutions qu'il favorise, dans le sens d'une modernisation du système hospitalier français et de l'organisation territoriale du système de santé.

Les missions de service public hospitalier.

L'ensemble des missions de service public peuvent désormais être assurées par tous les établissements de santé (y compris CHT et GCS)*, quelque soit leur statut, sous réserve du respect des principes suivants : égal accès aux soins, prise en charge 24h sur 24, non discrimination en ce qui concerne la qualité des soins, possibilité d'être pris en charge aux tarifs conventionnels (+ permanence des soins et accueil aux urgences).

**CHT : Communauté Hospitalière de Territoire : répond à la nécessaire gradation des soins en permettant aux structures de s'unir dans une stratégie commune tout en gardant leur indépendance fonctionnelle. Les CHT peuvent associer des établissements de santé autonomes pour leur permettre d'atteindre la taille optimale en terme de réponse aux besoins de la population de leur territoire. Les mesures proposées visent à faciliter les relations entre les professionnels des différents établissements, et avec ceux des secteurs libéral et médico-social.*

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire.

Le statut et l'organisation des établissements publics de santé.

Il existe désormais un statut unique pour les établissements publics de santé (plus d'hôpital local), avec des organes décisionnels rénovés (conseil de surveillance et directoire), s'appuyant sur des chefs de pôle ayant autorité sur l'ensemble des personnels du pôle. La gouvernance hospitalière issue des ordonnances de mai 2005 est donc approfondie dans le projet de Loi.

La coopération entre les établissements est encouragée : public/public au sein des CHT (fédératives ou intégrées), ou public/privé au sein de GCS qui deviennent établissements de santé.

Le pilotage territorial de l'offre de soins.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) doivent mettre en œuvre la politique régionale de santé afin de répondre aux besoins de la population et veiller à la gestion efficiente du système de santé : elles sont compétentes en termes de **santé publique**, de **soins ambulatoires et hospitaliers**, de prise en charge dans **les structures médico-sociales**, pour **les professions de santé**.

Au-delà de l'affichage, la Loi HPST doit cependant créer les conditions d'une véritable réforme de l'Hôpital :

- en proposant des incitations aux regroupements et recompositions hospitalières des établissements,
- en assouplissant les règles de gestion des établissements (y compris pour la gestion et l'intéressement des personnels),
- en préservant une gouvernance équilibrée entre professionnels hospitaliers, sous la direction du chef d'établissement.

5.1.8. Quelles conséquences pour le management médical et paramédical au sein des établissements ? en terme de pratiques et d'éthique

Dans le cadre de la T2A appliquée à 100% dans les établissements de santé, ce sont désormais les recettes qui conditionnent les dépenses, et non plus l'inverse. En complément, certaines activités issues des missions de service public sont susceptibles d'être financées par les MIGAC et les MERRI.

Ce système de financement pose la question **des seuils de rentabilité des établissements** au-delà desquels il est économiquement possible de maintenir une activité : pour les maternités, le seuil moyen est estimé à 1000 accouchements par an, sachant qu'il faut mobiliser 6 sages-femmes pour assurer une activité continue sur 24h.

Bien souvent, l'activité des maternités est également liée au maintien de la chirurgie, elle-même soumise au principe de l'équilibre économique.

Les leviers d'action des établissements reposent donc sur l'évolution de l'activité (nombre d'accouchements) et sur l'optimisation des organisations permettant de rationaliser les coûts, ce qui constitue un enjeu de plus en plus important au regard de l'ONDAM hospitalier qui est une enveloppe « fermée ».

Dans ce contexte, la T2A ne doit pas se traduire par une sélection des patients, ni une dégradation des prises en charges, mais par **une évolution des organisations permettant le maintien de la qualité et de la sécurité des prises en charge.**

Les conséquences en terme d'organisation : développer une éthique de la coopération

La modernisation des établissements de santé et l'optimisation de leurs organisations reposent pour une grande partie sur des logiques partenariales.

- Développer les liens avec les partenaires extérieurs, notamment les PMI.
- **Approfondir les organisations issues des décrets « périnatalité »** d'octobre 1998 : insertion des maternités dans les réseaux de coordination et d'organisation des transferts in utero (transfert vers les maternités de niveau 2 et 3), création de Centres Périnataux de Proximité lorsque la situation économique et la qualité des soins le justifient, création de structures de suivi des soins et de soutien à domicile (par exemple dans l'Isère).
- **Utiliser les nouveaux outils de coopération facilitant les stratégies de groupe** dans une logique territoriale : CHT (coopérations public/public) et GCS (coopérations public/privé).

Les conséquences en terme de management

La gouvernance issue des ordonnances de mai 2005 a instauré des pôles dans les établissements de santé. A ce jour, la plupart des établissements ont fait le choix d'avoir un cadre de pôle « mère-enfant » qui est un cadre (ou cadre supérieur) sage-femme, aidée d'un cadre puéricultrice.

Le **principe de subsidiarité** va être approfondi par la réforme à venir, compte tenu du positionnement réaffirmé du chef de pôle en responsabilité de tous les personnels du pôle : il s'agit d'un enjeu fort en terme d'organisation managériale, voire de formation de l'encadrement médical et paramédical.

Le management des pôles est plus que jamais au centre des évolutions de l'Hôpital : il n'y a pas d'adaptation des organisations, ni d'accompagnement du changement sans adhésion de l'encadrement.

Les conséquences en terme d'éthique professionnelle

Le Rapport du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie de la santé souligne l'impact de la T2A sur les soins hospitaliers, et notamment les activités soumises à la rémunération à l'activité, au détriment des autres activités de prévention, d'intérêt général...

Rappel du code de déontologie des sages-femmes : « *en aucune circonstance, la sage-femme ne peut accepter de la part de son employeur de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patients et nouveau-nés* ». (2ème alinéa de l'article [R.4127-348 du Code de la santé publique](#), ancien article 48 du Code de déontologie).

Dans un environnement de plus en plus « contraint », les hospitaliers sont amenés à s'adapter, à se réorganiser, notamment lorsque les gains de productivité ne sont pas, ou plus, possibles. Mais le principe partagé reste le respect des missions de service public et des enjeux de sécurité et de qualité de la prise en charge.

Au cas spécifique des maternités, les perspectives semblent se structurer autour de trois axes :

- améliorer la prise en charge pendant la grossesse (réseau de santé et entretien du 4^{ème} mois) ;
- assurer la sécurité et préserver l'intimité de l'accouchement : bien naître et bien être ;
- proposer un accompagnement après la sortie de l'hôpital (CPP, HAD post partum...).

De l'éthique de la coopération.....

Partie 2 : Et les consultations externes de la Maternité Régionale de Nancy...

La tarification à l'activité représente un bouleversement dans l'économie et dans l'organisation des hôpitaux.

La Maternité Régionale de Nancy doit, elle aussi, s'adapter à cette nouvelle logique financière du mieux qu'elle peut, et améliorer sa performance. Mais pour cela tous les professionnels de santé, médecins, soignants, doivent s'investir, se sentir concernés par ce changement.

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Les aspects réglementaires

Avant de prendre l'exemple des consultations de la Maternité Régionale de Nancy, reprenons les recommandations, d'avril 2005, de la Haute Autorité en Santé en matière du suivi de grossesse. En effet, il est important de connaître la réglementation afin de permettre, par la suite, un travail de qualité de la part des professionnels.

Ces recommandations concernent tous les professionnels impliqués en périnatalité, regroupés ou non en réseau de santé, notamment les sages-femmes et les médecins généralistes, les gynécologues et les obstétriciens.

Sur l'information et le suivi des femmes enceintes, l'HAS recommande :

- ✓ De CONSACRER du TEMPS à l'information de la femme enceinte ou du couple ;
- ✓ D'apporter une ECOUTE ATTENTIVE pour mieux prendre en compte les attentes de la femme enceinte ou du couple, leur permettre de poser des questions et d'aborder les problèmes rencontrés ;
- ✓ De délivrer une INFORMATION ORALE fondée sur les données scientifiques actuelles et sur les droits et la réglementation ; la compléter, si possible, avec des documents écrits fiables ;
- ✓ D'utiliser un langage et/ou un support adaptés, en particulier avec les personnes ayant un handicap sensoriel ou mental ou avec celles qui ne parlent ni ne lisent le français ;
- ✓ De proposer, si nécessaire, une consultation supplémentaire, si le volume et/ou la nature de l'information à donner le requièrent ;
- ✓ De fournir des informations écrites, notamment sur la surveillance médicale de la grossesse, la prévention des risques et l'offre de soins locale ;

- ✓ D'assurer la continuité des soins par le partage des informations entre les différents professionnels concernés et la femme ou le couple.
- ✓ Etc.

Le suivi obstétrical de la femme enceinte n'est possible que si le professionnel de santé dispose d'un temps « suffisant ».

En effet, médecins, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, doivent **consacrer du temps** à la délivrance de l'information et de la disponibilité d'esprit.

Chaque consultation doit être structurée et comporter un contenu ciblé.

Les consultations ont en commun :

- *D'écouter la demande de chaque femme et de chaque couple ;*
- *De fournir des informations, donner la possibilité de discuter d'éventuels problèmes et préoccupations et proposer à la femme de poser des questions, notamment sur l'accouchement et sur l'accueil de l'enfant ;*
- *De réaliser un examen clinique, prescrire et proposer des examens complémentaires ;*
- *De rester vigilant aux signes et symptômes pouvant affecter la santé de la mère et du fœtus ;*
- *D'identifier systématiquement les besoins de soins complémentaires et d'orienter vers une filière de soins spécifique ;*
- *De commenter les résultats des examens biologiques et échographiques ;*
- *De réévaluer la programmation et le contenu des consultations prénatales.*

La Haute Autorité en Santé recommande également des visites plus longues en début de grossesse. Ceci est nécessaire pour procéder à un bilan complet et pour pouvoir dialoguer.

De plus, l'HAS propose une consultation supplémentaire du fait du volume d'informations très important.

Cependant, il est intéressant de constater qu'aucune notion de temps n'a été définie. On ne parle seulement que de *visites plus longues*, vague notion. Or, nous pouvons assez

facilement comprendre que, de part l'importance des objectifs fixés à chaque consultation, le temps passé avec la femme enceinte à délivrer des informations, est primordial et ne peut être réduit.

1.2. A la Maternité Régionale de Nancy

L'accueil des patients en consultation externe constitue une part importante de l'activité de la Maternité. Confrontée à un changement de paradigme financier, à une évolution des modes de prises en charges, la maternité ne peut plus ignorer l'importance que revêt le secteur des consultations externes pour son développement. A la fois vitrine et avantage de la prestation hospitalière, les consultations sont le premier lieu de contact entre le patient et la maternité. Mais elles sont aussi le lieu de tous les « dangers ». S'y concentrent en effet des problématiques de délais d'attente, de fluidité du circuit, de qualité de l'accueil, de confort, de confidentialité, de coordination entre plusieurs intervenants, qui sont autant de challenges organisationnels complexes à relever.

L'optimisation de l'organisation des consultations externes constitue donc un enjeu majeur de la performance de la maternité. De sa capacité à organiser le circuit de manière fluide et à offrir une prestation de qualité dépend une grande part de son image, de son attractivité, donc de son activité et de sa pérennité financière.

C'est pour toutes ces raisons que j'ai choisi le secteur des consultations pour réaliser mon étude.

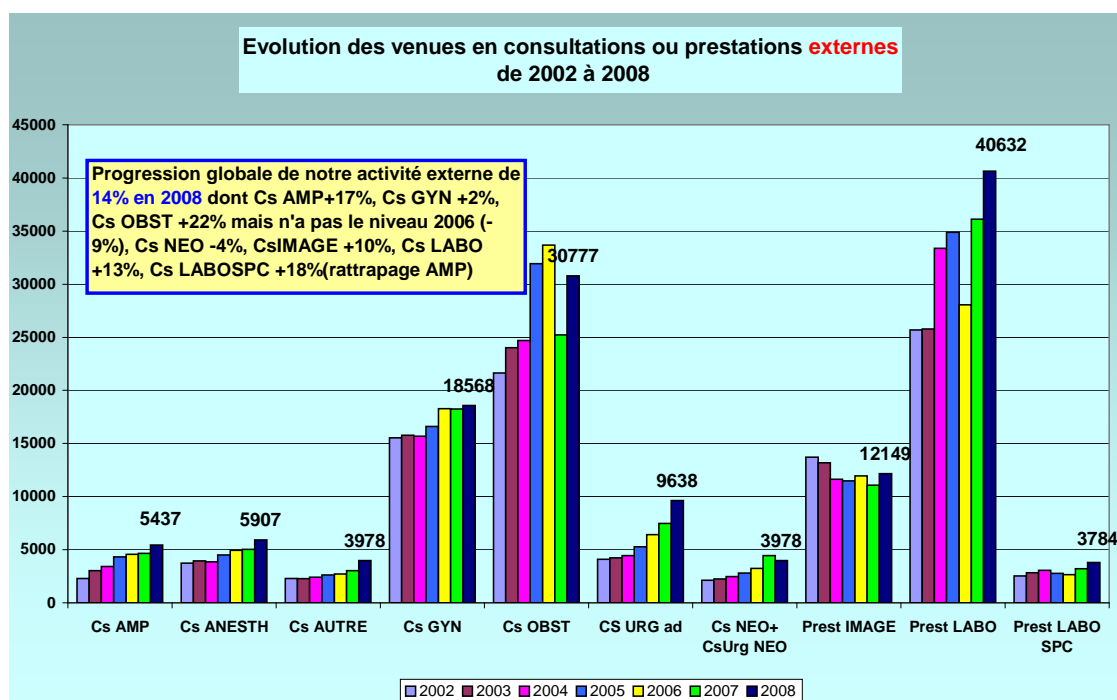
Les consultations externes comptent actuellement quinze sages-femmes dont une sage-femme cadre supérieure.

Les sages-femmes ont un temps défini pour chaque consultation : une heure pour la première consultation et pour l'Entretien Prénatal Individuel, 30 minutes pour les autres. Cette durée de consultation a été établie avant les recommandations de l'HAS et trouvait son origine dans la prévention des risques environnementaux. En revanche, il n'existe pas de définition claire et précise du contenu de chaque consultation.

Ainsi, le poste téléphonique de point information 3636 a vu le jour, les séances de préparation à la naissance se sont développées, ceci rentrant dans un programme de prévention.

La dimension environnementale et la prévention constituaient une importante place dans la prise en charge d'un patient. Aujourd'hui, avec la T2A où tout est quantifié, ces notions tendent à disparaître ; le financement par les MIGAC restant relatif.

Quelques chiffres de l'activité externe de la Maternité Régionale de Nancy



1.3. Comment pouvons-nous améliorer la performance des consultations de la Maternité Régionale de Nancy ?

Après avoir vu les recommandations de la Haute Autorité en Santé et la situation actuelle des consultations de la Maternité Régionale de Nancy, nous devons nous réorienter vers la nouvelle logique financière, qui est la T2A.

Le but est de concilier ce que recommande la Haute Autorité en Santé et les changements politique et économique énoncés par le gouvernement.

L'objectif de mon étude est d'évaluer la maîtrise de la T2A par les professionnels de santé et ses répercussions sur les consultations externes de la Maternité.

Plusieurs hypothèses s'offraient :

- les connaissances concernant la T2A étaient disparates ;
- un souci d'améliorer et de conserver les acquis (modalités de prise en charge, temps de consultation) était présent.

1.3.1. Echantillon

Ce questionnaire a été réalisé auprès de l'ensemble des sages-femmes des consultations externes, soit un nombre total de quinze.

1.3.2. Type d'étude

Il s'agit ici d'un questionnaire semi directif. D'être auprès des sages-femmes au moment où elles remplissaient mon questionnaire me paraissait très intéressant. Cela permettait non pas de les guider dans leurs réponses mais d'établir un dialogue et de connaître plus fermement leurs opinions.

Le temps passé pour réaliser un entretien avec une sage-femme était d'environ 30 minutes.

Mon étude a été réalisée, entre mi-octobre et mi-décembre 2008.

Mon questionnaire avait plusieurs buts :

- Apprécier les connaissances de la sage-femme concernant la T2A ;
- La sensibiliser et lui faire prendre conscience du rôle à jouer au sein de la nouvelle réforme;
- Connaître ses divers points de vues, ses critiques qu'elles soient positives ou négatives ;
- La questionner sur d'éventuelles propositions de réorganisations des consultations.

Mon statut d'étudiante sage-femme m'a permis d'observer le fonctionnement des consultations et m'a ainsi aidée à l'analyse actuelle des consultations.

1.3.3. Description de l'étude et résultats

- A la première question : « *Qu'est-ce que la T2A pour vous ?* » :

Les éléments de réponse attendus étaient :

- T2A = Tarification à l'Activité ;
- Nouveau système de financement dans lequel l'activité déterminera directement les ressources ;
- 3 modalités de financement : financements directement liés à l'activité ; financements liés à la permanence des soins et en partie l'activité ; missions non finançables à l'activité qui restent financés par dotation et constituent une assurance de financement (enveloppe MIGAC).

De ce postulat :

- 8 sages-femmes ont su correctement définir la T2A, soit 53 %
- 7 sages-femmes n'ont pu me donner une définition, soit environ 47 %.

- Deuxième question : « *Combien de temps en moyenne passez-vous avec une patiente par consultation ?* »

La réponse attendue :

- une heure pour la première consultation et pour l'Entretien Prénatal Individuel ;
- 30 minutes pour les autres.

Réponses obtenues :

- 100 % des sages-femmes consultent en une heure pour le premier rendez-vous et l'EPI ;
- environ 73 % des sages-femmes mettent 30 minutes pour réaliser les autres consultations, soit 11 sages-femmes sur 15 ;
- et 27 % des sages-femmes prennent en moyenne 30 à 45 minutes pour réaliser les autres consultations, soit 4 sages-femmes sur 15.

- Question 3 : « *Pensez-vous disposer de suffisamment d'informations pour juger de votre productivité (prix de revient de la consultation comparé au tarif = prix de vente de la consultation) ? Sinon, précisez le type d'informations qui vous paraîtrait nécessaire.*

Réponse attendue : les sages-femmes ont des informations insuffisantes en terme de productivité.

Réponses reçues :

- 40 % des sages-femmes pensent disposer de suffisamment d'informations pour juger de leur productivité (soit 6/15) ;
- 60 % ne disposent pas de suffisamment d'informations dont seulement 44 % souhaitent plus de précisions :

33 % aimeraient connaître le rapport entre ce que coûte une sage-femme et son activité

et 11 % aimeraient savoir le nombre de consultations par sage-femme et par semaine.

- Quatrième question : « *Dans la réforme de la T2A, à votre avis, quel rôle devrait jouer la consultation externe ?* »

Réponse attendue :

La consultation externe a un rôle capital à jouer dans cette nouvelle politique. En effet elle représente un lieu stratégique, la porte d'entrée, la vitrine de la Maternité. La Consultation est le lieu où sont initiés tous les suivis, « les patientes de consultations sont des futures accouchées ».

La Consultation externe doit alors assurer une offre de qualité pour être le plus attractif possible en terme d'organisation, de fluidité du parcours du patient, de pratiques médicales et de réponses aux besoins des patientes. C'est aussi le lieu où la programmation du suivi de grossesse doit s'organiser avec les prises de rendez-vous nécessaires, devant s'articuler entre eux (laboratoires/prélèvements, imagerie/échographie).

Réponses reçues :

- 67 % des sages-femmes prennent conscience de cet enjeu
- alors que 33 % estiment que les consultations n'ont pas un rôle particulier à jouer.

- Question n° 5 : « *Et vous, quel rôle jouez-vous, en tant que sage-femme, dans le cadre de cette politique ?* »

Réponse attendue :

La sage-femme fait partie intégrante des professionnels de santé. Elle doit donc être présente sur le devant de la scène, en particulier pour décrire son activité. Par son

travail, elle doit répondre à l'attente des patientes, informer le public des spécialisations de l'établissement afin de le rendre le plus attractif possible ; proposer une offre de soins suffisamment large en type de consultations et en type d'accompagnement (acupuncture, suivi sevrage tabagique...) ; participer à l'amélioration du parcours du patient et de l'organisation du fonctionnement des consultations externes.

Réponses recueillies :

13 % des sages-femmes pensent ne pas avoir à jouer de rôle dans cette politique.

7 % affirment ne pas avoir de pouvoir de décisions, restent passives et s'en contentent.

80 % pensent avoir un rôle, conformément à l'attendu mais ciblé sur leurs pratiques et leur offre de soins. Aucune ne s'est exprimée sur leur implication nécessaire dans l'amélioration du parcours du patient ou dans l'organisation globale des consultations externes.

- Sixième question : « A votre avis, existe-t-il des effets positifs de la T2A ? Si oui, lesquels ?

Réponse souhaitée : cf les chapitres 1.5.2 ; 1.5.3 ; 1.5.4 ; 1.5.5.

Réponses obtenues :

- 87 % ont répondu à l'affirmatif.

Les effets positifs mentionnés :

- rationaliser les offres de santé
- prendre conscience du coût général de la santé
- éviter les abus
- responsabiliser les acteurs et les patientes
- essayer de maîtriser les dépenses de santé
- revaloriser l'activité
- évaluer les pratiques
- connaître de façon exhaustive l'activité d'un établissement.

- 13 % estiment qu'il n'existe pas d'effets positifs.

- Septième question : « *Et des effets négatifs ? Lesquels ?* »

Réponse attendue : risques pour la qualité, l'accès aux soins des patients les plus lourds (utilitarisme), financement privilégié du curatif au détriment des activités de prévention, d'intérêt général...

Réponses :

100 % des sages-femmes pensent que la T2A aura des conséquences négatives, parmi, elles :

- inhumaniser la prise en charge en ne pensant qu'à la rentabilité
- certains postes de travail sont remis en cause
ex : le poste 3636 qui ne produit pas d'actes mais répond à un besoin de santé publique et à une demande de la part des patientes.
- dans l'avenir, réduction du temps de consultation
- la mise en place de la T2A augmente le temps consacré à la bureaucratie
- la multiplication inutile d'actes, d'être trop interventionniste
- la pratique d'actes plus coûteux
- l'absence d'assurance de financement.

- Question n° 8 : « *Est-ce que vous avez déjà dû modifier votre prise en charge ? Ou est-ce que vous pensez qu'il faudra la modifier ? Si oui, de quelle façon ?* »

33 % des sages-femmes seulement, ont ou vont modifier leur prise en charge.

Actuellement, ce groupe de sages-femmes prend plus de temps pour coder.

Dans l'avenir, elles devront se centrer sur l'obstétrique, conséquence de cette réduction de temps de consultation. Elles devront ainsi écourter le temps d'écoute et de prise en

charge et supprimer le temps qu'elles consacraient à l'enseignement des étudiantes sages-femmes qu'elles accueillait au sein de la consultation..

En outre, ces sages-femmes estiment qu'une meilleure rentabilité du plateau technique devra passer par une modification des créneaux horaires (augmentation des plages horaires de consultations).

- Question n° 9 : « *A votre avis, aux yeux des patientes, y aura-t-il des changements amenés par la politique T2A ?* »

- 60 % des sages-femmes estiment que les patientes verront leurs prises en charge modifiées.

De part la T2A, le parcours des patients sera simplifié, le temps d'attente des patientes en sera alors diminué.

Les patientes pourront s'apercevoir d'un temps d'écoute diminué par un temps de consultation écourté.

Elles pourront se voir prescrire des actes plus lourds que ce que ne voudrait la pathologie.

- Au contraire, 40 % pensent que les patientes n'y verront aucun changement. Selon elles, les patientes, ne connaissant pas le prix d'une consultation, ne peuvent pas être responsabilisées.

- Question n° 10 : « *Pensez-vous qu'une collaboration sage-femme (suivi des grossesses physiologiques uniquement) / médecin (suivi des grossesses pathologiques uniquement) serait intéressante ?* »

Cette collaboration existe déjà et pour 67 %, ce partenariat est très intéressant et enrichissant pour la sage-femme, nécessaire pour la patiente.

- Question n° 11 : « *D'après vous, la nomenclature officielle pour coder vos actes est-elle adaptée ? Si non, quel(s) code(s) rajouteriez-vous ?* »

Pour 67 %, la nomenclature officielle n'est pas adaptée.

Certains actes sont à revaloriser, en particulier les consultations spécialisées (tabacologie, hypnose, sophrologie, sexologie, l'acupuncture).

Les monitoring, examens d'urine et mesure de la tension artérielle ne sont pas pris en compte.

En préparation à la naissance, les informations « futurs pères », « allaitement » et « péridurale » ne sont pas valorisées.

Aucun code n'est à ajouter mais certains sont à revaloriser.

- Douzième question : « *A votre avis, quelle serait la meilleure organisation des consultations en concordance avec la politique T2A ?* »

Les sages-femmes sont d'avis d'augmenter les plages horaires (avec un emploi du temps « complet ») afin de toucher une autre clientèle.

Une seule sage-femme, de part sa situation particulière au sein des consultations, estime que le circuit des patientes de l'admission à la sortie devra être modifié pour éviter les pertes de temps.

La réduction du temps de consultation fera aussi partie de cette organisation.

Les sages-femmes proposent de faire coder les secrétaires pour que les professionnels de santé bénéficient de plus de temps dans leur consultation.

2. DISCUSSION

2.1. Des professionnels de santé encore mal informés

La définition de la T2A est connue par la moitié des sages-femmes, ce qui a suscité mon étonnement. En effet, même si les cadres ont participé à des réunions d'information, les sages-femmes, elles n'ont pas été vraiment sensibilisées ; certaines d'entre elles ont été informées par la lecture de revues professionnelles.

Depuis, une intervention menée par Mme Valence, médecin du DIM, a eu lieu, rassemblant sages-femmes cadres et sages-femmes des consultations externes ainsi que M Carrière, directeur de la Maternité Régionale. A la suite, un débat a été soulevé concernant surtout la possible réduction du temps de consultation et la qualité de travail. Les sages-femmes revendiquent leurs devoirs envers les patientes et défendent inévitablement leur travail. Ceci va de soi... Mais, elles comprennent aussi les enjeux de cette nouvelle politique et s'adaptent relativement bien aux changements.

L'adaptation est en phase avec la réforme. Ce type de comportement favorise l'appropriation et l'enracinement dans les pratiques. Repérer ces alliés et avancer avec eux est donc l'enjeu pour les promoteurs du projet de changement.

A l'heure actuelle, nous commençons progressivement à agir, à passer au-delà de l'activisme.

Afin de favoriser l'adaptation des sages-femmes aux nouvelles règles du jeu et permettre une amélioration de la qualité de la prise en charge, Mme Poutas, ancienne directrice de l'école des sages-femmes, m'avait encouragée à prendre ce sujet de mémoire.

2.2. Les consultations externes jouent un rôle primordial

Les professionnels de santé travaillant dans le secteur des consultations externes doivent prendre conscience que ce service est indispensable à l'établissement. Généralement premier contact de la patiente avec la maternité, la consultation est autant une porte d'entrée qu'une vitrine. La facilité avec laquelle la patiente aura obtenu son rendez-vous, son temps d'attente, les conditions dans lesquelles cette attente s'effectue, la complexité de son parcours dans la structure conditionnent bien souvent l'image qu'elle retiendra de la maternité dans son ensemble. Les patientes de consultations sont les futures patientes des salles de naissances, des suites de couches mais aussi du service de gynécologie. On comprend bien là que les consultations externes constituent le premier maillon de la chaîne.

Un tiers des sages-femmes voient dans les consultations aucun rôle particulier à jouer. Il y a donc un effort de communication à fournir pour une prise de conscience de la majorité des acteurs de consultations externes, de l'importance stratégique de ce secteur d'activité.

2.3. La place de la sage-femme au sein de la réforme T2A

La sage-femme est un des acteurs clés dans la mise en place de la nouvelle politique financière. La plupart se sentent responsabilisées. Ce professionnel de santé doit aussi participer à la fluidité du parcours du patient en interne, à une meilleure gestion des rendez-vous pour éviter les attentes entre les consultations.

Décrire leur activité en temps et en heure, de façon exhaustive et sans erreur est perçu, mais participer à la fluidité du parcours du patient en interne, à une meilleure gestion des rendez-vous, il faut tenir compte également de la notion de chaîne de facturation. **C'est de cette déclaration que découleront les recettes de l'établissement, mais pas isolément.** En

effet, la facturation est un processus transversal où tous les acteurs doivent participer à l'identitovigilance, fiabiliser et sécuriser la gestion administrative des patients (droits ouverts, création d'épisodes horodatés avec la bonne Uf, le bon exécutant de l'acte, etc..). Il s'agit ici de décroisonner pour redynamiser la fonction de facturation et accompagner la reconstruction de tout le processus de prise en charge administrative du patient.

Au final, la qualité de la facturation sera autant le fruit de la qualité des travaux de chacun que de leur bonne coordination.

2.4. Les diverses opinions

Ce plan ne laisse pas, bien évidemment, indifférent les professionnels de santé.

Il existe encore 13 % d'opposants au plan : « la tarification à l'activité suppose une nécessaire productivité mais peut aboutir à un néfaste productivisme. Elle suppose des prix uniformes pour une production conforme dans le but de structurer les territoires opérationnels façon grandes surfaces contre petits commerces ».

Malgré tout, la majorité est en faveur à ce plan. Les sages-femmes soulignent au premier plan la responsabilité et l'intéressement des acteurs, une réforme tenant compte de l'activité, ainsi que l'harmonisation des règles de financement des établissements de santé publics et privés.

Même si 67 % des sages-femmes pensent qu'il existe des effets positifs de la nouvelle réforme, 100 % y voient également des conséquences négatives qui s'appliquent directement aux établissements et, indirectement, aux professionnels et aux usagers. Compte tenu de l'implication de la rentabilité, une diminution du temps de consultation est probable.

« Inhumaniser la prise en charge des patientes » n'est pas en lien avec la tarification à l'activité. Si une réflexion sur une meilleure organisation, fluidité du parcours du patient, ne s'engage pas, c'est effectivement un risque de ne plus disposer du temps nécessaire. La sur-qualité est un luxe que l'on ne peut plus se permettre. Aux

professionnels de santé de définir les critères de choix pour une prise en charge de qualité cliniquement et humainement et, de ne pas prendre en compte le seul critère de « rentabilité » !

Bien évidemment, les recettes étant en lien avec l'activité, cette activité doit être codée au fur et à mesure. Des efforts de codage sont donc observés de la part des opérateurs médicaux. Ce codage, essentiel aujourd'hui par l'absence d'assurance de financement, doit être pris en compte avec sérieux et attention. Si le personnel médical hospitalier ou universitaire a pu se laisser aller à déléguer le codage du PMSI à des « petites mains », actuellement, cela n'est plus possible. Dès lors que cet outil devient tarifant, il doit y avoir une reprise en main du codage par les professionnels qui ont réalisé l'acte et la prise en charge du patient. Nous pouvons alors réfléchir sur un système d'information et sur une informatisation qui permettraient de ne pas perdre de temps pour faire état de ses activités (ce que doit faire tout professionnel - sage-femme libérale, médecin, plombier...- pour garantir ses recettes).

La multiplication d'actes inutiles, un interventionnisme trop important ne devraient pas se produire si nous définissons un contenu de qualité de la prise en charge. En effet, tous les pays qui pratiquent une réforme de financement à l'activité ont mis en place des outils de contrôle de la qualité des données produites. Ces contrôles préviennent ou corrigent ce type de dérives.

Enfin, la logique de la T2A s'apparente à celle des entreprises, où il faut augmenter la productivité pour faire correspondre le chiffre d'affaires aux moyens mis en oeuvre. La réduction du temps de consultation sera probablement nécessaire mais elle doit être le résultat d'une recherche de meilleure qualité (définir le contenu pertinent de chaque type de consultation). Les sages-femmes devront alors nécessairement se recentrer sur l'obstétrique et renvoyer ce qui ne relève pas de leur spécialité aux professionnels référents. (problèmes sociaux vers l'assistance sociale, troubles psychologiques vers la psychologue...).

2.5. Le temps de consultation : véritable débat

2.5.1. La durée de consultation

L'impact de la T2A se réduit, pour certains professionnels, à la réduction du temps de consultation. Une heure pour la première consultation et pour l'EPI, une demi-heure pour les autres consultations, voilà ce qui est d'actualité à la Maternité Régionale de Nancy.

Les résultats nous montrent également que presque un tiers des sages-femmes consultent en un temps plus long que ce qui leur est « attribué », soit entre 30 et 45 minutes.

« Réduction du temps de consultation ne doit pas dire baisse en qualité ; ce n'est pas le temps qui fait la qualité », propos tenus par Monsieur le Directeur de la Maternité, Monsieur Carrière . Il s'agira alors là de se recentrer sur son activité, l'obstétrique, de laisser les autres professionnels de santé gérer leur domaine (médical, social...).

2.5.2. Orientation des femmes enceintes

Lorsque la sage-femme dépiste des difficultés, qu'elles soient sociales ou psychologiques, elle ne doit pas se substituer à l'assistance sociale ou à la psychologue spécialisées dans leur domaine. Elle doit ainsi guider la patiente et s'assurer que la continuité de la prise en charge est assurée.

Mais certaines patientes nécessitent plus d'écoute ou posent plus de questions que d'autres, par leur vécu, leurs antécédents, leur vie. Cette notion environnementale est ainsi difficile à prévoir, variant d'une femme à l'autre. D'autant plus que si patiente, lors de sa consultation, livre des expériences de sa vie privée, il est alors difficile de lui dire : « Au revoir Madame, le temps de consultation s'est écoulé, vous reprendrez rendez-vous le mois prochain ».

Toutes les difficultés des consultations de sages-femmes se trouvent donc, dans la coexistence de deux dimensions : l'une environnementale (alimentation, conduites à risque, condition de travail...) et l'autre médicale.

La première, à la différence de la seconde, n'est pas valorisée à l'activité. Elle rentre dans les MIGAC. Mais, l'accès préventif ne se mesure pas.

2.5.3. Information des parturientes

En outre, la sage-femme est dans l'obligation de transmettre aux patientes les informations nécessaires au bon déroulement de la grossesse et de les orienter vers ces informations (préparation à la naissance, documents, point info...). Parfois, il s'agira d'une redondance ; parfois, une reformulation de l'information est indispensable selon la compréhension de la patiente. Un travail de qualité est une information claire, loyale et accessible.

2.5.4. Dépassement de compétences ou prise en charge globale

D'après la loi du 9 août 2004 relative à la politique de la santé publique, la sage-femme est autorisée à réaliser des consultations prénatales dès lors que la grossesse est physiologique. En cas de pathologie maternelle ou fœtale, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Si elle ne le fait, et qu'elle agit en situation pathologique, elle est en dépassement de ses compétences qui peut conduire à un engagement de sa responsabilité. Il est donc bien mentionné que la sage-femme ne doit agir qu'en situation physiologique. Souvent, au cours de la grossesse, des signes d'appels de certaines pathologies se présentent. Des examens complémentaires seront nécessaires ainsi que des conseils thérapeutiques. Cette prise en charge demandera du temps (prise de rendez-vous avec un praticien, obtention des résultats des examens prescrits...). Une inégalité de la durée des consultations s'affiche.

Ainsi, il n'est pas correct de définir un temps de consultation équivalent pour chaque consultation. En effet, par l'importance du volume d'informations, les visites, en début de grossesse, doivent être plus longues que les autres, ceci conformément à l'HAS. L'Entretien Prénatal Individuel ou en couple est systématiquement proposé au cours du

4^{ème} mois de grossesse. Cet entretien vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources. Actuellement, le temps consacré à l'EPI est de une heure à la Maternité Régionale de Nancy. D' un point de vue de l'Assurance Maladie, une contrainte de temps pour l'EPI de 45 minutes se justifie par une facturation qui correspond à une valorisation initiale de 2,5 consultations. Si aucun organisme ne précise le temps réel de consultation, indirectement, l'Assurance Maladie « prévoit » une consultation toutes les 18 minutes ($45/2,5 = 18$ minutes).

Si nous nous référons aux recommandations de l'HAS, *il est important, à chaque consultation, d'être à l'écoute de la femme enceinte ou du couple et de leur donner l'occasion de poser des questions. Des travaux publiés en 2004, tendent à montrer que la qualité des relations entre les parents et les professionnels influence la qualité des liens ultérieurs avec l'enfant.*

Alors ces 12 minutes (30 – 18 minutes) sont-elles de trop et doivent-elles être abandonnées au prix d'une possible augmentation d'hypertension, de menace d'accouchement prématuré, de diabète... ? Ou au contraire, pouvons-nous nous permettre de garder ces 12 minutes en essayant de trouver un financement.

Un travail en réseau avec une sage-femme libérale serait-il alors un élément précieux ?

2.5.5. Encadrement des étudiants sages-femmes

N'oublions pas que la Maternité Régionale de Nancy possède une particularité : l'enseignement. En effet, les sages-femmes, en plus de la consultation en elle-même, accueillent et encadrent les étudiants sages-femmes. Ceci constitue donc un critère non négligeable concernant le temps de consultation.

2.5.6. Une élaboration de protocoles

Au delà du temps de consultation, c'est plus le contenu de la prestation qui est à définir pour garantir une qualité des soins et éviter la redondance des prises en charge. Un des impacts de la T2A constitue à obtenir un contenu de qualité des services offerts.

Aujourd'hui, nous devons concilier les recommandations de l'HAS et les décisions du Parlement. Il est donc impératif que les professionnels des Consultations externes se réunissent pour élaborer des protocoles dans lesquels seront inscrits « qui fait quoi ?, et quand ? ». L'HAS définit le contenu de chaque consultation. La partie « information » mérite une évaluation des pratiques professionnelles si nous voulons évaluer la pertinence de nos pratiques.

T2A pourrait être requalifié en TAQ pour tarification à l'activité et à la qualité. N'oublions pas que des indicateurs de qualité conditionnent aussi le financement de la Maternité.

2.6. Une notion de productivité majoritairement méconnue

Intéresser les médecins et les soignants à la gestion interne d'un secteur d'établissement passe par la prise de conscience de leur productivité. Comment comprendre les conséquences de la réforme, si aucun chiffre n'est donné par la suite.

Parmi les 60 % ne disposant pas de suffisamment d'informations pour juger de leur productivité, plus des deux tiers souhaitent recevoir plus de précisions, en particulier, concernant le rapport *Prix de revient / Prix de vente* de la consultation.

Ce souci de connaissance des dépenses constitue un argument favorable dans la recherche d'un équilibre financier du secteur des consultations externes.

L'information par Mme Valence a permis une bonne compréhension du sujet par les sages-femmes et une adhésion au projet.

La Maternité Régionale est consciente du défaut d'information de productivité et s'est engagée dans la mise en place de la comptabilité analytique et la communication de résultats par filière de soins, notamment la filière obstétrique.

2.7. Une prise en charge modifiée ?

Une évaluation des pratiques et de l'organisation est fondamentale pour les équipes soignantes. Si aucune remise en question des pratiques et de l'organisation n'est réalisée, les recettes seront, par conséquent moindres. Aux professionnels de s'adapter et d'accepter les changements car le simulacre signe un échec dans la conduite d'une réorganisation.

La modification des créneaux horaires doit répondre à une adaptation aux besoins des patientes, notamment celles qui ont une activité professionnelle.

Il est évident que si la T2A génère des conséquences prévisibles en matière d'organisation, les patientes devraient s'en apercevoir.

Bien entendu, il ne faut pas sacrifier le temps d'écoute lorsqu'il est nécessaire.

En outre, certaines sages-femmes ont mentionné que la patiente pourrait se voir prescrire des actes plus lourds. Mais cette option n'est pas en accord avec la T2A.

Enfin, ce changement de politique doit conduire les professionnels de santé, à informer le patient : l'hôpital n'est pas gratuit.

2.8. Une collaboration sage-femme / médecin DIM intéressante

Cette réforme va resserrer les liens entre les logiques financières et médicales, puisque c'est l'activité médicale produite, et par conséquent, les conditions de cette production qui contribuent directement aux résultats financiers des établissements de santé. En somme, avec cette réforme, le décloisonnement et les restructurations sont à l'ordre du jour. Sur ce point, la tarification à l'activité apparaît comme un passage obligé pour rénover un système dont les rigidités étaient devenues légendaires.

Il est l'heure pour tous les soignants de collaborer et d'être dans une même logique d'action !

2.9. Une revalorisation de l'activité des sages-femmes souhaitable

A la suite de la nouvelle Convention Nationale signée entre l' Union nationale des Caisses d'Assurance Maladie et l'Union nationale des syndicats de Sages-femmes françaises, une revalorisation des actes des sages-femmes a déjà été décidée, à compter du 23 avril 2008.

Il y a désormais deux consultations SF :

- la CG pour le suivi de grossesse de la première consultation à la consultation post natale à 19 euros (au lieu de 15,30 euros) ;
- la C pour toutes les autres consultations (hors grossesse) à 17 euros ;
- les séances de préparation à la naissance sont cotées en lettre clé SF (et non plus CSF) :
 - SF 15 (soit 39,75 euros) pour l'EPI (au lieu de C2.5 à 38,25 euros) ;
 - SF 11.6 par patient (soit 30,74 euros) pour des groupes de moins de 3 patientes (au lieu de C2 à 30,60 euros) ;
 - SF 6 par patiente (soit 15,90 euros) pour des groupes de plus de 3 patientes (au lieu de CO.9 à 13,77 euros).
- SF 12 pour la surveillance de fin de grossesse avec monitoring à 31,80 euros.

Actuellement, le nombre d'élèves sages-femmes pris en charge dans le cadre de mission d'enseignement à la Maternité Régionale n'est pas pris en compte par les MERRI, contrairement aux étudiants médecine.

On a mis en place un codage propre (CSF ESF) à la Maternité pour recenser cette activité, actuellement non financée.

A noter qu'une consultation de suivi de grossesse faite par un médecin coûte 23 euros. Celle effectuée par une sage-femme serait-elle de moindre qualité, pour ne justifier d'un prix que de 19 euros ?

A noter que le temps consacré à une consultation de grossesse pathologique est inversement proportionnel au coût de la consultation !

Au sein de la Tarification à l'Activité, existent 3 types de financement dont les missions non finançables à l'activité et qui restent financées par dotation, en particulier les MIG. Ainsi, les informations « allaitement », « péridurale » et « futurs pères » sont financées par cette enveloppe.

De plus, est-il cohérent qu'une consultation spécialisée de tabacologie, d'hypnose, de sexologie ou de sophrologie faite par une sage-femme formée dans le domaine, soit valorisée comme une simple consultation ?

Les actes d'acupuncture figurent maintenant dans la nomenclature officielle mais sont codés en CCAM. Or, les sages-femmes ne peuvent pas utiliser la CCAM en externe pour valoriser son activité. Il faut espérer que le volet sage-femme de la CCAPS voit le jour. (CCAPS est l'équivalent de la CCAM mais pour les sages-femmes).

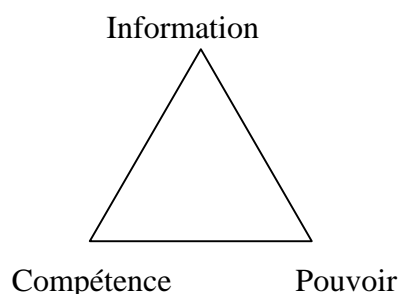
A la suite de cette discussion, des propositions d'organisations et des conduites d'action seront développées.

3. CONDUITE DE L'ACTION

3.1. De l'activisme à l'action

Les trois conditions à remplir pour engager l'action sont l'information, le pouvoir et la compétence.

Le « triangle d'or » pour transformer l'activisme en action



3.1.1. L'information

Une information fiable et partagée est requise pour préparer et pour suivre les actions. En relation avec la réforme du financement, deux conditions sont à remplir :

- la connaissance de la stratégie de l'établissement ;
- la cohérence de l'organisation pour produire cette information.

Sur le premier point, le projet d'établissement doit être connu de l'ensemble des responsables. Il repose sur des principes classiques : diffusion de documents, points réguliers sur l'état d'avancement du projet d'établissement.

Dans la théorie des organisations, c'est la connaissance de la stratégie qui va permettre de passer du stade individuel (organisation individualiste) à des comportements collectifs.

Sur le second point, l'information doit être produite de façon cohérente.

A ce titre, les responsables de l'établissement ont défini un contenu d'outils de pilotage pertinents, c'est-à-dire reconnus à la fois par les médecins, par les soignants et par la direction.

L'information est donc globale. Elle est mise à disposition de ceux qui ont intérêt à agir : médecins, soignants, cadres et directeurs.

Il ne faut pas se focaliser sur un indicateur mais prendre en compte globalement la performance. La productivité n'est que la résultante de l'organisation et de la qualité des soins.

3.1.2. La compétence

C'est la capacité à agir à bon escient. Pour la première fois, la réforme du financement dresse un pont entre les logiques médicales et de gestion. Auparavant, cette dernière était affaire de spécialistes. Avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité, la compétence est forcément partagée, parce qu'elle lie intimement finance et organisation médicale. Cette compétence devient pluri-professionnelle.

Il ne s'agit pas là de transformer les professionnels de santé en gestionnaire ! Mais, il convient d'organiser la rencontre des logiques médicales, gestionnaires et soignantes, plutôt que de constater des glissements de tâches et des transferts de responsabilités.

La rencontre provient de ce que le gestionnaire apporte sa compétence financière et les médecins et les soignants, leur connaissance irremplaçable du terrain.

Tous les professionnels, qu'ils soient gestionnaire, responsable de pôle, cadre, médecin ou soignants s'uniront pour partager leurs compétences.

3.1.3. Le pouvoir

C'est une capacité reconnue pour prendre des décisions. Toutes les enquêtes conduites au sein du monde hospitalier montrent que plus la décision s'éloigne du terrain plus elle est considérée comme subie.

Généralement, c'est la délégation qui est utilisée pour que les décisions soient plus rapidement prises et suivies d'effets. Tarification à l'activité et nouvelle gouvernance imposent la délégation. Avec la première, il s'agit de favoriser la réactivité. La seconde

met en avant la délégation de gestion. On parle ici de la gestion financière mais aussi, de la gestion des projets, de la gestion de la qualité, de l'organisation... Le pouvoir accordé par délégation ne peut concerner tous ces champs à la fois. Il doit s'attacher aux domaines les plus profitables. Avec la tarification à l'activité, plutôt que de s'attacher aux aspects administratifs ou financiers, il convient de mettre en avant la délégation d'action et de projet au profit des responsables dits « de terrain » (médecins, sages-femmes et soignants).

L'action doit se manifester dans la conduite des projets. Le délégataire bénéficie alors d'un droit d'action reconnu. Ceci suppose des relations de confiance entre le délégant et le délégataire avec, comme il se doit, un contrôle des actions conduites, a posteriori. En effet, il n'y a pas de délégation sans contrôle.

Le pouvoir doit donc être délégué sélectivement. Dans quel but ? Pour réduire les dysfonctionnements majeurs qui nuisent à la cohérence de la prise en charge des patients et perturbent les performances de l'établissement.

3.2. Propositions d'amélioration des consultations externes

Comment faire pour maintenir notre capacité à remplir nos missions de consultations externes dans un contexte financier fortement contraint et en visant l'équilibre financier ?

La recherche de la performance est donc au goût du jour.

Plusieurs critères sont à rechercher :

- une offre qui réponde aux attentes de nos patientes ;
- une offre de qualité tant sur le domaine de l'organisation, de la fluidité du parcours du patient, que sur les pratiques médicales et soignantes ;
- une formation continue des professionnels de santé, des conditions de travail adaptées ;
- pour, bien évidemment, obtenir un équilibre financier.

3.2.1. Une évaluation des informations apportées aux professionnels de santé

Dans le domaine de la gestion, « la performance est le résultat ultime de l'ensemble des efforts d'une entreprise ou d'une organisation. Ces efforts consistent à faire les bonnes choses, de la bonne façon, rapidement, au bon moment, au moindre coût, pour produire les bons résultats répondant aux besoins et aux attentes des clients, leur donner satisfaction et atteindre les objectifs fixés par l'organisation ».

Objectif : l'amélioration de la prise en charge globale du patient permettant d'aboutir à une facturation adéquate et vitale.

La T2A nous oblige à la performance économique, cette dernière n'ayant de sens que par la performance médicale et de production médicale.

Ce qui rend possible la gestion pour les médecins et les soignants, c'est le fait de l'aborder sous un angle qui n'est pas financier.

Les acteurs des consultations externes doivent nécessairement prendre conscience qu'ils réalisent une activité clé dans la chaîne de soins. Des réunions d'information sur les impacts de la T2A sont donc profitables pour sensibiliser les acteurs. Par mon questionnaire, nous avons pu nous apercevoir que seule la moitié des sages-femmes étaient capable de définir la Tarification à l'activité. La responsabilisation des acteurs passe obligatoirement par l'information. Un des éléments de la performance est l'obtention de l'adhésion des acteurs : « s'unir pour réussir ».

Une fois les informations données, il serait bénéfique de réévaluer les connaissances des professionnels de santé, de connaître s'il y a eu des modifications des pratiques et de constater si des répercussions ont eu lieu.

De plus, il faut réaliser des rendus régulier d'informations médico-économiques afin de sensibiliser les professionnels à leur productivité.

3.2.2. Se mobiliser pour les consultations : un bénéfice attendu

Porte d'entrée dans l'hôpital, les consultations externes doivent être notre vitrine.

Pour cela, la fluidité de la prise en charge, la gestion des rendez-vous programmés, la disposition du dossier médical au bon moment sont la clé de l'organisation.

Etre à l'écoute, organiser les prélèvements de laboratoire, prendre les rendez-vous (à privilégier) d'imagerie/échographie en essayant de concilier les prises en charges pour éviter les allers-retours à la maternité. Les rendez vous au service d'imagerie étant difficile à obtenir, pourquoi ne pas ouvrir des plages réservées aux consultations externes ?

3.2.3. Un décloisonnement nécessaire

L'identité du patient doit être vérifiée avec exhaustivité avec sa pièce d'identité, tout comme les droits d'assuré. Dès lors que des difficultés de recouvrement sont rencontrées, il est nécessaire de le mettre en lien avec le service social. Mais également,

informer les patients de la nécessité de signaler des difficultés de droits nous permettra de les aider rapidement dans le maintien ou dans l'ouverture de leurs droits.

Le travail des services sociaux ne se fera pas dans les mêmes conditions si ces derniers sont sollicités en amont dès l'identification de certains problèmes par les agents ou les secrétaires médicales ou, très en aval, après un retour de la part d'une caisse pour cause de résiliation de droits.

3.2.4. Des professionnels de santé impliqués dans la mise en place de la T2A

En outre, depuis janvier, la facturation est au fil de l'eau. La construction d'un système d'information est un des enjeux de la tarification à l'activité. La maîtrise, par les professionnels de santé, du système informatique est donc essentielle dans la saisie des données d'activité. Cette dernière doit être effectuée au plus près du lieu de production, confiée aux professionnels qui ont réalisé l'acte et la prise en charge des patients. La saisie de l'activité ne doit pas être différée. Une information sur la saisie cohérente des actes par les professionnels du DIM est donc primordiale pour éviter toute erreur, il en va des recettes de l'établissement. En particulier, l'Uf de réalisation, l'Uf demandeuse et la spécialité de l'exécutant doivent correctement être saisies pour l'acte facturé. But : donner aux personnels, participant à la facturation, les moyens de prendre conscience et d'assumer leurs responsabilités. L'exhaustivité et la cohérence de la cotation sont à contrôler grâce au compte rendu de la consultation. Un contrôle de qualité fait par le DIM est une des clés de la réussite. Rappelons, que des discordances, des erreurs effectuées lors de la saisie des actes pourront faire l'objet de rejets des informations transmises, voire de sanctions lors de contrôles plus approfondis.

3.2.5. Une prise de conscience des patients : « communiquer pour convaincre »

Pour palier à la culture « Hôpital gratuit », une information claire, précise et homogène de la part des acteurs de santé est nécessaire. En effet, les patients sont peu sensibilisés aux modalités de financement de l'hôpital. « Pourquoi me demande-t-on de payer alors

que les soins sont gratuits ? » : parce que les soins ont un coût en majeure partie assumé par la collectivité mais dont une part, si faible soit-elle, doit être assumée par le patient. Ainsi, pourquoi ne pas créer des affiches de communication, disposées sur le lieu de l'accueil ?

3.2.6. Une modification des créneaux horaires

Actuellement, les consultations externes de la Maternité Régionale sont ouvertes à partir de 8h30 jusqu'à 17h00. Or nous perdons un large public, des personnes travaillant tous les jours de la semaine et ne pouvant se libérer. Une modification des plages horaires peut donc être soumise et évaluée : un soir par semaine jusqu'à 19 heures, un samedi matin sur deux, par exemple.

A noter qu'une étude menée par Sofratel a été faite démontrant que nous perdons peu de patientes en utilisant ces horaires. Cependant, des biais ont été mis en évidence.

Il serait alors intéressant d'essayer d'agrandir les plages horaires pendant un certain temps et d'évaluer ce qui en ressort.

3.2.7. Une prise en charge protocolisée

Par ailleurs, afin que les responsabilités soient bien établies et assumées, la mise en place d'une protocolisation de qui fait quoi, quand et comment est essentielle. Celle-ci doit se construire avec l'ensemble du personnel. Il faut décloisonner les façons de travailler pour que chacun prenne conscience que la qualité de la prise en charge du patient et de sa valorisation dépendent de la bonne coordination et de l'implication de tous. Il convient de favoriser les échanges entre les différents acteurs afin que chacun puisse exprimer clairement ses attentes vis-à-vis de ses collègues.

Les acteurs doivent être polyvalents. Si nous prenons l'exemple de l'horloge, dans celle-ci, aucune pièce n'est de trop, et tous les éléments, toutes les pièces sont solidaires. A cette métaphore mécanique, héritée du XIII^{ème} siècle, (une société est une « horloge sociale », et chaque individu exerce une fonction utile au bon fonctionnement de

l'ensemble) succède la métaphore économique et financière. C'est la raison pour laquelle, les acteurs doivent accepter de travailler de manière décloisonnée. La performance est un état d'esprit, une cohérence partagée dans l'établissement.

Par ailleurs, la mise en place de tableaux de bord concernant le contenu de chaque consultation est important. D'une part, une durée exacte pourra être ainsi clairement définie. D'autre part, chaque professionnel pourra valider, au fur et à mesure de l'exécution, les actes qu'il aura effectués dans le cadre de suivi de grossesse.

Une vision globale du suivi de grossesse pourra ainsi apparaître.

De manière générale, le développement de l'activité des consultations externes de l'établissement ainsi que l'imagerie et le laboratoire est à privilégier.

La performance n'est issue ni des tableaux de bord ni du Contrôle de Gestion mais des pratiques et de l'organisation.

Conclusion

Le contexte général de la France, la crise économique, ne facilite pas l'arrivée de la T2A dans les établissements de santé publics. La situation financière de l'assurance maladie ne cesse de se dégrader. La mise en œuvre de la réforme du financement peut apparaître, avant tout, comme un outil de régulation de l'offre de soins, c'est-à-dire comme une arme destinée à réduire les dépenses de santé, au détriment des moyens accordés aux établissements.

Les solutions pour y parvenir sont très largement liées aux options, retenues par les gestionnaires, par les médecins et les soignants, établissement par établissement. Elles ne sont pas uniques.

Cette nouvelle politique hospitalière implique de nouvelles organisations dans les établissements de santé public, des changements de comportement des acteurs de santé. Mais, ce caractère limité des moyens financiers dévolus au système hospitalier implique des choix de sociétés éthiques qui doivent conduire à des prises de position publique. La dimension éthique de ces modes de décisions doit être clairement identifiée dans les méthodes d'évaluations dont elle devrait être partie intégrante. Une pratique d'évaluation qui ne retiendrait que des critères paramétrables quantitativement et ne prendrait pas en compte les critères qualitatifs et cette dimension éthique ferait courir à l'hôpital un risque grave de déshumanisation.

Le concept de rentabilité ne peut s'appliquer à l'hôpital de la même manière qu'à une activité commerciale. En matière de santé, toute pratique d'évaluation, quelque soit sa valeur technique propre, doit prendre en compte les missions fondamentales de l'hôpital et les intérêts des « clients » du système de soins.

Le Conseil Consultatif National de l’Ethique occupe une place prépondérante dans cette politique, les professionnels de santé se sentant menacés de devoir perdre leur âme de soignant pour satisfaire les objectifs attendus.

Particulièrement, le CCNE recommande « *d’éviter d’affecter des systèmes de cotation à des usages pour lesquels ils ne sont pas les plus pertinents. S’agissant de la T2A, ces usages regroupent les actes dispensés notamment en psychiatrie, en gériatrie et en pédiatrie, où encore l’écoute et l’examen clinique approfondis sont nécessaires au respect des bonnes pratiques. Devraient être aussi jugées selon des critères différents, les autres missions de services public de l’hôpital, que la T2A n’est pas en mesure d’évaluer et donc, de coter correctement.*

Des éléments supplémentaires (ou complémentaires), d’essence qualitative devront être intégrés dans le système d’évaluation pour ne pas succomber à ce qui pourrait être vécu comme une sorte de tyrannie du « tout quantitatif ». La cotation T2A devrait donc être limitée aux actes techniques spécialisés pour le diagnostic et les soins. »

En ce qui concerne la Maternité Régionale de Nancy, la tarification à l’activité présente plusieurs impacts sur les consultations externes et sur la prise en charge des patientes. D’abord, l’organisation en sera modifiée par une fluidité du parcours du patient, une programmation du suivi de grossesse adaptée aux besoins des patientes.

Ensuite, la T2A permet de définir un contenu de qualité des prestations offertes, nécessaire et suffisant pour chaque type de prise en charge.

En outre, la nouvelle réforme permet une réflexion de la part des professionnels par rapport aux recommandations de l’HAS et les décisions gouvernementales.

Enfin, les acteurs de santé, en réfléchissant sur une prise en charge de qualité, éviteront ainsi, la multiplication d’actes inutiles voire non pertinents.

Et ensuite, y-aura t’il un « après-T2A » ? La France aurait-elle pu faire l’ « économie » de cette réforme ? Non, ce financement d’activité est un passage obligé. En effet, il favorise le décloisonnement des services hospitaliers et des professionnels de santé, rééquilibre les moyens entre les régions et permet, également, le rapprochement des établissements publics et privés du fait d’une logique de financement identique. En

résumé, cette nouvelle politique redistribue les cartes pour les établissements publics et privés.

En clair, l'efficacité du management, c'est-à-dire la capacité à décider, à dégager les projets et à les conduire, devient un élément décisif de la (sur) vie des établissements.

Finalement, le parcours de la réforme a pour port d'attache le terrain ; la T2A repose avant tout, sur la capacité des équipes hospitalières et leurs responsables pour s'en faire une alliée. La voie royale : « rester groupé ».

S'inscrivant dans une même logique de pensée (décloisonnement, modernisation, renforcement des pouvoirs des chefs d'établissement..), la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires verra bientôt le jour.

En conclusion, la garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique. L'adaptation permanente de l'offre de soins aux besoins démographiques, aux modifications épidémiologiques, aux progrès technologiques, justifie plus que dans n'importe quelle activité humaine des choix clairs, courageux, explicites, aux yeux des citoyens, et en même temps susceptibles d'être sans cesse remis en question, en gardant comme objectif central, le service rendu aux plus vulnérables.

La question éthique posée par l'examen de la dimension économique du soin explore la tension entre l'autonomie et la solidarité, entre la liberté individuelle et le bien public. Cette tension ne peut recevoir de réponse que dans la recherche d'équité, c'est-à-dire dans la justice.

BIBLIOGRAPHIE

➤ LIVRES :

- Expert Patrick, directeur d'hôpital au centre hospitalier de Blois. La tarification à l'activité. Médecins et gestion : une dynamique nouvelle. 2nd ed. Paris : Berger-Levrault; 2006.

➤ ARTICLE D'UNE REVUE :

- Richard-Guerroudj N. La T2A sème la colère. Profession Sage-Femme. 2008 Juin;(146):4-8.
- Capgras-Baberon D. Politique de fermeture des maternités de proximité : Décisions prises d'un bureau _ Quelles conséquences sur le terrain ?. Les Dossiers de l'Obstétrique. 2007 Août/Sept;(363):22-25.

➤ RAPPORTS :

- Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Rapport 2007 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé. Paris : La documentation française ;2007.
- Conseil scientifique de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations professionnelles_ Comment mieux informer les femmes enceintes ?. Saint-Denis : La documentation française ;2004. Diffusé par la Haute autorité de santé.
- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Optimiser l'organisation des consultations externes dans les hôpitaux et les cliniques. Paris: La documentation française; 2008. Rapport intermédiaire de phase 1.
- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Optimiser la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière. Paris: La documentation française; 2008.

- Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier. Paris: la documentation française; 2007. Avis n° 101.

➤ **COMMUNICATION A UNE CONFERENCE :**

- Nisand G, Roeslin N, Penaud M, Chambaz F. Quelle performance doit-on atteindre ?
- Lecointe V, Aubas P. Impact de la T2A sur l’activité obstétricale.
- Valence A. Mise en place de la comptabilité analytique dans le cadre de la tarification à l’activité.
- Valence A. Réforme de la Tarification à l’Activité (T2A 100 %) et facturation directe _ Quels enjeux pour les consultations/prestations externes de la Maternité Régionale ?
- Erhart A. La CCAM-la qualité de saisie _ Un atout professionnel.
- Ethique : Le management sous influence : Comment influencer sans manipuler ni contraindre; 2008 Oct 2; Vincent G, Nancy.

➤ **ADRESSE D’UN SITE WEB :**

- Conseil Consultatif National d’Ethique. (page consultée le 23/04/08). Conférence permanente des comités d’éthiques dans le domaine de la santé, [en ligne] <http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/>
- Gouvernement. (page consultée le 06/10/07). Tarification à l’activité, [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/>
- MEAH. (page consultée le 06/10/07). La T2A, [en ligne]. <http://www.meah.sante.gouv.fr/>

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Préface.....	6
Introduction	8
Partie 1 : Tarification à l'activité : nouvelle gestion	9
1. Hopital 2007 : Mission « tarification a l' activité »	10
1.1. Principes généraux	10
1.2. L' ancien système.....	11
1.2.1. Le financement rétrospectif ou dotation globale.....	12
1.2.2. Les forfaits de prestations	13
1.3. Un contexte difficile.....	14
1.4. L'ensemble des professionnels de santé est concerné.....	14
1.5. Les objectifs de la réforme du financement des établissements de santé	15
1.5.1. Une plus grande médicalisation du financement	15
1.5.2. Une responsabilisation des acteurs et une incitation à s'adapter	15
1.5.3. Une équité de traitement entre les secteurs	16
1.5.4. Le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.....	16
1.5.5. Créer une plus grande fluidité dans la prise en charge des malades	16
2. Tarification a l'activité : quels outils ?	17
2.1. Le PMSI	17
2.2. La CCAM.....	19
2.3. La NGAP.....	20
3. Les différentes sources de financement.....	21
3.1. Les ressources liées directement à l'activité	21
3.1.1. Les recettes liées à l'activité réalisée en hospitalisation	21
3.1.2. Les recettes liées à l'activité réalisée en externe.....	22
▪ Les consultations et les actes externes	22
▪ Les urgences non suivies d'une hospitalisation	22
3.2. Les ressources forfaitaires liés à la permanence des soins et en partie à l'activité	22
3.3. Ressources ne tenant pas compte de l'activité mais inscrites dans le dispositif « T2A ».....	23
3.4. La transmission des données d'activités, le contrôle et les sanctions	26
3.4.1. La télétransmission avec la plate-forme e-PMSI	26
3.4.2. Le contrôle des données d'activités produites et les sanctions	26

4. Les conséquences generales de la reforme	28
4.1. Les conséquences prévisibles en matière de dépenses de santé et de qualité ..	28
4.2. T2A et codage	29
4.3. Les conséquences prévisibles en matière d'organisation et de prise de décisions	29
5. Santé, éthique et argent	31
5.1. Principes commandant l'évaluation du coût de la prise en charge hospitalière ..	32
5.1.1. Quelles missions sociales pour l'hôpital ?	32
5.1.2. Inégalités, dimensions éthiques et « rentabilité »	33
5.1.3. Y aurait-il des bénéfices dans le bilan de l'hôpital ?	35
5.1.4. L'innovation	36
5.1.5. Concilier l'efficacité, l'humain et la qualité est-il possible ?	36
5.1.6. L'Hôpital en recomposition : un impératif pour développer le service public de demain	37
5.1.7. L'avenir de l'Hôpital public	38
5.1.8. Quelles conséquences pour le management médical et paramédical au sein des établissements ? en terme de pratiques et d'éthique	40
Les conséquences en terme d'organisation : développer une éthique de la coopération	41
Les conséquences en terme de management	42
Les conséquences en terme d'éthique professionnelle	42
Partie 2 : Et les consultations externes de la Maternité Régionale de Nancy	44
1. Présentation de l'étude	45
1.1. Les aspects réglementaires	45
1.2. A la Maternité Régionale de Nancy	47
1.3. Comment pouvons-nous améliorer la performance des consultations de la Maternité Régionale de Nancy ?	49
1.3.1. Echantillon	49
1.3.2. Type d'étude	49
1.3.3. Description de l'étude et résultats	50
2. Discussion	57
2.1. Des professionnels de santé encore mal informés	57
2.2. Les consultations externes jouent un rôle primordial	58
2.3. La place de la sage-femme au sein de la réforme T2A	58
2.4. Les diverses opinions	59
2.5. Le temps de consultation : véritable débat	61
2.5.1. La durée de consultation	61
2.5.2. Orientation des femmes enceintes	61
2.5.3. Information des parturientes	62
2.5.4. Dépassement de compétences ou prise en charge globale	62
2.5.5. Encadrement des étudiants sages-femmes	63
2.5.6. Une élaboration de protocoles	63
2.6. Une notion de productivité majoritairement méconnue	64
2.7. Une prise en charge modifiée ?	65
2.8. Une collaboration sage-femme / médecin DIM intéressante	65

2.9.	Une revalorisation de l'activité des sages-femmes souhaitable.....	66
3.	Conduite de l'action	68
3.1.	De l'activisme à l'action	68
3.1.1.	L'information	68
3.1.2.	La compétence	69
3.1.3.	Le pouvoir	69
3.2.	Propositions d'amélioration des consultations externes	71
3.2.1.	Une évaluation des informations apportées aux professionnels de santé.....	71
3.2.2.	Se mobiliser pour les consultations : un bénéfice attendu	72
3.2.3.	Un décloisonnement nécessaire	72
3.2.4.	Des professionnels de santé impliqués dans la mise en place de la T2A.....	73
3.2.5.	Une prise de conscience des patients : « communiquer pour convaincre »	73
3.2.6.	Une modification des créneaux horaires	74
3.2.7.	Une prise en charge protocolisée	74
	Conclusion.....	76
	Bibliographie	79
	TABLE DES MATIERES	82
	Annexe 1.....	85
	Annexe 2.....	87

ANNEXE 1

Liste des abréviations

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agences Régionales de Santé
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCNE	Conseil Consultatif National de l'Ethique
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CIM	Classification Internationale des Maladies
DIM	Département d'Information Médicale
DGF	Dotation Globale de Financement
FHF	Fédération Hospitalière de France
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHM	Groupe Homogène de Malade
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HAS	Haute Autorité en Santé
HPST	Projet de loi portant sur la réforme de l'Hôpital et des dispositions relatives aux Patients, à la Santé et aux Territoires.
MAC	Missions d'Aide à la Contractualisation
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MERRI	Mission d'Enseignement, de Recherche, de Recours et d'Innovation
MIG	Missions d'Intérêt Général
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et l'Aide à la Contractualisation
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH	participant au service public hospitalier
RSA	Résumé de Sortie Anonymisée

RSS	Résumé de Sortie Standardisée
RUM	Résumé d'Unité Médicale
TAQ	Tarification à l'Activité et à la Qualité
T2A	Tarification à l'Activité

ANNEXE 2

Questionnaire réalisé au près des sages-femmes des consultations externes de la
Maternité Régionale de Nancy

ECOLE DE SAGE-FEMME A.FRUHINSHOLTZ DE NANCY

Mémoire de fin d'étude

*« Impact de la tarification à l'activité sur les consultations externes réalisées par les
sages-femmes et sur la prise en charge des patientes à la Maternité Régionale de
Nancy ? »*

Je m'appelle Camille AMET et je suis étudiante sage-femme en quatrième année à
Nancy. Dans le cadre de mon mémoire portant sur l'impact de la tarification à l'activité
sur les consultations externes réalisées par les sages-femmes et sur la prise en charge
des patientes, j'ai réalisé ce questionnaire pour connaître votre aperçu sur le sujet. En
tenant compte de vos opinions, des aménagements pourraient ainsi voir le jour.

1. Qu'est-ce que la T2A pour vous ? (sources d'informations ?)
2. Combien de temps en moyenne passez-vous avec une patiente par consultation ?
3. Pensez vous disposer de suffisamment d'informations pour juger de votre
productivité (prix de revient de la consultation comparé au tarif=prix de vente
de la consultation) ? Sinon, précisez le type d'informations qui vous paraîtrait
nécessaire.
4. Dans la réforme de la T2A, à votre avis, quel rôle devrait jouer la consultation
externe ?

5. Et vous, quel rôle jouez-vous, en tant que sage-femme, dans le cadre de cette politique ?

6. A votre avis, existe-t-il des effets positifs de la T2A ? Si oui, lesquels ?

7. Et des effets négatifs ? Lesquels ?

8. Est ce que vous avez déjà dû modifier votre prise en charge ? Ou est ce que vous pensez qu'il faudra la modifier ? Si oui de quelle façon?

9. A votre avis, aux yeux des patientes, y aura-t-il des changements amenés par la politique T2A ?

10. Pensez-vous qu'une collaboration sage-femme (suivi des grossesses physiologiques uniquement) /médecin (suivi des grossesses pathologiques uniquement) serait intéressante ?

11. D'après vous, la nomenclature officielle pour coder vos actes est-elle adaptée ?
Si non, quel(s) code(s) rajouteriez-vous ?

12. A votre avis, quelle serait la meilleure organisation des consultations en concordance avec la politique T2A ?

AMET Camille

Mai 2009

Née le 16 décembre 1986

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat

Ecole de Sages-Femmes A. Fruhinsholz - Nancy]

Titre : « Quel est l'impact de la Tarification à l'Activité sur les consultations prénatales réalisées par les sages-femmes et sur la prise en charge des patientes à la Maternité Régionale de Nancy ? »

Domaine : Obstétrique et Politique

Depuis 2004, une nouvelle réforme des établissements de santé est entrée en application : la Tarification à l'Activité. Ce sont les activités de soins qui déterminent dorénavant les ressources.

Comme toute réforme, elle invite les professionnels de santé à se poser de multiples questions : d'éthique, de qualité des prises en charges, d'amélioration de l'organisation...

Ce mémoire rend compte de la situation actuelle des consultations externes de la Maternité Régionale de Nancy et, propose une évolution des organisations permettant le maintien de la qualité et de la sécurité des prises en charges.

Since 2004, a new reform of health's establishment has been proposed : « la Tarification à l'Activité ». The number of activities determine the funds the maternity can receive. As many reform, many questions may arise : the ethics, the quality of the cares, the improvement of the work organisation.

This report deals with the current situation of extern consultations at the Maternity Regionale in Nancy and proposes an improvement of the organisation at work to keep high quality and the security of the cares.

Mots clefs : tarification à l'activité – éthique – santé – organisation – consultations

Ethics – health

