

La qualité n'a pas de prix, mais elle a un coût

Quels sont les liens entre financement et accréditation des établissements ? Les critères de qualité entrent-ils en ligne de compte pour déterminer les allocations de ressources ?

La gestion de la qualité est apparue récemment dans les politiques sociales et sanitaires en France. L'ordonnance relative à l'accréditation contraint les hôpitaux à entrer dans le processus avant mai 2001. Dans le secteur des politiques vieillesse, la loi de janvier 1997 sur la dépendance introduit un cahier des charges assurant la qualité des services aux personnes âgées. L'approche de la qualité des soins par le législateur est similaire dans ces deux exemples quand elle joue sur la persuasion et le rejet du « mauvais objet », mais elle diffère quand il s'agit de l'usage des incitations financières par le décideur, le président du Conseil général ayant, semble-t-il, plus de leviers d'action que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

L'accréditation est une procédure externe menée par un organisme indépendant (l'Anaes) qui apprécie la qualité d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services*. Le rapport d'accréditation peut comporter, outre des constatations et des observations, des recommandations et des modalités de suivi. Il est communiqué à l'établissement et à l'agence régionale de l'hospitalisation, que le directeur de l'Anaes informe sur l'état d'avancement des travaux. La loi précise donc que le rapport d'accréditation d'un

hôpital doit être transmis à l'ARH, principal financeur des hôpitaux publics, pour information. Mais, en réponse, l'agence ne peut contraindre directement l'hôpital à corriger les défauts observés que si la sécurité des malades est en cause.

Reste le levier financier : le directeur de l'ARH peut-il attribuer le financement aux hôpitaux sur un critère de qualité des soins ? Ce débat avait traversé les travaux du groupe de travail du HCSP sur la réduction des inégalités régionales de santé : un financement des hôpitaux proportionnel à la qualité des services offerts, calqué sur le système de calcul des budgets sur la valeur du point ISA, est-il acceptable ? Une telle relation automatique entre moyens financiers et qualité est ambiguë. Premièrement elle revient à légitimer la non-qualité comme un paramètre que le responsable de la stratégie pourra ou non retenir, deuxièmement ce choix dépendra surtout des conséquences de la non-qualité sur le montant de l'enveloppe de l'établissement et dépendra très accessoirement du désir des usagers. Si l'agence ne peut user des indicateurs de qualité des soins pour attribuer son financement, elle peut toujours distribuer les enveloppes en connaissance de la dimension qualité, au cas par cas.

Le cahier des charges assurant la qualité des services aux personnes âgées doit permettre de définir, dans les conventions entre les maisons de retraite et le conseil général, « les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au

niveau de formation du personnel d'accueil »**.

Dans le cas des établissements pour les personnes âgées, la formule retenue est moins hypocrite que pour l'accréditation : les conventions de financement d'un établissement pour personnes âgées seront négociées sur la base d'un diagnostic portant sur les manquements aux droits de toute personne hébergée en établissement, définie par un référentiel détaillé. À cet effet, le ministère a défini par arrêté un cahier des charges pour la rédaction de la convention pluriannuelle qui saura orienter les fonds vers des actions précises à entreprendre : à toute convention devront être assorties des actions à même de réduire les insuffisances relevées dans le diagnostic***.

La dimension sécuritaire propre aux soins médicaux semble donc réduire la marge de manœuvre du décideur public vers une meilleure qualité. Il semblerait que ce soit moins le cas pour les soins délivrés dans les structures d'accueil pour personnes âgées. Il faudra toutefois attendre les résultats de ces deux approches, encore en tout début de réalisation, pour en être sûr. ■

* Art. L. 710-5, al. 2, CSP ; art. L. 6113-3, al. 2, NCSP

** Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. (JO du 27 avril 1999)

*** Un outil a été construit à cet effet, il s'agit d'Angélique (Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements), mission Marthe, ENSP.

Alain Jourdain
Professeur des universités, ENSP

Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care définit la qualité des soins par les trois points suivants :

- assurer l'utilisation appropriée des services de santé ;
- corriger les excès et les insuffisances d'offre de soins ;

- réduire les erreurs de soins.

Cette approche vise à diminuer la prévalence des trois problèmes principaux de qualité des soins, problèmes largement soulevés aux États-Unis, notamment lors d'une table ronde nationale sur la qualité du système de santé conduite sous l'égide de l'Institut of Medicine (1996-1998).