T2A ET INSTITUTIONS SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES
INTERVENTION DE S. POMMIER
9 JANVIER 2009
FACULTE DE DROIT DE MONTPELLIER

Avant de débuter mon intervention, je tiens à remercier le Pr VIALA de m'avoir invité à échanger et débattre avec vous sur un sujet que je ne connais pas.
Je ne le connais pas en tant qu'ancien magistrat de la tarification sanitaire et sociale puisque les établissements sanitaires soumis à la T2A sont exclus de ce type de contentieux. J'aurais sans doute l'occasion d'y revenir.
Je ne le connais pas en tant qu'ancien membre du CROS dans la mesure où les dossiers présentés étaient tellement « fléchés » par l'ARH, non sans soutien quelque peu « complice » de bon nombre de mes « collègues », que la question de la tarification n'était quasiment pas évoquée (alors qu'elle l'est assez largement, pour l'instant, en CROSMS).
Je ne la connais pas en tant que directeur général de deux associations gestionnaires de près de 20 établissements et services accompagnant au quotidien des Personnes en situation de Handicap puisque ces institutions ne sont pas, pour l'instant, soumises à cette tarification à l'activité.

Le sanitaire, une préfiguration pour le secteur social et médico-social …

Par contre, ce que je sais, c'est que la réglementation du secteur sanitaire préfigure bien souvent ce qui aura cours par la suite dans le secteur social et médico-social. La question de l'évaluation et de son traitement, d'abord dans le champ sanitaire avec l'ordonnance de 96 puis dans le champ social et médico-social avec la loi du 2 janvier 2002, est à cet égard très « symptomatique ».

De façon plus générale, la régulation est apparue plus tôt dans le secteur sanitaire. Il est donc logique qu'elle puisse inspirer les initiatives en ce sens pour le secteur social et médico-social. La tarification à l'activité (T2A), avec la création des groupements de coopérations, sont les dernières illustrations de ce phénomène : mises en œuvre d'abord dans le secteur sanitaire, ces réformes sont aujourd'hui d'actualité pour le secteur social et médico-social (Il n'aura échappé à personne que la T2A est citée plusieurs fois dans l'exposé des motifs du PLFSS 2009).

Notons que, déjà dans les années 1980, c'était le financement par la dotation globale qui s'était appliqué aux établissements de santé (1983) pour ensuite, trois ans plus tard, concerner les établissements sociaux et médico-sociaux. Aujourd'hui, l'évocation même de la tarification à l'activité pour le secteur social et médico-social suscite, à mon sens à juste titre, de nombreuses craintes.

La tarification à l'activité, qu'est-ce que c'est ?...

Conscient que Mme BATTESTI est longuement intervenue ce matin devant vous sur ce point précis, je serai bref en insistant seulement, comme chaque fois que j'en ai l'occasion, sur le fait que, de mon point de vue, toutes les tarifications sont « à l'activité ». Quand on tarifie à la journée, « l'activité » est la journée. De la même façon, on ne fixe pas la dotation globale d'un établissement ou service sans connaître de manière implicite ou explicite son « activité ».

Mais il existe différents modèles de tarification en fonction de l'activité.

Par tarification à l'activité, on peut en fait viser différents systèmes de quantification de l'activité **suivant l'unité choisie** :

- la tarification à l'acte : le financement varie en fonction du nombre d'actes réalisés ;
- la tarification par capitation (à la personne, au séjour, au passage) : le financement varie en fonction du nombre de séjours ou de passages ;
- tarification à la journée (unité de temps).

Il est également possible de différencier la tarification **suivant la nature de l'activité, en fonction** :

- de la nature de l'acte,
- de la pathologie du patient,
- du type de séjour, comme c'est actuellement le cas pour le secteur sanitaire.

La T2A combine les deux éléments quantitatif et qualitatif : en fonction du volume mais aussi de la nature de l'activité.

La tarification à l'activité vs le prix de journée, la dotation globale : la question de l'opposabilité des coûts …

On oppose souvent « dotation globale » et « tarification à l'activité ».
Ce n'est cependant pas tant l'idée de mesure de l'activité qui permet d'opposer ces deux modes de financements que la question de l'opposabilité des coûts.

En théorie :

- Dans un cas, on est dans un système prospectif : la formation des coûts est observée a priori et les tarifs sont fixés en conséquence à partir d'une échelle tarifaire qui sera applicable à tous les établissements, quels que soient leurs coûts de fonctionnement. **C'est la T2A.**

- Dans l'autre cas, on est dans un système rétrospectif : le financeur verse le tarif en fonction des coûts constatés. **Le prix de journée et la dotation globale correspondent à ce cas de figure.**

Dans le second cas, on assiste à un véritable partage des risques : le financeur ne paye que ce qu'il considère justifié. Charge au gestionnaire de l'en convaincre à travers la procédure budgétaire qui est, à cet effet et c'est pour moi fondamental, contradictoire.
Il est intéressant de noter que c'est justement pour ne financer que ce qui était justifié que, dans le sanitaire, ont été mis en place des éléments de contrôle a posteriori de la « productivité » de l'établissement tels que le point ISA (indicateur synthétique d'activité).
Dans le secteur social et médico-social, on retrouve cette logique dans les indicateurs et l'idée d'une convergence par rapport à la moyenne : on observe la moyenne des coûts sur un panel d'établissement et tout écart par rapport à cette moyenne doit être justifié. Mais, contrairement à la T2A où le risque d'écart à la moyenne est supporté par le seul gestionnaire, il y a toujours une possibilité de le justifier et de le voir financé dans le tarif.

Dans le sanitaire, certains plaident d'ailleurs pour conserver le système du budget global plutôt que le passage à la tarification à l'activité. Pour eux, il n'y avait pas besoin de passer à la T2A pour avoir un financement informé, et une meilleure connaissance des coûts constatés a posteriori aurait suffit pour connaître exactement ce qui est financé et jouer éventuellement sur les différents paramètres d'économies.

En synthèse, le changement principal dans ce nouveau modèle, la T2A, davantage que la question de la méthode de tarification, c'est celle de l'inopposabilité des coûts avec la fin de la procédure budgétaire contradictoire.

Avec ce modèle, on part de l'activité et non plus des ressources nécessaires, avec un raisonnement en trois temps :

1 - On évalue l'activité prévisionnelle.

2 - On en déduit les recettes qui en découleront, le lien étant défini a priori par la fixation des tarifs nationaux qui sont applicables à tous les établissements, sans opposabilité des coûts individuels.

3 - En fonction du niveau de ces recettes, on s'autorise les dépenses qui ne doivent pas excéder les recettes prévisionnelles.

Ce modèle incite à la « rentabilité » c'est à dire à sélectionner les activités les plus rentables.
Plus « philosophiquement », il signifie aussi que le rôle d'un établissement est devenu de « dépenser des crédits » et plus de prendre en charge des personnes en situation de fragilité dans des conditions optimales de qualité et de sécurité.

Des insatisfactions fortes liées à la mise en œuvre de la réforme de la T2A

Dans ce contexte, la T2A génère de nombreuses insatisfactions au sein des institutions qui la mettent en œuvre aujourd'hui.

➞ Des insatisfactions liés aux imperfections de l'outil de détermination des tarifs
Donc, si l'on accepte de rentrer dans un système de tarification à l'activité, les coûts de chaque établissement ne sont plus opposables au financeur mais on se réfère à un coût moyen défini au niveau national à partir d'un échantillon représentatif qui sert de base à la fixation du tarif.
D'où l'importance d'une totale adéquation entre les ressources mobilisées pour produire une activité donnée et leur valorisation par le tarif …
Or, l'étude nationale des coûts s'écarte de la réalité des établissements : les tarifs et les forfaits sont sous ou sur évalués, la classification retenue pas assez discriminante, des variables ne sont pas prises en compte comme les complications, la lourdeur de la prise en charge pour certains patients (patients polypathologiques). Ces éléments entraînent inévitablement des risques :

- de **sélection des patients** les moins « intéressants »,
- de **raccourcissement de la durée de séjour**,
- de voir le secteur lucratif, plus flexible sur ses activités, s'orienter vers celles se révélant comme les plus rentables.

➞ Des insatisfactions quant aux modalités de mise en œuvre de la réforme
Sont souvent dénoncés le manque de transparence, la mouvance des règles, l'absence de stabilisation de la réforme… le mauvais pilotage a même été pointé par la Cour de comptes. Le choix, fait au départ, d'ajuster la réforme au fur et à mesure de son avancée (on parle alors « d'expérimentation grandeur nature »), reste très contestable.

L'application de la T2A dans le sanitaire puis dans le secteur social et médico-social

Elle pose problème au moins à 2 niveaux :

1) Les difficultés de quantification déjà connues dans le secteur sanitaire sont encore plus importantes dans le secteur social et médico-social

Sur ce point, la différence souvent mise en avant pour distinguer les deux secteurs est le caractère non quantifiable de l'activité médico-sociale et en raison de la dimension prise par l'accompagnement et d'autres postes de dépenses qui ne peuvent être appréhendés a priori de façon globalisante.

En effet, si pour le court séjour, du moins la chirurgie, un séjour est assez aisément quantifiable, c'est tout autre chose lorsqu'il s'agit des Soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie. En témoigne la difficulté à appliquer le modèle « T2A » à ces secteurs avec une réforme qui prend un retard considérable malgré une volonté politique affichée de la faire avancer.
Si on reconnaît ces difficultés d'appliquer une tarification à l'activité « intégrale » dans le sanitaire, a fortiori les difficultés d'application de ce modèle seront encore plus importantes dans le secteur social et médico-social, où les prises sont plus longues et surtout moins standardisées.
Autrement dit, le temps du « soin », au sens strict du terme, est un temps court, souvent hautement technique et qui a pour objectif la guérison ou à défaut la consolidation.
Le temps médico-social, celui du handicap par exemple, est un temps beaucoup plus long, celui d'une vie le plus souvent. Le soin, qui y est présent, n'a pas ici la même figure : il souvent peu technique et répétitif, mais néanmoins tout aussi indispensable pour ne pas dire vital.

2) Les objectifs qui ont motivé l'application de la T2A dans le secteur sanitaire ne peuvent tous être transposés au secteur social et médico-social

Rappelons les objectifs généraux de la T2A dans le secteur sanitaire :

- une répartition plus équitable des financements, avec à terme un financement harmonisé entre le secteur public et le secteur privé,
- un financement mieux informé, plus efficient.

Or dans le secteur médico-social, l'objectif d'un financement harmonisé entre public et privé n'a pas lieu d'être.

La problématique est en outre très différente : dans le sanitaire, on partait avec une évaluation (au moins par les différents gouvernements) plutôt de sur-équipement alors que dans le médico-social on a toujours un manque de places très important. Or la dynamique proposée de tarifs qui favorise la concurrence est beaucoup moins pertinente dans un secteur carencé.

Et pour ce qui est de rechercher un financement mieux informé qui soit davantage adapté à la réalité de l'activité de l'établissement, il n'y a pas forcément besoin de mettre en place la T2A : une meilleure connaissance des coûts constatés a posteriori suffit pour connaître exactement ce qui est financé. C'est sur cette base qu'est d'ailleurs construit le décret du 22 octobre 2003 qui reste, de mon point de vue, une construction intellectuelle très pertinente et très largement adaptée au champ social et médico-social.

Autrement dit, et j'en terminerai là, « laissez nous tranquille avec la T2A » et contentons nous d'appliquer, mais pleinement et dans sa totalité, le décret du 22 octobre 2003 qui prévoit un financement des établissements et services fondé sur le service qu'ils rendent globalement, en partant des coûts réels, c'est-à-dire des besoins et attentes des usagers (loi 2002-02) et des moyens à mettre en œuvre pour les satisfaire.