

Réunion conjointe EEHAP et Comité éthique Compiègne

Lundi 28 JUIN 2010

Lieu : Salle Sarlovèze – Centre Hospitalier Compiègne

Thème : **La tarification à l'activité (T2A) gêne-t-elle ou permet-elle d'aider au mieux le soigné ?**

Nombre de participants : 35 (médecins, infirmières, cadres de santé, personnels des ressources financières, représentante des usagers, psychologues...) venus des Centres hospitaliers de Abbeville, Amiens, Beauvais, Montdidier, Compiègne,

La réunion débute par une brève présentation de la création de l'EEHAP par le Dr A. de Broca

Il est proposé ce soir de réfléchir autour d'une situation et de voir ensemble en quoi cette nouvelle perspective financière qu'est la T2A peut aider ou non, gêner ou non ? Comment trouver un ajustement ?

La démarche en éthique amène à se poser différentes questions :

- En quoi la gestion qu'on s'impose (via le politique) peut s'ajuster avec la pratique très clinique, très singulière et quels sont les tensions, les frictions, les dilemmes : rationnels, médicaux, scientifiques qui vont se poser ?
- En quoi notamment, ce cas singulier va être porté ou être en contradiction avec les idées et les valeurs globales sociologiques du temps présent ?
- En quoi les grands principes éthiques (hospitalité, dignité, autonomie du patient...) vont se confronter à l'économie ?

=> La tarification à l'activité (T2A) gêne-t-elle ou permet-elle d'aider au mieux le soigné ?

Situation Clinique :

Un patient est atteint d'un cancer du poumon depuis quelques mois et a fait plusieurs séjours dans le service. Il décède pendant un week-end ; l'aide soignante n'a pas pu faire son travail comme elle le voulait à cause de la charge de travail ; La famille était en grande souffrance , surtout les enfants qui ne savaient pas comment accompagner leur père pendant les derniers moments. Les soignantes ont stoppé leur travail à plusieurs reprises pour être avec la famille, pour une prise en charge relationnelle la meilleure possible mais ont dû entre temps poursuivre leurs activités dans le service.

Lors du décès, les filles se sont tapées la tête contre le mur car elle étaient en colère et révoltées peut être de ne pas avoir pu être prises en charge moralement.

Commentaire de l'équipe soignante :

- Situation difficile à vivre quand il y a une pression avec la hiérarchie,
- Comment améliorer la prise en charge du patient alors qu'on nous parle de T2A en permanence ?
- C'est très frustrant au quotidien de devoir accompagner des patients de cette façon.

Face à cette situation, voici quelques questions et commentaires :

Difficulté de vivre cette prise en charge quand on est trop pressé par le temps

Comment améliorer la prise en charge quand on parle de T2A dans ces conditions ?

« *Quand on est dans le soin des êtres humains, peut-on se situer comme si on était ouvrier dans une chaîne dans une usine pour faire du rendement !* »

Une aide-soignante soulignait que les familles peuvent dire parfois : « *vous êtes toujours en train de courir, vous avez trop de choses à faire, le patient n'ose pas demander d'aide par exemple pour ne pas gêner.* »

La discussion permet de montrer plusieurs éléments que nous présentons par ordre chronologique.

Première question posée par les participants :

« Cette situation que vous venez d'évoquer et la difficulté de prendre du temps pour les malades que vous accompagnez sont-elles liées à la nouvelle façon de tarifier l'activité ou était-ce une situation que vous pouviez vivre antérieurement ? Pensez-vous que la T2A ait dégradé la situation ?

De nombreuses personnes ont tenté de répondre à cette question : médecins des urgences, infirmières mais aussi des médecins de soins gériatriques puis ensuite nos collègues des ressources financières du CH de Compiègne.

Une des réflexions posées par nombre de ces intervenants a été de savoir comment on peut gérer l'équipe dans ces conditions de prise en charge et assurer sa cohésion quand tout semble être vécu sous le terme de la rentabilité financière.

Un médecin des urgences soulignait qu'auparavant il était encore possible de prendre un temps d'équipe pour rendre compte de cette cohésion et de l'intérêt de vivre l'équipe ensemble. Par contre, désormais, il a le sentiment de ne plus avoir de marge de disponibilité, de temps dans la gestion des informations et dans la réalisation des actes ; Il n'est plus possible de vivre ce temps là. (« *Avant les équipes étaient souvent soudées et cela se manifestait par des pots, un repas organisé ; on avait du temps pour la relation : tout cela a complètement disparu du service ; On est de plus en plus technicien et on ne prend plus le temps de discuter avec les familles* »)

A terme, cela risque de voir l'équipe exploser ou même ne plus avoir de raison d'être. Or pourtant, comme on le rappelle : « *On ne meurt qu'une fois !* », c'est à dire que la famille qui arrive, demande aux soignants d'être optimum à chaque fois, ce qui revient à être optimum en permanence pour toutes les familles accueillies au jour le jour. Comment faire s'il n'y a plus de vraie cohésion d'équipe du fait de l'absence de ces liens informels vécus ensemble ?

Dans le cas de décès, le malade a besoin d'être accompagné jusqu'à son décès mais on pourra souligner aussi l'importance pour toute la famille présente d'avoir eu le sentiment que son

être cher, malade voire mourant, est accompagné de la façon la plus humaine possible. Ce temps est très important pour la survie à terme de ces personnes dites « endeuillées ».

De ce fait, faut-il demander à une personne extérieure au service (psychologue ou psychiatre) d'accompagner ces familles en deuil (voire envisager la notion d'équipe mobile pour venir aider dans ces situations difficiles) au détriment même de l'équipe qui aurait accompagné le patient ?

Une infirmière de Doullens soulignait combien, après avoir suivi un DU soins palliatifs, elle se sentait complètement en décalage, en revenant de cette formation, dans le service de médecine où elle revenait travailler « frustrée dans la prise en charge ». Elle a préféré demander un changement de service pour travailler en SSR car il lui était impossible d'avoir des temps de paroles et d'accompagnement des familles.

Une personne soulignait ensuite qu'à l'hôpital de Compiègne il y a environ 700 décès par an et que parfois l'annonce du décès était faite dans des conditions inadaptées à défaut de ne pas être éthique et parfois dans des couloirs par manque de bureaux.

On voit bien ici que la question de l'adéquation de l'habitat et de l'organisation des locaux pour être éthique est importante. Or, bien entendu il est impossible d'intégrer les décès dans les plannings.

L'intervention suivante montrait que désormais les patients sont dans une demande particulière à savoir de performances d'actes très techniques. Ils sont très exigeants. Par contre, alors même qu'ils ne le demandent pas expressément, ils ont besoin aussi d'être accompagnés. Or, cet accompagnement n'est pas pris en compte par cette nouvelle tarification dite à l'activité. Et c'est probablement en cela que ce système est inadéquat.

Autre exemple. En long séjour dans un hôpital de proximité (Montdidier) il y a environ 40 décès par an. Il faut constater que, du fait de nouvelles normes et de l'obligation de s'y conformer pour des raisons de qualité, de traçabilité, d'optimalité d'efficacité, tous ces termes étant des termes de « rendement », il est prévu la fermeture de la chambre mortuaire. Or, les soignants veulent accompagner les patients jusqu'au bout. Comment faire pour que cette notion d'équipe des soignants puisse aller au-delà du décès en sachant que ces personnes âgées décédant font presque partie de la famille de tout ce corps soignant qui a passé des années avec ces patients.

La notion d'équipe a encore été discutée avec cette réflexion :

Une infirmière en anesthésie soulignait combien le soignant avait dans ses grilles de lecture, l'obligation de réflexion financière. Or, les soignants courent tout le temps ! Quand elle va dans les autres services elle s'aperçoit combien les normes s'appliquent à tous au point que seule la réflexion sur les normes et sur la gestion semble compter.

Il était souligné ensuite de pouvoir éventuellement permettre à ce que la T2A clinique puisse un jour exister. Même s'il n'existe pas véritablement de problèmes dus aux médecins eux-mêmes, la T2A clinique est une façon d'appréhender au mieux le travail spécifique dans certaines spécialités dont la pédiatrie, la gériatrie.

Une personne bénévole signalait qu'il fallait peut être parler de ce qu'était vraiment la T2A mais aussi que la question des finances ne pouvait être en permanence éludée des soins et qu'il y avait aussi une évolution des mœurs qui amenait une perte de la solidarité intra ou inter-familiale. La question est de savoir si l'hôpital a pour charge de se substituer à ces manques.

Il a été rappelé que la T2A actuellement recouvre la tarification de plus de 2300 actes repérés alors qu'il y a encore quelques temps il n'y en avait que 800. On peut dire dans ce contexte qu'il est de plus en plus reconnu que les différents actes ne peuvent se ressembler par pathologie et entre les pathologies, et qu'il faut des actes spécifiques. Cependant, la remarque est de savoir si on essaie de se servir de ces actes comme étant autant de « pieds d'arbres » afin de pouvoir cultiver la complexité de chaque individu ou si, au contraire, il faut réduire la complexité à ses pieds.

Il a été rappelé que la médecine et la santé hospitalière avaient été mises en place en trois étapes.

De l'après-guerre à 1984 : il fallait remplir les lits puisque l'hôpital était financé au titre de la journée d'hospitalisation. Ensuite le système de la dotation globale finançait les hôpitaux à partir de 1984 de plus ou moins 3 % chaque année sans savoir si oui ou non il y avait de l'efficacité intégrée dans la prise en charge des malades. Depuis 2008, la T2A s'impose comme étant la tarification à l'activité de façon formelle.

Ces financements sont dans des limites budgétaires et donc sont contraints et il est nécessaire d'avoir une stratégie de répartition juste. L'équité veut que tous les malades en France puissent être soignés au mieux selon ses caractéristiques, un peu de la même façon. Mais dans cette contrainte financière, il est nécessaire de pouvoir ajuster au mieux les possibilités. Il est important de pouvoir choisir et ajuster les différents financements au prorata de l'importance.

La question du choix de cet ajustement n'a pas été posée durant cette réunion, pourtant elle est cruciale puisque si tout le monde est d'accord pour faire des choix, il est toujours difficile de pouvoir entendre que les choix, par essence, vont focaliser l'attention sur une ou deux pathologies et en exclure éventuellement une autre.

Une réflexion a été de dire que si la T2A peut sembler, de ce fait, plus juste, plus équitable dans la mesure où elle permet à ce que tous les malades soient bien soignés, le clinicien ou le soignant au sens large du terme ne voit que le côté négatif et répressif en quelque sorte. Il y a un hiatus entre les deux. La logique de cette perspective est plutôt une logique de répression et de fermeture ou en tout cas celle-ci est facilement lisible alors qu'il est difficile de repérer ce qui a été mis en œuvre.

Il a été souligné qu'un certain nombre de tâches non spécifiques, techniques et qui ne pouvaient pas être prise en compte par la T2A est pris en charge par les MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation). Ne pourrions nous pas prétexter d'un temps MIGAC et de l'utilisation de ces budgets pour chaque soignant dans sa spécialité en plus de la T2A ? Si cela paraît une stratégie adaptée, cela va à l'encontre de la politique actuelle qui est de réduire les financements des MIGAC du point de vue gouvernemental pour éviter justement leur explosion.

La question est donc que le soignant doit aussi participer de façon active à cette gestion financière des actes. Mais cela n'aurait pas de sens que seuls les administratifs imposent quelque chose à la communauté soignante. Il a été souligné cependant que la validité des normes sur lesquelles l'équipe de l'hôpital doit ajuster sa prise en charge, est faite par des groupes d'experts qui sont peut être très techniques mais sont souvent bien loin de la prise en charge du malade au quotidien ce qui amène sûrement cet écart entre ce que le soignant au quotidien peut vouloir dire et promouvoir comme soins à faire et ce qui est vraiment validé.

A charge donc pour les soignants de s'impliquer toujours plus. Rappelons aussi que cela n'est pas du fait de chaque hôpital mais d'un point de vue national, chaque hôpital devant rentrer dans le cadre, dans le moule de ces normes externes. C'est en quelque sorte une hétéronomie puisque souvent ces normes ne sont même pas explicitées ni expliquées et parfois sur des fondements qui sont faux vu l'écart qu'il y a entre la pratique soignante et la façon dont ces

normes demandent à être appliquées et ensuite évaluées par les inspecteurs des CRAM respectives.

Il a été ensuite souligné combien il y a une nouvelle paupérisation, liée à une autre façon de vivre et de comprendre sa relation dans la société. Cette paupérisation amène un certain de personnes n'ayant plus de prise en charge qu'elle soit financière ou sociale, à demander une aide spécifique à l'hôpital public. Une autre paupérisation au travers des personnes en addictologie souligne combien certaines mutuelles maintenant, ne peuvent et ne veulent plus prendre en charge ces patients au point que des équipes sont amenées à refuser certains patients qui ne pourraient être pris en charge financièrement.

Au total de toutes ces considérations, il en ressort les points suivants :

La T2A est un outil financier dans une optique de rationalisation des soins et d'optimisation de la manne financière. Si tout le monde peut accéder à cette idée, il semble que les normes dans lesquelles on impose les soignants à rentrer ne sont pas faites de façon très adaptée et adéquate aux soins. La T2A, si elle est technique, ne prend pas du tout en compte l'aspect clinique. A charge donc, pour nous tous, de mettre en place cette balance de soins et d'accompagnement.

Il faudrait mettre en vigueur la T2A clinique ou alors permettre à ce que chaque service ait un temps MIGAC pour les fonctions relationnelles.

Le 2e élément est le fait qu'on ait beaucoup parlé d'équipe. Si l'hôpital est performant, cela résulte de la sensation que l'équipe soignante au sens large du terme dans toutes ses spécificités et sa pluralité, permet l'accueil au mieux du patient dans toute sa diversité et spécificité.

Il peut être conclu que si un système quel qu'il soit met à mal la notion d'équipe, celui-ci doit être remis en cause dans la mesure où il est difficile de faire en sorte que le malade se sente bien si l'équipe soignante se met en burn out et explose et n'existe plus en réalité. Le travail est donc, de tout hôpital (et chaque hôpital étant spécifique dans sa région et dans sa compétence territoriale), de pouvoir faire un état des lieux autour de lui pour accueillir au mieux toutes les communautés différentes et éventuellement des choix dans la mesure où maintenant il existera une certaine autonomie économique de chaque hôpital.

Le Conseil de Surveillance est là aussi pour aider le directoire où médecins et administratifs sont directement impliqués pour établir la stratégie. Il est donc nécessaire que tous, et notamment les centres éthiques ou espaces éthiques puissent aider la dynamique de la prise en charge optimale et toujours plus humaine de chaque patient.

Compte rendu de la séance du 28/6/2010 Compiègne

Par A de Broca

Coordonnateur Espace Ethique Hospitalier Amiens Picardie