

Mémoire de fin d'études
Master 2 : Healthcare Business
Sous la direction de M. Alexandre WALLARD

Titre : Evolution du système de santé français :
« La valeur en santé »

Rémunération à la performance, groupe de soins, épisode de soins, forfait patient, quelles sont les solutions à mettre en place face à l'évolution croissante des dépenses de santé en France ?

Composition des membres du jury :

- Président du jury : M. LOGIER, Enseignant à l'ILIS
- Directeur de mémoire : M. Alexandre WALLARD, Enseignant à l'ILIS
- Invité professionnel : M. Marc MAINARDIS, Marketing Manager dans la division Cardiac Rhythm and Heart Failure de Medtronic, Inc.

Remerciements

Cette année de Master 2 Healthcare Business en contrat de professionnalisation entre Medtronic, et les cours à ILIS a été très intense mais surtout très enrichissante ! Ce mémoire est la finalité de ces années d'études qui m'ont permis d'aboutir à un projet professionnel réfléchi et en cohérence avec mes ambitions.

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire M. Alexandre WALLARD pour ses précieux conseils méthodologiques et ses encouragements lors de la réalisation de ce mémoire.

J'adresse mes sincères remerciements à M. Marc MAINARDIS, manager marketing chez Medtronic, qui m'a guidé avec bienveillance durant toute cette année.

Un grand merci à Arthur SCHMIDT, Elodie POUDEROUX, Mathilde DEVILDER, Cynthia TAILLASSON, Sébastien GUIBOUT, Stéphane CHOMEZ et Niels D'ACHON, pour leurs précieux conseils à la fois concernant la construction de mon projet professionnel et en termes d'organisation et de méthode de travail.

Table des matières

Remerciements	2
GLOSSAIRE.....	4
Introduction	5
Partie I : Etat des lieux du système actuel, ses limites, et projection sur les enjeux des prochaines années	6
1. Présentation du système de santé en France	6
2. Un système au cœur de transition et de pression.....	12
3. L'apparition du système de valeur	18
4. Conclusion de partie	22
Partie II : La valeur en santé chez les autres : benchmark d'autres pays :	23
1. Les forfaits par épisode de soins : l'exemple suédois	24
2. Les forfaits par patient aux Pays-Bas : le développement des groupes de soins.....	31
3. La mise en place des Accountable Care Organization (ACO) aux États-Unis	35
4. Conclusion de partie	41
Partie III : Les stratégies à développer pour l'avenir	42
1. Le cas de la société Medtronic	42
a) Integrated Health Solutions.....	43
b) Les contrats de risk sharing avec l'enveloppe TYRX	46
2. Recommandations	49
Conclusion	53
Travaux cités	55

GLOSSAIRE

ACO	Accountable Care Organization
ARS	Agence Régionale de Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSBM	Consommation de Soins et de Biens Médicaux
DFHCS	Dutch Diabetes Federation Health Care Standard
DM	Dispositif Médical
GHM	Groupe Homogène de Malade
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HAS	Haute Autorité de Santé
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
IHS	Integrated Health Solutions
MCO	Managed Care Organizations
MPOC	Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique
NBIC	Nanotechnologie, Biotechnologie, l'Informatisation et les sciences Cognitives
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie
PIB	Produit Intérieur Brut
T2A ou TAA	Tarifcation à l'Activité

Introduction

La France dispose d'un système de santé très généreux mais ce système fait face à un monde en pleine transition. En effet, que ce soit au niveau démographique, démocratique, épidémiologique ou technologique, les mutations sont considérables. Notre système de santé n'est plus adapté pour répondre à une demande de soins croissante et particulièrement pour faire face aux maladies chroniques. De plus quand on ajoute à cela les pressions financières subies par l'ensemble des structures de soins, on observe que l'aspect économique prend parfois le dessus sur la qualité des soins.

Aujourd'hui la tarification à l'activité régit l'ensemble du système, bien que bénéfique sur certains aspects, on observe également de nombreuses dérives ayant un effet néfaste sur la qualité des soins ou l'innovation par exemple. Cependant, un point semble réunir l'ensemble des acteurs : la valeur que les soins apportent aux patients. Cela se définit par la maximisation des résultats qui importent au patient tout en minimisant les ressources consommées pour atteindre ce résultat. C'est dans ce contexte que Michel E. Porter a développé le concept de « value based healthcare » qui apparait de plus en plus régulièrement dans les discours des pouvoirs publics sur la mise en place des parcours de soins.

Dans ce mémoire la problématique suivante est posée : **Rémunération à la performance, groupe de soins, épisode de soins, forfait patient ; quelles solutions mettre en place face à l'évolution croissante des dépenses de santé en France ?**

Ce mémoire démarre par une contextualisation, en développant le fonctionnement du système français, les mutations qu'il rencontre ainsi que la naissance du concept de valeur en santé. Ensuite la seconde partie est un benchmark de quelques pays ayant expérimenté des modèles de rémunération s'appuyant sur la valeur. Dans la dernière partie de ce mémoire, la présentation d'un industriel du dispositif médical travaillant sur des solutions innovantes sera développée. Et pour finir, sera présenté quelques recommandations concernant le système de rémunération qui pourrait permettre de pérenniser notre système de santé français.

Partie I : Etat des lieux du système actuel, ses limites, et projection sur les enjeux des prochaines années

1. Présentation du système de santé en France

a) Qu'est-ce qu'un système de santé ?

D'après une définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un système de santé est : « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé (OMS, s.d.) ».

Peu importe le pays, chaque système de santé a besoin de plusieurs types de ressources : financière, humaine, logistique, communication. Ces systèmes sont très complexes à équilibrer et rencontrent des problèmes variés. En effet, même dans les pays développés, on observe souvent de grandes inégalités d'accès aux soins et une croissance constante des dépenses de santé (parfois en raison de ressources mal-utilisées).

b) L'organisation du système Français

L'objectif assumé de notre système, comme il est mentionné sur le site gouvernemental, est de : "prévenir, de soigner et d'accompagner de manière globale et continue les patients et résidents, au plus près de chez eux" (Ministère de la santé , 2017).

De plus, l'un des aspects fondamentaux du système de santé français est que chaque patient est libre de choisir le médecin qu'il souhaite consulter et l'établissement dans lequel il souhaite se rendre qu'il soit privé ou public. Pour ce faire, la coordination du système est répartie sur trois niveaux, national, régional et local.

- Niveau National :

C'est le plus haut niveau de pilotage, mené d'une part par les ministères chargés de la santé et des affaires sociales et par l'assurance maladie qui se charge du remboursement des dépenses de santé. Les ministères sont eux en charge de diverses missions. Ils sont responsables de la mise en œuvre des politiques de santé publique, la formation des professionnels de santé et également le contrôle des établissements de soins.

Dans le cadre de ces missions, ils travaillent avec des opérateurs publics dont ils ont la tutelle. Ils sont également en collaboration avec des partenaires indépendants comme la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce dernier est gage d'expertise scientifique, il permet notamment l'amélioration de la qualité de soins tout en garantissant la transparence de l'information médicale.

Concernant l'établissement du budget, le parlement vote chaque année une loi de financement de la sécurité sociale visant à définir l'Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie (ONDAM). Cette loi de financement permet de répartir les budgets octroyés aux soins de ville, hospitaliers et médico-sociaux.

- Niveau Régional :

Les objectifs à ce niveau sont de lutter contre les inégalités et d'améliorer au maximum l'offre de soin. L'idée est de décliner les politiques nationales en les adaptant aux spécificités régionales. Dans ce travail, ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS) qui agissent. Elles contrôlent les ressources pour permettre à tous un accès égal aux soins de qualité. Les ARS mettent en place des plans d'organisation des soins de villes et hospitaliers mais également des programmes pour veiller à la situation des personnes âgées ou dépendantes.

Sur le plan de la sécurité sociale, les mesures sont également relayées via les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) toujours dans l'idée première de veiller à l'amélioration de la répartition locale de l'offre de soins.

- Au niveau Local :

Le système se divise à ce niveau en structures de ville (ou ambulatoire) et en établissements hospitaliers. Les établissements hospitaliers peuvent être publics, privés à but non lucratif ou privés à but lucratif. Ces centres délivrent les soins généraux et la médecine d'urgence permettant une répartition sur l'ensemble du territoire.

L'ensemble des structures et établissements, sous la tutelle des ARS collaborent pour permettre le meilleur accompagnement possible des patients dans leur parcours de santé.

c) Le model de rémunération : la Tarification à l'activité (T2A ou TAA)

Comme son nom l'indique, c'est un système de financement qui dépend de l'activité, il est donc important de définir ce qu'est l'activité hospitalière. Celle-ci est définie à travers ce que l'on appelle des groupes homogènes de malade (GHM). Un patient présentant une pathologie nécessitant un soin donné est codifié par un GHM précis. A chaque GHM correspond un code précis qui est donc enregistré pour permettre ensuite le paiement en fonction de cette activité. Cela signifie que l'on enregistre comme activité un patient à qui l'on a posé un stimulateur cardiaque plutôt qu'un patient soigné dans le service cardiologie.

Les GHM sont donc des données parlant d'un contenu médical et leurs équivalents financiers sont les Groupes Homogènes de Séjours (GHS). Chaque GHM a un GHS qui lui est propre dont le prix est fixé à l'avance au niveau national. (Direction de l'information légale et administrative, 2016).

Les revenus (R) des établissements peuvent donc être calculés de la manière suivante (Renaud, 2009) :

C'est le nombre de patients traités dans chaque GHM (N) multiplié par le prix (P) de chaque GHS(i)

$$R = \sum_i (N \times P)$$

En réalité, les revenus ne se calculent pas aussi simplement, car il y a d'autres sources de revenu qui proviennent de diverses activités comme la recherche, l'enseignement par exemple. Pour calculer les revenus de manière exacte, il faut additionner ces autres sources de revenus à cette formule.

L'un des objectifs de cette tarification est de pousser les établissements dans leurs activités afin de réduire les délais d'attente. Mais cela peut entraîner des dérives par exemple un établissement peut choisir d'augmenter son activité en favorisant certains types de soins plus profitables ou de réaliser des examens additionnels parfois inutiles qui n'apporte aucune valeur ajoutée au patient.

En France, les prix ne sont pas fixés de manière classique, cela dépend de l'ONDAM qui est défini chaque année. À partir de là, on prévoit de réduire les tarifs de chaque GHS en cas d'augmentation globale de l'activité, c'est-à-dire qu'on ne cible pas les établissements.

- Les effets bénéfiques de ce mode de financement

Lors de sa mise en place, la T2A présentait des principes considérés comme extrêmement bénéfiques comme la transparence. Effectivement, cela permet de relier chaque dépense à un besoin spécifique et donc en définitive de contrôler au mieux ces dépenses. Un autre aspect bénéfique était l'amélioration de l'efficacité des établissements de santé et de rendre équitable la distribution des budgets entre les différents centres.

Un autre point important, ces données des GHM ont permis de réaliser de nombreuses études rétrospectives. Elles peuvent être utilisées pour observer l'évolution des pathologies à travers le temps, ou permettre à des laboratoires et industries du dispositif médical (DM) de réaliser des études sur leurs produits.

Pour autant, on se rend rapidement compte que l'on ne parle ni de qualité ni de couverture des soins.

- Les effets néfastes de ce mode de financement

La tarification à l'activité incite les « producteurs » de soins à réduire un maximum leurs coûts. Evidemment, cela est largement positif dans le cas où la stratégie de réduction des coûts mise en place est l'amélioration de l'efficacité. Mais on remarque que cela implique parfois d'autres stratégies qui elles entraînent plutôt une réduction de la qualité des soins.

- La première stratégie mise en place est la réduction des durées de séjour, effectivement cela paraît être une bonne solution car on réduit les coûts d'hôtellerie de l'établissement tout en permettant de traiter un nouveau patient. Mais cela entraîne de ce fait une croissance des coûts des soins à domicile. Or, le financement en ville et à l'hôpital étant indépendant, finalement cela revient à déplacer les dépenses d'une structure de soin à l'autre plutôt que de les réduire réellement. De plus, on observe en particulier dans les centres privés l'externalisation de tous les examens, consultations et diagnostics préopératoires afin de ne réaliser que les actes « rentables ».
- La deuxième stratégie est observée la plupart du temps dans les centres privés qui subissent une pression financière plus importante. Certains centres « filtrent » les patients à l'entrée, c'est-à-dire qu'ils se spécialisent sur certains types de soin plus « rentables » et renvoient d'autres soins vers les établissements publics. Cependant, cela est contrôlé en France par une réduction des dotations en fonction du volume d'activité.

Comme nous l'avons vu précédemment, ce contrôle n'a pas lieu directement sur les centres mais est réalisé de façon globale. Ainsi, les centres ne pratiquant pas ce genre de filtre se voient donc pénalisés sans avoir été à la source de cette réduction.

- La troisième stratégie se situe au niveau du codage des GHM. Les établissements de santé doivent coder chacun de leurs actes pour recevoir ensuite le financement qui leur est dû. Ce système est un point stratégique pour les hôpitaux et cliniques, il faut absolument que les codes soient sans erreur pour recevoir leurs financements. C'est pourquoi des experts sont là pour contrôler et optimiser ces codes mais il arrive que parfois les établissements prodiguent des soins supplémentaires et inutiles de manière à coder un GHM plus rentable. Le patient reçoit alors un soin dont il n'avait pas nécessairement besoin et les dépenses de santé continuent de croître.

2. Un système au cœur de transition et de pression

a. Une pression financière grandissante

En 2016, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en France est évaluée à 198,5 milliards d'euros soit 8,9 % du PIB (Produit Intérieur Brut). Si ces chiffres se stabilisent légèrement depuis 2008, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB français a été multipliée par 3 depuis les années 50 en passant de 2,9 % à 8,9 %.

Ces dépenses sont financées principalement par trois sources (DREES, 2017):

- **La sécurité sociale** qui prend en charge 77% des dépenses, cette part est en augmentation par rapport à 2015.
- **Les organismes complémentaires** (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances) diminuent de 0,1 point par rapport à 2015 et revient à 13,3 % de la dépense en 2016.
- La part restante payée par **les ménages** est de 8,3 % en 2016

Au global, on observe une augmentation des dépenses de santé de 2,3 en valeur et 2,9 en volume entre 2015 et 2016.

	Valeur (en milliards d'euros)		Taux d'évolution 2006-2016 en moyenne annuelle	Taux d'évolution 2015-2016 (en %)
	2006	2016		
1- CSBM	153,2	198,5	2,6	2,3
2- Soins de longue durée	12,9	20,3	4,6	1,1
SSIAD	1,0	1,6	4,6	0,9
Soins aux pers. âgées en étab.	5,0	9,1	6,2	1,7
Soins aux pers. handicapées en étab.	6,9	9,6	3,3	0,7
3- Indemnités journalières	10,7	14,0	2,8	3,0
4- Autres dépenses en faveur des malades	0,3	0,7	7,9	5,4
5- Prévention institutionnelle	5,2	5,8	1,0	0,2
6- Dépenses en faveur du système de soins	10,4	12,0	1,5	-0,5
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2,1	2,2	0,4	-8,4
Recherche médicale et pharmaceutique	7,0	7,6	0,9	1,4
Formation médicale	1,3	2,2	5,7	1,7
7- Coût de gestion de la santé	12,2	15,3	2,3	1,1
Dépense courante de santé (1+...+7)	204,9	266,6	2,7	2,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Figure 1: Dépenses de santé courante en France

La croissance des dépenses de santé est la conséquence de plusieurs facteurs tels que le vieillissement de la population, le coût du progrès médical ainsi que la croissance de l'offre et de la demande de soins.

b. La transition épidémiologique

La transition épidémiologique est un concept qui émerge dans les années 1970 suite à la publication d'Abdel Omran (1971). Cette transition met en avant la baisse de la mortalité accompagnant la transition démographique. On peut l'expliquer par l'amélioration de la qualité de vie et de l'organisation des services de santé. Ceci explique également la part croissante de nouvelles causes de mortalités : les maladies chroniques. (Chambaud, 2016)

On utilise généralement ce concept pour mettre en avant l'évolution que doit suivre notre système de santé dans le but de mieux prendre en charge les maladies chroniques.

D'ailleurs d'après l'OMS, les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde (OMS, 2018).

c. La transition démographique

Le concept de transition démographique est né en 1975, par Richard et Boyer qui explique le passage d'un état où la mortalité et la fécondité sont fortes à un état où ces deux phénomènes sont faibles (Chambaud, 2016).

Cela implique donc un vieillissement de la population qui couplé au style de vie « moderne » et au progrès permanent de la médecine favorise une forte croissance des maladies chroniques qui nécessitent des prises en charges pluridisciplinaires de longue durée.

d. La transition technologique

Nous sommes également dans une période marquée par une évolution importante en termes d'avancée technologique obligeant l'ensemble de la société à s'adapter et à suivre ces évolutions. Dans le domaine de la santé, on parle notamment des évolutions concernant la Nanotechnologie, Biotechnologie, l'Informatisation et les sciences Cognitives. Ces 4 grandes disciplines rassemblées sous l'acronyme NBIC transforment continuellement la prise en charge des patients.

Ces évolutions technologiques permettent de mettre en place les 4 grands piliers de la médecine de demain développés par Elias Zerhouni (Zerhouni):

- La capacité prédictive: La possibilité d'être renseigné à l'avance sur les potentielles pathologies dont une personne pourrait souffrir permet d'adapter le comportement, de surveiller et de diagnostiquer plus tôt.
- Prévention: La prévention est aussi un moyen d'anticiper et de réduire le nombre de patients à traiter, cela peut aussi permettre de diagnostiquer de manière

précoce les patients et donc de mettre en place un processus thérapeutique moins lourd et moins coûteux.

- Personnalisation : Les connaissances grandissantes et les développements technologiques permettent d'adapter les thérapies aux patients et de soigner plus efficacement.
- Participation : Les patients changent, ils deviennent beaucoup plus actifs dans leur traitement, on parle parfois de patients experts. De plus, un patient actif reste généralement au domicile et cela réduit le nombre de consultations physiques parfois contraignantes pour le patient et pour le médecin, bien sur les technologies permettent de conserver un suivi du patient efficace.

Les progrès des NBIC apportent une forte valeur ajoutée pour la prise en charge des patients avec en particulier :

- Plus forte autonomie des patients et prise en charge à domicile (télémédecine, robots)
- Mise en place de suivi personnalisé des patients (télésurveillance, biocapteurs)

C'est pourquoi ces évolutions favorisent la transformation du système pour une prise en charge facilitée des patients chroniques.

La mise en place efficace de ces innovations est dépendante :

- De la compréhension de ces technologies par tous les acteurs
- De leur intégration adaptée dans le parcours du patient et le système de santé
- De la mise en place d'un cadre réglementaire clair.

e. La transition démocratique

Cette transition est initiée en 2002 avec la loi Kouchner, dans laquelle on définit les principes :

- De consentement libre et éclairé du patient aux traitements offerts par les professionnels de santé

- Du droit du patient à être informé sur son état de santé (article L.1110-2 du Code de la Santé Publique).

Ces principes marquent une transformation dans la relation entre le médecin et son patient mais également implique réellement le patient dans les choix thérapeutiques qui le concernent.

- L'évolution de la relation médecin/patient

Pendant des années, le médecin était au centre de cette relation car il détenait à la fois les informations et le pouvoir de décision. Aujourd'hui son « pouvoir » est atténué et ce pour diverses raisons :

- La consolidation des droits des patients
- L'accentuation de l'utilisation d'internet

Le développement d'internet, des blogs, des associations de patients et toutes les autres sources d'informations qui sont apparues ces dernières années, les patients ont évolués. Ils ont la possibilité de mettre en question les choix du médecin, Elisabeth Noël-Hureau parle d'un changement de statut, passant « d'ignorant » vers un patient « sachant » (Noël-Hureau, 2010).

- Des patients de plus en plus actifs

Les patients sont globalement de mieux en mieux informés, pour autant le niveau de connaissance varie énormément d'un patient à l'autre. En effet, celui qui souffre d'une maladie chronique devient plus facilement « expert », car ses choix thérapeutiques ont un impact direct sur sa qualité de vie (al, 2012). Ces patients ont une expérience différente de celle du médecin et peuvent donc compléter ses expertises cliniques. Dans cette situation, les choix thérapeutiques sont de ce fait réalisés en couplant les deux expériences.

Une autre idée se dégage pour parler de l'implication du patient dans les choix thérapeutiques qui le concernent. A l'image d'un étudiant pour qui il est plus simple d'apprendre quelque chose qu'il comprend. Un patient adhérera plus facilement à un

traitement si le médecin prend en compte l'avis et les habitudes de vie du patient. Dans ce modèle, le patient devient un acteur du système de santé, puisqu'il est inclus dans les décisions thérapeutiques.

- L'importance des associations de patients

Depuis 2015, les patients via les associations de patients sont représentés au collège de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce collège se réunit dans le but de discuter l'accès au marché et le remboursement des produits de santé. Ces associations sont donc parties prenantes dans l'évaluation des dispositifs médicaux et des médicaments puisqu'ils ont une voix délibérative. De ce fait, la HAS reconnaît que l'expérience des patients est importante et a élargi la démocratie dans le domaine de la santé.

3. L'apparition du système de valeur

Michael E. Porter professeur à l'université Harvard a développé un concept intitulé «Value Based Healthcare». L'idée est de mettre en avant la valeur apportée au patient tout en tenant compte des problématiques financières et des différentes transitions que nous venons de décrire dans la partie précédente. Avec ce concept, il met en avant le fait que les intérêts et objectifs des différents acteurs de santé ont toujours divergé ce qui représente forcément un frein à la performance.

Avec ce modèle on développe un objectif commun à tous les acteurs de santé : accroître la valeur apportée au patient.

On peut traduire la notion de valeur par :

$$\text{Valeur en santé} = \frac{\text{Résultats qui importent au patient}}{\text{Dépenses pour y parvenir}}$$

Il faudra alors maximiser la valeur à apporter au patient en optimisant les dépenses pour y parvenir tout en maximisant les résultats qui importent au patient. C'est en intégrant tous les services et soins impliqués dans un parcours de santé que la valeur pourra être mesurée et maximisée (ME, 2010). Nous verrons donc dans les deux parties qui vont suivre comment évaluer les résultats qui importent au patient puis nous aborderons l'évaluation des coûts de manière globale.

a) Évaluation des résultats qui importent aux patients ?

Pour pouvoir appliquer et mesurer la valeur, il est important de pouvoir mesurer les résultats qui importent aux patients. C'est en ce sens que M.E. Porter a fondé l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). L'objectif de cette organisation est de réfléchir collectivement sur ce qui importe réellement aux patients et mettre en place des indicateurs de performance. Ensuite, ces indicateurs sont testés dans différents établissements afin de les mesurer et de les comparer dans le but d'optimiser leurs performances (ICHOM, s.d.).

Pour toutes pathologies, les indicateurs doivent respecter certains critères généraux :

- Prendre en compte le court et le long terme
- Prendre en compte l'état initial du patient ainsi que les facteurs de risques pour avoir un ajustement des risques

Les groupes de réflexion sont composés de personnes acteurs du monde de la santé mais aux profils différents : professionnels de santé, patients, chercheurs, ... Pour mettre en place ces indicateurs, ces groupes de réflexion se basent sur une méthodologie répartie en trois niveaux de mesures (figure 2).

- Niveau 1 : L'état de santé est : maintenu ou atteint
- Niveau 2 : Le processus de récupération
- Niveau 3 : La durabilité de l'état de santé maintenu ou atteint

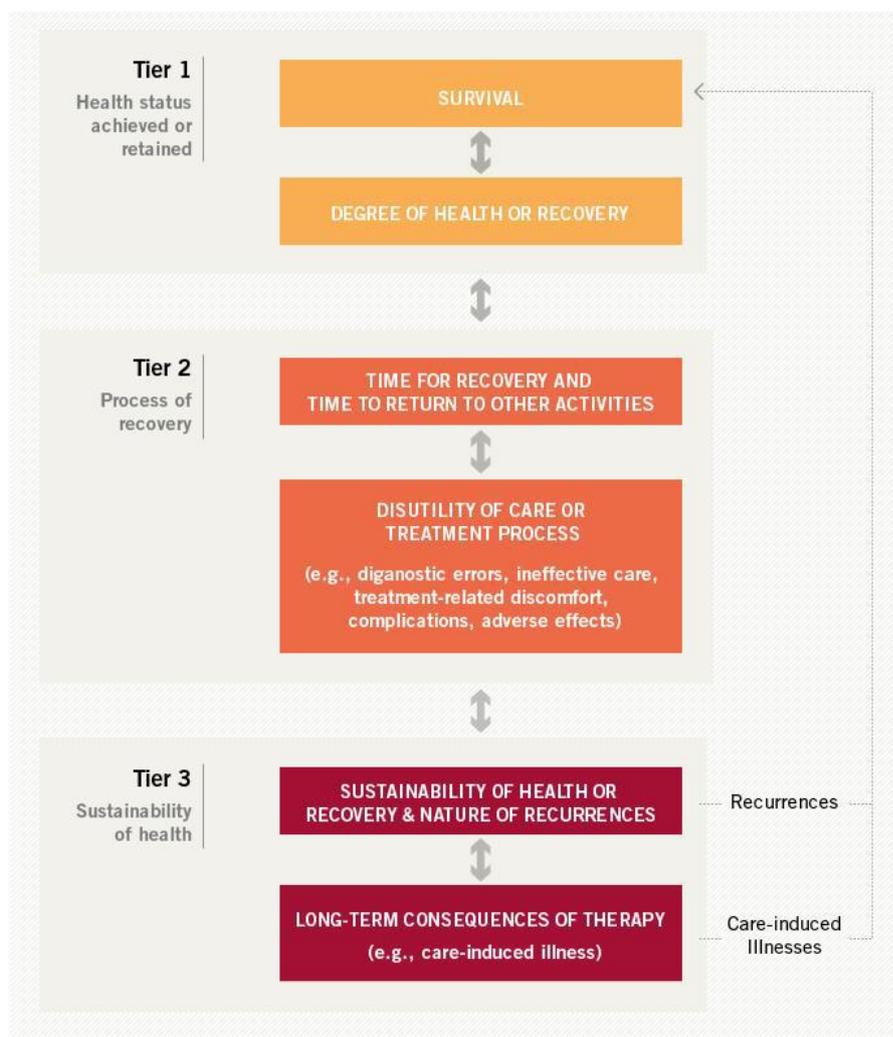


Figure 2 : The Outcome Measures Hierarchy

b) Évaluation des dépenses

Actuellement, quand on cherche à évaluer les dépenses, la méthode ne reflète pas le coût réel des soins. Définir les coûts d'une prise en charge globale d'un patient n'est pas chose aisée. La plupart du temps, la mesure des coûts se restreint à chaque service et correspond généralement au remboursement perçu pour chaque acte, alors qu'un établissement ne peut gérer et optimiser ses dépenses sans une mesure efficace des coûts.

Dans le modèle de « Value Based Healthcare », la réduction des coûts et les gains pour le patient sont liés. C'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de moins dépenser mais de mieux dépenser, par exemple investir plus sur la prévention et le diagnostic précoce réduit la quantité de dépenses sur des traitements complexes et très coûteux. Dans la même logique, si l'on investit pour réduire le temps d'accès aux soins, cela entrainera moins de pathologies avancées et moins de complications souvent très coûteuses.

Il est donc important d'avoir un système de mesure des coûts qui prend en compte la prise en charge globale du patient, voici les étapes de la méthodologie créée à cet effet (Kaplan, 2011) :

Étape 1 : Définir la pathologie ou le groupe de patient à étudier

Étape 2 : Établir le parcours de soins

Étape 3 : Cartographier toutes les étapes du processus de soin et identifier les ressources nécessaires pour chacune d'entre elles

Étape 4 : Évaluer la durée de chacune des étapes

Étape 5 : Estimer le coût de chacune de ces ressources

Étape 6 : Estimer la capacité de chaque ressource et calculer le taux horaire de ces ressources.

La capacité d'une ressource humaine par exemple c'est :

$\frac{\text{nombre de jour travaillé dans l'année}}{12} \times (\text{nombre d'heure travaillé par jour} - \text{nombre d'heure non consacrée aux patients})$

$$\text{Taux horaire} = \frac{\text{Coût de la ressource}}{\text{Capacité de la ressource}}$$

Étapes 7 : Calculer le coût total d'une prise en charge globale d'un patient

Les avantages de cette méthode sont multiples :

- Permet de sortir du mode de calcul en silo en associant tous les services et spécialités, à la fois les soignants, non soignants,
- Elimination des écarts au processus et des étapes qui n'apportent pas de valeur,
- Optimisation maximale des ressources,
- Accélération du cycle total de soins.

4. Conclusion de partie

Notre système de santé a été pensé pour permettre l'accès à des soins de qualité aux plus grands nombres. Celui-ci semble aujourd'hui obsolète dans un contexte de transition. En effet, celui-ci a été mis en place pour traiter des pathologies aiguës sans mettre en place un réel suivi du patient. Aujourd'hui, les technologies, les malades, les médecins évoluent et notre système doit suivre cette tendance. Les grandes pathologies du XXI^{ème} siècles sont les maladies chroniques (cancer, diabète, insuffisance cardiaque), ce type de pathologie influe directement sur la qualité de vie du patient au jour le jour. C'est pourquoi un système où la valeur qui incombe au patient est prise en compte commence à voir le jour. Nous verrons donc quelques exemples de mise en place de ce type de modèle dans quelques pays dans la partie qui va suivre.

Partie II : La valeur en santé chez les autres : benchmark d'autres pays :

Comme vu dans la partie précédente, la pression financière s'intensifie et les modalités de financement classiques (T2A) présentent des limites dans un domaine en pleine transformation. D'autant plus dans ce contexte de croissance des maladies chroniques qui impliquent des parcours de soins sur une plus longue durée et impliquant divers acteurs.

On observe une multitude de limite dont les trois plus importantes sont (L'Assurance Maladie, 2016):

- Le morcellement du financement des divers acteurs au sein du même parcours de santé ne favorise en rien la coordination. Au contraire, cela peut même entrainer des comportements dangereux vis-à-vis du patient (par exemple : réduction de la durée de séjour au détriment de la récupération du patient).
- Le rattachement à l'activité qui incite au volume et n'empêche pas les actes superflus, cela peut même y contribuer.
- La qualité n'étant pas prise en compte, cela n'encourage personne à aller dans ce sens.

Quelques pays ont commencé à tester des modèles avec pour objectif de supprimer ces limites. On peut regrouper ces modèles en deux grands groupes : le paiement au parcours de soins et celui à la performance.

1. Les forfaits par épisode de soins : l'exemple suédois

a. Fonctionnement du système

▪ Présentation générale

À l'image d'autres pays du Nord de l'Europe, les suédois ont un système de santé Beveridgien. C'est-à-dire que la couverture ainsi que l'accès aux soins sont universels et financés en majeure partie par l'impôt. Les dépenses de soins, largement financées par les taxes, s'élevaient à 11 % du PIB en Suède en 2016 et près de 80 % de l'ensemble des dépenses de santé sont publiques. Les Comtés et les municipalités prélèvent des taxes proportionnelles au revenu de la population pour couvrir les services qu'ils dispensent (Bizard, 2018).

Les médecins généralistes sont pour la plupart salariés, ils disposent d'une variable à la capitation. Ils travaillent généralement en centre de santé et les hôpitaux sont pour la plus grande majorité de statut public.

Dans les années 1990, la Suède a dû faire face à de fortes contraintes économiques et à une insatisfaction grandissante liée à l'attente trop importante pour accéder à un spécialiste. C'est pourquoi le système s'est légèrement libéralisé en privatisant certains établissements de santé, en faisant évoluer les relations avec offreurs de soins et permettre plus de liberté au patient dans son choix d'établissement. Pour autant, l'établissement privé ne représente que 17% des dépenses ce qui est relativement faible (L'Assurance Maladie, 2016).

L'organisation du système de santé suédois repose sur une décentralisation des responsabilités sur les 21 Comtés suédois. En effet ce sont eux qui gèrent à la fois l'organisation et le financement du système, ils contrôlent les structures hospitalières et autorisent l'installation ou non des cabinets et établissements privés.

Ensuite il y a les municipalités, qui s'occupe de la gestion des établissements pour les personnes âgées et handicapées.

Les Comtés et municipalités sont dirigés par des élus qui s'occupe de lever les impôts pour couvrir les dépenses de santé. Finalement le rôle de l'état se limite à la définition des priorités des grands objectifs de santé publique ainsi que l'autorisation de mise sur le marché des médicaments et des dispositifs médicaux (Lequet-Slamat, 2004).

- Spécialisation et hiérarchisation

On se rend donc compte que les collectivités territoriales ont un rôle majeur et doivent faire face à des exigences importantes. Ces dernières années, ils ont mis en place un système de spécialisation et de gradation des soins qui consiste à répartir les rôles des hôpitaux au sein même d'un Comté pour rendre l'offre de soin plus simple pour le patient et pour favoriser la coordination entre ces différents établissements. Dans un même Comté, les structures ont des tailles et des missions spécifiques et développent des activités qui leur sont propres. Ainsi on retrouve en général un établissement principal autour duquel s'articulent plusieurs hôpitaux spécialisés.

De plus pour favoriser la coordination, l'orientation des patients a été repensée et une hiérarchisation a été développée. En 2013, un numéro a été mis en place pour orienter les patients vers la structure correspondant à leur état de santé (Opus Line, 2017).

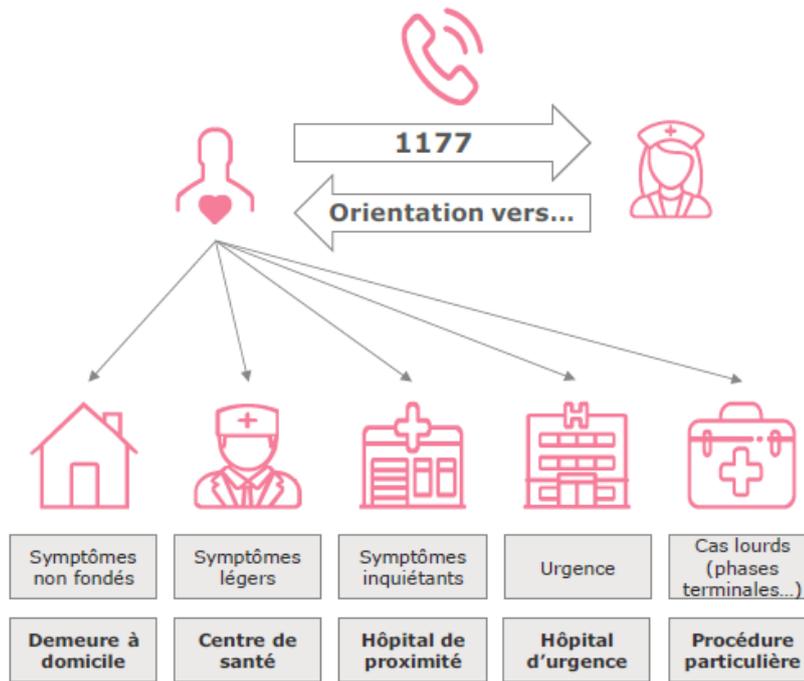


Figure 3 : Orientation des patients en Suède

Ce système a permis de réduire le temps d'attente des patients pour l'accès au soin mais également d'avoir une meilleure maîtrise de leurs ressources de santé. En revanche, cela suppose que les patients « jouent le jeu » en utilisant ce service. L'autre point négatif de ce système est qu'il repose sur une répartition des structures médicales sur l'ensemble du territoire.

- L'évaluation pour favoriser les résultats

En Suède, la règle au niveau national est comme en France : la tarification à l'activité. Pour autant comme vu précédemment, les Comtés étant gestionnaires, ils sont libres de mettre en place différents types de rémunération en fonction du contrat mis en place avec les structures de soins (bonus à la performance, au parcours de soin ou en fonction de la pathologie, etc.).

Par exemple, une expérience à l'hôpital de San Goran de Stockholm a montré de bons résultats. Cet hôpital est géré par le groupe CAPIO donc privé mais est évalué par le comté de Stockholm (Opus Line, 2017).

C'est à l'hôpital de Karolinska à Stockholm qu'un système d'évaluation a été créé. L'objectif de cette évaluation est de prendre en compte le parcours patient dans son ensemble, en notifiant préalablement les risques individuels des patients pour permettre un ajustement des résultats. On évalue ici, les résultats et la satisfaction du patient par rapport aux soins qu'il a reçus (Opus Line, 2017).

b. Description du plan Orthochoice

Le modèle Orthochoice, est un projet mettant en place un financement forfaitaire, lancé en 2009 en Suède dans le Comté de Stockholm. La mise en place de ce projet fait suite au mécontentement de la population face à des délais importants avant de pouvoir se faire opérer parfois même supérieurs à une année (Bizard, 2018).

C'est donc en Janvier 2009 que le programme est lancé, il concerne les patients ayant besoin d'une prothèse de hanche ou de genou (d'autres pathologies bénéficient du même type de programme). Pour rentrer dans le cadre de ce modèle, plusieurs points sont requis (Opus Line, 2017):

- Cela ne concerne que les patients ayant un score anesthésique ASA 1 ou 2, pour garder une certaine homogénéité entre les patients.
- Une salle d'opération répondant aux exigences requises en termes de qualité de l'air.
- Un nombre minimum de 50 opérations par centre par an
- La tenue d'un rapport des données qualité pour chaque patient.

L'objectif affiché du modèle est de réduire les files d'attentes avant l'opération, pour ce faire le Comté de Stockholm a mis en place une stratégie en trois points (Bizard, 2018) :

- Supprimer le monopole des établissements publics et diversifier l'offre de soins en faisant entrer plus d'établissements privés
- Faire grandir la concurrence dans l'offre de soins pour favoriser l'amélioration de la qualité

- Développer la transparence et l'accès à l'information du grand public vis-à-vis de la performance des établissements

En ce qui concerne concrètement le paiement dans ce type de modèle, trois points sont à développer (Bizard, 2018) :

- Le forfait : L'établissement reçoit une enveloppe de 5 630€ pour l'ensemble des soins, cela comprend l'ensemble des soins, le diagnostic, la chirurgie et son suivi, la prothèse, les visites préopératoires et postopératoires. Les examens radiologiques ne sont eux pas pris en charge dans cette enveloppe, c'est aux établissements de s'organiser selon les besoins.

En cas de complications ou d'évènements indésirables évitables liés à l'opération, l'établissement concerné est responsable durant les deux années qui suivent la chirurgie.

- Performance : En ce qui concerne l'indemnisation à la performance, 3,2% ont été retenu et payé comme une compensation de performance si l'établissement atteint les objectifs prédéterminés.
- Ajustement individuel : En général il y a des ajustements en fonction des risques mais dans le cadre du plan Orthochoice, le groupe de patient étant homogène, il n'était pas nécessaire de mettre en place des ajustements.

c. Retour sur l'expérience

- Augmentation du volume d'activité

L'année de la mise en place du projet, une croissance de 20% du nombre de remplacement de la hanche ou du genou a été observée. Ce chiffre s'est ensuite stabilisé, ceci s'explique par la diversification des établissements proposant cette chirurgie.

Comme on le voit sur la figure 4, cela a donc permis de réduire considérablement le nombre de patients en attente de cette chirurgie en passant de 37% de patients attendant plus de 90 jours avant l'opération en 2007 à 5% en 2012 (Bizard, 2018).

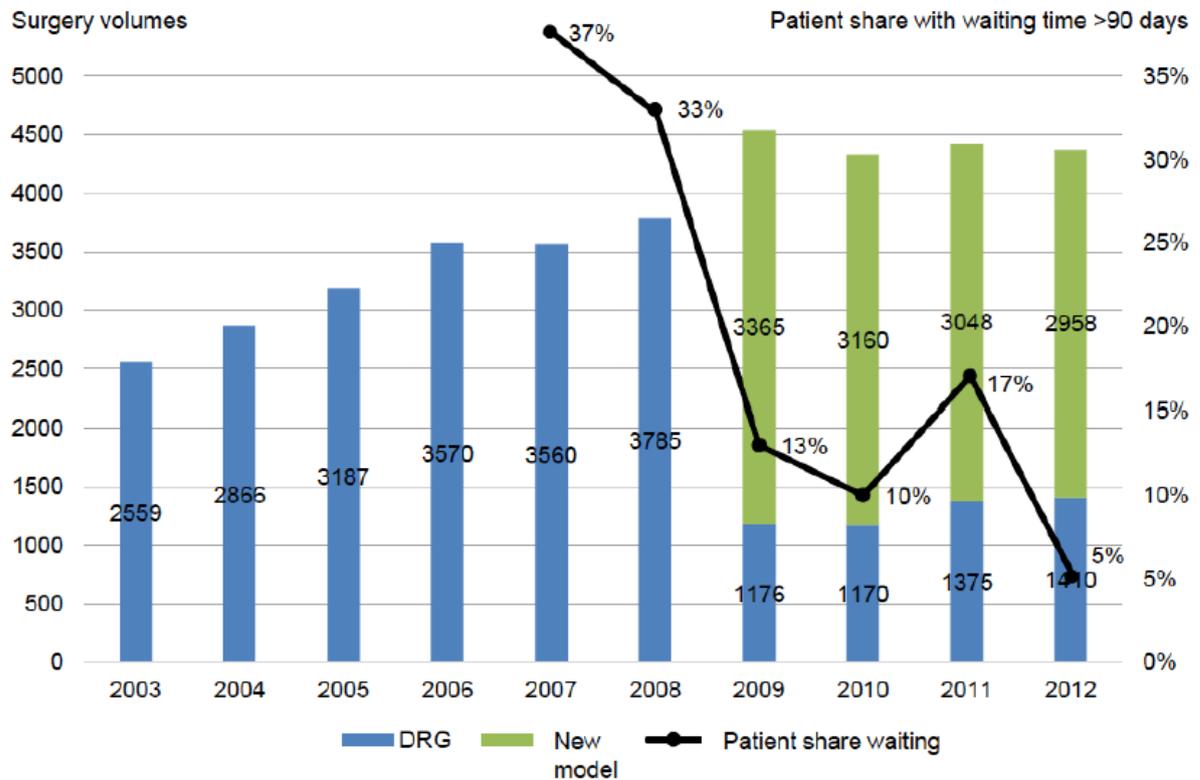


Figure 4 : Volume de chirurgie et part des patients ayant un temps d'attente supérieur à 90 jours dans le Comté de Stockholm (Bizard, 2018)

- Coût et productivité

Dans les établissements participant au plan Ortochoice, un gain de 16% de productivité a été enregistré (Opus Line, 2017). Ce gain est le résultat d'un raccourcissement de la durée de séjour d'une journée en moyenne et d'une augmentation du nombre de patients traités. Pour ce faire les établissements ont travaillé sur les processus afin de réduire par exemple les temps de transfert.

Le coût moyen payé pour un patient a également été réduit d'environ 20% sur une période de 2 ans (Opus Line, 2017). Cette réduction est due au travail des établissements pour réduire le taux de réintervention ou de complication dans les deux ans. Certains fournisseurs ont mis en place des visites de suivi additionnelles celles-ci permettent de

détecter d'éventuelles infections à un stade précoce et donc de prévenir des soins importants.

Ce plan a permis au Comté de Stockholm de traiter 21% de patients en plus en réduisant les coûts de 3%. En plus de cela, Orthochoice a contribué à l'amélioration de la qualité des soins puisque le nombre de complications et de réinterventions a largement été réduit.

2. Les forfaits par patient aux Pays-Bas : le développement des groupes de soins

a. Fonctionnement du système

▪ Présentation générale

Au Pays-Bas, le système repose sur quatre lois (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sport des Pays-Bas, 2016):

- La loi de l'assurance maladie (« Zorgverzekeringswet »).
- La loi sur les soins de longue durée (« Wet langdurige zorg »).
- La loi de soutien social (« Wet maatschappelijke ondersteuning »), qui est une aide pour les personnes âgées, handicapés physiques et mentales.
- La loi pour la jeunesse (« Jeugdwet »)

D'autres lois existent mais ce sont ces quatre principales qui régissent le système, et les deux premières représentent la plus grande part du budget national. La loi sur les soins de longue durée est gérée au niveau national. Les assurances privées ont un rôle clé dans la gestion de la loi sur l'assurance maladie. Enfin, c'est aux communes que revient la charge des deux dernières.

La loi sur l'assurance maladie est apparue en 2006, l'objectif étant que tous les néerlandais bénéficient d'une protection. Comme vu précédemment, ce sont des assureurs privés qui la gère, ces derniers étant en concurrence les uns par rapport aux autres. Ces groupes privés ne sont pas à but lucratif, leurs gains sont soit redistribués sous forme de primes ou bien constitue une réserve en prévision d'année en déficit. L'objectif de cette mise en concurrence est de lutter contre l'inefficacité du système et améliorer les soins dans l'intérêt du patient. Ainsi, il existe un jeu d'influence des assureurs sur les prestataires de soins poussant vers la qualité, les patients ayant eux même une certaine influence sur les assureurs puisqu'ils peuvent en changer tous les ans. La privatisation de ce système n'est pour autant pas totale, l'état joue forcément un rôle car il y a les objectifs publics à respecter.

Les trois autres lois, soins de longue durée, soutien social et la jeunesse sont également assez récentes puisqu'elles s'appliquent seulement depuis 2015. L'objectif commun de ces lois est de favoriser la qualité des soins en mettant une prise en charge intégrale spécifique aux différents types de patients. D'ailleurs, c'est pour cette raison que les lois de soutien social et sur la jeunesse sont mises en place par les communes. En effet, la proximité avec les citoyens permet une plus grande efficacité et une qualité de soin supérieure.

b. L'exemple de la prise en charge des maladies chroniques au Pays-Bas

En 2007, le ministre de la santé néerlandais a approuvé l'introduction d'une approche de paiement groupé pour les soins chroniques intégrés. A l'origine cette approche était à titre expérimentale et était axée sur le diabète de type II. En 2010, le concept de paiement groupé a été approuvé, il a alors été développé pour une mise en place au niveau national. L'élargissement à ce niveau comprend plusieurs types de patients comme les patients souffrant d'un diabète de type II, les patients avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ainsi que dans la gestion des patients présentant un risque vasculaire (N., Jeroen, Avril 2016).

Dans la mise en place du paiement groupé, un nouvel acteur a alors été créé : « le groupe de soin » (zorggroep). Il s'agit d'une « entité juridique formée par plusieurs prestataires de soins de santé », composée de médecins généralistes (souvent un cabinet avec plusieurs médecins), des paramédicaux nécessaires pour le suivi des maladies chroniques : spécialistes, psychologues, nutritionnistes, infirmiers. Le groupe de soins assume la responsabilité à la fois clinique et financière pour tous les patients affectés dans le programme de soins du diabète.

En ce qui concerne la réalisation de l'ensemble des soins du diabète, le groupe de soins fournit lui-même des services ou sous-traite auprès d'autres prestataires de soins. Le prix de l'ensemble des services est librement négocié par les assureurs et les groupes de soins. De plus, les frais pour les prestataires de soins sous-traités sont librement négociés par le groupe de soins et les prestataires directement (Jeroen N Struijs, 2011).

Les décisions générales concernant les soins à apporter aux patients devant être couverts par le programme de soins du diabète ont été prises au niveau national. L'ensemble de ces décisions est notifié par la norme néerlandaise : la Dutch Diabetes Federation Health Care Standard (DFHCS) pour le diabète de type 2. Elles sont également approuvées par toutes les associations de patients ainsi que par les prestataires de soins. La DFHCS se limite au traitement générique du diabète et ne spécifie que les activités de traitement qui doivent être inclus. Elle ne précise en rien qui doit les fournir ou comment ces soins doivent être prodigués. Les services du forfait diabète sont fournis gratuitement aux patients, à partir du moment où ils sont couverts par l'assurance standard que tous les citoyens néerlandais doivent avoir.

- Le financement des groupes de soins

Dans le fonctionnement de ce système, les assureurs paient une seule redevance à une entité contractante principale - le « groupe de soins » - pour couvrir une gamme complète de services de soins aux maladies chroniques (diabète, MPOC ou maladies vasculaires) pendant une période déterminée. Cette redevance est donc payée annuellement et dépend du nombre de patients intégrés. Ensuite, les différents professionnels de santé intervenant dans le protocole sont rémunérés par le groupe de soins.

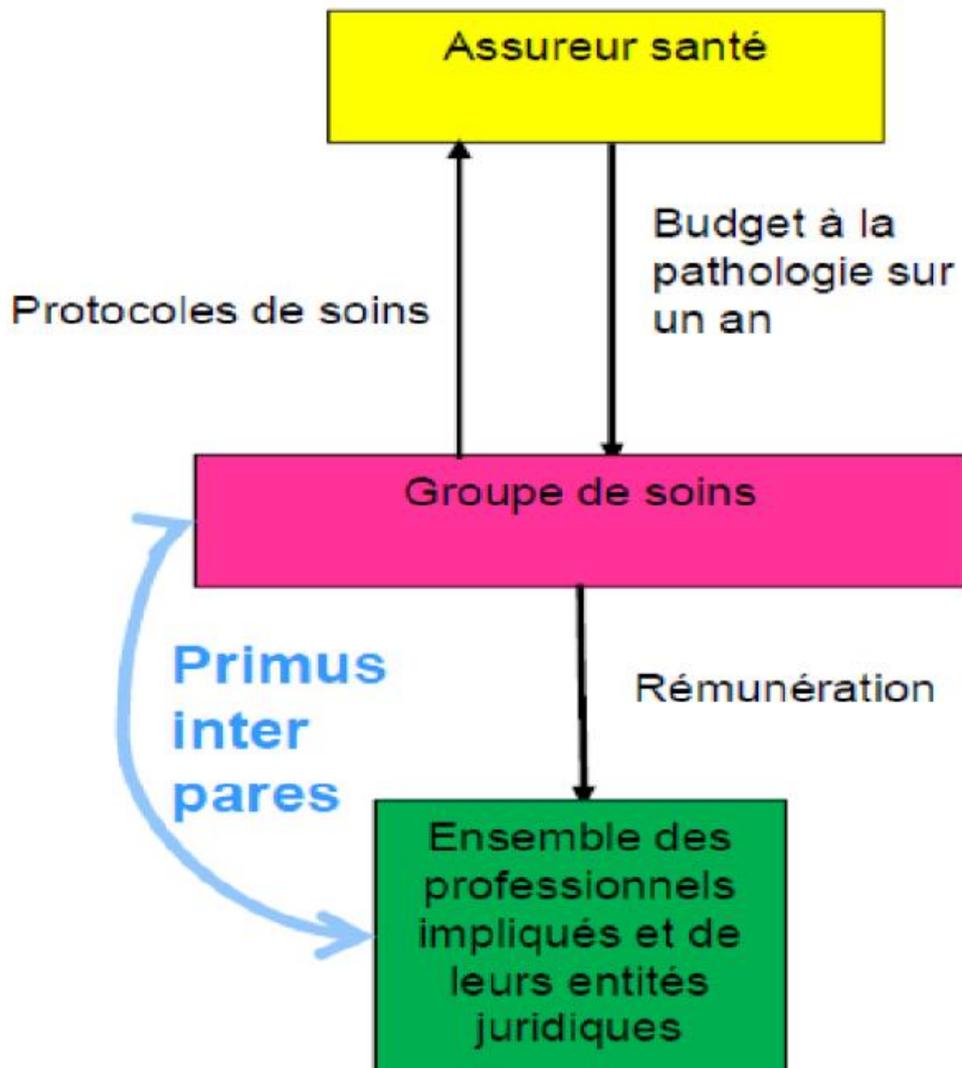


Figure 5 : Organisation du financement des groupes de soins aux Pays Bas

La redevance par patient est négociée au départ entre l'assureur et le groupe de soins et peut varier en fonction des profils patients. Ce forfait est calculé sur la base de protocoles de soins prévus par les sociétés savantes néerlandaise.

3. La mise en place des Accountable Care Organization (ACO) aux États-Unis

a. Fonctionnement du système

- Présentation générale

Aux États-Unis, le système d'assurance de santé est très différent de celui qui existe en France. En effet, aux États-Unis deux tiers de la population est couvert par une assurance privé souscrite de manière individuelle ou par l'employeur. Et le dernier tiers lui bénéficie de l'une des assurances publiques en fonction de sa situation (âge ; santé ; financière) (Lenormand M.C., 2017). On observe d'ailleurs qu'environ 30 millions de personnes ne sont pas assurés aux États-Unis.

	Conditions d'éligibilité	Population couverte
Assureurs publics		
<i>Medicare</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 65 ans et plus • Personnes handicapées • Insuffisants rénaux 	43 millions (14 %)
<i>Medicaid</i> dont <i>Children's Health Insurance Program – CHIP</i>	Dépend des États mais généralement : <ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes • Enfants dont les parents ont de faibles revenus • Personnes handicapées • Seniors à charge à faible revenu 	62 millions (19 %)
Autres sources publiques	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement vétérans et militaires en activité, ainsi que leur famille 	6 millions (2 %)
Assureurs privés		
Proposée par l'employeur	<ul style="list-style-type: none"> • Dépend de la taille des entreprises, de l'emploi occupé, de l'ancienneté • Epoux ou enfant couverts 	156 millions (49 %)
Individuelle	Aucune	22 millions (7 %)
Non assurés	Aucune	29 millions (9 %)
Total		318 millions (100 %)

Sources : Kaiser Family Fund, *Health Insurance Coverage of the Total Population*, données 2015.

Figure 6 : couverture de santé aux États-Unis en 2015

En ce qui concerne l'accès aux soins et le financement, le système est plus proche de notre système français. Cependant, il existe une véritable divergence entre la volonté profonde des assureurs de contrôler les dépenses et la volonté des États à prôner la concurrence visant à élargir la liberté du patient dans ses choix. D'ailleurs,

les assurances ont depuis des années tenté de mettre en place des systèmes de coordination en créant des réseaux coordonnés visant à réduire les coûts.

Aujourd'hui comme énormément de pays de l'OCDE, les américains essaient de mettre en place une meilleure coordination entre les acteurs de santé. Cette coordination entre eux doit favoriser la qualité des soins et permettre une prise en charge plus efficace, avec comme objectif majeur de réduire les coûts. C'est d'ailleurs dans cette optique que la grande réforme dans l'organisation des soins, l'*Obamacare* a été mise en place en 2010.

Dans cette réforme, plusieurs grandes idées sont mises en place (Lenormand M.C., 2017) :

- 1- Il faut revaloriser les soins primaires en développant l'exercice pluriprofessionnel
- 2- Diversifier les modes de paiement en intégrant : les forfaits par épisodes de soin ou par patient inscrit (capitation) ; le paiement à la performance et mettre en place des mécanismes de partage des risques
- 3- Les *Accountable Care Organizations*, ce sont des groupes responsables ensembles de la qualité et des dépenses pour une patientèle commune. C'est l'expérience d'un système mêlant paiement à la performance et partage des risques entre les établissements (hospitalier ; ambulatoire ; médicaux-social) et les assureurs.

b. L'exemple des *Accountable Care Organizations* aux États-Unis

- La naissance des ACO

L'arrivée récente des *Accountable Care Organizations* aux États-Unis est la suite d'innovation dans l'organisation des soins commencé il y a des années par les assurances

de santé privée. En effet, il existe depuis déjà plusieurs années des systèmes de soins intégrés pris en charge par les assureurs privés. Par exemple *Kaiser* l'une des plus grosses assurances privées du pays possède quelques cliniques à travers le pays. De plus, les ACO ont des similitudes avec les *Managed Care Organizations* (MCO) qui datent des années 1970. Ces MCO, elles aussi avaient pour objectifs de favoriser la réduction en mettant en place le partage des gains. Pour autant, les ACO vont plus loin dans la démarche notamment car la qualité des soins est prise en charge par les indicateurs et toutes les patientes et tous les patients quel que soit leurs assureurs sont acceptés. (Lenormand M.C., 2017)

C'est en 2006 que l'on entend pour la première fois parler de ce concept et il rentre dans le programme de réforme du système de santé du président Obama en 2010. Le développement du programme est confié aux assureurs publique Medicare et Medicaid et en 2012 le premier contrat de ce type est signé entre Medicare et des structures de soins. Ensuite des assureurs privés suivront la démarche et mettront également en place ce type de contrat.

Que l'assureur soit privé ou public, il peut mettre en place ce type de contrat avec des établissements de soins qui souhaitent s'unir dans le but d'évoluer vers des objectifs financiers et de qualité des soins. Ces regroupements peuvent être de tailles variables, se composer de divers types d'établissement (ambulatoire, hospitalier, médico-social) et leur système de rémunération peut varier. En revanche, elles partagent toutes certaines notions que sont (Lenormand M.C., 2017):

- Au moins une structure de soins primaires
- Rémunération innovante basée sur le partage des risques
- Mise en place d'une rémunération en fonction de la qualité des soins

- Croissance rapide du nombre d'ACO

Le nombre de contrats de type ACO a été multiplié par 10 en 5 ans passant de 84 en 2011 à 838 en 2016 (voir graphique) (MUHLESTEIN, D., 2016).

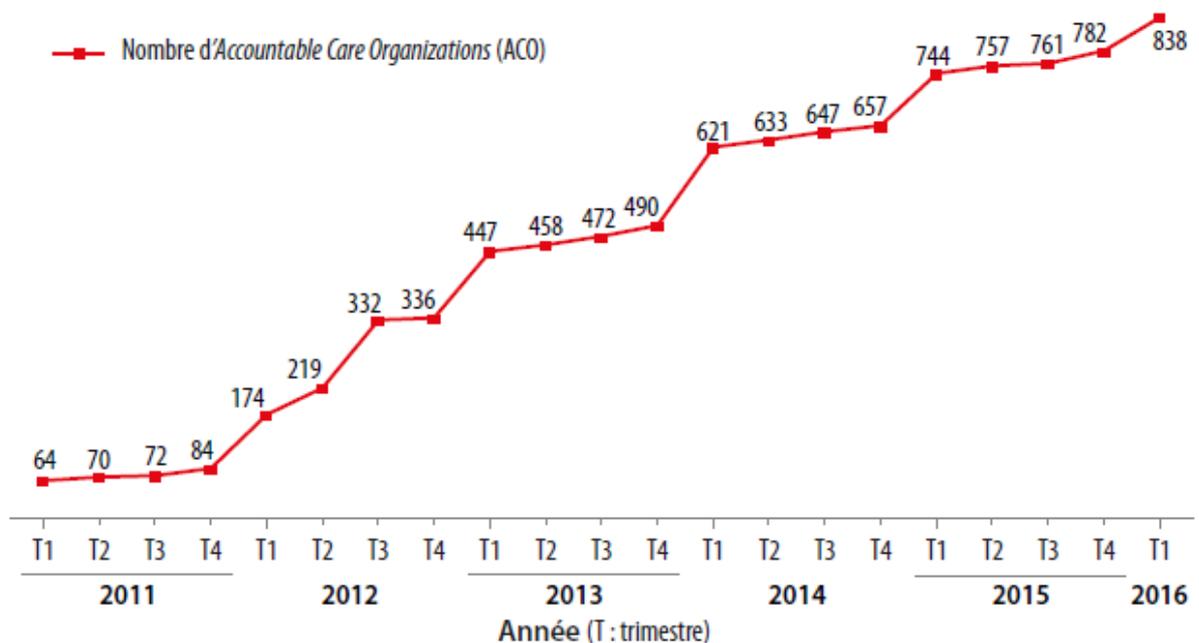


Figure 7 : Evolution du nombre d'ACO entre 2011 et 2016

Le développement est très rapide mais se concentre surtout dans certains états comme la Californie ou la Floride.

- Les modalités de rémunération proposées par les assurances

Le type de rémunération des ACO est variable qu'elles aient contracté avec Medicare, Medicaid ou une assurance privée. Sur le tableau ci-dessous, trois exemples montrant les différences qui peuvent exister (Lewis V.A, 2014).

	Modalité de rémunération principale	Partage des gains et/ou des pertes	Modalité de rémunération de la qualité
Contrats avec Medicare			
<i>Medicare Shared Savings Program (MSSP)</i>	Paie ment à l'acte	Partage des gains uniquement ou partage des gains et des pertes	Scores de qualité qui déterminent le pourcentage de gains partagés
<i>"Pioneer ACO"</i>	Paie ment à l'acte + transition vers un paie ment prospectif par patient et par mois la 3 ^e année en cas d'économie	Partage des gains et des pertes	Scores de qualité qui déterminent le pourcentage de gains partagés
Exemple de contrat avec Medicaid			
<i>"Hennepin Health ACO with Minnesota"</i>	Capitation	Partage des gains et des pertes	Scores de qualité qui se traduisent par une retenue ou une majoration du montant de la capitation
Exemple de contrat avec un assureur privé			
<i>Blue Cross Blue Shield of Massachusetts : "Alternative Quality Contract"</i>	Budget global	Partage des gains et des pertes	Scores de qualité qui déterminent le montant du bonus versé
Sources : Lewis et al., 2014.			

Figure 8 : Exemple de structure des contrats ACO

Medicare met en place une rémunération à l'acte, là où Medicaid privilégie la capitation, c'est-à-dire un forfait par patient enregistré. Ainsi dans les deux cas cela correspond à un paiement qui pousse l'activité dans le premier cas cela dépend du nombre d'acte enregistré et dans le second du nombre de patient. Dans l'exemple ci-dessus, l'assureur privé met en place un budget global.

En termes de rémunération de la qualité, là aussi les contrats sont différents. En fonction des résultats obtenus aux scores qualité, chez Medicare on définit un pourcentage de gains à partager. Dans le cas de Medicaid c'est une majoration ou une retenue du montant de la rémunération principale et pour l'assureur privé, un bonus peut être distribué en cas de bon résultat.

Concernant le partage des risques, deux types de contrat existent avec Medicare. Dans le premier on ne partage que les gains, dans le second on a un partage des gains et potentiellement des pertes avec en cas de bon résultat une part de gain bien plus grande que dans le premier contrat. C'est ce deuxième type de contrat qui est utilisé chez Medicaid et *Blue Cross Shield of massachusetts* l'assureur privé de l'exemple.

Se pose alors la question du score qualité, quels types d'indicateurs sont pris en considération ?

Ce sont les indicateurs classiquement utilisés dans les systèmes de paiement à la performance, il y a des indicateurs de structure, de processus et de résultats.

Ces derniers sont en général basés sur (Lenormand M.C., 2017):

- L'expérience patient
- La prévention
- Le dépistage
- La prise en charge des maladies chroniques
- Le taux de réadmissions et d'hospitalisations évitable

D'ailleurs sur ce dernier point, des pénalités significatives ont été mises en place en cas de réhospitalisations dans les 30 jours.

- Résultat de l'expérimentation ACO

La récente mise en place du projet n'offre pas un retour sur de longues années, pour autant certaines études ayant analysé les dépenses avant et après la mise en place des ACO montrent déjà quelques résultats.

En termes de dépense, si l'on regarde l'étude (Mc Williams J.M., 2016b) on observe qu'à la suite d'une année 2013 en déficit, Medicare s'est rattrapé en 2014. En effet, comparé à des patients témoins, les dépenses par patient ont été réduites de 67\$. Cela représente une réduction de 0,7% des dépenses de santé comparée au groupe témoin. La plus grande part de ces économies a été réalisée par les groupements de médecins de soins primaires.

Concernant la qualité des soins, on peut prendre l'étude (MC Williams, JM, 2016a), les résultats sont très différents en fonction de ce que l'on observe. Les progrès sont assez importants au niveau du suivi des maladies chroniques et au niveau des soins primaires. En revanche, les résultats ne sont pas significatifs en termes de dépistage et de réadmission dans les 30 jours.

4. Conclusion de partie

Après avoir développé le fonctionnement du système de santé en France, mis en avant les changements et expliqué l'évolution vers laquelle ce système évolue. Il semblait judicieux de présenter un panorama de systèmes de santé étrangers qui expérimentent d'autres types de rémunérations permettant de recentrer leur système sur le patient. Parmi ces exemples, la Suède expérimente le paiement à l'épisode sur des soins notamment dans le cas de pathologie aiguës. Les Pays Bas ont fait évoluer leur système pour le recentrer autour du patient en mettant en place des forfaits par patient dans le cas de maladie chronique. Tandis que les États-Unis, pousse pour la coordination entre les acteurs de santé avec la création des ACO, véritables intermédiaires entre les payeurs (assurances) et établissements de soins. Ces trois pays ne sont pas les seuls à développer ces idées, et à mettre en place des moyens de rémunération alternatifs, il existe à travers le monde beaucoup d'autres exemples. Dans la troisième partie, nous verrons comment Medtronic, industriel leader mondial dans monde des dispositifs médicaux, propose des solutions qui vont dans le sens de ces évolutions. Quelles leçons sont à retenir de ces expériences, dans quelles mesures sont-elles applicables en France. Et quels sont les directives que la France pourrait choisir de suivre dans les années à venir.

Partie III : Les stratégies à développer pour l'avenir

Après avoir réalisé ce benchmark des expériences étrangères, nous développons maintenant le cas d'un industriel qui en tant qu'acteur du monde de la santé propose des solutions qui suivent le courant de la valeur en santé. Mais également quelles sont les solutions d'avenir pour la France.

1. Le cas de la société Medtronic

Pour débiter ce cas, il est important de contextualiser avec quelques données sur la société Medtronic.

Cette entreprise américaine spécialisée dans les dispositifs médicaux a été créée en 1949, avec la création du premier stimulateur cardiaque. Aujourd'hui, Medtronic se présente comme l'un des leaders mondiaux des technologies médicale toujours à la pointe de l'innovation, ils ont d'ailleurs déposé plus de 4600 brevets.

Pour replacer Medtronic, voici quelques chiffres sur ce qu'ils représentent dans le monde.

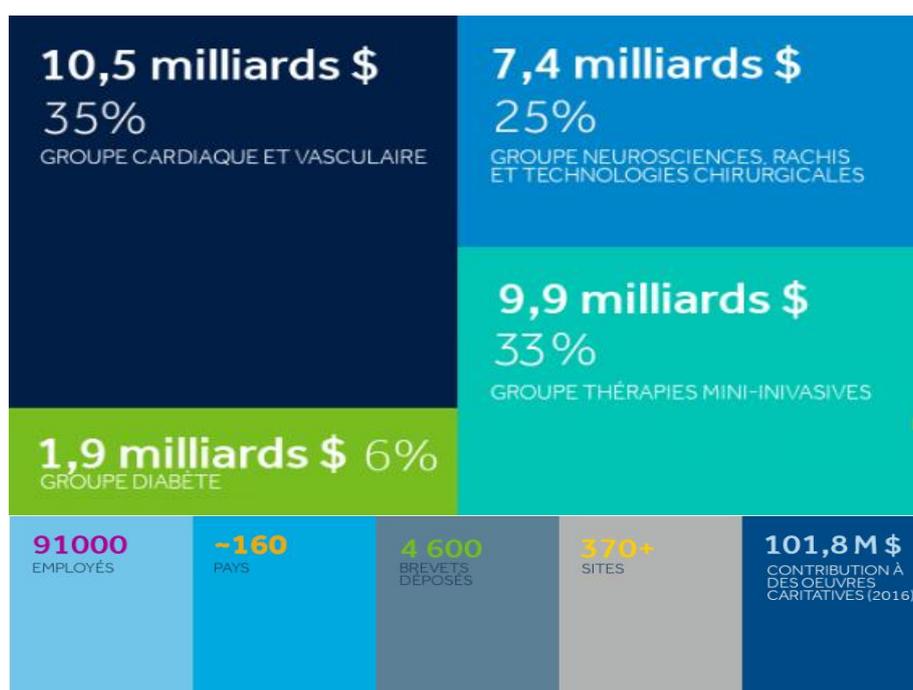


Figure 9 : Quelques chiffres sur Medtronic

C'est en tant qu'acteur majeur de la santé dans le monde que Medtronic met en place des stratégies pour aider les établissements à proposer aux patients la meilleure qualité de soins possible avec des dépenses mesurées. Dans cette optique, ils ont développé la division Integrated Health Solutions (IHS) qui accompagne les établissements à développer des projets d'amélioration et d'optimisation.

a) Integrated Health Solutions

- Qu'est ce que la division IHS

IHS est une division de Medtronic particulière, contrairement aux divisions classiques ils ne cherchent pas à vendre de produit en particulier. L'objectif est ici de proposer aux établissements privés ou publics des solutions qui dépassent largement les dispositifs médicaux. Cette division s'appuie sur la forte capacité d'investissement que représente Medtronic, de la grande connaissance des thérapies et de l'expertise en matière d'optimisation des processus pour proposer des solutions globales.

Tous les centres sont confrontés à des problématiques similaires : investir dans du matériel à la pointe alors même que les contraintes financières sont omniprésentes. Dans ce cadre IHS propose des solutions régies par 4 principes :

1. Financement

La capacité financière de Medtronic permet d'investir dans des équipements de pointe pour aider les centres à diversifier leurs activités ou à renouveler leur parc vieillissant.

2. Aide à la gestion non clinique

En tant que spécialiste du dispositif médical, Medtronic apporte également une solution d'aide à la logistique qui concerne ce matériel (stock, maintenance). L'expertise dont ils

disposent leur permet d'aider également dans la planification à partir d'outils informatiques.

3. Développement de l'activité

Evidemment, ces contrats ne sont pas à but non lucratif, Medtronic et le centre doivent voir leur activité augmenter. Dans cette optique, IHS propose un service de conseil pour améliorer l'attractivité du centre, ainsi que l'expérience patient.

4. Optimisation clinique

L'expérience de Medtronic leur permet de conseiller les établissements sur l'utilisation des ressources, les coûts. L'expertise Lean six sigma permet notamment d'optimiser les processus dans le but de faire plus avec la même chose ou parfois moins.

L'objectif est donc de mettre en place une relation de partenaire pour faire évoluer les centres vers une organisation centrée sur la valeur, chaque solution est différente et adaptée au centre mais les objectifs restent toujours les mêmes :

- Améliorer les soins pour le patient
- Optimiser les processus
- Pérenniser les résultats financiers

Les contrats mis en place sont toujours de longue durée et les solutions proposées prennent en compte l'ensemble du parcours de soins. Le modèle économique de ces contrats suit une logique de tarification à la procédure et un partage des risques en fonction d'objectifs définis dans le contrat.

▪ Quelques exemples de partenariats stratégiques

- L'hôpital Marie Lannelongue de Plessis-Robinson (Medtronic, 2017)

L'établissement et IHS ont mis en place un partenariat dans le but de développer la chirurgie cardiaque. C'est dans ce cadre que Medtronic a mis à disposition une salle hybride équipée avec les meilleures innovations de General Electric Healthcare en termes d'imagerie interventionnelle.

Une salle hybride présente à la fois les caractéristiques d'une salle interventionnelle et d'un bloc opératoire classique. Avec ce type d'équipement, les patients peuvent être traités de manière pluridisciplinaire par le cardiologue et le chirurgien ce qui permet d'accroître sa sécurité. La durée de séjour a diminué passant de 5 jours en interventionnel comparé à 15 avec une opération classique.

Ce partenariat à long terme a permis à l'hôpital de répondre aux problématiques de financement de l'innovation. En effet, tout le matériel et les services sont payés en suivant un modèle de paiement à la procédure en insérant un partage des risques entre l'hôpital et Medtronic.

Les résultats de cette collaboration sont d'ores et déjà bénéfiques puisque cela a permis :

- De développer la cardiologie interventionnelle en ambulatoire et donc d'améliorer la prise en charge des patients.
- La création d'une unité de douleur thoracique ce qui a réduit les temps d'attente avant la réalisation de bilan lors de syndrome coronarien.
- L'optimisation des salles de cathétérisme

- Le centre hospitalier de Maastricht aux Pays-Bas (Medtronic, 2018)

Ce centre universitaire de Maastricht (MUMC+) est le plus important établissement de la région Sud des Pays-Bas. En 2014, la division IHS et le MUMC+ ont signé un partenariat sur 5 ans dans le but de faire face à une demande croissante de soins.

Les objectifs au départ du projet sont de :

- Recentrer l'organisation des soins autour du patient
- Optimiser les processus
- Développer la qualité pour améliorer les résultats des soins
- Mettre en place l'amélioration continue

Dans le cadre de ce partenariat, Medtronic a mis un place un processus de formation Lean des 2500 employés du centre afin de développer le principe de l'amélioration continue. Plus globalement, l'expertise Medtronic a permis d'optimiser les processus à la fois opérationnels et de soins.

Les résultats sont considérables pour le centre. En effet, les temps d'accès aux soins ont largement été réduit en partie grâce à une forte réduction de la durée d'hospitalisation dû à l'optimisation du parcours de soins. L'optimisation du parcours en termes de rééducation cardiaque a permis de traiter plus de patients en réalisant moins de visites. Au niveau des patients le Net promotor Score, qui est un indicateur pour évaluer la satisfaction, est passé de 48% à 75%. Quant aux employés, on a observé une progression de 43% de leur satisfaction.

b) Les contrats de risk sharing avec l'enveloppe TYRX

- Qu'est-ce que l'enveloppe TYRX

L'enveloppe antibactérienne absorbante TYRX est la seule enveloppe antibactérienne entièrement résorbable disponible pour les dispositifs électroniques implantables cardiaques, notamment les défibrillateurs et les stimulateurs cardiaques. Il s'agit d'une enveloppe dans laquelle est placé le stimulateur cardiaque ou le défibrillateur implanté. L'enveloppe se dissout en quelques semaines, libérant des antibiotiques dans la poche où est implanté le dispositif cardiaque. Elle contient deux antibiotiques puissants : la minocycline et la rifampicine. L'enveloppe TYRX est conçue pour stabiliser l'appareil et réduire les risques d'infection et les coûts liés aux infections.

Les infections surviennent dans environ 1% à 4% de toutes les implantations, entraînant un taux de mortalité des patients de 50% à 3 ans et un coût de traitement moyen de 44 000 \$ à 83 000 \$.



Figure 10 : Enveloppe TYRX

Au total, on estime que les infections lors de remplacement des dispositifs cardiaques coûtent plus d'un milliard de dollars au système de santé américain chaque année.

- Les contrats de risk sharing

Medtronic étant certain de la capacité de cette enveloppe à réduire les taux d'infection ils ont mis en place des contrats de risk sharing « partage des risques » avec des établissements. Si une enveloppe TYRX a été utilisée et qu'il y a une infection à la suite de l'implantation Medtronic s'engage à payer les surcoûts de la réhospitalisations. Évidemment, cela n'est possible que si les centres utilisent l'enveloppe sur un appareil Medtronic. Cela a donc entraîné une très forte augmentation des pourcentages du nombre d'appareils Medtronic implanté dans les centres qui ont mis en place ce type de partenariat.

Cela signifie que le médecin et le patient peuvent changer d'une marque à l'autre tous les sept à dix ans. C'est un point de décision où Medtronic essaie d'utiliser l'enveloppe TYRX

pour gagner un avantage économique tout en s'attaquant à un problème de santé publique coûteux. Le programme de partage des risques du TYRX est un exemple de mouvement vers des soins « basés sur les valeurs », dans lesquels les paiements peuvent varier en fonction des performances de sécurité des patients et de l'efficacité globale.

Dans les arrangements fondés sur la valeur, le succès d'un accord est jugé par sa capacité à réduire les coûts au niveau de la population globale, plutôt que par la performance dans un cas chirurgical individuel. Dans le contexte des dispositifs médicaux, les accords basés sur la valeur impliquent généralement que les fabricants partagent le risque financier lié aux résultats négatifs. Les hôpitaux ont la chance d'avoir un partenaire partageant le risque financier, et les fabricants de dispositifs médicaux ont hâte de voir des mesures prises pour améliorer les soins et les rendre plus efficaces.

Medtronic développe plusieurs de ces programmes à travers le monde. Aux États-Unis, le programme de prévention des infections cardiaques vise à réduire le nombre d'infection dû aux dispositifs d'environ 6 000 patients.

Dr Benditt, a déclaré que le coût d'utilisation des enveloppes TYRX chez les patients présentant un risque cardiaque élevé sera rapidement compensé si un hôpital peut prévenir ne serait-ce que quelques infections par an.

2. Recommandations

L'objectif de cette partie est de présenter quelques pistes de réflexions qui pourrait permettre au système de santé français de suivre l'évolution à laquelle il fait face. Je présenterai ces recommandations en deux points majeurs que sont : les questions de renouvellement des systèmes de financement et l'accessibilité à l'innovation. En effet ces deux points sont selon moi les deux leviers sur lesquels le système doit s'appuyer pour suivre les transitions décrites dans la partie I.

- Stratégie pour l'innovation

- L'innovation organisationnelle

Notre système en plus d'être cloisonné entre le système ville et hôpital où la coordination est aujourd'hui complexe, il est également assez peu réactif face aux enjeux auxquels il est confronté. Lorsqu'on parle d'innovation organisationnelle, il s'agit de faire évoluer l'organisation, les relations et les pratiques de travail entre les professionnels de santé mais également vis-à-vis des patients. Les avancées technologiques sont telles qu'il faut nécessairement repenser le suivi des patients. Si l'on prend les objets connectés, il est clair que leurs développements offrent des possibilités de suivi extraordinaire.

Il y a aujourd'hui des freins face à ces changements organisationnels. Le fait que les professionnels de santé soient évalués le plus souvent sur des aspects économiques n'incite pas à la prise de risque. Les difficultés juridiques à mettre en place des évolutions au sein d'un système bien établi représente également un frein à l'évolution organisationnelle.

Il faut que les modalités de financement favorisent l'innovation et non le contraire, comme c'est le cas aujourd'hui avec la T2A. Ce mode de tarification oblige les centres à penser efficacité pour leur seule structure mais si l'innovation est synonyme de dépense additionnelle à l'échelle d'un établissement, elle est souvent synonyme d'économie pour l'ensemble du système.

Si on présente l'exemple de la télémédecine, cela permet de simplifier fortement le suivi des patients. C'est une amélioration importante en termes d'accès aux soins. Pour autant sa mise en pratique est complexe tant le travail sur la sécurisation des données est important. En plus de cela, il faut aussi prendre en compte le développement du numérique sur l'ensemble du territoire qui représente un fort investissement. Les autres aspects qui rendent sa mise en place complexe sont les changements organisationnels que cela implique pour les structures de soins. Quels sont les modèles tarifaires à appliquer pour inciter la mise en pratique tout en prévenant un effet inflationniste ?

Sur ce thème, la proposition est la suivante : la création de plateformes régionales dédiées à l'innovation organisationnelle pour aider les projets qui suivent les priorités de santé publique nationale. Leurs missions seront d'accompagner et d'associer les centres hospitaliers et les professionnels de ville pour mettre en place des expérimentations de tailles suffisamment importantes pour évaluer leurs impacts médico-économiques.

- L'évolution du système de rémunération
 - Mettre en place une politique de mesure de la qualité des soins

Bien qu'il soit primordial de surveiller l'efficacité des établissements au niveau de l'utilisation de leurs ressources, il ne faut pas oublier que la mission première des établissements de santé est de prodiguer des soins de qualité. Aujourd'hui, avec la T2A la surveillance ne s'applique qu'aux questions financières et la qualité des soins n'est que trop peu prise en considération.

La mise en place d'un système de mesure qualité des soins présente plusieurs intérêts :

- Les gérants hospitaliers ne privilégieront plus l'aspect économique au détriment de la qualité des soins.
- Le parlement votera l'ONDAM avec une vision globale et pourront analyser leurs décisions économiques face à l'évolution de la qualité de soins.
- Les patients gagneront en liberté car ils auront le choix de s'orienter vers un centre plutôt qu'un autre.

- Les soignants seront d'autant plus incités à améliorer la qualité de soins qu'ils prodiguent.

Pour autant, mesurer la qualité d'un soin n'est pas chose aisée. L'unique avis du patient ne suffit pas tout comme les seuls résultats cliniques ne suffisent pas. Dans cette mesure de qualité, trois points majeurs sont à prendre en compte :

- Le retour patient : toutes les questions qui entourent la prise en charge participent à l'expérience patient. Les questions telles que l'hébergement, l'écoute, le soutien, les informations qu'il a reçues, sont des critères qui participent au mieux-être du patient et à apporter de la valeur.
- Le retour des soignants : les soignants sont les mieux placés pour discuter de la qualité des soins prodigués dans leurs établissements. Il s'agit ici de questions à la fois sur les conditions de travail, qui participent à l'amélioration de la qualité des soins, et à des questions sur la qualité des soins directement.
- Indicateurs basés sur des résultats cliniques : le taux de réadmission, les événements indésirables, les indicateurs développés par l'ICHOM (développé dans la partie I-3-a).

Une fois que la politique de mesure de la qualité des soins sera bien définie, il me semble cohérent de la prendre en compte dans la rémunération des établissements de santé.

- Développer des systèmes de rémunération innovant

Aujourd'hui, la règle est la même pour chaque type de soin, c'est la tarification en fonction de l'activité. Ce système présente des avantages notamment dans certaines activités où le coût de l'acte peut être évalué de manière précise en amont. En revanche, ce type de rémunération présente des aspects négatifs par exemple dans le traitement des patients chroniques. Un autre aspect du système pose parfois problème, il s'agit du manque de coordination entre les différents acteurs de santé (Hôpital/ville).

Une évolution des systèmes de rémunération sera l'une des clés pour résoudre ces problématiques. Une proposition associant trois systèmes de financement permet d'y faire face.

- Conserver la tarification à l'activité pour les soins ponctuels puisque ces actes sont prévisibles en termes de coût et donc calculables à l'avance.
- Mettre en place la tarification à l'épisode de soins comme en Suède dans le cas de soins nécessitant une prise en charge globale faisant intervenir le milieu hospitalier et la médecine de ville. Afin de permettre une prise en charge intégrale, un financement comprenant les soins pré et post hospitalisation ainsi que la chirurgie par exemple est nécessaire. Ce financement doit évidemment prendre compte et s'adapter en fonction des risques cliniques que présentent les différents patients.
- Le financement au forfait patient à l'image de celui mis en place au Pays-Bas, spécifiquement pour les patients souffrant de pathologie chronique globale faisant intervenir le milieu hospitalier et les médecins de ville. Il s'agit ici de mettre en place des forfaits qui comprennent l'ensemble des soins et l'accompagnement d'un patient sur une durée définie. Ce forfait doit être réfléchi et préparé en collaboration avec les sociétés savantes et les associations de patients pour définir la pertinence des soins compris dans ce forfait. Dans ce type de fonctionnement, le partage des données patient est primordiale

La mise en œuvre d'un tel mode de rémunération permettra d'établir une réelle coordination entre les acteurs de santé. Pour rendre possible cette proposition, il faudra évidemment mettre en place des systèmes d'informations entre les médecins et développer une coordination forte entre les différents acteurs.

Conclusion

Le secteur de la santé est en pleine mutation et la France doit absolument s'adapter. En plus de ces mutations démocratiques, technologiques, épidémiologiques et démographiques, l'aspect financier rajoute une pression croissante sur les établissements et les industriels. Pourtant, de plus en plus d'acteurs se mobilisent à travers le monde pour réfléchir à des systèmes replaçant le patient au cœur du système. Le système de valeur présenté par Michel E. Porter développe la volonté de créer de nouvelles méthodes pour une prise en charge médicale basée sur la valeur apportée au patient.

Il est clair que le système actuel de financement appliqué en France présente des limites. Après avoir observé quelques expérimentations réussies à l'étranger, il est maintenant important de réfléchir à la question suivante : Comment adapter ces expérimentations à notre système ? Il est clair qu'une réforme du système de rémunération s'impose pour décroiser les organisations hospitalières et la ville. L'un des enjeux de ces réformes doit être d'améliorer la coordination entre les structures de soins afin d'optimiser les processus. Cette coordination sera le résultat d'importantes réformes au niveau du financement car cela entraînera forcément des organisations innovantes à la recherche de l'efficacité. Mais, cette question ne sera pas résolue en un jour car ces idées doivent être adaptées à notre culture, notre façon d'appréhender la santé en France. Cela passera certainement par une phase d'expérimentation régionale avant que le modèle soit appliqué à l'échelle nationale.

D'ailleurs, la France a enfin démarré les réflexions concernant son système de santé comme le montre le plan : pour 2018 – 2022. Ce plan repose sur 5 chantiers majeurs : le numérique, la qualité ainsi que la pertinence des soins, l'organisation des soins, les conditions de travail des soignants et enfin la réforme sur les modes de rémunérations. Le gouvernement souhaite, comme le dit la ministre de la santé Agnès Buzyn : « diversifier les modes de rémunération pour intégrer dans les parcours les nouvelles pratiques de soins ambulatoires ». Le premier ministre Edouard Philippe, a également pris conscience et semble souhaiter voire évoluer les modes de rémunérations vers du paiement à l'acte couplé à une rémunération à la performance. Edouard Philippe a d'ailleurs déclaré en février 2018 : « l'enjeu n'est pas de supprimer la tarification à l'activité mais de la corriger, de la rééquilibrer afin d'y intégrer des objectifs plus collectifs, de mieux tenir compte de la prévention et de la qualité des soins ».

Travaux cités

- al, B. F. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante - p13-25.
- Bizard, F. (2018). *Evaluation médico-économique du paiement à l'épisode de soin*.
- Chambaud, L. (2016, 05 11). Le système de santé français à l'épreuve des transitions. Direction de l'information légale et administrative. (2016). *Qu'est ce que la tarification à l'activité*. Récupéré sur Vie publique: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/etablissements-sante/qu-est-ce-que-tarification-activite-t2a.html>
- DREES. (2017). *Panorama de la DREES santé*. Récupéré sur Les dépenses de santé en 2016: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf
- ICHOM. (s.d.). Récupéré sur International Consortium for Health Outcomes Measurement: www.ichom.org
- International Consortium for Health Outcomes Measurement*. (s.d.). Récupéré sur www.ichom.org
- Jeroen N Struijs, P. a. (2011). Integrating Care though Bundled Payments - Lessons from the netherlands. *The New England Journal of Medicine*.
- Kaplan, P. (2011). How to Solve The Cost Crisis In Health Care. *Harvard Business Review*, 46-64.
- L'Assurance Maladie. (2016). *La qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*.
- Lenormand M.C., M. J. (2017, Avril). L'EXPÉRIENCE AMÉRICAINNE DES ACCOUNTABLE CARE ORGANIZATIONS : DES ENSEIGNEMENTS POUR LA FRANCE ? *Questions d'économie de la Santé*.
- Lequet-Slamat, S. C. (2004). *Suède, un système géré librement par les Comtés*.
- Lewis V.A, C. C. (2014). ACO Contracting with private and public payers : A baseline Comparative Analysis. *American Journal of management Care*.
- Mc Williams J.M. (2016b). Changes in Medicare Shared savings program saving from 2013 to 2014. *JAMA*.
- MC Williams, JM. (2016a). Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare. *New England Journal of Medicine*.
- ME, P. (2010). What is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*.
- Medtronic. (2017). *Medtronic Partenariat*. Récupéré sur Medtronic: <http://www.medtronic.com/fr-fr/professionnels-de-sante/integrated-health-solutions/Partenariat-IHS-HML.html>
- Medtronic. (2018, Mai). *Medtronic - professionnels de santé - Integrated health solutions*. Récupéré sur Medtronic: <http://www.medtronic.com/be-fr/professionnels-de-sante/integrated-health-solutions/etudes-de-cas/etude-de-cas-de-maastricht.html>
- Ministère de la santé . (2017, Novembre 10). *solidarités santé*. Récupéré sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sport des Pays-Bas. (2016). *Les soins de santé aux Pays-Bas*. La Haye.
- MUHLESTEIN, D. (2016). Accountable Care Organizations in 2016 : Private and public sector growth and dispersion. *Health Affairs Blog*.
- N., Jeroen. (Avril 2016). How Bundled Health Care Payments are working in netherlands. *National institute of health and the Environment, the Netherlands*.
- Noël-Hureux, E. (2010). Médecin "savant", Malade "sachant".
- OMS. (2018). *Maladie Chronique*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

- OMS. (s.d.). *A propos des systèmes de santé*. Récupéré sur Organisation mondiale de la santé:
<http://www.who.int/healthsystems/about/fr/>
- Opus Line. (2017). *Systèmes de santé : existe-t-il un modèle suédois*.
- Renaud, Z. O. (2009). *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital*. Paris:
IRDES.
- Zerhouni, E. (s.d.). Les grandes tendances de l'innovation biomédicale au XXI siècle.

Rémunération à la performance, groupe de soins, épisode de soins, forfait patient, quelles sont les solutions à mettre en place face à l'évolution croissante des dépenses de santé en France ?

Le système de santé français fait face à des contraintes financières importantes. Au-delà de l'aspect financier, le domaine de la santé est au cœur de fortes transitions et les modes de prise en charge ne semblent plus adaptés. La part croissante des **pathologies chroniques** nécessitent une plus grande coordination des acteurs de santé pour accompagner les patients au long terme. Face à ces enjeux, les acteurs s'accordent pour faire rentrer la notion de **valeur en santé** au sein du système de santé. Un concept développé par M. Porter qui prône un système de santé basé sur les résultats qui importent au patient, dans le but de favoriser un meilleur contrôle des dépenses. À partir d'un Benchmark des expériences étrangères, présentant des systèmes basés sur le **paiement à la performance** ou la mise en place de **forfaits patient** et **épisode de soins**, montre que des solutions existent. L'évolution du mode de financement de l'unique **T2A** vers un financement adapté aux différents besoins semble être un chemin prometteur.

Mot Clés : **pathologies chroniques, valeur en santé, paiement à la performance, forfaits patient, épisode de soins, T2A**

Performance payment, care group, episode of care, patient package, what are the solutions to put in place facing to the growing evolution of health expenditure in France?

The French healthcare system faces significant financial constraints. Beyond the financial aspect, Health is at the heart of important transitions and modes of care doesn't seem appropriate. The increasing part of **chronic diseases** requires greater coordination of health actors to support patients in the long term. Faced with these issues, health actors agree to bring the notion of **health value** into the health system. A concept developed by M. Porter that advocates a results-based health system that is important to the patient in order to promote better control of expenditures. From a Benchmark of foreign experiences, presenting systems based on **performance payment** or the implementation of **patient packages** and **episode of care**, shows that solutions exist. The evolution of the financing mode from the single **T2A** towards a financing mode adapted to the different needs seems to be a promising way.

Key words : **chronic conditions, health value, performance payment, patient packages, episode of care, T2A**