

« Value based care »

Modèles étrangers, perspectives en France

« Nous sommes arrivés au bout du modèle de la tarification en silo qui bloque les coopérations possibles et nécessaires. » a indiqué la Ministre de la santé.

La transformation vers de nouveaux modèles de rémunération dans laquelle s'engage notre système de santé est un processus long, entamé il y a plus de dix ans dans les systèmes de santé anglo-saxons, et dont les résultats restent globalement à évaluer. Cette transformation est principalement déterminée par un double constat d'échec :

- Constat d'échec du paiement à l'acte, qui tient mal compte des besoins d'intégration que créent une médecine de plus en plus technique ;
- Constat d'échec des logiques de contrôle ou de rationnement (le managed care) pour essayer de rapprocher les résultats des standards d'une médecine, résolument transformée par la révolution de « l'évidence ».

Refocaliser le système de soins sur sa chaîne de « valeur »¹, en s'interrogeant sur la capacité à mieux l'appréhender, est une démarche longue. Elle s'est imposée au début des années 2000 aux Etats-Unis, où elle d'abord été un débouché pour accompagner la transformation de l'industrie des services de santé, devenue indispensable face au rejet croissant des procédures de gestion du risque (*managed care backlash*).

Ce chemin vers le *value based care* repose donc sur un boucle d'amélioration continue, dans laquelle on peut dissocier trois piliers :

1. La publication de résultats cliniques, y compris en en assurant la transparence pour le patient : après les démarches précurseurs de la Cleveland clinic^[1], la démarche s'est progressivement imposée dans les systèmes de santé anglo-saxons au point de concerner l'ensemble des médecins (physician compare) et hôpitaux (hospitals compare) contractualisant avec Medicare. Plusieurs expériences ont montré que le fait de donner de l'information publique sur les résultats d'hôpitaux ayant de faibles performances améliore significativement ces résultats. L'information qui est habituellement donnée sur les établissements s'est progressivement étoffée : les enquêtes de satisfaction, les enquêtes de réputation auprès des médecins et hôpitaux ont progressivement été complétés par des résultats cliniques, reposant sur des standards désormais bien établis (voir par exemple la base I-CHOM).
2. La construction d'un chemin critique pour valoriser financièrement la performance et associer au risque les acteurs qui en portent la responsabilité.

¹ L'ouvrage de M Porter et Olmsted, *Redefining Healthcare*, Harvard Business School, 2000, constitue à cet égard une référence importante

3. La conviction que des marges de manœuvre financières seront dégagées par l'amélioration de la qualité des soins

Le modèle VBC signe l'abandon d'une régulation du système de santé fondée sur l'objectif de standardisation des soins au profit du modèle de « montée en valeur » d'ensemble (*lift-all-boat model*) : « *ce qu'il faut, c'est de conduire les patients vers les acteurs du système de soins qui sont véritablement excellents et qui s'inscrivent dans un cercle vertueux d'amélioration de la valeur à travers une approche à large échelle des problématiques de santé, un supplément d'efficacité, une expérience approfondie, un apprentissage accéléré, et des équipes et équipements dédiés à certaines conditions.* » (Porter)

En France, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des adaptations des règles de financement fixées par le code de la sécurité sociale. Le décret du 21 février 2018 précise notamment la procédure applicable. L'article 51 renvoie au conseil stratégique de l'innovation en santé la responsabilité de définir les grandes orientations de ces expérimentations. Installé le 5 avril dernier, ce conseil aura également pour mission d'assurer le suivi des expérimentations et de se prononcer sur l'opportunité de leur généralisation.

Le conseil stratégique a d'ores et déjà envisagé l'éligibilité de quatre protocoles de soins pour des rémunérations par épisode de soins en chirurgie : trois concernent l'orthopédie (pose de prothèse totale de hanche, pose de prothèse totale d'épaule, ligamentoplastie) et un la chirurgie par coelioscopie pour le traitement du cancer du côlon.

Ce dispositif devra s'articuler avec la réflexion initiée par ailleurs par le président de la république sur le financement de l'hôpital, réflexion portée par une task-force ad hoc.

Seront éligibles les expérimentations portant notamment sur la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins. L'article 51 ne prévoit aucune restriction concernant le statut juridique des porteurs de projets. Il pourra s'agir indifféremment d'associations d'usagers, d'établissements de santé (publics ou privés), de fédérations et syndicats, de professionnels de santé, d'entreprises de professionnels de l'aide à domicile, d'organismes complémentaires ou de collectivités territoriales.

Organisation et dates

Le séminaire se déroulera **les jeudi 21 et vendredi 22 juin 2018**.

Chaque séance sera organisée **de 9h15 à 12h45 et de 14h à 18h**, autour d'une table ronde avec des intervenants permettant un double regard, de professionnels et d'académiques, sur les questions posées et d'un temps de discussion avec les participants présents dans la salle.

Le séminaire sera placé sous la direction d'Etienne Grass, membre de la chaire Santé de Sciences Po.

Intervenants

La liste des intervenants, est présenté pour chaque séance dans le programme ci-après. Elle sera susceptible d'être modifiée à la marge en cours de séminaire.

Participants

Le séminaire est ouvert, en nombre limité de places, à tout professionnel concerné par ces questions (professionnels de santé, membres des administrations et collectivités locales, chercheurs et universitaires, représentants des associations de patients, etc.)

L'objectif étant de mener des réflexions collectives dans la durée, les participants s'engagent sur les deux jours du séminaire.

Une participation aux frais de 120 € est demandée.

Une courte lettre de demande de participation est à adresser avant **le 13 juin 2018** par courriel (chaire.sante@sciencespo.fr).

Si votre participation est retenue, le règlement des frais sera à effectuer avant le début du séminaire.

Le séminaire aura lieu à Sciences Po Paris, **au 28 rue des Saints-Pères, salle H202-A, 75007, Paris**

Pour tout renseignement : Chaire santé de Sciences Po - Tél : 01.45.49.77.73 - @ : chaire.sante@sciencespo.fr

Programme

21 juin 2018 – value Based Care : les modèles et projets d'expérimentation

L'objectif de cette séance est de présenter des modèles internationaux de santé et la VBC en médecine.

Les modèles étrangers

- **9h15 : propos introductifs (Etienne Grass, Ayden Tajhamady)**
- **9h45 : Frédéric Bousquet** : présentation des modèles étrangers (ACO, bundle payment)
- **10h30 : Dominique Polton, économiste (discutante)**

Echanges

Les projets en cours en médecine et en médecine

- **11h15 : Dominique Depinoy, Acsantis** : les expérimentations en médecine ; la problématique des soins non programmés
- **11h45 : Thierry Schaevebeke, chef du service rhumatologie, CHU de Bordeaux** : le projet « ange gardien »

Echanges et présentation des projets des participants

13h : déjeuner (buffet)

- **14h : Antoine Malone, Directeur en charge de la prospective Fédération hospitalière de France** : le projet de la FHF : développer la responsabilité populationnelle
- **14h40 : Professeur Gregory Katz, directeur de la recherche du groupe ELSAN (cataracte à Nantes et Limoges, IPEPS)** : les projets d'expérimentations du groupe ELSAN

Echanges et présentation des projets des participants

- **16h : Pierre Louis Bras, IGAS** : remarques sur la « tarification au parcours »
- **17h : Natacha Lemaire, rapporteure générale du conseil stratégique de l'innovation en santé** : le cadre des expérimentations article 51

22 juin (matin) : le Value Based Care, promotion de l'innovation la fixation du prix des médicaments

Intervenants :

- **9h15 : Etienne Grass, Chaire Santé** : les conditions du débat international sur le « value based pricing »
- **9h45 : Pierre-Yves Geoffard** : le cadre économique du partage du risque
- **10h30 : Maurice-Pierre Planel, président du CEPS** : les discussions actuellement engagées sur le partage du risque

Discussions

- **11h30 : Romain Finas, MSD, Innovation and Customer solution** : comment les laboratoires doivent se transformer pour être des acteurs d'une transformation du système de santé par la qualité
- **12h : Olivier Gryson, Servier** : Observance et « patient centricity »

Echanges et présentation des projets des participants

22 juin 2018 - Comment réussir les expérimentations « article 51 » ?

Intervenants :

- **14h : Yannick Le Guen, Directeur de la stratégie, ARS Ile de France** : le pilotage mis en place par les ARS
- **15h : Ayden Tajhamadi, CNAMTS** : que seraient des projets « article 51 » réussis ?
- **16h : Anne-Marie Brocas, présidente du HCAAM** : les articles 51 point de départ d'une transformation durable du système de santé ?

Echanges avec la salle et conclusion