



VOISIN/PHANIE

Value based healthcare : la satisfaction du patient comme pierre angulaire du système de soins

En partenariat avec l'[ICHOM](#) (International Consortium for Health Outcomes Measurement), l'Université Paris-Descartes a réuni le 16 mai dernier, 300 experts et 30 décideurs internationaux pour échanger sur la transformation du système de santé et son évolution vers le concept de la valeur de santé ou *Value-Based Health Care* (VBHC). Différentes expériences internationales pionnières ont été présentées. L'université Paris-Descartes a bien compris que cette transformation passait par l'engagement des Universités et des facultés de médecine. A cette fin, elle a créé la chaire « management de l'innovation et performance des soins » dont l'objectif est d'amener les futurs médecins à évaluer à l'aide d'indicateurs validés, les pratiques, les résultats et les performances au bénéfice du patient. Cette révolution pédagogique concerne tant la formation initiale que la formation continue.

Cette notion de VBHC, introduite en 1966 par **Avedis Donabedian** (Michigan), a été développée par **Michael Porter**(1) notamment dans une livre co-écrit en 2006 avec **Elizabeth O. Teisberg** : *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. L'évaluation de la qualité des soins se mesure en divisant les résultats des soins qui importent au patient par le coût global investi dans le parcours de soin (1). Le patient au cœur du système de santé de demain

Redonner du sens et de la valeur aux soins, c'est privilégier le résultat qui permet de quantifier le bénéfice thérapeutique retiré par le patient, avant et après traitement. Ce besoin de retour d'évaluations des résultats sur plusieurs années portant sur les bonnes pratiques et la pertinence des soins est une demande des associations de patients, motivée par le souhait d'obtenir une meilleure transparence. Pour exemple, 87%(2) des Français souhaitent que les résultats des hôpitaux sur la qualité des soins soient rendus publics. Pour **Alain-Michel Ceretti**, le président de **France Asso Santé**, « l'amélioration de la qualité est l'enfant de la transparence ». L'opacité sur les résultats empêche les équipes soignantes d'apprendre, de partager et d'améliorer leurs pratiques.

"L'opacité sur les résultats empêche les équipes soignantes d'apprendre, de partager et d'améliorer leurs pratiques."

Mais alors comment mesurer ces résultats ?

De la théorie à la pratique, les registres de données validés

L'ICHOM, ONG à but non lucratif qui rassemble patients et professionnels de santé, a développé des indicateurs d'évaluation validés, pour mesurer de façon pertinente l'impact des soins dans la vie quotidienne des patients. Ces instruments sont accessibles en open source (www.ichom.org). L'ICHOM s'appuie sur les données sociodémographiques du patient et sur les résultats par le patient (Patient-Reported Outcome Measures - PROMs) et par l'équipe médicale (Clinician Reported Outcomes Measurement - CROM). Ces données permettent la segmentation de profils de patients dans des groupes homogènes statistiquement comparables, ajustée selon la complexité et la sévérité des cas. L'ensemble de ces données ou « standard sets » couvrent 54% du fardeau de la maladie au niveau mondial soit 24 pathologies. **Christina Akerman**, présidente de l'ICHOM, rappelait la nécessité de standardiser ces outils d'évaluation afin de pouvoir comparer les résultats de manière fiable et significative. Déjà 35 pays et 600 organisations participent à cette démarche et 15 registres nationaux ont été établis. En France, plusieurs centres les ont rejoints tels que l'Institut de cancérologie de l'ouest, le centre Léon Bérard à Lyon, Elsan, l'Institut Hospitalo-Universitaire de Strasbourg..

Pour chaque pathologie, des experts internationaux, des sociétés savantes ainsi que des patients sélectionnent les indicateurs qui leur semblent les plus pertinents. En janvier 2017, l'ICHOM a signé un partenariat avec l'OCDE pour développer l'initiative PaRIS (*Patient Reported Indicator Survey*) afin d'harmoniser les indicateurs de résultats mesurés par les patients relatifs à leur capacité à vivre normalement (EQ-5D), pour chaque pathologie (AVC, IDM, cancers, chirurgie du genou et de la hanche, santé mentale...). Ensemble, ils ont mis en place l'utilisation de nouvelles technologies pour collecter de façon systématique les données et résultats médicaux rapportés par les patients (PROMs).

Une expérimentation pionnière en France autour de la cataracte

Gregory Katz, professeur de la **Chaire Innovation Management** et directeur de recherche du groupe Elsan, évoque le cas du registre EUREQUO (European Registry of Quality Outcomes for Cataract and Refractive Surgery) développé par les Suédois. A la suite de son utilisation, 267% de complications en moins en 1 an après chirurgie de la cataracte ont en effet été observées(3). Aux Pays-Bas, l'analyse des taux de complications dans la prise en charge du cancer colorectal (registre DICA), a donné lieu en quatre ans, à une diminution de 43% de la mortalité intrahospitalière, grâce à l'émulation et l'esprit d'équipe induit par la comparaison entre hôpitaux. Faute de registre en France, une initiative a ainsi été lancée par Elsan en collaboration avec les équipes des Polycliniques de l'Atlantique et de Limoges en s'appuyant sur les instruments validés par l'ICHOM et le registre EUREQUO pour analyser l'impact de la chirurgie de la cataracte sur la vision au quotidien du patient. Une analyse était effectuée avant la chirurgie du premier œil et dans les trois mois suivant celle du deuxième œil afin d'évaluer la valeur ajoutée du traitement (PROMCAT Study). Les praticiens ayant collaboré à cette étude ont obtenu de meilleurs résultats.

Une autre étude lancée par la faculté de médecine Paris-Descartes est actuellement en cours.

En France, des progrès restent encore à faire

La France consacre 11% de son PIB pour la santé avec une augmentation de plus de 2% par an des dépenses de santé, dépenses qui ne couvrent pas les besoins de développement liés à l'innovation. Bien que l'égalité d'accès aux soins ne soit plus un enjeu financier en raison d'une couverture très large, elle n'est toutefois pas synonyme d'égalité d'accès aux soins de qualité. Cette hétérogénéité est non seulement préjudiciable au patient mais est également très onéreuse. Le ministère estime que 30% des actes médicaux sont inutiles. La France s'est essentiellement attachée à la notion de coûts via le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) mais ne dispose pas de système d'évaluation du patient.

"La France s'est essentiellement attachée à la notion de coûts via le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) mais ne dispose pas de système d'évaluation du patient."

Les indicateurs, nombreux, se concentrent donc sur la variation des parcours et des pratiques, et non sur la variation des résultats qui importent aux patients. Des progrès restent encore à faire sur la mesure de la valeur de soin, l'usage des indicateurs, la mesure de la qualité en ville et la prise en compte du point de vue des patients. Dans le cadre de la stratégie de transformation de notre système de santé, le Premier ministre annonçait, en février dernier, la mise en place de cinq chantiers : la qualité de soins, le financement et les rémunérations, les ressources humaines, le numérique, et la question des mises en oeuvre territoriales.

Le bon soin au bon patient, au bon moment, avec le bon professionnel

La Haute autorité de santé (HAS) coordonne avec des associations de patients* le chantier N° 1 centré sur la qualité pour le patient. La HAS travaille à ce titre avec l'OCDE qui donne prépondérance à l'expérience santé. **Dominique Le Guludec**, Présidente de la HAS, rappelait les indicateurs déjà développés : indicateurs de structure et de ressources en mettant à disposition les bons moyens pour que les établissements puissent correctement administrer les questionnaires, indicateurs de processus, indicateurs de résultats (suivi des ré-hospitalisations et des infections post opératoires). Toutefois ces indicateurs restent tributaires de la qualité du codage et souffrent du manque de renseignements cliniques. Pour éviter l'effet pervers sur la sélection des patients, la mise en place des questionnaires placera le patient mais aussi l'usager et le secteur médicosocial au cœur du système, avec un double objectif : intégrer l'avis des usagers et les informer. Par ailleurs, un dispositif de formation re-certification est en cours de discussion afin de permettre aux professionnels de santé de jouer un rôle majeur par l'autoévaluation et l'évaluation des outils de qualité. Cette plus grande transparence du système servira de levier d'amélioration au travers de la comparaison. L'HAS a aussi pour rôle de promouvoir et soutenir les innovations organisationnelles. Dans ce cadre, le process consistera à mieux intégrer les soins primaires. Un indicateur de qualité du parcours ville-hôpital (Professionnels différents, établissements de nature différente) sera également mis en place.

* Depuis 2008, des représentants usagers dans toute communauté participent déjà à des focus groups avec un statut d'expert.

Privilégier la collaboration interprofessionnelle dans notre mode d'organisation

Devant la charge de santé croissante liée au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques, il devient indispensable de revoir le mode de prise en charge si l'on souhaite que tout un chacun puisse avoir accès aux soins et à la qualité des soins.

Les pathologies chroniques représentent un assuré sur trois et l'ALD montre une croissance annuelle de 6% par an. « Si l'on veut préserver notre système de santé, nous devons maîtriser l'évolution de nos dépenses et stabiliser sa progression à 2% / an » expliquait **Nicolas Revel**, directeur général de la CNAMTS. L'organisation de notre système de santé est trop cloisonnée et la course au volume des actes pèsent sur les conditions d'exercice des professionnels de santé.

"L'organisation de notre système de santé est trop cloisonnée et la course au volume des actes pèsent sur les conditions d'exercice des professionnels de santé."

Cette organisation privilégie des démarches insuffisantes d'évaluation, descendantes, très cadrées juridiquement et très lentes à se déployer, ne permettant pas la diffusion de ce qui fonctionne. Pour remédier à cette pesanteur juridique, intellectuelle et professionnelle coûteuse, un nouveau dispositif d'innovation a été inscrit en avril 2018 dans le cadre juridique, l'article 51(4) et sera lancé fin 2018, début 2019. Ce dispositif permet aux établissements et aux professionnels de santé de proposer de déroger à des règles d'organisation de tarification dans le but de faire émerger des systèmes plus efficaces et de mettre en place des évaluations aussi bien ascendantes que descendantes. L'objet de ce dispositif est de passer d'un fonctionnement en silo à une approche holistique pour une meilleure prise en charge des patients et ce à moindre coût. Au-delà des institutions nationales, de nombreux projets basés sur des exigences d'évaluation et de transparence, pourront être portés par des acteurs de terrain.

Article 51 : expérimenter sur les territoires de nouveaux modes de financement des soins

Article 51 : expérimenter sur les territoires de nouveaux modes de financement des soins

Trois premiers cadres sont expérimentés pour donner plus de paroles à la création de valeur dans la tarification. Le premier propose à des groupements un système d'intéressement collectif complémentaire à leur mode de rémunération existant inspiré de modèles américains (« bundled payments »)(5). Ces intéressements en fonction des économies dégagées et des indicateurs de qualité, inciteront les hôpitaux et les centres médico-sociaux à se coordonner. Le deuxième cadre proposé concerne le paiement du forfait d'épisodes de soins en orthopédie et en chirurgie viscérale afin de substituer le fractionnement du paiement par un forfait unique ajusté au risque, intégrant une partie des complications. Le 3ème cadre proposera la mise en place d'une rémunération forfaitaire des équipes de santé en ville, à savoir substituer en tout ou partie la rémunération à l'acte par une rémunération forfaitaire devant être ajustée à l'état de santé du patient. Ce projet a pour fin de développer un mode d'exercice professionnel regroupé pour améliorer la prise en charge des patients lourds et chroniques. Ce qui ne fonctionnera pas sera arrêté. La mesure des résultats offre un miroir aux praticiens qui leur permettent de s'auto-évaluer et contribue à améliorer les pratiques. Partager l'information, c'est partager la connaissance. Des résultats qui bénéficient tant aux établissements de santé(6), aux professionnels de santé, aux payeurs qu'aux patients. Cette transformation ne concerne pas que les professionnels de santé mais également les entreprises du médicament ou de dispositifs médicaux, tels Amgen, Medtronic, Takeda et bien d'autres, qui s'appuient sur de nouvelles stratégies commerciales tenant compte des résultats mesurés en vie réelle et prévoyant un remboursement s'ils ne sont pas atteints.

le 16 juillet 2018 par Cécile Menu