

Le mirage du paiement à l'épisode de soins en France

The Mirage of Bundled Payment for Care in France

Frédéric Bizard

Professeur d'économie - Paris.

Résumé

La référence aux expériences suédoises et américaines pour tenter de convaincre que le modèle de paiement à l'épisode de soins est performant est un pari assez risqué tant l'analyse des résultats obtenus dans ces deux pays est dévastatrice pour le modèle. Quant à la France, elle ne remplit quasiment aucun des facteurs clés de succès pour mettre en place le paiement à l'épisode de soins, dont la digitalisation extensive de la santé, la présence d'indicateurs de qualité largement répandus et consensuels et une bonne coordination ville-hôpital. Outre les problèmes inhérents au modèle de paiement, sa mise en place en France est donc une chimère. Les deux ans de palabres et de réunions interminables sans avoir encore abouti à un projet applicable de paiement à l'épisode de soins illustrent que notre système de santé n'est pas prêt pour une telle expérience. Quand on observe qu'une fois mis en place, ce modèle a nettement plus d'effets pervers que de bénéfices sur un plan économique et médical, la pertinence de la démarche se pose.

Mots clés

- ◆ Paiement groupé
- ◆ Épisode de soins
- ◆ Hôpital
- ◆ Mode de paiement
- ◆ Qualité des soins
- ◆ Innovation
- ◆ Soins coordonnés
- ◆ Interdisciplinarité
- ◆ Formation
- ◆ Sélection des patients
- ◆ Efficience
- ◆ Paiement à la performance

Abstract

The reference to the Swedish and American experiences to try to convince that the model of bundled payment per episode of care is effective is a fairly risky bet as the analysis of the results obtained in these two countries is devastating for the model. Concerning France, the country does not meet any of the key success factors for implementing bundled payment per episode of care, including the extensive digitization of health, the presence of widely used and consensual quality indicators and a good city-hospital coordination. In addition to the problems inherent in the bundled payment model, its implementation in France is therefore a pipe dream. The two years of endless discussions and meetings without having yet resulted in an applicable plan for this mode of payment illustrate that our health system is not ready for such an experience. When we observe that once implemented, this model has much more perverse effects than economic and medical benefits, the issue of the relevance of the approach arises.

Keywords

- ◆ Bundled payment
- ◆ Episode of care
- ◆ Surgery
- ◆ Hospital
- ◆ Payment method
- ◆ Quality of care
- ◆ Innovation
- ◆ Coordinated care
- ◆ Interdisciplinarity
- ◆ Training
- ◆ Patient selection
- ◆ Efficiency
- ◆ Payment for performance

Correspondance

Frédéric Bizard - Professeur d'économie.

Membre libre de l'Académie Nationale de Chirurgie - Président de l'Institut Santé.

E-mail : contract@fredericbizard.com

La mise en place du paiement à l'épisode de soins fait partie d'un des cinq chantiers de transformation de notre système de santé annoncé dans Ma Santé 2022. L'objectif annoncé est double, inciter les professionnels de santé à travailler davantage

en équipe et améliorer la qualité des soins. Comment ne pas partager ce bel horizon ? Comme souvent en santé en France, la politique menée est habillée de vertus que les mesures prises ne remplissent pas au mieux ou les détériorent au pire.

L'expérience suédoise : une expérience peu concluante dans un contexte favorable au paiement groupé et radicalement différent de la France

La Suède a connu une hausse bien plus forte que la France des dépenses de santé depuis 2000, passant de 7,4 % à 11 % du PIB en 2016 contre 9,5 % à 11 % en France (1). Le pays dispose d'une offre hospitalière et de ville essentiellement publique, avec une offre privée hospitalière très faible (5 % de l'offre en 2010) mais en hausse. Le pays a un leadership dans la numérisation des bases de données médicales et leur utilisation à des fins de bonnes pratiques. La politique de santé est pilotée par les 21 Comtés du pays, soit une situation très différente de la France.

Le système suédois présente un modèle de santé radicalement différent de celui de la France, dans sa gouvernance, son organisation et son financement. Outre cette différence structurelle, il remplit une condition indispensable pour la mise en place du paiement groupé, un big data opérationnel et efficace.

Face à des délais d'attente très longs en chirurgie, les autorités du Comté de Stockholm ont lancé en janvier 2009 un programme de paiement groupé, de diversification des offreurs de soins et de mise en concurrence entre les établissements pour toutes les opérations non complexes (ASA 1-2) de remplacement de la hanche et du genou du Comté de Stockholm (environ 4000 opérations par an). Le paiement groupé regroupe toutes les procédures du préopératoire au suivi post-opératoire et une garantie pour les complications sur deux ans.

La composante libre choix et suppression des plafonds de volume par établissement ont engendré une hausse de 20 % des volumes en 2009 pour supprimer les listes d'attente. Un des objectifs des autorités de transférer l'activité vers les centres spécialisés et le secteur privé a été atteint puisque les hausses d'activité y ont été respectivement de 218 % et 213 % en 2009. Le système est ainsi passé d'une économie planifiée à une économie de marché, impliquant des impacts économiques (hausse de la productivité, moindre utilisation des ressources) et organisationnels majeurs. Le secteur privé s'est davantage restructuré que le public.

Sur le plan médical, le programme a engendré une baisse des complications orthopédiques sur deux ans de 26 % en 2010, sans changement notable sur la douleur ressentie et la qualité de vie générale des patients. Les arrêts maladies ont baissé de 17 % en 2010 dans le Comté de Stockholm mais de 37 % dans les autres Comtés, ce qui laisse penser que d'autres facteurs politiques ont interféré dans ce résultat. Au global, les coûts pour le payeur ont diminué de 20 % par patient. La comparaison des résultats ne se faisant par selon des périmètres d'établissements comparables, l'impact du paiement groupé (BP) sur ces résultats est impossible à isoler. En revanche, le transfert de l'activité vers des structures moins consommatrices de ressources (centres spécialisés et le privé) a eu un impact important, et d'ailleurs recherché par les autorités.

L'analyse qualitative du ressenti des offreurs de soins fait apparaître que le forfait trop faible fixé pour le paiement groupé les a obligés à demander une rémunération supplémentaire directement aux patients, qui ont donc vu leur reste à charge augmenté. La tarification devrait être différenciée selon les conditions du patient, sans quoi le risque de sélection est important comme nous le verrons dans l'expérience américaine. Le paiement groupé génère une surcharge administrative importante et nécessite des investissements lourds pour restructurer les établissements. Le fait d'avoir vidé les centres d'urgence (type CHU) des malades a posé des problèmes pour la formation des internes, dont les surcoûts n'ont pas été intégrés dans les études.

Le rapport officiel de l'expérience suédoise (2) du Comté de Stockholm révèle qu'il est impossible d'affecter les résultats médico-économiques du programme au paiement groupé. Le transfert de l'activité vers des établissements privés et plus spécialisés, l'intensité concurrentielle plus forte et les autres mesures de la politique de santé peuvent expliquer en grande partie les résultats constatés.

L'expérience américaine : une confirmation de la prédominance d'effets pervers du paiement groupé

Après plusieurs expérimentations à petites échelles peu fructueuses du paiement à l'épisode de soins, l'État américain a pourtant décidé de le lancer à grande échelle en 2013 à travers les programmes BPCI (Bundled payment for care improvement) et CJR (comprehensive care for joint replacement). Le BPCI est national, sur la base du volontariat et porte sur 48 épisodes de soins. Le CJR est obligatoire, circonscrit sur 67 zones géographiques et porte uniquement sur la prothèse du genou et de la hanche.

La mise en place de ces programmes exige une restructuration importante des structures de soins, impliquant des investissements lourds, des évolutions de process et des changements de pratiques. Pour les hôpitaux, il faut identifier le plus précocement possible les patients éligibles et évaluer leurs risques de complications, établir des capacités d'analyse et de partage d'information, suivre le patient tout au long des soins, créer de nouveaux rôles dans les soins.

Comme en Suède, l'expérience américaine a révélé le très lourd impact organisationnel de la mise en place du paiement groupé. Ce dernier nécessite des structures très bien organisées, très numérisées et dotées d'une capacité d'investissement

élevé dans la formation et les nouvelles technologies. Dans l'état actuel de l'hôpital en France, comme nous le verrons par la suite, le paiement groupé à court et moyen terme relève davantage d'une illusion que du réel.

Les études démontrent que le potentiel de gains économiques et d'amélioration de la qualité de la prise en charge se situe au niveau des soins post-opératoires. Soit en réduisant l'utilisation des structures les plus intensives en capitaux, soit en établissant des relations privilégiées avec les fournisseurs de soins, soit en investissant dans les systèmes d'information et le personnel.

La variation aléatoire des dépenses par épisode d'une année à l'autre est un frein majeur à l'efficacité du paiement groupé, notamment du fait de cas extrêmes de patients qui peuvent fausser complètement les dépenses moyennes. Au sein même d'une région, il peut exister des pratiques très différentes de gestion des soins post-opératoires qui peuvent profondément impacter les effets du BP.

Malgré un lourd investissement et beaucoup d'enthousiasme au départ, la mise en place du paiement groupé dans l'état de Californie a été un énorme échec du fait de la complexité administrative impliquée par le paiement groupé, des désaccords sur le contenu des soins regroupés dans le financement unique et des volumes de patients trop faibles (3). Outre le scepticisme sur l'impact du paiement groupé sur la qualité et les coûts, l'échec californien illustre l'impact organisationnel, psychologique et financier majeur de sa mise en place sur les structures de soins et de financement.

Un programme de paiement groupé à destination des personnes âgées lancé en 2013 a mis en évidence les risques du concept en matière de refus de soins de certaines structures, de report de soins au-delà de la période concernée par le paiement groupé. Il s'est aussi traduit par une fragmentation des structures post-opératoires entre les soins dédiés au suivi post-opératoire et ceux dédiés au chronique.

Ces craintes ont été confirmées par des études menées en 2016 et 2017 qui ont confirmé que des approches comme le paiement groupé, consistant à un paiement à la performance, ne réduisait pas les coûts ni n'améliorait pas la qualité d'une part, et pénalisaient les médecins qui prenaient en charge les patients les plus pauvres et malades d'autre part. Elles incitent à trier les patients pour écarter les cas les plus complexes. Si elles sont devenues très populaires parmi les décideurs et les assureurs, les approches de paiement à la performance se sont étendues dans un désert de preuves scientifiques de leur efficacité.

Le cas français : une conviction forte des Pouvoirs Publics forgée en plusieurs étapes malgré des évidences révélées sur les risques

Le rapport HCAAM (Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie) de février 2015 (4) recommande de démarrer les expérimentations du paiement à l'épisode de soins dans les domaines où les avantages attendus sont particulièrement importants. Les épisodes où un fort potentiel de transfert d'activité de l'hôpital vers la ville sont possibles, tels que la cancérologie et l'IRC (Insuffisance Rénale Chronique), seraient les plus concernés.

Le rapport charges et produits 2017 de la CNAMTS suggère quant à lui la mise en place du paiement groupé pour la spécialité orthopédie, hanche et genou. Il mentionne que le financement au GHS (Groupe Homogène de Séjour) est très incitatif pour le développement attendu de la RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie). Il précise que « *la nécessité de mettre en place un autre mode de financement incitatif n'apparaît pas évident de prime abord* ». Malgré cela, il recommande l'instauration d'un forfait spécifique à la RAAC comprenant, outre le séjour, une partie des dépenses pré et post hospitalisation. Les établissements seraient obligés de contractualiser avec les autres professionnels de santé.

Le point de l'impact de la T2A sur la productivité des soins est important. Le mode de financement incitant à davantage de productivité est déjà en place. Il a fait l'objet d'une réorganisation des structures et fait maintenant l'objet de multiples critiques, en particulier celle de pousser à la consommation de soins sans se soucier de qualité. Le paiement groupé ne change pas la logique de la T2A puisque les tarifs seront toujours basés sur une évaluation des coûts mais de plusieurs actes. C'est une T2A globalisée à plusieurs épisodes de soins. Une approche plus pertinente reviendrait à corriger les dérives actuelles de la T2A, plutôt que de la globaliser sur plusieurs actes. Les conséquences sur la réorganisation des activités hospitalières est encore plus forte avec le paiement groupé.

Le rapport Véran publié en avril 2017 (5) suggère de conserver la T2A pour les séjours ponctuels et simples et d'utiliser le financement à l'épisode de soins pour les actes chirurgicaux lourds. Le rapport précise que les expériences internationales ont eu des résultats « *le plus souvent mitigés et globalement plutôt décevants* ». Il s'agirait d'un phénomène de mode, « *le paiement à la qualité jouit d'une grande vogue* », qu'on ne peut donc pas laisser passer.

Le rapport charges et produits 2018 (6) de la CNAMTS propose une modélisation pour valoriser l'épisode de soins, en particulier le forfait reprises et complications. Les taux de reprises et complications actuels sur la prothèse de hanche sont très inférieurs à ceux de la Suède, qui a servi de modèle pour la CNAMTS. L'impact potentiel du paiement groupé y est donc bien moindre. L'ajustement au risque proposé, à partir de l'âge du patient, est trop approximatif pour disposer d'un véritable forfait prospectif ajusté, qui est l'essence même du paiement groupé.

La valorisation du forfait laisse apparaître un nombre d'établissements gagnants et perdants dans un système à somme nulle pour l'assurance maladie dans un premier temps. La prévision d'une baisse significative des taux de reprises et complications entraînera une baisse du montant du forfait, générant des économies pour l'assurance maladie. Aucune mention des coûts de mise en place et des investissements incontournables générés par ce nouveau paiement n'apparaît.

Seuls les établissements hospitaliers seraient impactés par les conséquences financières. Le modèle ne prévoit rien pour les professionnels de santé de ville, qui évolueraient sous la tutelle financière des établissements, ni d'ailleurs pour l'équipe chirurgicale des établissements. Il semble difficile de se convaincre qu'un tel modèle incite à plus de qualité et encore moins à une meilleure coordination ville-hôpital. Comme pour la chirurgie ambulatoire, les aspects humains de l'impact d'un tel dispositif ont été oubliés. Seule la logique comptable est prise en compte. Outre les impacts organisationnels majeurs impliqués par le paiement groupé, que vont en retirer les équipes soignantes ?

En 2018, un coup d'accélérateur a été pris par Matignon et le Ministère sur la mise en place du paiement à l'épisode de soins, qui fait partie d'un des cinq chantiers de transformation de notre système de santé annoncé le 13 février par le Premier Ministre. Le décret permettant de lancer les expérimentations a été publié le 21 février 2018. Du côté de l'administration, la définition des modalités pratiques de mise en place du paiement groupé est à l'état d'ébauche. Le lancement de l'expérimentation était prévu mi-2018 sous forme d'un appel à manifestation d'intérêt.

Le paiement groupé dans le système de santé français : une volonté politique à haut risque pour les soignants et les patients

L'analyse de l'évolution des dépenses de santé dans la période couvrant l'instauration du paiement à l'épisode de soins en Suède et aux USA montre une croissance des dépenses dans ces pays plus forte qu'en France et que dans la moyenne de l'OCDE. Même si une corrélation entre les deux événements n'est pas établie, l'impact favorable de ce mode de paiement sur l'efficacité est contestable.

Les enjeux principaux en matière d'efficacité devraient se concentrer sur la prise en charge des pathologies chroniques, qui représentent 80 % de la croissance des dépenses. Les épisodes aigus sont d'autant moins prioritaires que la France présente de bons résultats en matière de taux de reprise et complications post opératoires, critère de qualité classiquement utilisé, et que la TZA n'a pas eu d'effets démontrés sur ces taux.

Les chercheurs américains s'étonnent que l'Europe et la France reprennent des initiatives américaines dont les effets positifs n'ont pas été démontrés chez eux d'une part, et alors que nos systèmes de santé sont très différents d'autre part. La France s'apprête à lancer une transformation de ses structures hospitalières, sans financement et sans stratégie, pour instaurer un mode de financement dont les expériences étrangères ont montré que les effets délétères l'emportent.

Les prérequis indispensables à l'instauration d'un paiement à l'épisode de soins ne sont pas remplis en France. On peut citer le système de base de données par pathologie, l'existence d'un DMP (Dossier Médical Partagé), les protocoles et les référentiels de qualité, le calcul et la gestion de forfaits ajusté au risque patients... Cette précipitation dans la mise en place d'un nouveau mode de paiement pourrait mettre à risque des initiatives importantes pour s'orienter vers la recherche de la valeur des soins telles que le DMP et la définition d'indicateurs de performances.

Non seulement les pouvoirs publics tentent d'imposer un modèle qui n'a pas fait ses preuves mais en plus les conditions pratiques d'installation ne sont pas remplies. On n'est bien face à un mirage politique, qu'un haut fonctionnaire reconnu a qualifié de chimère.

Si l'instauration du paiement groupé présente une grande probabilité d'échecs, ses effets négatifs ne manqueront pas de s'exprimer. On peut citer la sélection des patients, générant une exclusion des soins des patients fragiles, une baisse de la qualité (fréquente dans l'approche forfaitaire), des surcoûts induits élevés et une complexité de la gestion des circuits financiers générant des tensions entre les acteurs du parcours.

S'il existe un accord sur la nécessité d'orienter notre système de santé vers un système qui prend davantage en compte la valeur des soins, cela ne justifie pas n'importe quelle initiative incluant cette valeur. Face à une absence de débat sur ce qu'il faudrait faire, dans le contexte français, pour mieux considérer cette valeur des soins, les pouvoirs publics importent un modèle clé en main de pays dont les systèmes sont très différents et qui n'ont pas fait leur preuve.

La crise profonde de notre système de santé nécessite une réforme globale. Outre réforme systémique, on peut évoquer à titre d'exemples cinq pistes pour mieux prendre en compte la valeur des soins dans la configuration actuelle : développer des indicateurs de performance sur les résultats - installer une gouvernance médicale de la qualité - diffuser des indicateurs de qualité auprès du grand public - réévaluer les tarifs des séjours tous les trois ans et instaurer un système de bonus individuel lorsque les pratiques sont efficaces.

Références

1. Sources : Statistiques de l'OCDE-Panorama de la santé 2017 - Health at a glance Europe 2017
2. Effects of introducing bundled payment and patients 'choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county - Karolinska Institute- Février 2017
3. Ridgely MS, de Vries D, Bozic KJ, Hussey PS. Bundled payment fails to gain a foothold In California: the experience of the IHA bundled payment demonstration - Health Aff (Millwood). 2014;33:1345-52.
Weeks WB, Rauh SS, Wadsworth EB, Weinstein JN. «The unintended consequences of bundled payments» Ann Intern Med. 2013 1;158:62-64.
4. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a annexé à son rapport « innovation et système de santé » de février 2015 un document intitulé « rémunération épisodes de soins ».

5. Annexe 5, p43-46- Rapport Véran - L'évolution des modes de financement des établissements de santé- Une nouvelle échelle de valeur - Avril 2017
6. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - propositions de l'Assurance Maladie pour 2018- Juillet 2017- Partie 3-Paragraphe 5 : Promouvoir des modes de paiement favorisant la valeur créée par les soins.