

Cercle de réflexion
sur la Valeur en Santé

LA VALEUR EN SANTÉ

Manifeste

**pour un système de santé
fondé sur la Valeur**

CERCLE DE RÉFLEXION SUR LA VALEUR EN SANTÉ

LE CERCLE DE RÉFLEXION SUR LA VALEUR EN SANTÉ S'EST DONNÉ POUR MISSION DE CONTRIBUER AU DÉPLOIEMENT OPÉRATIONNEL EN FRANCE DE L'APPROCHE INTERNATIONALE PLUS COMMUNÉMENT APPELÉE « VALUE BASED HEALTH CARE ».

Il regroupe des professionnels de santé, des patients, des payeurs, des économistes ou encore des régulateurs parmi lesquels :

MARTINE AUSTIN • **MARIE JOSÉE AUGÉ-CAUMON**, Pharmacien - Conseiller USPO • **CLAIRE BODIN**, Consultante VA Conseils • **YANN BUBIEN**, Directeur Général - CHU d'Angers • **DR MARC DANAN**, Chirurgien bariatrique - Clinique Saint Michel - Toulon • **DR FRANCK DEVULDER**, Hépatogastroentérologue, Groupe Courlancy Santé, Reims • **DR MICHELE DIANA**, Directeur de l'unité de recherche procédures endo-laparoscopiques - IHU de Strasbourg • **DR MATTHIEU DURAND**, Chirurgien Urologue - CHU de Nice - Fondateur de l'agence de communication santé Planète Med • **PR DENYS FONTAINE**, Neurochirurgien - CHU de Nice • **GAËL GRIMANDI**, Pharmacien HospitaloUniversitaire - Nantes • **CHRISTOPHE JACQUINET**, Président de Santéliance • **ANNE-SOPHIE JOLY**, Présidente du Collectif National des Associations d'Obèses • **PR GREGORY KATZ**, Directeur de la Recherche et de l'Innovation - groupe ELSAN • **JEAN-HUGUES MASGNAUX**, Associé chez Alain Demant Consultants • **JÉRÔME NOUZAREDE**, Président du groupe ELSAN • **PR FRANÇOIS PATTOU**, Chirurgie Générale - CHU de Lille • **BENOIT PERICARD**, Associé - Directeur Santé - KPMG • **PR PATRICK PESSAUX**, Directeur Médical Adjoint - IHU de Strasbourg • **DR OLIVIER PIOT**, Cardiologue Rythmologue - Centre Cardiologique du Nord • **GILLES POUTOUT**, Maître de conférences à Sciences Po • **GÉRARD RAYMOND**, Président de la Fédération Française des Diabétiques • **DR OLIVIER VALLET**, Directeur Général Adjoint - Centre Chirurgical Marie Lannelongue - Le Plessis-Robinson • **LAURENT VINCENT**, Directeur des projets Santé - Europ Assistance France.

Ni les membres du Cercle, ni leurs organismes ou entreprises n'ont bénéficié de rémunération pour leur participation aux travaux du Cercle dont l'adoption et la publication de ce manifeste.

Le Cercle de réflexion sur la Valeur en Santé est organisé avec le soutien institutionnel de Medtronic France. Ont contribué à l'animation des réunions et à la rédaction des synthèses pour Medtronic France :

LAURENCE COMTE-ARASSUS, Présidente • **BASILE GORIN**, Directeur des Affaires Publiques.

La Valeur en Santé

En tant que personne malade atteinte d'un tremblement essentiel et ancien président d'une association de patients (Aptes), je suis confronté depuis plusieurs décennies aux mêmes questions : une fois une pathologie chronique diagnostiquée, comment aider un individu à construire un projet de vie autour de cette nouvelle donnée qui vient profondément bouleverser son quotidien ? Comment intégrer le patient, ses spécificités, dans le choix des modalités de sa prise en charge ?

Notre système actuel répond difficilement à ces questions et peu de progrès ont été effectués en la matière. En effet, nous pensons « soins » et nous ne pensons pas « santé » au global. Chaque acteur qui intervient autour d'un patient tend à raisonner en silo par rapport à un objectif de court terme donné et on observe un manque crucial de coordination entre les professionnels de santé.

Or mon expérience m'a montré que les mêmes méthodes ne peuvent pas s'appliquer à tous et que les projets de vie ne sont pas identiques d'un patient à l'autre, avec une influence considérable sur ce que devrait être la bonne prise en charge. À titre d'exemple, dans le tremblement essentiel, une personne qui travaille pourra faire le choix de prendre moins de médicaments afin de limiter les effets secondaires dont la fatigue, l'asthénie et la baisse de concentration afin de ne pas nuire à sa carrière professionnelle, quand bien même elle doit apprendre à gérer des tremblements plus amples. La Valeur en Santé, qui s'appuie sur les résultats qui importent pour les patients, permet de répondre à ces défis. C'est la possibilité donnée aux personnes malades et aux professionnels de santé d'accéder à un véritable dialogue transparent, permettant de bâtir ensemble un parcours de santé sur le long terme.

**Les patients sont prêts à cette transition pour un système plus efficient.
Nous comptons sur tous les acteurs du système pour y travailler ensemble.**

Fabrice Barcq

Cercle de réflexion
sur la Valeur en Santé

**Chacun de nous
aspire à vivre en
bonne santé,**

au point que la santé est devenue un droit dans
l'esprit de nombre de nos concitoyens.

NOUS ATTENDONS DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ QU'IL NOUS LE PERMETTE, CE DERNIER ÉTANT D'AILLEURS CONSIDÉRÉ COMME L'UN DES MEILLEURS DES PAYS DÉVELOPPÉS. POURTANT, IL EST AUJOURD'HUI CONFRONTÉ À DE LOURDES DIFFICULTÉS QUI METTENT EN PÉRIL SA PÉRENNITÉ. LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ATTEINT SES LIMITES : NE PAS L'ADMETTRE SERAIT IRRESPONSABLE, Y APPORTER DES REMÈDES PUREMENT COMPTABLES SERAIT UNE ERREUR.

Les réformes successives, trop structurelles pour faire avancer les modalités de prise en charge des patients, montrent la redoutable technicité du sujet. Aussi, nous pensons qu'il est nécessaire de changer de paradigme et tenter de préparer l'avenir en mettant au premier plan ce qui est la raison d'être du système de santé : la réponse ajustée aux attentes et aux besoins de chaque patient.

Et si nous allions plus loin dans l'évaluation du service rendu au patient ?

Et si nous optimisions les prises en charge tout en optimisant les coûts ?

Et si nous prenions vraiment en compte les attentes des patients ?

Mieux soigner, à moindre coût et dans le respect des attentes des patients : Medtronic, en tant qu'acteur de santé responsable, a souhaité conduire cette réflexion et promouvoir une approche différente de l'organisation de notre système de santé.

Cette approche, baptisée « système de santé fondé sur la Valeur » et qui a d'ores et déjà convaincu nombre d'acteurs au plan international, propose de mettre en regard les résultats qui importent aux patients et les coûts nécessaires à l'atteinte de ces résultats. C'est ainsi qu'est né le Cercle de réflexion sur la Valeur en Santé, regroupant professionnels de santé, patients, payeurs, économistes ou encore régulateurs. Forts de leur diversité et de leurs expériences, les membres de ce cercle de réflexion ont acquis la conviction que l'innovation de raisonnement que constitue la Valeur en Santé est une solution crédible et opérationnelle pour améliorer tant le système que la prise en charge.

Et si la Valeur en Santé était une chance pour qu'ensemble nous permettions à notre système de santé d'aller plus loin ?

Tel est le défi que nous souhaitons collectivement relever.

Telle est l'ambition que nous proposons à travers ce Manifeste pour un système de santé fondé sur la Valeur.

Cercle de réflexion
sur la Valeur en Santé

**Nous voulons
répondre aux
défis auxquels,
collectivement,
nous faisons face**

Près d'un quart des
Français sera atteint d'une
maladie chronique en
2025

NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ DOIT FAIRE FACE À QUATRE DÉFIS MAJEURS.

1. La soutenabilité financière

Le premier de ces défis est celui de la **soutenabilité financière**. Depuis deux décennies, la consommation de soins et de biens médicaux augmente de manière significativement plus importante que notre produit intérieur brut¹. Ainsi, d'après les données de l'OCDE, les dépenses de santé françaises représentaient 5,2 % du PIB en 1970, 8 % en 1990, 10,7 % en 2010 et 11 % en 2015. Parallèlement, le nécessaire contrôle de nos finances publiques et donc la maîtrise de nos finances sociales engendre une forte contrainte budgétaire. La conjonction de ces deux paramètres génère une forte pression subie par l'ensemble des acteurs du système de santé.

2. « Chronicisation » des pathologies et leur essor

Le deuxième défi réside dans la « **chronicisation** » des pathologies et dans leur essor. Alors que près d'un quart des Français sera atteint d'une maladie chronique en 2025², notre système de santé n'est pas encore prêt à supporter cette évolution. Il ne l'est ni du point de vue structurel, ni du point de vue du financement. Nos organisations – que ce soit à un niveau macro ou micro – ont été conçues sur un modèle de prise en charge de soins aigus et leurs évolutions sont lentes et difficiles. De manière similaire, les maladies chroniques questionnent notre système de financement qui, basé sur la rémunération des actes, montre ses limites dans le cadre du suivi à distance, voire de l'accompagnement quotidien et sur le long terme.

3. L'appropriation et l'accès aux innovations

L'**appropriation et l'accès aux innovations** constituent le troisième défi. Qu'il s'agisse d'innovations technologiques, métier ou organisationnelles, elles peinent aujourd'hui à s'imposer dans le paysage français, notamment en raison d'un manque de financement adapté, de moyens clairsemés et d'une régulation parfois trop restrictive. Là où nos voisins outre-Atlantique ou européens avancent, nous accumulons les retards, partagés entre volonté de faire et marges de manœuvre insuffisantes.

4. La place et du rôle du patient dans le système

Le dernier défi est celui de la **place et du rôle du patient dans le système**. De mieux en mieux informé, de plus en plus exigeant, le patient n'est plus cette figure passive suspendue à la parole médicale. Parce que son engagement responsable et son implication quotidienne sont indispensables – notamment dans la prise en charge de maladies chroniques – le patient aspire légitimement à revenir au centre de l'écosystème et, surtout, à participer aux décisions concernant sa santé et, plus largement, son projet de vie. Sur ce point, il est important de noter que si les patients bénéficient d'un afflux d'informations sans précédent, leur information est de qualité variable notamment lorsqu'elle est puisée sur Internet.

La responsabilisation et l'autonomie des patients impliquent donc leur accompagnement par les professionnels de santé. Pour cela, les nouvelles technologies sont nécessaires. Elles permettent, entre autres, de suivre les traitements et de communiquer à distance avec les patients, à l'image des plateformes numériques accessibles aux patients, des « serious games » et des objets médicaux connectés.

¹OCDE, Health Statistics, 2016

²Trésor-Eco, « Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée ? » Lettre n° 145, avril 2015

Cercle de réflexion
sur la Valeur en Santé

Nous souhaitons

**que la notion de
qualité recouvre
celle de résultat**

Mettre en rapport les
résultats qui importent
aux patients et le coût
nécessaire à l'obtention de
ces résultats.

NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ EST RÉGULIÈREMENT LOUÉ POUR SA QUALITÉ.

Mais il n'est sans doute pas de terme plus galvaudé que celui de qualité, qui recouvre aujourd'hui des notions telles que sécurité, bonnes pratiques professionnelles ou encore satisfaction des patients. La lisibilité de ce que représente la qualité est insuffisante et les critères fournis au patient pour qu'il puisse en juger le sont encore davantage. Étonnamment, un grand nombre de nos concitoyens – qui pourtant plébiscitent notre système de santé – ont le sentiment que la qualité se dégrade¹.

Qu'en est-il de l'évaluation de la qualité en France ?

- Parler de qualité en France, c'est par exemple parler des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) pilotés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Destinés aux établissements de santé, ils sont notamment utilisés dans la certification et les contrats des établissements. Il s'agit principalement d'indicateurs de processus, par exemple les moyens de lutte contre les infections nosocomiales.

- Parler de qualité en France, c'est aussi parler du programme d'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) pour les établissements de santé ou de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) pour la médecine libérale.

- Parler de qualité en France, c'est enfin parler de la satisfaction du patient, évaluée notamment à travers le questionnaire e-Satis qui recueille des expériences telles que l'accueil, la prise en charge, la chambre et les repas.

Dans les faits, parler de qualité des soins en France revient donc à parler de l'offre de soins et des processus en évoquant que trop rarement les résultats de santé qui importent aux patients.

Faire ce constat ne signifie pas que les éléments actuellement mesurés ne sont pas pertinents. Bien au contraire. Ils gagneraient à être complétés des effets obtenus par les actions d'accompagnement qui, loin d'être nuls, demeurent circonscrits dans les mesures réalisées et ne s'inscrivent pas dans une vision stratégique claire. Surtout, ces actions sont perçues par les professionnels de santé comme motivées par des considérations économiques davantage que par la volonté d'améliorer les résultats qui importent aux patients.

Comment, dans ces conditions, améliorer la pertinence et le bon usage des soins, identifier les marges de progrès, améliorer les stratégies thérapeutiques et la coordination des soins sans briser le tabou qui consisterait à mettre en rapport les résultats qui importent aux patients et le coût nécessaire à l'obtention de ces résultats ?

¹Selon un sondage Odoxa publié en novembre 2016 par le Figaro, 80 % des Français estiment que le système de santé sera à l'avenir « plutôt moins bon qu'il ne l'est actuellement »

Cercle de réflexion
sur la Valeur en Santé

Nous désirons

**sortir de l'impasse
du cloisonnement
des acteurs**

La Valeur en Santé
est une de ces nouvelles
approches.

NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ SE CARACTÉRISE PAR LA DIVERSITÉ DE SES ACTEURS.

Cette diversité pourrait être une force plus grande encore si elle ne souffrait pas d'un cloisonnement souvent trop étanche et régulièrement montré du doigt.

L'articulation entre les cinq principaux acteurs que sont les patients, les professionnels de santé, les établissements de santé, les payeurs et les industriels nécessite d'être améliorée afin de permettre une meilleure implication de chacun, une plus grande confiance mutuelle et le dialogue de tous dans la transparence.

La co-construction des solutions apparaît comme la voie la plus susceptible de créer une véritable chaîne de valeur. Celle-ci doit permettre à chaque acteur de concilier réussite individuelle et utilité collective :

- pour les patients, l'accomplissement de leur projet de vie ;
- pour les professionnels de santé, la valorisation de leurs compétences et une meilleure adéquation de leur rémunération ;
- pour les établissements de santé, une utilisation efficace des ressources et plateaux techniques afin de supporter la capacité d'investissement de la structure ;
- pour les payeurs et les régulateurs, une meilleure affectation des ressources pour une meilleure réponse aux besoins et à la demande sociale ;
- pour les industriels, la diffusion de l'innovation.

Chaque chaîne de valeur ainsi co-construite permet d'introduire de nouvelles approches et pratiques qui potentialisent la somme des actions individuelles. Elle permet à chaque acteur de maximiser sa valeur ajoutée dans l'atteinte d'un objectif prédéfini et partagé par tous : celui des résultats qui importent aux patients.

La Valeur en Santé est une de ces nouvelles approches.

5
P R I N C I P A U X
A C T E U R S

les patients,
les professionnels de santé,
les établissements de santé,
les payeurs,
les industriels.

Cercle de réflexion
sur la Valeur en Santé

**Nous sommes
convaincus**

**que la Valeur en Santé
peut permettre de
faire progresser le
système de santé
français**

LA VALEUR EN SANTÉ EST UN MODÈLE DÉVELOPPÉ PAR MICHAEL PORTER, DE L'UNIVERSITÉ HARVARD.

Ce modèle propose de prendre en compte deux dimensions que sont :

- les résultats qui importent aux patients, qui se définissent comme une somme d'objectifs de santé dans un futur projet de vie ;
- le coût pour atteindre ces résultats.

Le rapport entre ces deux dimensions définit donc la Valeur en Santé qui croît selon deux modalités : une amélioration des résultats qui importent aux patients, une baisse des coûts pour atteindre ces résultats ou une combinaison des deux.

Repenser notre système de santé par la Valeur, c'est s'appuyer sur les attentes des patients pour co-construire des organisations et des modalités de prise en charge adaptées.

Repenser notre système de santé par la Valeur, c'est prendre conscience que nous partageons collectivement la responsabilité à la fois des coûts engagés et des résultats qui importent aux patients.

Repenser notre système de santé par la Valeur, c'est améliorer l'approche qualitative et ainsi maximiser la logique d'efficacité.

La Valeur en Santé n'est ni un idéal, ni un mot pour signifier une réduction des coûts. Bien au contraire, elle vient nourrir le principe du « dépenser mieux ».

LA VALEUR EN SANTÉ PERMET DE FAIRE PROGRESSER LE SYSTÈME SANS REPARTIR DE ZÉRO.

Bien que s'agissant d'un cadre nouveau, la Valeur est compatible avec les approches existantes.

Ainsi, l'évaluation des résultats qui importent aux patients vient compléter la mesure et l'évaluation des processus de prise en charge actuellement mises en œuvre.

Parallèlement, la Valeur en Santé permet de prendre en compte trois éléments majeurs qui font aujourd'hui défaut à notre système de santé.

En premier lieu, **le passage d'une logique de soins à une logique de santé**. Plus large que la logique de soins, la logique de santé repose sur un véritable continuum. Celui-ci comprend

la prévention, partie intégrante du système, fondamentale pour minimiser l'occurrence des pathologies à moyen et long termes et devant faire l'objet d'une évaluation médico-économique en continu, la phase thérapeutique, jusqu'au suivi à long terme, notamment dans le cas de pathologies chroniques. Cette transition nécessite un rapport plus étroit entre les différents acteurs du système, ce

que permet la Valeur en Santé qui force à la co-construction d'une chaîne de valeur.

De fait, ce continuum impose **la prise en compte du « temps long »**. En se concentrant sur les résultats qui importent aux patients, la Valeur en Santé s'intéresse aux différents objectifs de santé qui les composent et qui, pour certains, ne peuvent s'apprécier que dans le temps. Dans nombre de pathologies chroniques, le patient gère au quotidien sa maladie, les professionnels de santé n'intervenant qu'en tant que soutiens, certes indispensables, mais en appui du patient. Ainsi, alors que le patient diabétique est 99 % de son temps seul face à son diabète, notre système de santé se focalise essentiellement sur le 1 % restant. Penser « chronicité », c'est donc se plonger dans une perspective temporelle de prise en charge au cours de laquelle le recours aux soins ne représente qu'une partie infime du temps passé par le patient avec sa maladie.

LE PARCOURS,
NOTION
INTRINSÈQUE À
LA VALEUR EN
SANTÉ

Enfin, **la gestion des parcours**. La notion de parcours est intrinsèque à la Valeur en Santé à travers la mise en place d'une chaîne de valeur qui lie les différents acteurs au service des résultats qui importent aux patients. La complexité de cette approche est réelle : elle nécessite des outils adaptés (pour le suivi et la transmission d'informations) mais aussi une coordination et un pilotage qui engageront l'organisation et la rémunération des acteurs.

LA VALEUR EN SANTÉ DÉMONTRE DÉJÀ SES EFFETS POSITIFS DANS LES ORGANISATIONS OÙ ELLE A ÉTÉ MISE EN ŒUVRE

Les premiers programmes déployés à travers le monde font apparaître que cette approche est bénéfique à l'ensemble des acteurs, répondant ainsi aux enjeux des systèmes de santé.

En témoigne la récente reprise du modèle « OrthoChoice » par le rapport Charges et Produits de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), tant il est vrai qu'en s'intéressant aux paramètres constitutifs de la Valeur en Santé, il a démontré son impact vertueux au plan clinique, organisationnel et financier.



Focus sur le modèle suédois **Orthochoice**

**Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés.
Rapport charges et produits, 2017**

Focus

UN PROGRAMME BASÉ SUR LA VALEUR EN SANTÉ

Le programme Orthochoice a été lancé en 2009 dans le comté de Stockholm pour les patients bénéficiant de la pose d'une prothèse de hanche ou de genou. En quatre ans, 12 500 patients ont été pris en charge selon le modèle Orthochoice. Ce programme se caractérise par un paiement forfaitaire couvrant l'intégralité du parcours lié à l'intervention, à savoir : les soins pré-hospitaliers, le séjour chirurgical et la prothèse, les soins hospitaliers et en ville pendant un mois postopératoire, les dispositifs médicaux (prothèse), la rééducation en établissement (à l'exception de la kinésithérapie de ville), l'ensemble des soins liés aux complications en lien avec la prothèse (infection, réintervention, changement de prothèse) survenant dans les deux ans, voire, dans certains cas, dans les cinq ans.

À noter qu'une part du forfait liée à la performance (de 3,2 % maximum du tarif), basée sur l'atteinte des résultats qui importent aux patients, pourrait être introduite, ces modalités ayant démontré leur efficacité dans la chirurgie du rachis.

DES RÉSULTATS SIGNIFICATIFS

5 ans après son lancement, les équipes de l'université Karolinska et la société IVBAR ont procédé à l'évaluation du programme, mettant en évidence des résultats particulièrement encourageants :

- **Résorption des files d'attente** (moins de 5 % de patients attendant plus de 90 jours en 2012 contre 37 % en 2009)
- **Gains de productivité de 16 %** dans les établissements concernés, liés à une augmentation du nombre de patients opérés par équipe et par jour et une réduction de la durée des séjours (une journée de moins en moyenne)
- **Diminution de 20 % du coût moyen** sur un patient sur une période de deux ans, notamment expliquée par la baisse de 18 % du taux d'hospitalisations pour complications en lien avec la prothèse et la réduction de 23 % du taux de réintervention à deux ans de 23 %
- **Baisse respective de 21 % et de 9 %** des prescriptions d'opiacés et d'antibiotiques

Au final, le modèle Orthochoice a permis au comté de Stockholm de **prendre en charge 21 % de patients supplémentaires pour un coût total en baisse de 3 %**, tout en améliorant la qualité des soins et en diminuant les principales complications associées.

Cercle de réflexion
sur la Valeur en Santé

Nous souhaitons

**promouvoir une
méthodologie pour
rendre possible la
Valeur en Santé**

Définir des indicateurs de
mesure et d'évaluation

RAPPELONS QU'UN SYSTÈME DE SANTÉ FONDÉ SUR LA VALEUR PERMET DE METTRE EN REGARD LES RÉSULTATS QUI IMPORTENT AUX PATIENTS ET L'ORGANISATION NÉCESSAIRE À L'ATTEINTE DE CES RÉSULTATS. L'ADOPTER NÉCESSITE DE CONSTRUIRE UN ENVIRONNEMENT PÉRENNE, ASSOCIANT L'ENSEMBLE DES ACTEURS.

Le premier point, primordial, consiste à chercher ce qui importe au patient en termes de résultats et donc à rénover la relation entre le patient et les professionnels sur la base de la responsabilité respectueuse et partagée quant aux choix. Il s'agit de partager avec le patient les informations nécessaires à sa clairvoyance sur son état de santé, à l'informer des impacts et l'inciter à se déterminer sur les éléments de son projet de vie. C'est l'occasion d'échanger sur ce qui lui revient et ce qui revient au système de santé en termes de résultats possibles. C'est aussi le moment de se doter ensemble d'un parcours de prise en charge qui réponde à l'atteinte du maximum de résultats possibles en regard de ses choix en termes de projet de vie pour le futur.

La complexité de l'approche réside dans la possible contradiction entre les référentiels, l'*Evidence Based Medicine*, la volonté clairement exprimée par le patient et ses attentes.

S'agissant de la mise en œuvre, tout projet de Valeur en Santé se déploie sur la base de démarches essentielles et séquentielles. Au nombre de quatre, elles doivent successivement permettre de structurer les parcours, définir les indicateurs d'évaluation, mesurer et comparer les résultats obtenus. Il s'agira ensuite d'adapter le modèle de financement.

1. STRUCTURER DES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE

L'idée centrale est d'assurer le meilleur suivi du patient et pour cela, de mettre en place une chaîne de valeur, c'est-à-dire une chaîne d'acteurs coordonnés autour d'un programme commun de prise en charge, tenant compte du projet de vie du patient.

La première étape consiste à **définir des cohortes de population homogènes** pour chaque pathologie. Par exemple, au sein de la pathologie diabète, on s'intéressera aux adolescents atteints d'un diabète de type 1.

Pour chaque cohorte, la **structuration de modes de prise en charge**, qui sont autant d'options thérapeutiques, doit permettre de s'accorder sur le périmètre mais aussi sur les déterminants des parcours types. Ils doivent être partagés par l'ensemble des acteurs.

C'est à l'aune de chaque situation individuelle qu'il faut ensuite **choisir la meilleure modalité de prise en charge** à utiliser. Le choix du mode de prise en charge, et donc de l'option thérapeutique, est effectué après avoir croisé le possible de la prise en charge définie et les attentes du patient, liées à son projet de vie.

Ce choix s'inscrit dans une **démarche de co-construction entre le professionnel de santé et le patient**, dans la mesure où ce dernier entretient avec sa santé une responsabilité qui l'anime à agir et à s'investir dans la voie de la réussite.

Adopter cette approche ne signifie pas pour autant raisonner de manière subjective. Au contraire, cela revient à faire de l'information et de l'échange avec le patient une composante forte du traitement au service de l'engagement et de la responsabilisation au résultat. Cet échange doit d'ailleurs se poursuivre tout au long de la prise en charge.

Demain, la e-santé et les algorithmes prédictifs permettront l'information et l'orientation avec une connaissance plus fine des avantages et des inconvénients de chaque situation. C'est la raison pour laquelle il faut, dans ce dialogue déterminant avec les professionnels de santé, que le patient puisse mettre dans la balance ce qui compte vraiment pour lui et ait pleinement conscience des limites du possible.

2. DÉFINIR DES INDICATEURS DE MESURE ET D'ÉVALUATION

Un ensemble d'indicateurs précis doit permettre **une évaluation tout au long de la prise en charge**. Ainsi, à chaque objectif de santé composant le résultat qui importe au patient doit correspondre un indicateur de mesure et d'évaluation.

Les différents indicateurs sont regroupés au sein d'un référentiel propre à un mode de prise en charge. Chaque référentiel est le fruit d'une logique de co-construction afin de **tenir compte d'éléments cliniques, organisationnels, et des attentes des patients**. Les critères relatifs à la dimension patient doivent être lisibles et compréhensibles par toute personne non spécialiste. Ils doivent retranscrire le plus fidèlement possible les attentes des patients au regard de la prise en charge et reflètent donc souvent des aspects de qualité de vie.

Dans ce domaine, l'International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM), organisation à but non lucratif, a d'ores et déjà commencé un **travail collégial de définition d'indicateurs standardisés de mesure et d'évaluation** avec pour objectif de couvrir les 50 pathologies les plus répandues à travers le monde. Pour autant, parce qu'ils décrivent une pathologie (parkinson, douleur du dos, cancer de la prostate, etc.) ils devront être complétés de critères plus spécifiques, propres à décrire fidèlement la cohorte et les processus de soins s'y rattachant.

3. MESURER, COMPARER ET ORGANISER LA TRANSPARENCE DES RÉSULTATS

Sur la base des indicateurs, mesurer et comparer les résultats devient possible, tout comme la capacité de les améliorer. L'approche de la Valeur en Santé permet donc **une démarche de progrès** visant à mieux prendre en compte les facteurs influençant les résultats qui importent aux patients. Cette démarche n'est d'ailleurs pas étrangère au monde médical et scientifique qui, à intervalles réguliers, se rencontre, échange, partage ses retours d'expériences.

Il ne s'agit pas ici d'évaluer les pratiques des professionnels mais bien de mesurer les résultats, autrement dit de s'intéresser à la fin, dont l'intérêt est collectif, et non aux moyens, qui restent l'apanage des professionnels.

Les résultats mesurés doivent être partagés. Cette transparence est la condition indispensable à la création de dynamiques nouvelles, inspirées des pratiques ayant permis d'aboutir à un résultat meilleur, reproductible et pérenne.

Si l'on prend l'exemple du cancer de la prostate, l'option thérapeutique de la chirurgie peut être source d'effets secondaires impactant la qualité de vie du patient (impuissance, incontinence). Certaines équipes ont mis en place des pratiques permettant de réduire significativement l'apparition de ces complications. **La visibilité donnée à ces résultats mesurés favorise la diffusion de pratiques plus efficaces** et améliore la qualité générale du système.

Mesurer et comparer, c'est à la fois mieux connaître, s'approprier ses résultats et apprendre de l'autre.

La Valeur en Santé, en rendant possible cette mesure et cette comparaison, crée les conditions d'une compétition / coopération, d'une « coopétition ». Cette coopétition ne conduit pas à stigmatiser le moins bien placé mais l'invite à s'intéresser aux raisons qui font le succès du meilleur et lui offre l'opportunité d'une progression médicale continue. Elle permet ainsi de **réduire progressivement la différence de résultats entre deux modalités de prises en charge similaires**, jusqu'à la rendre marginale.

L'amélioration collective ainsi obtenue, impliquant l'ensemble de la chaîne de valeur, permet de tendre à l'homogénéité dans les résultats et de tirer l'ensemble du système vers le haut.

COOPÉTITION

S'INTÉRESSER
AUX RAISONS QUI FONT
LE SUCCÈS DU **MEILLEUR**
POUR RÉDUIRE
PROGRESSIVEMENT LA
DIFFÉRENCE DE RÉSULTATS.

4. ADAPTER LE MODÈLE DE FINANCEMENT

Le modèle de financement est un élément qui **structure le comportement des acteurs**. La manière dont les régulateurs-payeurs peuvent faire évoluer ce modèle induit donc un changement des comportements et des organisations.

Aujourd'hui, si l'on considère le modèle de financement français, la tarification à l'activité (T2A) a permis de franchir une étape clé en termes d'efficacité économique et de transparence dans le financement des établissements de santé. Pour autant, elle reste perfectible : fondée sur un modèle centré sur l'activité, elle incite notamment les établissements de santé à augmenter leur activité en induisant la demande de soins et à transférer une partie de leurs coûts vers les soins de suite ou le domicile.

Actuellement, hormis les mesures complémentaires financièrement marginales, **notre modèle de tarification incite au volume sans nécessairement inciter à la pertinence**.

Dans un système fonctionnant sur le principe de l'atteinte des résultats qui importent aux patients, celui de la Valeur en santé, le modèle de financement des différents acteurs de la chaîne de valeur doit pouvoir tenir compte de leur contribution respective à l'atteinte des résultats et de leur évaluation au fil du temps.

Il est donc nécessaire que le modèle de financement s'adapte pour **intégrer la notion de chaîne de valeur au service du résultat**. Le débat persiste sur ce point. Certains préconisent une tarification au forfait et modulée selon les résultats atteints : c'est le choix opéré par plusieurs pays qui se sont d'ores et déjà engagés sur ce chemin, à l'image des Pays-Bas et de la Suède. D'autres estiment à l'inverse que dans le système français, il n'est pas possible de moduler les tarifs en fonction de ces mêmes résultats.

Au même titre que les premiers projets opérationnels et collaboratifs prenant appui sur un référentiel de « Valeur en Santé » mis en place en France donneront de premières pistes et enseignements en la matière, les expérimentations menées dans les autres pays doivent être évaluées et leur reproductibilité mesurée à l'aune de notre propre système de santé.

Il n'existe pas de système de tarification idéal mais celui qui permettra de potentialiser la mise en responsabilité des patients, l'évaluation transparente des résultats, la compétition pour l'atteinte de l'excellence et la coordination des acteurs dans l'objectif collectif du meilleur résultat possible pour le patient, doit être recherché et le cas échéant mis en place de manière volontariste.

À travers la révolution qualitative permise par la Valeur en Santé, nous pouvons faire entrer notre système de santé dans une ère nouvelle.

Le Cercle de réflexion sur la Valeur en Santé, au-delà de son Manifeste, est résolument engagé à faire la preuve empirique que la Valeur en Santé peut, dans un futur proche, devenir une réalité française.

Faire avancer la santé, ensemble !

Nombre de ses membres se tournent désormais vers des projets concrets qui seront à même de démontrer, à diverses échelles et pour différentes pathologies, que cette approche fait sens en ce qu'elle peut représenter l'avenir.

Le Cercle continuera, au cours des mois et des années qui viennent, à enrichir sa réflexion : les expérimentations sur le terrain et les résultats obtenus nous permettront de faire avancer la santé ensemble.

Cercle de réflexion
sur la Valeur en Santé

LA VALEUR EN SANTÉ

Manifeste
pour un système de santé
fondé sur la valeur