
L'évolution des modes de financement des établissements de santé

Une nouvelle échelle de
valeur

Dr Olivier VERAN

Sommaire

Sommaire	1
Introduction.....	2
Des axes pour une transition vers de nouveaux modes de rémunération	4
Refonder la politique de la mesure de la qualité	4
Associer plusieurs modes de rémunération pour favoriser la transition épidémiologique	6
Investir dans la recherche interventionnelle et l'innovation organisationnelle	9
L'hospitalisation à domicile, un nouveau mode de rémunération comme levier de développement.....	10
Faciliter l'accès à l'innovation	11
L'investissement hospitalier, une responsabilité collective et partagée	12
La santé mentale, un mode de financement en devenir	14
La précarité.....	17
Conclusion	17
ANNEXES.....	18
Annexe 1 : Lettres de mission de Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé	19
Annexe 2 : Liste des personnes auditionnées dans le cadre de la mission	22
Annexe 3 : liste des membres du comité.....	27
Annexe 4 : Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité de soins et des conditions de travail	29
Annexe 5: De la T2A au financement de la valeur du soin : Financer l'épisode et le parcours de soins en intégrant prévention et pertinence des soins.....	46
Annexe 6 : Organiser l'innovation pour financer nos innovations organisationnelles	59
Annexe 7 : Le financement de l'hospitalisation à domicile.....	76
Annexe 8 : Le financement de l'Investissement Hospitalier	83
Annexe 9 : Le financement de la recherche.....	90
Annexe 10 : Le financement de la liste en sus	105
Annexe 11 : Le numérique à l'hôpital : des ambitions croissantes d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins qui peinent à se réaliser.....	108
Annexe 12 : Le financement de la santé mentale	113
Annexe 13 : La précarité, une actualisation du modèle en cours à soutenir	122
Annexe 14 : L'évolution du financement des soins critiques.	126
Annexe 15 : Le financement des établissements d'Outre-Mer	127

Introduction

Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé m'a confié la mission de proposer une évolution des modalités de financement des établissements de santé afin de rendre ce financement plus proche des activités des professionnels de santé, plus adapté aux prises en charge des patients à l'heure des maladies chroniques, et moins centré sur les structures existantes. Deux lettres de mission en date du 10 novembre 2015 et du 20 juin 2016 ont formalisé cette demande.

J'ai constitué un comité de réflexion composé d'experts, médecins, directeurs, économistes, sociologues... de toutes sensibilités et issus des secteurs public, privé lucratif et non lucratif. Ce comité, dont la composition a pu évoluer au fil des travaux pour tenir compte notamment de la richesse des thèmes abordés, s'est réuni très régulièrement. Les auditions et tables rondes ont été nombreuses, les échanges ont été animés et constructifs. Je veux ici remercier très vivement l'ensemble des membres du comité qui ont contribué à ce travail, mais aussi les représentants des fédérations, des conférences, des syndicats, les personnalités qualifiées, la CNAMTS, l'IGAS et les élèves directeurs d'hôpital en appui sur cette mission. Nous avons pu compter sur le soutien actif des administrations centrales et régionales, au premier rang desquelles la DGOS.

La première partie des travaux du comité s'est inscrite dans un référentiel T2A, c'est-à-dire qu'il s'agissait de formuler des propositions susceptibles d'être reprises rapidement dans le cadre de la dernière Loi de Finances de la Sécurité Sociale du quinquennat, la LFSS 2017, visant à adapter la T2A là où cela s'avérerait nécessaire. Le rapport d'étape publié au début du mois de juin 2016 contenait ainsi plusieurs propositions dont certaines ont été arbitrées favorablement par madame la Ministre, de sorte que le financement des soins critiques, en SSR, en établissement de proximité, en hôpital de jour, ou encore les soins pluri professionnels ambulatoires, sont ou seront réformés en conséquence.

La seconde partie des travaux du comité visait à s'affranchir du référentiel T2A pour proposer de nouveaux modes de financement des établissements de santé, conséquemment aux observations inscrites dans le rapport d'étape. Celles-ci soulignent les atouts de la T2A, tel le développement d'une approche médico-économique, le rétablissement d'une équité entre établissements et entre territoires, la capacité à contractualiser en interne ou en externe sur la gestion des moyens et sur la qualité. Le rapport fait aussi le constat des effets négatifs de la T2A, qui, si elle semble plutôt bien adaptée aux actes standardisés et techniques, rend peu compte de la complexité des parcours des patients atteints de maladies chroniques. Plus encore, les tarifs semblent être devenus une variable d'ajustement dans une régulation prix/volume qui répond avant tout à l'objectif de respecter l'ONDAM, créant des tensions au sein des établissements, au sein des équipes. Dans un contexte de contrainte sur le niveau de financement, le modèle de répartition au prorata de l'activité rend difficile toute perspective de développement d'activité, d'innovation, d'investissement. Or les modes de prise en charge des patients peuvent évoluer très vite sous l'effet d'innovations de rupture soutenues par les techniques médicales, le numérique, les dispositifs médicaux, l'apparition permanente de nouvelles molécules. La prise en compte de ces évolutions pourtant utiles aux patients est souvent retardée, et il est constaté un déficit d'anticipation et de prospective. Les pratiques professionnelles elles-mêmes ne cessent de se complexifier, complexité liée aux évolutions rapides qui imposent des ajustements permanents, complexité liée à la nécessité d'adaptation à l'environnement territorial, à la présence ou à l'absence de compétences spécialisées, à des besoins

de santé différenciés. Le travail en équipe et la coopération entre acteurs sont encore insuffisants. Il faut créer les conditions pour qu'ils se développent. Et le besoin fort de coordination qui se fait sentir se heurte à une organisation ville/hôpital trop cloisonnée. Enfin, il est souhaitable, comme le font nombre de pays occidentaux, d'investir davantage dans la prévention, et s'appuyer pour cela sur les patients, acteurs à part entière de leur santé.

Ces réflexions ne sont pas propres à notre comité. Elles figurent dans les déclarations de Madame la Ministre, dans les rapports du HCAAM, de l'IGAS, dans les livres blancs établis par les fédérations et par différentes sociétés savantes. Elles nous ont été exprimées par beaucoup de professionnels au cours de nos travaux de telle sorte qu'on peut affirmer sans prendre de risque que le financement au parcours de soins d'un malade dans sa globalité, plutôt que soin par soin, à l'acte en médecine de ville, à l'activité en établissement, est un enjeu, sinon consensuel, largement partagé.

Comme nous nous y étions engagés, la qualité des soins fait l'objet d'une attention particulière, visant à enrichir le panel d'indicateurs d'évaluation existants d'indicateurs de résultats. D'autant que qualité et pertinence des soins sont indissociables de toute réflexion sur le parcours de soins, comme l'est d'ailleurs le financement de l'innovation technologique et organisationnelle.

Le rapport contient ensuite des propositions thématiques, ayant trait au financement des soins de santé mentale, à l'hospitalisation à domicile, et à la précarité. Des propositions structurelles aussi, comme le financement de l'investissement ou de la recherche. Les annexes contiennent des travaux complémentaires, à partir des auditions menées ainsi qu'une focale instructive sur la situation sur l'île de la réunion, qui rend compte de contraintes spécifiques à certains territoires insulaires.

Certaines propositions du rapport seront sans doute discutées, analysées, critiquées parfois. Leur mise en œuvre demandera beaucoup de travail de conviction, de concertation et de confiance dans la capacité des acteurs à s'emparer de ces questions, pour améliorer leurs pratiques et la prise en charge des patients.

Des axes pour une transition vers de nouveaux modes de rémunération

Refonder la politique de la mesure de la qualité

La T2A est parfois critiquée car elle aurait introduit au sein des établissements des exigences de rentabilité économique, exigences économiques qui iraient à l'encontre du souci de la qualité des soins et d'une prise en charge humaine des patients. Cette critique s'exprime avec d'autant plus de force que la T2A, simple méthode d'allocation des ressources aux établissements, s'est mise en place dans une période où le montant global des ressources attribué aux établissements – l'ONDAM hospitalier voté par le Parlement- a été particulièrement contraint notamment depuis 2010 exigeant du système hospitalier d'importants progrès de productivité.

Or il importe de réaffirmer que s'il est légitime de veiller à l'efficience dans l'utilisation des ressources allouées aux établissements de santé, il n'est pas question de considérer que les dépenses de soins ou les établissements de santé ont vocation à être rentables. Les dépenses de santé ne sont pas et n'ont pas à être rentables, elles ne se justifient que parce qu'elles permettent de gagner des années de vie, de réduire des incapacités, de soulager des souffrances. Les établissements de santé ont pour mission première et fondamentale de délivrer des soins de qualité. A cet égard, les inquiétudes formulées par les critiques de la T2A méritent d'être entendues : avec la T2A on mesure - et l'on sanctionne- les performances en termes économiques de chacun des établissements au risque de privilégier indûment cette dimension financière par rapport à la mission première des établissements de santé : délivrer des soins de qualité.

On doit s'assurer en mesurant la qualité des soins délivrés que le système hospitalier est fidèle à sa mission fondamentale, qu'il est guidé dans son pilotage et son fonctionnement par des objectifs conformes à sa vocation première. La politique hospitalière ne doit plus être indexée sur la seule appréciation de la performance économique des établissements et la T2A doit redevenir ce qu'elle aurait toujours dû rester, un simple outil technique de répartition d'une enveloppe hospitalière dont le calibrage est confié aux représentants élus de la nation.

Il ne s'agit pas d'affirmer pour autant que l'on ne s'est pas préoccupé de qualité des soins dans la période récente que ce soit à travers le développement de la certification ou le développement d'indicateurs de qualité de processus. Mais ces démarches ne sont pas à la hauteur des enjeux.

Il nous faut développer de nouvelles mesures publiques de la qualité de soins pour que :

- les parlementaires lorsqu'ils votent l'ONDAM soient informés des conséquences de leur décisions non seulement en termes économiques et financiers mais aussi en termes de qualité des soins ;
- les gestionnaires hospitaliers (directions d'établissements, ARS) ne fassent pas prévaloir des considérations économiques sur l'objectif d'améliorer la qualité des soins ;
- les représentants des patients puissent jouer leur rôle en disposant d'informations sur la qualité des prestations offertes à ceux qu'ils représentent. C'est la condition d'une véritable démocratie sanitaire ;
- les patients eux-mêmes puissent s'orienter dans l'offre de soins. La liberté de choix de l'établissement ne vaut que si cette liberté est éclairée ;

- les équipes soignantes, au-delà même de l'engagement dont elles font d'ores et déjà preuve, soient incitées à développer la qualité des soins qu'elles délivrent.

Ces nouvelles mesures de la qualité des soins doivent s'organiser autour de trois piliers :

- le recueil de l'expérience des patients. Les patients sont les mieux à même de juger de la manière dont ils ont été nourris, hébergés, écoutés, accompagnés, soutenus, respectés dans leurs droits, associés aux décisions, informés sur leur pathologie, orientés à la sortie de l'hôpital. Toutes ces dimensions sont bien évidemment des constituants majeurs d'une prise en charge de qualité. En ce domaine, nous disposons depuis la fin 2016, après une longue gestation, des éléments nécessaires à travers l'enquête I-Satis.

- le recueil de l'expérience des soignants. Il faut se doter d'un outil similaire à E-satis pour recueillir l'expérience des personnels soignants sur leurs conditions de travail et leur appréciation sur la qualité des soins. Il est nécessaire de s'assurer que les contraintes financières pesant sur les établissements de santé ne conduisent pas à les dégrader, d'autant qu'elles déterminent la qualité des soins dispensés aux patients. Enfin, on peut penser que les soignants sont légitimes pour porter une appréciation pertinente sur la qualité des soins dans l'établissement où ils officient.

- des indicateurs cliniques de qualité fondés sur les résultats. Nous avons développé en France des indicateurs de processus mais accusons un important retard par rapport aux pays comparables pour ce qui concerne les indicateurs de résultats. Tous ces pays établissent et diffusent des indicateurs de mortalité (globaux ou par pathologie), des indicateurs de réadmission, des indicateurs relatifs aux événements indésirables ou aux infections nosocomiales. De nouveaux indicateurs dits PROMs (Patient Reported Outcome Measures) se développent. Il ne s'agit pas de sous-estimer les difficultés scientifiques et techniques rencontrées pour mettre en place de tels indicateurs mais il convient d'engager dès à présent l'investissement nécessaire pour disposer de ces données. A cet égard, il est proposé d'y consacrer, sous l'égide de la HAS, autant de moyens que ceux aujourd'hui consacrés au développement et à la maintenance des outils de tarification. Cet effort d'investissement doit être conduit en veillant à associer les professionnels du secteur hospitalier, les médecins au premier chef, à la définition de ces indicateurs.

Il pourrait être tentant d'envisager de rémunérer les établissements de santé non seulement selon l'activité mais aussi selon la qualité, une fois ces indicateurs consolidés. Cette démarche du « pay for performance » fait débat, et les premiers résultats dans les pays qui l'expérimentent sont largement considérés comme décevants. Préoccupons-nous dans un premier temps d'établir des mesures appropriées de la qualité, il sera temps ensuite d'apprécier si ces mesures doivent être intégrées dans la rémunération des établissements.

On ne lèvera les inquiétudes légitimes que suscite la T2A que si l'on rétablit l'ordre des priorités : tout d'abord bien soigner, ensuite veiller à la bonne utilisation des ressources consacrées aux soins. Cela n'est possible que si les mesures de la qualité des soins deviennent l'axe autour duquel s'organisent la régulation et la gestion des établissements de santé. C'est à cette condition que l'on sortira par le haut des questions posées par la T2A. Ces indicateurs de qualité sont aussi un corollaire indispensable à toute expérimentation de financement au parcours ou à l'épisode de soins.

Associer plusieurs modes de rémunération pour favoriser la transition épidémiologique

Paielement à l'activité

La tarification à l'activité (T2A) est, depuis 2004, le mode principal de financement des établissements de santé de court séjour MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). L'application de la T2A à certaines activités standardisées, telles que la chirurgie ou la médecine interventionnelle, ne fait pas aujourd'hui débat. Leurs « coûts de production » sont évaluables et prévisibles, les actes réalisés peuvent être décrits de façon précise, et le financement des structures est donc en adéquation avec les frais engagés. Parmi les centaines de personnes entendues, aucune n'a remis en cause la T2A pour les activités standardisées. Des améliorations devaient cependant être apportées pour atténuer les effets moins positifs ; c'est ce qui a été proposé dans le rapport d'étape mais également plus loin, de manière complémentaire, dans le présent rapport.

Paielement intégré

Le comité a travaillé aux objectifs et moyens pour rénover en profondeur les modes de financement des établissements de santé. Quels sont les constats exprimés par les nombreux professionnels rencontrés par le comité :

- Les contraintes pesant sur l'enveloppe de financement global sont telles qu'une baisse des tarifs est chaque année pratiquée pour rester dans le cadre de l'ONDAM. Outre l'incompréhension des professionnels, une telle situation rend difficile toute stratégie de long terme (recrutements, investissements...).
- L'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques impose une coordination pluri professionnelle, des actions de prévention ou d'éducation thérapeutique non explicitement financées par la T2A (même si des actions ont été réalisées pour tenter de répondre à cette carence, le ressenti des professionnels demeure que ces actions ne sont pas financées).
- Des évolutions fortes sont intervenues sur les plans technologique et épidémiologique qui bouleversent les organisations et les modalités existantes de financement : la possibilité de suivre les constantes biologiques ou physiologiques à distance, la médecine prédictive personnalisée qui implique des professionnels divers autour du même patient, des thérapies ciblées, coûteuses nécessitant des réseaux d'expertise spécialisée.
- Des évolutions sociétales : les patients disposent d'informations fiables les incitant de plus en plus à être de véritables partenaires, une démographie médicale très variable d'un territoire à un autre.
- Des cloisonnements institutionnels et juridiques entre des acteurs qui doivent travailler et réfléchir ensemble : entre l'hôpital et la ville ; entre secteur public et privé ; entre le médical, le paramédical, le périmédical ; entre le sanitaire, le médicosocial et le social.

Les modalités de financement peuvent être un levier d'évolution du système pour permettre à celui-ci d'apporter une réponse satisfaisante à ces constats. Il est proposé de réorganiser le mode de financement en fonction du parcours de soins, en privilégiant la valeur du soin. Pour ce faire, une transition progressive associant trois modes de financement est à privilégier :

- Un financement T2A au séjour pour des séjours « ponctuels » et « simples »

- Un financement à l'épisode de soins pour les actes chirurgicaux lourds ou des soins médicaux aigus nécessitant une prise en charge en amont et en aval, impliquant des médecins et soignants de ville et des professionnels des établissements de soins
- Un financement au parcours, répondant spécifiquement à la prise en charge des pathologies chroniques, et impliquant la médecine de ville et la médecine hospitalière

En annexe 5 sont détaillés ces différents modes de financement qui connaissent des mises en œuvre dans des pays comparables à la France. Partout, ils favorisent la coordination des acteurs, réduisent le taux de complications et de ré hospitalisations, d'admission en urgence, et tendent à améliorer l'efficacité et la qualité des soins. Ils constituent un levier majeur pour rompre la logique « en silos » du système de soins et décloisonner les différents segments du système de soins, réduire les actes inutiles et redondants, intégrer les stratégies de prévention, renforcer l'efficacité de notre système de santé et améliorer les résultats sur la santé des patients.

Il s'agit donc d'une proposition ambitieuse qui va nécessiter d'identifier les conditions à respecter pour qu'elle puisse avoir une chance de réussir :

- La mise en place d'une coordination forte entre les différents acteurs concernés par la prise en charge du patient, coordination forte parce qu'il s'agit d'acteurs relevant de situations juridiques différentes, rémunérés sur des bases différentes, à la culture parfois différente.
- Le cas des patients atypiques ou extrêmes doit pouvoir être examiné de façon spécifique, en particulier sur le plan financier, afin que les professionnels qui s'engagent dans l'expérimentation soient sécurisés sur ce plan.
- La nécessité de mettre à disposition de tous un système d'information partagé, sécurisé et comportant toutes les informations utiles à une bonne prise en charge des patients.
- La définition de bonnes pratiques et d'indicateurs qualité qui permettent de s'assurer qu'il n'y a pas de risque d'atteinte à la qualité et à la sécurité des soins et que les soins sont pertinents.

La proposition se veut ambitieuse ; elle se veut aussi pragmatique. Il n'est évidemment pas possible de basculer en une seule fois sur ces modalités la totalité des patients et des territoires.

Le pragmatisme, c'est de tester ces nouveaux modes de paiement dans des territoires volontaires avec des acteurs qui sont convaincus qu'un progrès est possible tant dans leur exercice professionnel que dans la prise en charge et le suivi des patients.

Le pragmatisme, c'est le choix de la méthode d'expérimentation. Foin des protocoles nationaux chronophages et qui retardent, sinon grèvent les volontés de changement. A titre d'exemple, aucun malade n'est inclus dans l'expérimentation au parcours insuffisance rénale chronique terminale, près de 5 ans après le vote de la loi. Si un cadrage est nécessaire, il doit se faire dans l'objectif de valider un protocole expérimental en lien constant avec les professionnels volontaires et/ou un promoteur, répondant en cela à un appel d'offre lancé par les ARS en concertation avec l'assurance-maladie.

Le pragmatisme, c'est de ne pas choisir à priori la structure coordinatrice et de laisser ouvertes plusieurs possibilités (établissement de santé public, privé ou ESPIC, une maison médicale, une HAD...), à discuter entre les professionnels volontaires, les ARS, et l'assurance maladie.

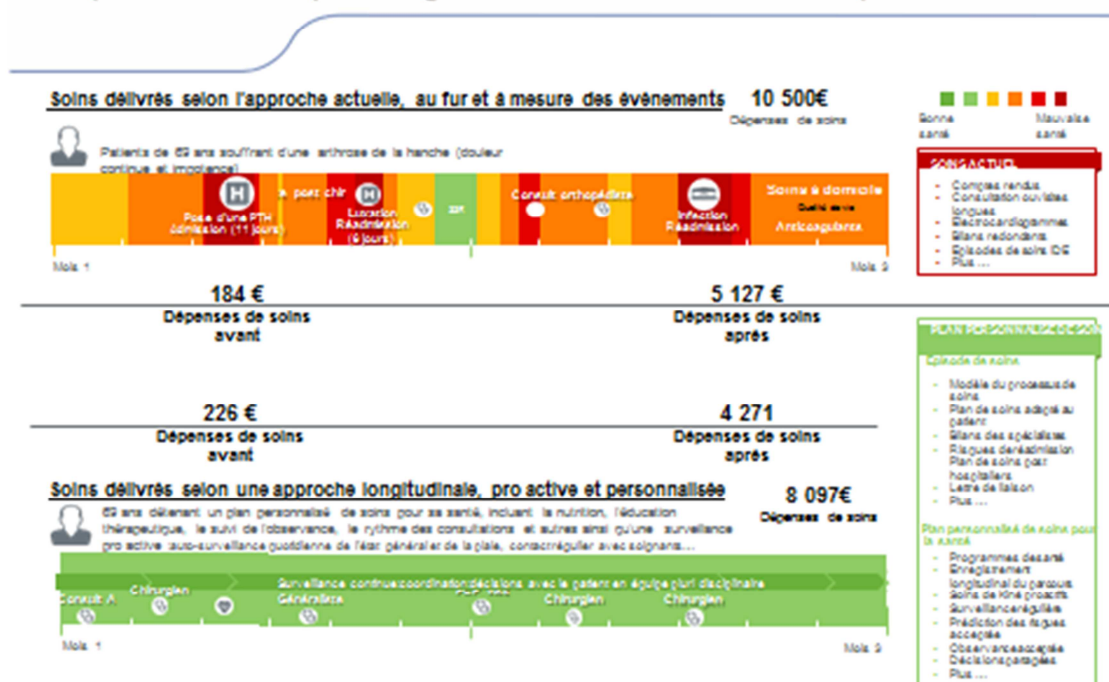
Le pragmatisme, c'est une souplesse dans la mise en œuvre de l'expérimentation. Les actes réalisés sur les patients pris en charge devront être suivis en parallèle afin de calculer les dépenses que l'Assurance Maladie aurait prises en charge de façon classique. Une comparaison sera alors faite avec le budget alloué au promoteur, budget calculé sur les dépenses de l'année précédente. Si le budget est inférieur aux dépenses « reconstituées », une analyse est conduite par les parties prenantes (Promoteur, ARS, Assurance-Maladie) pour éventuellement abonder le budget en conséquence. Cette formule a pour but de sécuriser le promoteur, au moins sur la durée de l'expérimentation. Si en revanche le budget est supérieur aux dépenses « reconstituées » à posteriori, le promoteur conserve les moyens et est libre de les réinvestir, au titre d'une valorisation individuelle ou collective, de l'investissement dans l'innovation technologique ou organisationnelle.

La liberté de choix du patient, parfois bien théorique dans certains territoires en difficulté pour attirer des professionnels, serait respectée puisque le patient pourrait d'abord choisir de rentrer ou non dans le système, ensuite de se retirer du système coordonné à l'issue d'une période fixée (un an par exemple).

Le corollaire de la confiance donnée aux acteurs et de la souplesse du cadre expérimental, c'est une évaluation rigoureuse de la qualité, de la pertinence et de l'efficacité des soins.

Voilà l'objectif : expérimenter de nouveaux modes de financement des soins, au parcours ou à l'épisode selon les situations, dans les territoires, à partir de l'initiative des professionnels de santé, en faisant le pari d'une qualité et d'une pertinence des soins accrues pour les patients, et d'un gain d'efficacité réinvesti pour financer l'innovation. Ce modèle fonctionne, en Europe du nord, aux Etats-Unis, la France dispose de tous les atouts pour l'expérimenter à son tour, en privilégiant une souplesse nouvelle dans la mise en œuvre.

Un parcours clinique intégré et une rémunération à l'épisode de soins



Investir dans la recherche interventionnelle et l'innovation organisationnelle

L'organisation des soins en France n'est pas seulement cloisonnée entre ville et hôpital, médical et médico-social, elle est également figée, peu réactive aux enjeux auxquels elle fait face : vieillissement de la population, risques épidémiques émergents, risques environnementaux, maladies chroniques et cancers,... A la fois cause et conséquence, notre système de soins peine à se saisir pleinement du progrès médical, tandis que celui-ci suit une courbe en forte croissance, portée par le numérique, et les nouvelles molécules s'inscrivant dans la fameuse médecine des « 4P ». Parler en 2017 de télémedecine comme d'une innovation a quelque chose d'anachronique. Certes, le frein a longtemps été financier. Mais au-delà, quel usage en pratique clinique, et quelle nouvelle organisation pour s'en saisir ? Il est urgent de s'interroger, à l'heure du big data et des NBIC.

C'est cela l'innovation organisationnelle, cette capacité à modifier pratiques et organisation du travail, relations entre professionnels, mais aussi entre professionnels et usagers. Les modalités de prise en charge doivent en permanence évoluer - et rapidement - du fait des progrès médicaux : à titre d'exemple, les évolutions des produits anesthésiques et des techniques chirurgicales ont conduit depuis des années à une baisse rapide des durées de séjour dans les établissements de santé, le développement de la radiologie interventionnelle a modifié la répartition des prises en charge entre professionnels, le développement des objets connectés amène à redéfinir le suivi des patients et l'exercice médical. Les patients sont eux-mêmes source d'évolutions profondes dans les modalités de prise en charge, mieux informés, pleinement acteurs.

Les freins sont identifiés : une réelle aversion aux risques liés au changement et à l'innovation dans les organisations ; une évaluation des professionnels qui se fait le plus souvent sur la contrainte économique, n'invitant pas à la « prise de risque » ; une grande variété des besoins des patients qui oblige à s'adapter, à sortir d'un cadre normatif commun ; une réelle difficulté à faire évoluer des modalités de financement âprement négociées et qui ont créé des situations bien établies ; la difficulté, parfois, à démontrer que ces innovations sont bénéfiques. Un exemple concret vient illustrer ces difficultés : entre la première manifestation d'une volonté de développer l'hospitalisation à domicile (1951, Docteur Siguier, Hôpital Tenon) et sa reconnaissance législative (Article 4 de la loi 70-1318 du 31 décembre 1970), 19 années ont passé. Ou plus récemment, la difficulté à mettre en place des hôtels hospitaliers en France alors qu'ils existent ailleurs en Europe.

Des avancées ont néanmoins été enregistrées et notre système dispose de nombreux atouts, comme le programme d'investissement d'avenir porté par le commissariat général à l'investissement qui soutient des projets d'innovation organisationnelle. Citons aussi la création des IHU, le développement des pôles de compétitivité et d'espaces incubateurs, la possibilité de mettre en place des fondations, la stratégie nationale de recherche depuis Mars 2015, la mise en place d'un délégué à l'innovation, les plateformes territoriales d'appui portées par la loi de modernisation de la santé, ou encore les programmes de recherche médico-économique (PRME) et les programmes de recherche sur la performance du système de soin (PREPS).

Les efforts doivent désormais être concentrés sur les points suivants. La méthodologie d'évaluation des innovations organisationnelles est à modifier (la constitution des cohortes est un point critique). Le développement et le partage entre acteurs des informations utiles au bon fonctionnement global d'une expérimentation d'une innovation organisationnelle sont à encourager tout en garantissant la

nécessaire confidentialité. Les modalités de financement doivent encourager et non empêcher les innovations : c'est le cas avec la T2A au sein de l'établissement de santé puisque ce dernier a intérêt à l'efficience mais cela doit dépasser le cadre d'une structure pour concerner l'ensemble du secteur de la santé. En effet, une innovation peut représenter une dépense supplémentaire pour un acteur tout en représentant une économie pour le système dans son ensemble. Une instance d'analyse des innovations transversales au système de soins devrait prévoir la fongibilité de crédits lorsque c'est l'intérêt des patients, des professionnels et de la collectivité.

Un exemple : la télémédecine. Cette forme d'exercice particulière de la médecine, innovante, fait l'objet d'attentes fortes de la part des acteurs du système. Elle constitue en effet un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les territoires à faible densité médicale. Elle est à même de simplifier le suivi du patient aussi bien en ambulatoire qu'en post hospitalisation. Le développement de la télémédecine implique de réduire la fracture numérique que connaissent certains territoires, de parfaitement sécuriser les données du patient, de conduire les évolutions organisationnelles qu'elle nécessite et d'évaluer son impact médico-économique pour définir les contours d'un nouveau modèle économique. Si le financement des infrastructures s'inscrit dans des modèles connus, celui des usages liés à la télémédecine pose la question d'un équilibre innovant à trouver entre modèle tarifaire incitatif et risque d'un financement potentiellement inflationniste. Des expérimentations en cours visent à préfigurer les tarifs de télémédecine sans intégrer les modalités incitatives à investir dans le dispositif, en effet le levier de la rémunération à la performance avec les indicateurs sur les hospitalisations évitables ou les transports évités ne sont pas envisagés car cela suppose un changement structurel profond des interactions entre les secteurs.

Le comité propose la mise en place de plateformes régionales d'innovation organisationnelle intégrées, chargées d'accompagner les projets de recherche interventionnelle, en appui des priorités de santé publique nationale et de leurs déclinaisons dans les territoires, au plus près des bassins de vie des personnes malades. Ces centres collaboratifs devront associer établissements de santé et professionnels de santé de ville. L'exemple de la plateforme Cassiopée en nouvelle Aquitaine est assez illustrant. Les expériences étrangères apportent des idées utiles pour structurer ces centres de façon opérationnelle en permettant innovations fermées et ouvertes. Leur financement pourra reposer sur le Fonds d'Intervention Régionale (FIR). Les contrats à impact social initiés par le Ministère des Finances et la Caisse des dépôts et consignations sont également une piste à explorer.

Ce thème de l'innovation organisationnelle a été largement étudié et le document complet figure en annexe6.

L'hospitalisation à domicile, un nouveau mode de rémunération comme levier de développement

L'HAD a été en son temps un prototype de l'innovation organisationnelle et répond aujourd'hui plus que jamais aux enjeux des parcours de soins territorialisés, pour lesquels la qualité de la prise en charge repose sur la nécessaire coordination des acteurs. Mais l'HAD pâtit d'un mode de financement peu propice à son développement par son caractère peu descriptif. Les différentes limites du modèle HAD sont mises en exergue en annexe 7. Un nouveau modèle tarifaire est actuellement en cours d'élaboration, il doit être fondé sur une information plus médicalisée, choix auquel souscrit le comité. En effet, le modèle médico économique doit permettre une meilleure connaissance de la population prise en charge par l'HAD, information dont souffre l'HAD actuellement qui ne peut mettre en avant ses spécificités à des fins de valorisation. La coordination

est un des piliers essentiels de l'HAD et devra trouver sa traduction dans les tarifs de l'HAD afin de favoriser la fluidité des parcours. Des mécanismes d'ajustements seront à prévoir pour prendre en compte les problématiques liées à l'isolement géographique, à la précarité. Le principe de dégressivité tarifaire devra être réévalué au profit d'une rémunération à la performance.

Faciliter l'accès à l'innovation

Le soutien à apporter à l'émergence des innovations et à la généralisation de leur utilisation au sein des établissements de santé est un enjeu majeur dans un contexte international de plus en plus concurrentiel.

La recherche et l'innovation médicale sont aujourd'hui financées à titre principal par les fonds alloués aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) et au forfait innovation. L'allocation des dotations fait la part belle aux indicateurs de résultats relatifs aux publications scientifiques, à la recherche, à l'enseignement mais la complexité et les délais de leurs prises en compte se révèlent peu favorables aux développements des activités de recherche et d'innovation. L'attribution des dotations MERRI à l'ensemble des établissements quel que soit leur statut, implique l'adoption d'une stratégie territoriale entre les acteurs dans le domaine de la recherche et de l'innovation afin d'atteindre une masse critique suffisante et de disposer de cohortes de patients adaptées à la réalisation d'essais cliniques de qualité. Les dépôts de brevets pourraient constituer un bonus pour l'attribution des MERRI.

Pour dynamiser, la recherche et l'innovation, le comité s'accorde pour préconiser la mise en place de plateformes régionales d'innovation et de recherche intégrées qui auront pour mission d'accompagner les projets de recherche, de leur amorçage jusqu'au dépôt de brevets. Elles pourront associer, aux côtés des chercheurs, des acteurs extérieurs (industrie de la santé, du numérique, collectivités locales, professionnels libéraux) pour renforcer les effets des réformes précédemment engagées dans le cadre du PIA 1 et PIA 2. Il s'agira ainsi de développer les écosystèmes existants ou en émergence. Ces plateformes devront être envisagées en réseau avec les futurs centres de ressources biologiques et plateaux d'imagerie moléculaire. La coopération interrégionale entre plateformes devra par ailleurs être encouragée afin d'atteindre des cohortes de taille critique tout en favorisant un partage de données profitable. Des indicateurs doivent être explicités pour la tracer et en mesurer les effets. Il apparaît nécessaire dans le cadre de ces plateformes d'envisager la possibilité de créer des filiales via du capital risque. Une mission devra être chargée de définir le modèle économique de ces plateformes. La contribution intellectuelle et la mise à disposition de l'environnement hospitalier doivent pouvoir être rétribuées via leur transformation en fonds propres.

Les délais entre la genèse de l'innovation et son intégration dans les tarifs sont excessifs, aussi il apparaît nécessaire de restaurer l'enveloppe de recours exceptionnel, mise en place par la mission T2A.

Dans un souci de transparence, sur l'effort consacré à la recherche et à l'innovation, le comité retient une proposition formulée par la communauté hospitalo-universitaire de généraliser les

pratiques des CHU visant à mettre en place un EPRD spécifique aux activités de recherche et d'identifier un sous objectif de l'ONDAM pour la recherche, voté par le parlement, afin de rendre possible un arbitrage annuel et national sur l'enveloppe dédiée à la recherche médicale.

Le dispositif du forfait innovation, conçu pour faciliter l'accès des innovations au marché mobilise peu les acteurs. Depuis sa création, seules trois innovations ont bénéficié de ce dispositif et ce malgré les aménagements de 2015. Il est proposé de mettre en place un guichet unique pour les industriels et de simplifier les modalités d'évaluation, tout en renforçant le soutien aux projets en avance de phase.

L'accès à l'innovation, c'est aussi l'accès aux molécules innovantes, le dispositif de la liste en sus répond à cet objectif. Les dépenses liées à la liste en sus évoluent depuis sa création à des taux significativement supérieurs à ceux de l'ONDAM. Celles-ci ont en effet augmenté de près de 6,6 % par an, alors que l'évolution de l'ONDAM restait dans le même temps limitée à environ 2,5%. Cette évolution est liée à un nombre limité de produits, au premier rang desquels certains anticancéreux.

Au fil du temps la liste en sus s'est allongée, les radiations ont été peu nombreuses et sont le plus souvent perçues comme des remboursements, préjudiciables à l'accès aux soins. Une actualisation dynamique de la liste a été mise en place en 2016 et a permis de radier 11 spécialités, ou indications, pharmaceutiques sur la base de critères associant service médical rendu, amélioration du service médical et coût. Le comité propose une approche plus ambitieuse avec la mise en place d'un dispositif spécifique pour les médicaments anticancéreux où l'ensemble des produits anticancéreux sera facturé en sus (liste positive), ceci facilitera la gestion et la lisibilité de la liste, tout en permettant un suivi exhaustif des traitements du cancer et de l'application des protocoles recommandés, par pathologie et par stade.

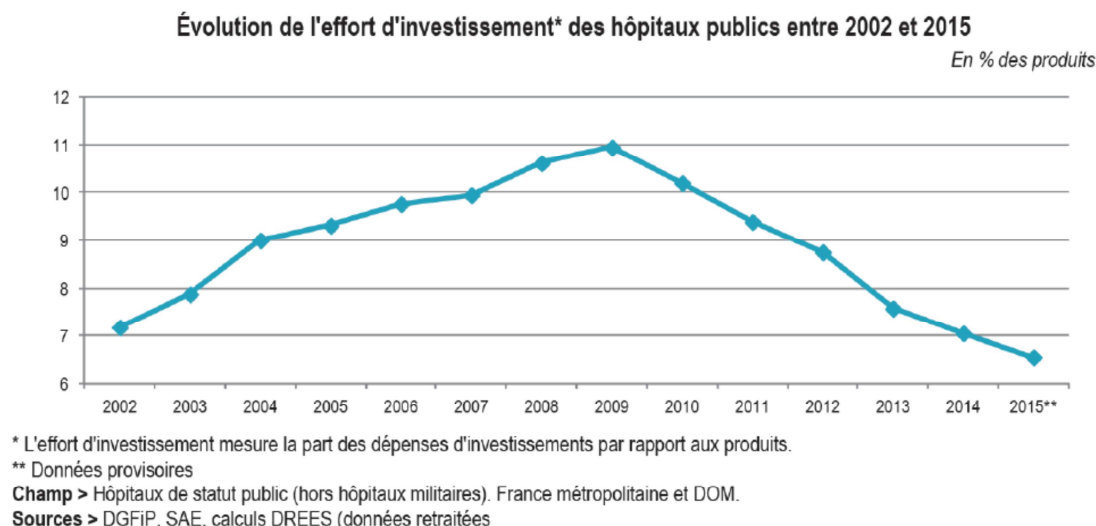
L'accès à l'innovation et la recherche ont fait l'objet d'un long développement, le document est en annexe 6.

L'investissement hospitalier, une responsabilité collective et partagée

Un haut niveau d'investissement est nécessaire pour maintenir la capacité de nos établissements à répondre aux besoins de santé.

Nous avons adopté une stratégie d'investissement structurée et structurante. Le financement des investissements lourds, plus structurels ou innovants font l'objet de décisions prises tant à l'échelon national, avec une instance dédiée, le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), qu'au niveau régional avec les Agences Régionales de Santé (ARS) ou au sein des établissements eux-mêmes. Des progrès notables ont été faits pour assurer durablement les investissements, en octroyant 4,5 milliards d'euros par an, en définissant des critères d'éligibilité et des critères d'efficience. Ces critères sont parfois mal vécus. La mise à disposition de fiches pratiques issues de l'expérience du COPERMO performance et investissement concourt à une meilleure connaissance des exigences du COPERMO en matière d'amélioration de l'efficience. Cette démarche doit être poursuivie et faire l'objet d'une plus grande publicité par les ARS pour une meilleure lisibilité du COPERMO.

Mais, force est de constater que l'effort d'investissement des établissements publics est en constante diminution, passant de 10,5% en 2010 à 6,5% en 2015. Un même ralentissement est observé pour les cliniques privées, en 2014, l'investissement représente 4,1 % du chiffre d'affaires, contre 10,3 % en 2007.



Or l'effort d'investissement minimum communément admis est de 3%. En 2015, si l'effort d'investissement des hôpitaux publics représentait 6,5% dans un contexte d'endettement croissant, cela ne doit pas masquer la part d'établissements consacrant moins de 3% à l'investissement courant, qui a atteint 45% en 2015. Il existe un risque réel et préoccupant à court et moyen terme d'une dégradation des équipements hospitaliers et en conséquence d'une atteinte à la sécurité et à la qualité des soins.

Il propose de mettre en place au niveau des ARS un tableau de bord d'alerte sur le niveau d'investissement des établissements. Deux techniques peuvent être envisagées pour déceler un potentiel sous-investissement courant. La première consiste à suivre la CAF, ainsi que le taux de marge brute de l'établissement. La seconde s'intéresse en priorité aux comptes d'amortissement, associés aux frais financiers : leur cumul doit être égal au minimum à 3 % des charges.

Le comité préconise l'adoption par les groupements hospitaliers de territoire d'un plan d'investissement commun avec une gestion mutualisée des investissements.

Le comité a étudié la possibilité de financements locaux pour favoriser l'investissement. Il privilégie une approche prudente en raison du différentiel de potentiel fiscal entre les territoires et du risque d'un manque de pertinence des investissements ou risque de surdimensionnement en l'absence d'orientations nationales fortes sur les attentes en matière d'équipements par exemple.

Enfin, on ne pourrait conclure le chapitre investissement sans aborder **le numérique à l'hôpital**. Des plans nationaux successifs ont représenté des investissements spécifiques à hauteur de 462M€ entre 2008 et 2015.

La croissance moyenne du marché de l'informatique hospitalière est de 4,1% par an depuis 2009, et devrait se maintenir à ce niveau jusqu'en 2019. Ce marché est conséquent à la fois par le nombre d'établissement à équiper, mais aussi par les investissements que consacrent les établissements au

déploiement d'outils informatiques. Ainsi, 87% des projets financés par le plan Hôpital 2012 concernaient l'informatique médicale, contre 76% des opérations du plan Hôpital 2007. Cette orientation s'accroît encore avec le plan Hôpital Numérique. Le niveau d'informatisation dépend du domaine concerné ; il est très abouti pour le recueil d'activité, qui conditionne l'allocation de ressources des établissements, il est en voie de généralisation pour les activités médicotéchniques (PACS dans les services d'imagerie, serveurs de résultats d'analyse pour la biologie...) et le circuit du médicament (avec toutefois des disparités dans les fonctionnalités couvertes), il est engagé pour le dossier patient mais avec des niveaux de déploiement inégaux. Selon les données nationales, l'informatisation du dossier patient est achevée pour 55% des établissements, et est en cours pour 37%.

Finalement, le niveau de maturité global des SIH dans les établissements de santé est encore modeste, malgré le nombre de projets engagés. Ainsi, parmi les services attendus fixés par le programme Hôpital numérique, en moyenne moins de la moitié (45%) sont satisfaits. Un frein majeur dans la mise en œuvre d'un outil performant est la complexité des systèmes d'informations existants. Les établissements comptent en général de 80 à 300 applications différentes. Les investissements dans les SI, soutenus par des plans nationaux, augmentent mais sans une urbanisation cohérente

Le manque de mutualisation des investissements informatiques se traduit également par une multiplication des outils logiciels et des achats de matériel. Un exemple frappant est le nombre très élevé de data center sur le territoire. La perspective d'une « dimension e-santé des établissements », via l'enjeu du big data dans la génomique ou le diagnostic par algorithme notamment, implique de nouveaux leviers d'investissements en matière de numérique. Si l'horizon de ces évolutions semble certes encore un peu lointain pour la mission donnée au comité, celles-ci permettent de mettre en lumière les perspectives associées au numérique et donc les enjeux liés à son financement.

Le pragmatisme, c'est une territorialisation des investissements en numérique, une définition des standards et des règles d'interopérabilité et de cybersécurité, une certification des logiciels, un DPI par GHT.

Le pragmatisme, c'est le choix d'un SI interopérable avec la ville de façon à favoriser les relations ville-hôpital afin d'anticiper de manière stratégique et efficiente l'évolution du système de santé vers la médecine du futur. Le retour sur investissement doit s'apprécier non pas à l'échelle d'une structure mais à l'échelle du système de soin d'un territoire.

Le pragmatisme, c'est faire le choix d'un schéma directeur national d'hébergement des données des territoires de santé en intégrant les évolutions des métiers et la gestion des données avec l'introduction des modèles prédictifs.

La santé mentale, un mode de financement en devenir

A mi-chemin entre sanitaire et social, la psychiatrie et la santé mentale font l'objet d'une attention renouvelée de la part des pouvoirs publics. En témoigne la mise en place en octobre 2016 du Conseil national de santé mentale, dont la mission principale sera de « développer une approche globale et transversale des enjeux de la santé mentale, pour mieux prévenir les troubles psychiques et

psychiatriques et mieux accompagner ceux qui en souffrent », ou encore la création en janvier 2017 du comité de pilotage sur la psychiatrie.

Cet engagement apparaît essentiel pour un champ en proie à de nombreuses difficultés que sont les difficultés d'accès aux soins, les problématiques de non-recours que cela induit parfois, ou encore l'inégalité de financement qui demeure entre les régions. Soucieux de garantir l'égal accès de tous aux soins de santé mentale, le présent rapport cherche, en proposant d'en élargir le territoire d'intervention, à faciliter l'introduction des traitements innovants, à moduler une partie de la dotation annuelle de financement (DAF) en fonction de l'activité et de la population desservie, et à assurer une prise en charge optimale des patients.

A l'heure des groupements hospitaliers de territoire, la psychiatrie, malgré les dérogations obtenues par certains établissements de santé mentale, ne semble pouvoir s'extraire durablement de ce mouvement. En effet, les nombreux interlocuteurs rencontrés par le comité ont, pour la majorité d'entre eux, défendu une territorialisation de la santé mentale, la sectorisation devant être complétée par une structure de coordination afin de mieux répondre aux enjeux actuels, en particulier concernant l'égalité d'accès au soin. La territorialisation est à considérer selon les acteurs rencontrés comme un moyen de renforcer les actions de prévention, d'assurer un diagnostic précoce, de diversifier les modes d'hospitalisation et d'intensifier le dialogue entre les différents intervenants.

A ce titre, l'expérimentation menée par l'ARS Bretagne entre 2014 et 2015, avec le soutien de l'ANAP, a retenu l'attention du comité, puisqu'il s'agissait de définir des projets territoriaux de santé mentale. La taille du territoire varie selon le contexte rural ou urbain et l'offre n'a pas toujours été la même. Le périmètre retenu correspondait à l'équivalent de trois secteurs d'un centre hospitalier spécialisé. Le bilan s'est révélé positif, les différents intervenants soulignant la dynamique partenariale de la démarche et la possibilité de travailler en intersectoriel.

Toutefois, la dimension à donner au territoire de santé mentale doit être clarifiée, les différents professionnels auditionnés par le comité ayant rappelé à plusieurs reprises la nécessité de mener un travail de terrain au plus près des patients.

Bien que le système d'information ait gagné en exhaustivité, la difficulté qui demeure à faire émerger une approche standardisée des prises en charge dans le domaine de la psychiatrie ne permet pas d'envisager une réforme globale du modèle de financement en vigueur. Toutefois, il semble intéressant de pondérer le système de dotation globale par une modulation à la population et aux soins. La dotation modulée à la population et aux soins réalisés (DMPSR) permettrait dans ce cas de financer les coûts fixes, majoritaires, de l'ordre de 80 %. Elle serait assortie d'une part modulable au gré de certains indicateurs, à déterminer. Les critères choisis pourraient ainsi être de deux ordres, relatifs d'une part à l'activité et d'autre part aux besoins épidémiologiques de la population.

Une telle modulation nécessite davantage de recherches opérationnelles quant à la description de l'activité propre à la santé mentale. Aussi, il convient d'entreprendre des travaux pour objectiver le taux de non-recours aux soins et inclure ledit taux dans les critères de modulation de la DAF afin de favoriser l'égal accès aux soins.

La santé mentale n'échappe pas aux innovations, chaque jour, de nouvelles expériences sont initiées par les différents intervenants dans le champ psychiatrique pour parvenir à un traitement toujours plus adapté aux besoins des patients. Toutefois, malgré leur caractère souvent probant, elles peinent à être diffusées au niveau national. Ces initiatives restent alors le fait de quelques établissements, ralentissant de facto les progrès de la santé mentale et l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous.

Cette question de la diffusion de l'innovation en santé mentale est apparue de façon récurrente lors des auditions que le comité a pu mener. Et aujourd'hui, la généralisation de ces innovations multiples permettrait une plus forte homogénéisation de la politique de santé mentale, comme le fait remarquer à de nombreuses reprises et à juste titre le rapport Laforcade. Il propose, d'ailleurs en ce sens, la création d'un observatoire régional des innovations en santé mentale, placé au sein des ARS afin de recenser les expériences nouvelles et d'en permettre la diffusion à une large échelle, pour permettre de trouver le traitement le plus adapté au patient. Cet observatoire pourrait intégrer les plateformes régionales d'innovation et de recherche évoquées précédemment.

Au-delà des méthodes de déploiement, c'est aussi l'innovation en elle-même et les objectifs que l'on souhaite lui assigner qui doivent être interrogés. Ainsi, les techniques de réhabilitation psychosociale font depuis quelques années l'objet d'une attention renouvelée de la part des pouvoirs publics. Le rapport Laforcade préconise d'ailleurs de les développer au même titre, que les techniques cognitivo-comportementales, en s'appuyant sur des structures dédiées par territoire de santé mentale, afin de former les professionnels du champ à ces méthodes et de procéder à des évaluations régulières.

Enfin, l'aspect financier ne saurait être absent de ces débats, les auditions menées ayant souvent mis en avant la nécessité d'encourager les établissements à innover par des incitations financières, les établissements de santé mentale doivent être éligibles au même titre que les autres établissements aux dotations de recherche et à ce titre être inclus dans les dispositifs proposés et décrits précédemment.

Le comité ne peut que soutenir et souscrire aux travaux de grande envergure qui sont menés par la DGOS et l'ATIH depuis de nombreuses années pour distinguer les différentes typologies de prise en charge en santé mentale. La connaissance approfondie acquise via le système d'information développée par l'ATIH et complétée de l'enquête de coûts par mode de prise en charge devrait permettre à court moyen terme de disposer de l'ensemble des données médico économiques pour permettre un mode de financement propre à réduire les inégalités de prise en charge.

Il sera également possible de financer de manière distincte les différentes missions confiées au domaine de la psychiatrie par l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé, MSS, à savoir la psychiatrie de secteur, la psychiatrie d'urgence, la psychiatrie sans consentement, celle concernant les personnes en situation de précarité, ou encore celle propre aux détenus.

La précarité

La prise en charge des patients en situation de précarité requiert une attention particulière. Différentes études même partielles ont montré que la précarité était à l'origine de surcoûts. Citons à titre d'exemple le témoignage de cette structure HAD à La Réunion, à qui il est arrivé de devoir payer factures d'eau et d'électricité avant de pouvoir intervenir dans de bonnes conditions au domicile de patients. A ce jour, le financement de la prise en charge de la précarité a trouvé sa traduction dans deux dispositifs, une MIG précarité et les PASS. Le taux de patients bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C, ACS et de l'AME par établissement est utilisé pour l'attribution des MIGAC mais cette méthode comporte des limites, en particulier car ces prestations sociales peuvent être difficiles à obtenir et sont parfois méconnues des usagers, entraînant une sous-déclaration. Des travaux sont en cours pour pallier à cette difficulté et testent des indices écologiques de défavorisation sociale, obtenus par l'agrégation de différentes variables mesurées à une échelle géographique et à un moment donnés. Une piste semble dès lors pouvoir être explorée, celle du profil social de l'établissement, profil social qui combinerait approche populationnelle par une analyse rétrospective des prises en charge de patients précaires et approche écologique. Chaque établissement se verrait appliquer en fonction de son profil « social » un coefficient « social » sur tout ou partie de l'activité.

Conclusion

Les travaux du comité s'achèvent avec la remise du présent rapport à la Ministre des affaires sociales et de la santé. Au fil des mois, le comité a travaillé en prise directe avec le terrain, via des auditions, des visites sur sites, des conférences régionales, des réunions de travail avec les administrations centrales. Ce sont les professionnels qui ont revendiqué la mise en place d'une consultation pluridisciplinaire, les usagers qui ont insisté sur la nécessité de mieux structurer les parcours de soins. Cette mission est intervenue dans un contexte de tensions autour du niveau de financement, elles même responsables de tensions autour des modes de financement. L'idée d'expérimenter des alternatives au tout T2A est largement partagée par les professionnels de santé comme par les agences de l'Etat, territoriales et nationales, même si les moyens pour y parvenir sont et seront encore débattus, entre partisans d'une logique centralisée et promoteurs d'expérimentations territoriales « à la main » des professionnels. La remise de ce rapport intervient à quelques semaines de la fin du quinquennat, les membres du comité ont travaillé de façon non partisane, dans le seul intérêt de moderniser pour le conforter le financement des établissements de santé. Nous espérons que ces travaux interviendront en appui des politiques publiques qui seront mises en œuvre au cours des prochaines années.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettres de mission de Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

- Lettre de mission du 10 novembre 2015



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre

Paris, le 10 NOV. 2015

CAB –FV/IT – Peg. D. 15-023314

cher Monsieur,

Depuis 2012, j'ai entrepris de réformer progressivement et en profondeur le mode de financement des hôpitaux. Les limites du modèle de la tarification à l'activité ont largement été démontrées dans plusieurs rapports et dénoncées par les professionnels hospitaliers.

Dès 2012, j'ai installé le comité de réforme de la tarification hospitalière avec pour objectif de faire évoluer la T2A en corrigeant prioritairement ses effets pervers, s'agissant en particulier de son caractère inflationniste ou de son absence de prise en compte des réalités territoriales, comme celle de l'isolement. J'ai également souhaité instaurer un financement à la qualité et développer des expérimentations en matière de financement au parcours.

Les lois de financement pour la sécurité sociale des trois dernières années ont ainsi permis de mettre en œuvre des mesures fortes telles que la dégressivité tarifaire, le financement des activités isolées, les forfaits qualité ou une expérimentation sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et la prise en charge de certains cancers par radiothérapie.

Je souhaite amplifier ces évolutions. La stratégie nationale de santé et le projet de loi de modernisation de notre système de santé proposent de mieux prendre en compte les parcours des personnes souffrant de pathologies chroniques, pour lesquelles les notions de coordination, de dépendance et d'environnement social de la personne sont essentielles, en médecine de ville comme à l'hôpital. L'objectif est donc de s'appuyer sur des logiques davantage coopératives plutôt que compétitives. C'est aussi le sens de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire.

Dans cette logique de parcours, les modes de financement des hôpitaux doivent évoluer. Je souhaite que vous puissiez conduire cette nouvelle étape de réflexion dans le cadre d'un comité d'orientation sur le financement des établissements de santé dont l'objectif sera de définir un modèle reposant sur une logique davantage médicalisée. Ces évolutions concerneront en priorité les pathologies chroniques, les soins palliatifs et les soins critiques, la périnatalité, les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, l'accueil hospitalier urgent et non programmé, et la psychiatrie.

Docteur Olivier VERAN
Praticien hospitalier
CHU de Grenoble
Avenue Maquis du Grésivaudan
38700 LA TRONCHE

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉLÉPHONE (33) 01.40.56.60.00

Pour ces activités, je souhaite que vous puissiez définir les conditions de mise en œuvre d'une dotation modulée à l'activité. Celle-ci pourra être appliquée en priorité, dès la campagne 2016, à l'activité de médecine des hôpitaux de proximité. Elle devra l'être également pour les soins de suite et de réadaptation, en cohérence avec la mesure que je porte dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016. Enfin, vous devrez définir les conditions dans lesquelles cette dotation pourrait être mise en œuvre s'agissant des pathologies chroniques, de la réanimation, de la périnatalité, de l'accueil hospitalier urgent et non programmé, et des soins palliatifs dans la perspective du PLFSS 2017.

Par ailleurs, je souhaite, dans une logique plus prospective, que vous puissiez engager trois chantiers complémentaires. Le premier portera sur le financement de la recherche et de l'innovation dont je souhaite faire une priorité.

Le deuxième portera sur les modalités de régulation qui reposent aujourd'hui pour l'essentiel sur une logique budgétaire plus que médicale. Dans ce cadre, vous interrogerez les conditions de meilleure prise en compte de la pertinence des actes.

Le dernier portera enfin sur l'investissement, en prolongement de la stratégie que j'ai engagée depuis 2012 de soutien aux projets les plus structurants.

Pour remplir votre mission, vous vous appuyerez sur un groupe de personnalités qualifiées et veillerez à auditionner régulièrement les parties prenantes. Les services du ministère, en particulier la direction générale de l'offre de soins, pourront être mobilisés en appui à votre mission.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma sincère considération.

Amicalement,

Marisol Touraine

Marisol TOURAINE

- Lettre de mission du 20 juin 2016



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
 MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL
 MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES
 MINISTÈRE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
 DES MINISTÈRES CHARGÉS
 DES AFFAIRES SOCIALES

Le secrétaire général
 (SGMCAS)

Paris, le

20 JUIN 2016

Docteur,

Vos travaux ont mis en avant l'importance des solutions innovantes de financement des hôpitaux. Aussi, Madame Marisol TOURAINE souhaite vous charger aujourd'hui d'une mission de réflexion relative à la modernisation du système de ressources dans les établissements de santé.

Il s'agit dans le cadre des objectifs poursuivis à la fois par la stratégie nationale de santé et la loi de modernisation du système de santé d'encourager une meilleure coordination des parcours des usagers. En outre, comme s'y est engagée la ministre des affaires sociales et de la santé, il importe de relancer l'investissement hospitalier pour soutenir des projets structurants pour les territoires de santé et développer des filières de prise en charge qui renforcent l'accessibilité à des soins coordonnés notamment pour les usagers souffrant de maladies chroniques et en vue de parvenir à une évolution du mode de financement des soins en santé mentale.

Je souhaite que vous puissiez approfondir la réflexion en la matière dans le cadre du comité d'orientation que vous animerez. Vous vous attacherez en particulier à répondre aux difficultés identifiées des modes actuels de financement tels qu'une iniquité dans la répartition des moyens entre territoires et établissements et la nécessité de soutenir les évolutions des prises en charge.

Il conviendra d'insister sur l'importance de faire bénéficier les malades des innovations en santé, à un stade précoce et de soutenir les innovations en avance de phase et d'employer de manière la plus efficiente le fonds de soutien aux entreprises innovantes.

.../...

Vous vous efforcerez en particulier de dégager des pistes visant à renforcer la lisibilité d mode de financement de l'innovation hospitalière. Enfin, vous poursuivrez votre travail sur l financement de la recherche qui est une priorité.

Pour remplir votre mission, vous vous appuyerez sur un groupe de personnalités qualifiées e veillerez à auditionner régulièrement les parties prenantes.

Cette nouvelle mission se déroulera du 1^{er} juin 2016 au 31 décembre 2016 inclus.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes salutations les plus sincères.



Pierre RICORDEAU

Monsieur le Docteur Olivier VERAN
7, rue Voltaire
38000 GRENOBLE

Annexe 2 : Liste des personnes auditionnées dans le cadre de la mission

M.	Cédric	ARCOS	Délégué Général adjoint FHF
M.	Mickael	BENZAQUI	Conseiller médical FNEHAD
Mme	Sandrine	BOUCHER	Directrice de la Stratégie et de la Gestion hospitalière UNICANCER
M.	Louis	BREULS DE TIEKEN	ADESM
Mme	Anne-Marie	BROCAS	Présidente du HCAAM
Mme	Myriam	BURDIN	Cheffe du bureau Coopérations et contractualisation de la DGOS
Dr	Anne	BURONFOSSE	Service Classifications, information médicale et modèles de financement de l' ATIH
Mme	Hélène	CART-GRANDJEAN	Cheffe du bureau Efficience des établissements de santé de la DGOS
M.	Paul	CASTEL	DG ARS Provence Alpes Côte d'Azur
M.	David	CASTILLO	UNCPSY FHP
M.	David	CAUMARTIN	Société Théraclion
M.	David	CAUSSE	Coordonnateur du Pôle Santé-Social de la FEHAP
Pr	Franck	CHAUVIN	Vice-Président du Haut Conseil de la Santé Publique
Mme	Nathalie	CHHUN-LEGLISE	Directeur de projets Innovations en santé - FHF
Pr	Michel	CLAUDON	Président de la Conférence des présidents de CME de CHU
Pr	Jean-Michel	CORREAS	Médecin radiologue, APHP
Mme	Déborah	CVETOJEVIC	Cheffe du bureau Plateau technique et prises en charge hospitalières aigües
Mme	Anne-Charlotte	DE VASSELOT	Conseillère Santé Social FEHAP
M.	Samuel	DELAFUYS	Adjoint à la cheffe du bureau Coopérations et contractualisation de la DGOS
Mme	Michèle	DESCHAMPS	Adjointe au pôle Finances de la FHF
M.	Bruno	DONIUS	Directeur général adjoint du CHRU de Lille - Conférence des DG de CHU
M.	Olivier	DREVON	UNCPSY FHP
Dr	Henri	DUBOC	Médecin, APHP

Pr	Jean-Luc	DUBOIS-RANDE	Président de la Conférence des Doyens en Médecine
M.	Camille	DUMAS	Coordinateur des directeurs des finances de CHU-CHR
Dr	Françoise	DURANDIERE	Conseiller médical FEHAP
Mme	Anne-Aurélié	EPIS DE FLEURIAN	Directrice Accès au marché- SNITEM
M.	Patrick	ERARD	Président du LEEM
Pr	Jean-Yves	FAGON	Délégué ministériel à l'innovation en santé
M.		FANTUN	Société Théraclion
M.	Laurent	FAUGERE	Directeur Général d'Urgo Médical
M.	Thomas	FILLEUR	Adjoint au chef du Bureau Produits de Santé de la DSS
Pr	Bertrand	FONTAINE	Président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique de l'APHP
Mme	Emmanuelle	GARAULT	Directrice des Affaires pblques - Roche France
Dr	Sandra	GOMEZ	Conseiller médical FHF
Mme	Solène	GOUESBET	Conseillère Santé Social FEHAP
Pr	Bernard	GRANGER	Professeur de Psychiatre
Mme	Catherine	GRENIER	Directrice de l'amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins de la HAS
M.	David	GRUSON	Délégué Général de la FHF
M.	Edouard	HATTON	Chef du Bureau Produits de Santé de la DSS
Mme	Elisabeth	HUBERT	Présidente de la FNEHAD
M.	Thierry	KURTH	Adjoint à la cheffe du bureau Prises en charge post-aigües, pathologiques chroniques et santé mentale de la DGOS
M.	Yannick	LE GUEN	ARS Ile De France
Mme	Béatrice	LE-VU	Chargée de mission Stratégie & Gestion Hospitalière - UNICANCER
Mme	Eliane	MAALIKI	Adjointe au chef de bureau Qualité et sécurité des soins de la DGOS
Pr	Antoine	MAGNAN	Président du CNCR
M.	Dominique	MAIGNE	Directeur de la HAS
Mme	Odile	MAURICE	Chargée de mission Santé mentale, DGOS

Dr	Yvon	MERLIERE	Directeur de projet DMP à la CNAMTS
Pr	Etienne	MINVIELLE	MD, PhD - EHESP / Institut Gustave Roussy
Pr	Jean-Paul	MIRA	Collège national professionnel des réanimateurs
Mme	Typhaine	MOGUEROU	Chargée de mission HAD, DGOS
M.	Pierre	MOUSTIAL	Directeur général groupe URGO et président MedTech in France
Dr	Christian	MULLER	Président de la Conférence des présidents de CME DE CHS
Mme	Béatrice	NOELLEC	Directrice de la veille sociétale et des relations institutionnelles de la FHP
M.	Michel	NOGUES	Mission nationale d'animation de la coordination CNAMTS/CNAV
M.	Nicolas	NOIRIEL	Délégué national de la FNEHAD
Dr	Bernard	ODIER	Psychiatre
Pr	Antoine	PELISSOLO	Professeur de Psychiatrie
M.	François	PINARDON	Responsable du Pôle Finances de la FHF
M.	Maurice-Pierre	PLANEL	Président du CEPS
Mme	Danielle	PORTAL	DG du CHU d'Amiens
M.	Gaël	RAIMBAULT	Adjoint à la sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins de la DGOS
Pr	René	ROBERT	Collège national professionnel des réanimateurs Président du conseil national professionnel pour la Médecine Intensive Réanimation
Mme	Stéphanie	ROUSVAL	Directrice adjointe du secteur sanitaire FEHAP
Mme	Camille	RUIZ	Adjointe au chef de bureau Evaluations, Modèles et Méthodes de la DGOS
M.	Jean-Patrick	SALES	Vice-président du CEPS
M.	Erwan	SAMYN	Chef du bureau Evaluations, Modèles et Méthodes de la DGOS
Pr	Pierre	SIMON	Ancien président de la Société Française de Télémédecine
Mme	Roxanne	SIMON-PREL	Médecin Coordinateur Régional Cliniques SSR chez ORPEA / FHP

M.	Vincent	THOMAS	ADESM
Mme	Elisabeth	TOME- GERTHEINRICHS	Déléguée générale de la FHP
Mme	Adeline	TOWNSEND	Adjointe au chef de bureau Evaluations, Modèles et Méthodes de la DGOS
M.	Denis	VALZER	FHF
Mme	Anne	VITOUX	Adjointe au chef de bureau Qualité et sécurité des soins de la DGOS

Annexe 3 : liste des membres du comité

Membres du Comité

Animé par Olivier Veran

Dr Marc Attia

Médecin radiologue, ancien président directeur général de Capio Sante

Pierre Louis Bras

Inspecteur général des affaires sociales (Igas), président du Comité d'orientation des retraites (Cor), ancien directeur de la sécurité sociale et ancien secrétaire général des ministères chargés des Affaires sociales

Dr Roland Cash

Economiste de la sante, ancien responsable scientifique de la mission T2A au ministère de la Sante

Elisabeth Chaillet-Leforestier

Maitre de conférences à Science Po Paris/Centre de Recherche MISUM/MISTRA Stockholm School of Economics

Dr Benoît Elleboode

Médecin de sante publique, conseiller médical du directeur général de l'ARS Nouvelle Aquitaine

Dr Annie Fouard

Responsable du département hospitalisation à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)

Jacqueline Hubert

Directrice générale du CHU de Grenoble

Fabrice Leburgue

Directeur du CH de Saintonge

Dr Dominique Manach

Médecin au département d'information médicale (Dim) et directrice du contrôle de gestion de l'APHP

Erwann Paul

Directeur adjoint aux finances du CH Sud Francilien à Corbeil Essonne

Marc Penaud

Directeur du GH de la Région de Mulhouse et Sud Alsace

Gérard de Pourville

Economiste de la santé, professeur titulaire de la chaire santé à l'Ecole Supérieure des sciences économiques et sociales (Essec)

Dr Olivier Vallet

Généraliste, économiste de la sante, directeur général adjoint du centre médicochirurgical Marie Lannelongue (CCML) au Plessis Robinson (Hauts de Seine).

La mission a été soutenue dans son travail par un membre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et par des élèves directeurs d'Hôpital de l'Ecole des Hautes Etudes en Sante Publique (EHESP) : Alexandra Ferrero, Melissa Ramos et Laure-Anne Scherrer.

Annexe 4 : Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité de soins et des conditions de travail

Avec la contribution de **Pierre-Louis Bras**

Cette annexe du rapport est consacrée à la qualité des soins. Elle souligne que les hôpitaux sont soumis, notamment depuis la crise, à des contraintes fortes sur l'évolution de leurs ressources, contraintes que la T2A traduit en exigences d'augmentation de la productivité et notamment de la productivité du travail. Dans ce contexte, on peut craindre que la performance économique soit privilégiée au détriment de la qualité des soins délivrés ou des conditions de travail des personnels. Or, bien évidemment, même s'il est légitime de viser l'efficacité dans l'emploi des moyens, délivrer des soins de qualité reste la mission fondamentale et première de l'hôpital. Toutefois les dispositifs de mesure de la qualité dont nous disposons ne permettent pas de garantir que cette hiérarchie des priorités est respectée.

Cette annexe se conclut donc par des propositions qui visent à s'assurer que la politique hospitalière s'organise autour d'un « même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique »¹. Pour cela, il est suggéré d'investir sans attendre pour se doter d'instruments de mesure de la qualité des soins perçue par les patients, d'outils similaires pour apprécier la qualité de conditions de travail et des soins perçue par les soignants, et d'indicateurs de qualité clinique fondés sur des résultats (et non de simples indicateurs de processus).

Par rapport aux inquiétudes qui s'expriment sur les effets de la T2A, il s'agit non de sortir du tout T2A² comme cela est parfois revendiqué mais d'en sortir par le haut, c'est-à-dire de s'assurer que ce mode de tarification ne contredit pas l'objectif premier du système hospitalier : la qualité des soins.

1 Des dépenses hospitalières contraintes, des exigences de productivité fortes.

1.1 Une contrainte forte sur l'évolution des ressources hospitalières.

Les établissements de santé sont soumis depuis la crise de 2008 à une contrainte financière forte qui exige des progrès de productivité.

Le tableau suivant retrace l'évolution des dépenses hospitalières en valeur (au déficit près, ces dépenses sont équivalentes aux ressources allouées aux établissements de santé) avec une décomposition prix /volume et une décomposition privé/public.

Evolution du montant des dépenses hospitalières en % (en euros courants)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Secteur public										
Valeur	3,5	3,4	3,0	3,9	2,5	2,6	2,6	2,8	2,8	2,2
Prix	1,8	2,1	0,4	0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,8	0,7	0,1

¹ P. L. Bras « Hôpitaux : Vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ? » *Les tribunes de la santé*, 2012/2, n° 35.

² Il serait paradoxal de se donner un tel objectif alors que, même si c'est sous la dénomination euphémisée de « dotation modulée à l'activité », la T2A est de fait en train de s'étendre à partir de 2017 au secteur SSR. La dotation modulée à l'activité fait dépendre les ressources de l'établissement SSR de son activité au cours des trois années précédentes, les ressources d'un établissement MCO dépendent de l'activité de l'année. Il s'agit bien du même principe de financement modulo un décalage temporel.

Volume	1,7	1,3	2,6	3,0	3,0	2,8	2,7	2,0	2,1	2,0
Secteur privé										
Valeur	5,2	3,3	4,5	3,9	2,7	2,9	2,3	1,5	2,7	1,1
Prix	0,5	1,8	1,0	0,5	0,6	0,6	0,3	-0,3	-0,2	-1,1
Volume	4,7	1,5	3,4	3,3	2,1	2,4	2,1	1,7	2,9	2,2

Source : Comptes nationaux de la santé 2015. Pour le secteur privé, les données englobent frais de séjour et honoraires des médecins intervenant dans les cliniques.

Ces données montrent une croissance régulière du volume des soins même si son intensité décroît quelque peu sur les trois dernières années (autour de 2%) après cinq années de croissance soutenue.

Mais, c'est l'évolution des prix qui permet d'apprécier la pression qui s'exerce sur les établissements. Elle est pour l'essentiel pilotée par le régulateur à travers la fixation des tarifs des GHS. Ce sont ces tarifs qui, après prise en compte des prévisions de volume et du montant des dépenses sous enveloppe (MIGAC, DAF...), permettent au régulateur de garantir le respect de l'ONDAM. En votant l'ONDAM, les parlementaires fixent de fait, consciemment ou non, le niveau d'évolution des prix de la production hospitalière.

Cette évolution est très modérée depuis 2008 (et plus particulièrement depuis 2010, date à laquelle, les politiques de finances publiques sont devenues plus rigoureuses) ; elle est inférieure sur la période à l'évolution générale des prix, soit une diminution des prix hospitaliers en euros constants. En l'absence de modération significative des volumes, c'est en agissant sur les prix de la production hospitalière que les pouvoirs publics ont pu respecter un taux d'évolution de l'ONDAM global et particulièrement de l'ONDAM hospitalier de plus en plus contraint.

Or, produire des soins avec des prix qui évoluent peu rend nécessaire des efforts de productivité : soit en agissant sur le volume des facteurs de production (capital, travail) et des consommations intermédiaires, soit sur les prix de ces facteurs et de ces consommations intermédiaires³.

On ne commentera pas les évolutions relatives au capital et aux consommations intermédiaires mais on se concentrera sur celles du facteur travail soit les effectifs et le coût de ces effectifs.

Pour ce qui est de l'évolution du coût du travail, il est possible de l'approcher à travers celle des salaires bruts sachant qu'elle constitue un minorant de l'évolution du coût du travail dans la mesure où les cotisations employeurs à la CNRACL ont augmenté de 3,10 % entre 2010 et 2014. Les évolutions depuis 2009 du salaire brut (ainsi que du salaire net) pour la fonction publique hospitalière sont fournies par le tableau suivant.

Evolution en % du salaire mensuel moyen de la fonction publique hospitalière

		2010	2011	2012	2013	2014
Salaire brut	Euros courants	1,0%	1,8%	1,7%	1,0%	1,2%
	Euros constants	-0,5%	-0,3%	-0,3%	0,1%	0,7%

³ Pour une étude sur la période 2003-2007 voir N. Studer. "Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?" *Economie et statistiques*, n° 455-456, 2012.

Salaire net	Euros courants	0,9%	1,5%	1,4%	0,6%	0,9%
	Euros constants	-0,6%	-0,6%	-0,6%	-0,2%	0,4%

Source : INSEE

L'évolution des salaires bruts moyens en euros courants est sur la période récente assez modérée du fait du gel du point d'indice fonction publique et de l'effet noria (les salaires des entrants sont inférieurs à ceux des sortants). Cette modération conjuguée à des hausses de cotisations se traduit même par une évolution négative des salaires net moyens en euros constants⁴.

Elle s'établit toutefois à un niveau supérieur à celui des prix de la production hospitalière, la modération du coût du travail à l'hôpital public n'a donc pas à elle seule, même si elle y a contribué, permis aux établissements de faire face à la faible progression du prix de soins.

Ils ont donc dû y répondre en réalisant des progrès de productivité physique : plus de soins délivrés pour un même niveau d'effectif. Ainsi le volume des soins dispensés dans les hôpitaux publics a augmenté d'environ 15% de 2009 à 2015. Une refonte en 2014 de la collecte des données des effectifs en équivalent temps plein de personnels non médicaux rend difficile l'appréciation de leur évolution sur la même période. En tout état de cause, cette évolution est significativement inférieure à celle du volume des soins dispensés, elle ne serait pas supérieure à 3-4 %⁵. Les hôpitaux publics délivrent plus de soins sans mobiliser en proportion des personnels non-médicaux. Les hôpitaux publics ont vu leur productivité physique du travail augmenter fortement dans les années récentes⁶.

La mise en évidence de ces progrès de productivité ne signifie pas nécessairement une dégradation de la qualité des soins ou des conditions de travail. Ils peuvent être liés aux restructurations hospitalières, à des améliorations organisationnelles, à la mise en place de nouvelles pratiques ou à des progrès techniques. Mais ils peuvent aussi s'être traduits par une moindre attention portée aux patients, des restrictions néfastes de la durée des séjours ou une intensification du travail.

En tout état de cause, les efforts en matière de productivité n'ont pas été suffisants pour éviter une dégradation de la « rentabilité » des établissements. Le taux de marge brute rapportée aux produits atteignant en 2015 un niveau historiquement bas (6,1%) pour ce qui concerne les hôpitaux publics⁷.

Taux de marge brute d'exploitation rapportée aux produits (en %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Etablissement ex DG	6,3	6,8	6,7	7,1	7,2	6,6	6,2	nd
Etablissement publics	6,4	7,0	7,0	7,4	7,5	7,0	6,5	6,1

⁴ A ne pas confondre avec l'évolution des rémunérations des personnels présents-présents qui évolue à un rythme plus rapide.

⁵ Voir PQE assurance maladie annexé au PLFSS 2017, p 55-57. A noter que l'évolution des effectifs de personnels médicaux est beaucoup plus soutenue.

⁶ Cette évolution prolonge celle enregistrée dans la période antérieure 2005-2009 où l'activité avait évolué de 10,8% alors même que l'ensemble des ETP n'évoluait que de 4,1%. Cf. E. Yilmaz, S. Frikha. Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009. DREES, Le panorama des établissements de santé 2012, 51-64.

⁷ Cette diminution des marges explique la diminution du taux d'investissement mise en exergue dans le rapport et notamment dans son annexe 15.

Etablissement ex OQN	5,9	6,1	6,1	5,7	5,6	6,5	7,1	nd
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

Source : PQE annexé au PLFSS 2017. Un changement de méthodologie dans la construction de l'indicateur en 2012 rend la lecture sur la période complexe. A méthodologie constante, le taux de marge brute d'exploitation passerait de 7,4% en 2011 à 7,2% en 2012 pour les établissements ex-DG.

Au total, l'évolution du montant des ressources allouées aux établissements de santé est fortement contrainte depuis le début des années 2010, les établissements ont dû améliorer significativement la productivité physique du travail (rapport entre le volume des soins produits et les effectifs employés). Pour autant, ces progrès n'ont pas empêché une dégradation de la situation financière des hôpitaux qui laisse penser (sauf desserrement peu probable de la contrainte) que l'exigence d'augmentation de la productivité restera forte au cours des prochaines années.

1.2 Une contrainte traduite en exigence de productivité par la T2A.

Dès lors que les dépenses hospitalières sont inscrites dans une enveloppe fermée, le degré de contrainte sur ces dépenses dépend des décisions relatives à l'ONDAM, soit des décisions prises par nos représentants élus. Ainsi, il faut se garder d'attribuer à la T2A des effets dus aux rigueurs de l'enveloppe hospitalière, la T2A n'est somme toute qu'un moyen d'allouer à chacun des établissements une part de cette enveloppe. Un même niveau de contrainte peut ainsi s'exercer dans le cadre du budget global, dans le cadre de la tarification à l'activité ou de tout autre mode de répartition de l'enveloppe.

Les réactions des acteurs hospitaliers à la contrainte sur les ressources qui leur sont allouées seront toutefois fondamentalement différentes selon le mode de tarification.

Dans le cadre du budget global, la dotation de chaque établissement était dépendante de son budget historique et de sa capacité « politique » à obtenir de la tutelle des augmentations de cette base historique. Les ressources de l'établissement ne dépendaient que de manière lâche de sa production. Les établissements pouvaient réagir à la contrainte budgétaire en améliorant leur productivité mais aussi en restreignant leur production de soins. Par ailleurs, dans le cadre du budget global, la contrainte sur les dépenses hospitalières exerçait des effets différenciés selon que les établissements disposaient d'un niveau historique de budget fixé plus ou moins généreusement, selon que leur activité augmentait ou non.

Dans le cadre de la T2A, les établissements n'ont pas d'incitation à modérer leur production de soins (au contraire⁸) puisque le niveau des ressources dont ils disposent en dépend directement, mais sont incités à agir quasi exclusivement sur la productivité⁹. Ainsi, la T2A est de nature à éviter que la contrainte sur les dépenses hospitalières ne se traduise par un « rationnement » des soins par les offreurs. Avec le budget global, les contraintes accrues sur les dépenses hospitalières depuis la crise auraient pu aboutir à un déni de soins. A cet égard, les incitations à produire et à accroître la productivité portées par la T2A constituent la facette positive de ce mode de tarification. Pour autant, elles peuvent aussi avoir des effets négatifs. L'incitation à produire peut conduire à des pratiques non pertinentes d'induction de la demande. L'incitation à

⁸ Dans le cadre de la tarification à l'activité, l'augmentation de l'activité, avant l'optimisation des processus, est même la manière la plus efficace (et la moins problématique socialement) d'augmenter la productivité en étalant les charges fixes sur un volume de soins plus important. Il semble d'ailleurs que ce soit la voie qu'ont suivie, du moins dans une première période, la plupart des établissements. Cette démarche « rationnelle » au niveau de chaque établissement pris isolément ne peut prospérer au niveau collectif, sauf à considérer, ce qui est douteux, que les établissements hospitaliers sont en position d'induire significativement des recours hospitaliers.

⁹ Les activités hors soins (mission d'intérêt général) sont théoriquement financées à l'euro-l'euro dans le cadre de MIGAC (ou du FIR). Toutefois en ce domaine, le lien entre réalisation des missions et ressources allouées aux hôpitaux est plus lâche malgré les efforts pour modéliser mission par mission le montant des dotations MIG.

accroître la productivité peut se matérialiser par une moindre attention portée aux patients, par une segmentation des séjours, par une réduction de l'effort consenti dans le cadre d'un séjour¹⁰, par une dégradation des conditions de travail des personnels qui elle-même se traduira par une diminution de la qualité des soins.

La T2A a donc le mérite d'éviter que les contraintes des finances publiques ne conduisent à un rationnement des soins. Toutefois, on ne peut exclure que l'exigence de productivité qu'elle induit n'aboutisse à une dégradation de leur qualité.

L'attachement des personnels soignants à délivrer des soins de qualité peut venir tempérer cette inquiétude. Toutefois, on ne peut se contenter de s'en remettre à l'engagement des personnels. A travers l'établissement des comptes financiers, les performances économiques des établissements se matérialisent annuellement et entraînent en cas de dégradation des conséquences très concrètes (voir dispositions sur les plans de retour à l'équilibre). Or, l'on ne gère bien que ce que l'on mesure et il est à craindre que les exigences de la performance économique l'emportent sur celles de la qualité des soins et des conditions de travail des soignants.

2 La nécessité de mesurer la qualité des soins et des conditions de travail

Le constat établi dans le chapitre précédent (des contraintes accrues sur les dépenses traduites en exigences de progrès de productivité) suffit à justifier que l'on s'attache à mesurer la qualité des soins et des conditions de travail.

Plus précisément, cet effort de mesure de la qualité est nécessaire pour :

- éclairer le pilotage global des finances hospitalières. Les parlementaires lorsqu'ils votent l'ONDAM déterminent en fait l'ampleur des progrès de productivité que les établissements de santé vont devoir réaliser. Or, ils posent cette exigence de productivité sans disposer de données pour apprécier si elle est compatible avec des soins et des conditions de travail de qualité. Les décisions relatives à l'ONDAM sont prises à partir des contraintes générales sur les finances publiques ou en s'appuyant sur des indicateurs relatifs à la situation financière des hôpitaux mais quasiment à l'aveugle quant à leurs éventuelles conséquences sanitaires ou sociales¹¹. Il importe que les élus, lorsqu'ils fixent l'ONDAM, puissent s'appuyer sur d'autres données que celles qui relèvent du seul domaine économique.

- équilibrer les incitations adressées aux gestionnaires hospitaliers. On l'a déjà évoqué, la performance économique parce qu'elle est mesurée et sanctionnée risque de l'emporter dans les préoccupations des gestionnaires hospitaliers sur les exigences tenant à la qualité ; celles-ci ne faisant pas l'objet d'un suivi précis sont de fait moins prégnantes même si elles restent bien évidemment une valeur cardinale pour les personnels soignants. Cette remarque vaut

¹⁰ A cet égard contrairement à ce qui est parfois avancé, on peut craindre que la T2A ne conduise à une diminution des actes dont bénéficie le patient pendant son séjour du moins dans les établissements publics où les médecins, la biologie et la radiologie ne sont pas payés à l'acte. Seuls certains actes (des actes dits classant particulièrement invasifs) interviennent dans la détermination des rémunérations liées à la T2A. En ce sens, la T2A, du moins à l'hôpital public, peut être considérée comme une tarification du parcours hospitaliers (segment d'un parcours plus global) fondamentalement différente d'une tarification à l'acte.

¹¹ Le programme de qualité et d'efficience relatif à l'assurance maladie annexé au PLFSS ne contient que peu d'indicateurs (voir p. 122 à 127 du PQE) sur la qualité de la prise en charge à l'hôpital ; ceux publiés sont datés ou n'apportent que des informations limitées en fort contraste avec l'abondance des données sur la situation financière des hôpitaux. Aucune donnée n'est fournie sur les conditions de travail, en particulier aucun rapprochement n'est opéré entre l'évolution des effectifs et l'évolution de la production ce qui permettrait à minima d'apprécier l'évolution de la productivité du travail.

aussi pour les autorités de tutelle des établissements ; les ARS se voient confier des objectifs économiques (assurer l'équilibre financier des établissements de leur région), il faut qu'elles soient aussi pleinement responsabilisées quant à la qualité des soins délivrés dans les établissements placés sous leur supervision.

- donner du sens à la démocratie sanitaire. Pour que les représentants usagers puissent peser sur la qualité des soins, encore faudrait-il qu'ils puissent se fonder sur une appréciation de la qualité des soins dispensés sans dépendre totalement pour cela des simples effets de réputation ou des informations délivrées par les établissements eux-mêmes. Bien évidemment, notre législation prévoit l'association des patients aux politiques de qualité, notamment à travers les commissions des relations avec les usagers et de qualité des prises en charge (CRUQPC) transformées en commissions des usagers (CDU) par la loi du 26 janvier 2016. Malgré l'abondance des dispositions légales et réglementaires formalisant cette association, le bilan réel semble bien maigre¹². Il ne peut être plus nourri que si les représentants des patients disposent de données comparatives sur la qualité.

- donner du sens à la liberté de choix. Notre système de santé fait de la liberté de choix du médecin et de l'établissement de santé un de ses principes fondateurs. Mais la liberté de choix ne vaut que si cette liberté est éclairée. Or actuellement, le patient ne peut s'appuyer que sur les données biaisées des classements fournis par la presse, ou se référer à celles trop pauvres du site Scope-santé géré par la HAS. Les généralistes français utilisent d'ailleurs peu les données disponibles pour orienter les patients¹³. Le contraste avec les informations dont dispose le patient anglais (ou le GP) qui consulte le site *My NHS* ou le patient américain qui se réfère à *Hospital compare* suffit à illustrer le retard français en la matière¹⁴. Même si les effets sur le choix des patients de la publication de données sur la qualité restent limités, des études au Royaume-Uni et aux Etats-Unis montrent qu'elle est susceptible d'améliorer la qualité des soins en orientant les patients vers les meilleurs services^{15,16,17}. Cela suppose que les indicateurs de qualité portent des informations pertinentes pour le profane et soient diffusés sous une forme lisible.

- favoriser les démarches d'amélioration de la qualité. Les mesures de la qualité des soins et leur publication, dès lors que ces mesures mettent en cause la performance des équipes, sont le plus souvent à l'origine de démarches d'amélioration de la qualité. Elles peuvent constituer un révélateur de dysfonctionnements qui n'étaient pas perçus, provoquer une réaction pour maintenir la réputation de l'hôpital ou éviter une diminution des parts de marché de l'établissement néfaste au plan économique¹⁸.

¹² Invité par la mission à établir un bilan des CRUQPC au titre de leur contribution à la promotion de la qualité, la DGOS s'est borné à lui rappeler les dispositions légales et réglementaires qui organisent l'action de ces organismes. Cette appréciation sur le bilan des CRUQPC en matière de qualité ne préjuge pas du rôle que ces commissions peuvent jouer en matière de médiation entre usagers et établissements.

¹³ Ferrua M, Sicotte C, Lalloué B, Minvielle E (2016) Comparative Quality Indicators for Hospital Choice: Do General Practitioners Care? PLoS ONE 11(2): e0147296. doi:10.1371/journal.pone.0147296

¹⁴ Pour bien mesurer le retard français voir B. Rechel et *all.* Public reporting on quality, waiting times and patient experiences in 11 high-income countries. *Health Policy* 120 (2016).

¹⁵ N. Gutacker, L. Sicilani, G. Moscelli, H. Gravelle. Do patients choose hospitals that improve their health ? CHE research paper N° 11.

¹⁶ M. Gaynor, C. Propper, S. Seiler. Free to choose? Reform, choice and consideration sets in the English national service. *American Economic Review* 2016, 106 (11): 3521-3557.

¹⁷ Chandra A., Finkelstein A., Sacarny A., Syverson C.. 2016. "Health Care Exceptionalism? Performance and Allocation in the US Health Care Sector." *American Economic Review*, 106(8): 2110-44.

¹⁸ Campanella, P., Vukovic, V., Parente, P., Sulejmani, A., Ricciardi, W., & Specchia, M. L. (2016). The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 16(1), 296.

Enfin au-delà des fonctions pratiques d'une mesure de la qualité et des conditions de travail, celle-ci est nécessaire pour assurer la légitimité d'un système qui, du fait de la prégnance et de la visibilité des outils de gestion économique tels que la T2A, ne semble plus guidé que par le souci de la performance économique.

Ainsi, il est commun d'entendre que depuis la T2A, les établissements hospitaliers n'ont plus comme objectif que d'être « rentables ». Or, bien évidemment, les dépenses de santé en général –et celles des établissements de santé en particulier- n'ont pas vocation à être « rentables », elles ne se justifient que parce qu'elles permettent de gagner des années de vie, de réduire des incapacités, de soulager des souffrances. Aussi, mesurer la qualité des soins, c'est s'assurer que le système hospitalier répond bien à sa mission fondamentale, qu'il est guidé dans son pilotage et son fonctionnement par des objectifs conformes à sa vocation première. La politique hospitalière ne doit plus être indexée sur la seule appréciation de la performance économique des établissements et la T2A doit redevenir ce qu'elle aurait toujours dû rester : un simple outil technique (imparfait mais le meilleur en l'état actuel de nos connaissances) de répartition d'une enveloppe hospitalière dont le calibrage est confié aux représentants élus de la nation.

Sans outil de mesure de la qualité, la T2A peut entraîner une dégradation de la qualité des soins ou des conditions de travail. De fait, la principale critique de la T2A (au-delà des discussions techniques sur tel ou tel aspect de la procédure de fixation des tarifs) ne porte pas tant sur le dispositif lui-même que sur les effets néfastes qu'il est susceptible d'engendrer en termes de qualité des soins ou de conditions de travail ; effets qui sont d'autant plus susceptibles de se manifester que l'enveloppe est fortement contrainte. Toutefois, en l'absence de mesure de la qualité, dénier l'existence de ces effets potentiels ou affirmer qu'ils sont avérés relèvent de postures rhétoriques.

3 Une politique de mesure de la qualité qui doit être refondée.

Le plaidoyer pour une mesure de la qualité développé au chapitre précédent peut étonner dans la mesure où il semble ignorer les efforts entrepris depuis une trentaine d'années pour mesurer et promouvoir la qualité dans le système hospitalier. Bien évidemment, on ne peut ignorer le développement progressif d'une politique de certification des établissements de santé dont les outils et la méthodologie s'enrichissent constamment. On ne peut ignorer l'intense travail entrepris par des pionniers pour développer des indicateurs dont témoigne l'imposant arrêté du 3 mai 2016 « fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » ; il ne répertorie pas moins de 56 indicateurs de processus pour le domaine MCO. Quarante six de ces indicateurs sont même utilisés depuis 2016 pour calibrer une « dotation complémentaire » témoignant de la volonté d'intégrer la qualité des soins dans la procédure de financement des établissements¹⁹.

On peut d'autant moins ignorer ces efforts qu'ils ont fait l'objet d'analyses historiques riches et précises. Ces études permettent de comprendre le cadre technique et politique dans lequel ils se sont déployés et d'expliquer les limites des résultats obtenus.

Au titre des contraintes techniques et scientifiques, l'établissement de mesures de la qualité dépend de la disponibilité des informations pertinentes et de la capacité à les traiter pour qu'elles représentent adéquatement les réalités que l'on veut mesurer.

¹⁹ On notera que certains indicateurs (22) ne sont pas soumis à diffusion publique alors même qu'ils sont jugés suffisamment pertinents pour contribuer à déterminer la dotation complémentaire attribuée aux établissements au titre de la qualité.

Au titre des contraintes politiques, l'introduction d'indicateurs de qualité heurtait les deux modalités traditionnelles de promotion de la qualité dans l'univers hospitalier : d'une part la norme sous forme d'exigence de moyens consacrés à telle ou telle activité, d'autre part l'autocontrôle de la profession médicale. Dans ce cadre, pour reprendre le titre de la thèse d'H. Bertillot, s'est développée une « rationalisation en douceur » où l'acceptation et l'appropriation de la mesure par les acteurs a toujours constitué un objectif majeur des démarches engagées. Et cela même si des injonctions politiques, restées incantatoires, s'appuyant notamment sur la référence aux besoins des usagers ont parfois tenté de faire prévaloir des indicateurs englobants « forçant » les établissements à la transparence.

Les injonctions politiques

Il n'est pas possible de retracer l'ensemble des injonctions politiques qui en ont appelé au développement de mesures lisibles et pertinentes de la qualité des soins hospitaliers.

On se bornera à rappeler l'une d'elle formulée par la plus haute autorité de l'Etat, le Président de la République, N. Sarkozy, qui dans un discours prononcé à Bleternans, le 18 septembre 2008, demandait que « soient rendus publics pour chaque établissement de santé, quelques indicateurs simples comme le taux de mortalité ou le taux d'infections. Je veux des résultats concrets ».

Plus de huit ans après ce discours, force est de constater que cette demande pressante est restée incantatoire. Des indicateurs ont bien été rendus publics mais ils ne sont ni simples, ni concrets.

Le résultat obtenu aujourd'hui est conforme à ce cadre de contraintes : un grand nombre d'indicateurs de processus construits avec les professionnels eux-mêmes mais pas d'indicateurs de résultat²⁰. Les indicateurs de processus sont en effet plus aisément appropriables ; ils désignent par eux-mêmes l'action à entreprendre en cas de défaillances (s'il n'y a pas suffisamment de documents de sortie dans les dossiers patients, il faut ... établir des documents de sortie) ou équivalent à de traditionnelles obligations de moyens (par exemple, l'indicateur qui prescrit que doit exister une charte ou un document formalisant les règles d'usage ou d'accès au système d'information). Ils sont aussi moins intrusifs : ils ne permettent pas une appréciation extérieure et globale sur les performances qualité de l'établissement²¹.

Il n'est pas question ici de minorer la contribution que les démarches fondées sur des indicateurs de processus ont pu apporter à la qualité des soins dans les établissements hospitaliers. Il semble qu'elles soient à l'origine d'une dynamique interne au sein des établissements portée par une strate d'experts qualité intermédiaires entre les sphères de gestion et de direction et les sphères de la clinique conduisant au « renforcement d'une culture diffuse de la qualité, parfois critique et réflexive au point de s'agencer à des formes de rejet et de scepticisme, ou à des usages stratégiques

²⁰ Avec une exception dans le domaine des greffes ; l'Agence de Biomédecine (ABM) établit et publie des indicateurs de résultats depuis 2006.

²¹ En ce sens, la T2A a constitué aussi un traumatisme (il faudrait pour en mesurer la portée se reporter à ses premières années) car elle a permis de construire une appréciation « extérieure et globale » de la performance économique de chaque établissement, appréciation impossible sous l'égide du budget global. On s'est de fait refusé à imposer en matière de qualité un traumatisme que l'on a accepté en matière de performance économique.

associant les enjeux professionnels de certaines spécialités médicales à la diffusion des outils d'amélioration de la qualité par des experts spécialisés »²².

Il reste que si des indicateurs de processus ont été progressivement construits, aucun effort conséquent n'a été consacré à l'établissement d'indicateurs de résultats. Or les indicateurs de processus ont des limites. Le lien entre le respect d'un indicateur de processus et le bénéfice clinique réel pour le patient peut, dans certains cas, être ténu. On peut se conformer à un indicateur de processus en déplaçant l'effort et en négligeant des tâches non mesurées, pourtant importantes en termes de résultats humains ou cliniques (en période de contrainte budgétaire, les indicateurs de processus peuvent ainsi être faussement rassurants). Les indicateurs de processus préjugent en effet des modalités d'atteinte des résultats et privent les équipes de terrain de marges d'initiative ou d'adaptation aux circonstances locales²³. Ils peuvent aussi entraîner de fortes tensions déstabilisantes si le travail prescrit par l'indicateur est trop éloigné du travail réel et si le lien processus prescrit/résultat clinique est distendu.

Pour toutes ces raisons, les indicateurs de résultats, même s'ils ne sont pas exempts eux-mêmes de limites, sont en règle générale considérés comme plus pertinents ou du moins comme des compléments indispensables des indicateurs de processus.

Il est vrai que certains considèrent que ces derniers sont plus à même de susciter des efforts d'amélioration la qualité de la part des équipes soignantes²⁴. Mais, au-delà de cette problématique particulière -celle de l'appropriation par les équipes- pour laquelle il y a effectivement débat, les indicateurs de processus à la différence des indicateurs de résultats ne répondent pas aux divers rôles, rappelés au chapitre 2, que devraient jouer des indicateurs de qualité. Du fait de leur technicité et de leur lien distendu avec ce qui compte vraiment pour les patients, ils ne sont pas susceptibles de servir de référence au législateur pour fixer le taux de l'ONDAM, aux gestionnaires et aux régulateurs locaux pour promouvoir la qualité, aux représentants des patients pour intervenir au sein des établissements ou aux usagers pour choisir tel ou tel établissement.

4 Les bases d'une politique de mesure de la qualité refondée

Aussi, sans remettre en cause les démarches engagées avec les professionnels pour promouvoir la qualité à travers des indicateurs de processus, il convient de refonder les bases d'une politique de mesure de la qualité autour de trois piliers :

- des indicateurs relatifs à l'expérience et à la satisfaction des patients ;
- des indicateurs relatifs à l'expérience des soignants ;
- des indicateurs cliniques de résultat.

4.1 Des indicateurs relatifs à l'expérience et à la satisfaction des patients

Le suivi annuel de l'expérience et de la satisfaction des patients est un élément essentiel de suivi de la qualité des soins délivrés à l'hôpital. Bien évidemment, il ne s'agit pas à travers ces

²² D. Benamouzig, M. Robelet. « Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital ». *Quaderni* 2014/3 (n°85)

²³ L'indicateur de processus est ainsi moins en rupture avec la culture de la norme réglementaire que l'indicateur de résultat.

²⁴ En ce sens voir J. C. Moisdon. « Payer la qualité des soins à l'hôpital ». *Quaderni* 2014/3 (n°85).

indicateurs d'évaluer la qualité clinique des soins²⁵ mais les patients sont les mieux à même de juger de la manière dont ils ont été nourris, hébergés, écoutés, accompagnés, soutenus, respectés dans leurs droits, associés aux décisions, informés sur leur pathologie, orientés à la sortie de l'hôpital. Toutes ces dimensions sont bien évidemment des constituants majeurs d'une prise en charge de qualité. Il s'agit d'ailleurs plus de retracer l'expérience vécue des patients que de simplement collecter des appréciations de satisfaction.

En ce domaine, après une longue gestation²⁶, nous disposons désormais des données nécessaires pour constituer ce premier pilier de la mesure de la qualité. En effet, en 2016, le questionnaire I-Satis a été appliqué et a permis de collecter les appréciations de 56 800 patients permettant d'établir des scores de satisfaction comparables pour 403 structures. Il est donc désormais possible d'apprécier l'évolution de la satisfaction des patients dans le temps et de la comparer entre établissements.

Cette dimension essentielle de la qualité peut désormais être suivie et donc pilotée. Elle permet de constituer des références pour promouvoir la qualité dans les établissements les moins bien classés.

Il reste à espérer qu'une meilleure efficacité dans la collecte des réponses permettra d'inclure plus d'établissements dans la comparaison. Le taux de réponse moyen est de 17% et un score n'est établi que pour les établissements pour lesquels 30 questionnaires sont renseignés.

Le score par établissement est d'ores et déjà ajusté pour tenir compte des caractéristiques des patients et assurer la comparabilité des résultats. Nul doute que les modalités de l'ajustement (comme pour tout indicateur de résultat) feront encore l'objet de débats qui permettront de progresser dans la pertinence de l'indicateur.

Par ailleurs, le dispositif mis en place doit viser à rendre compte de l'expérience des patients selon les pathologies : le retour d'expérience d'un patient diabétique et celui d'un patient atteint d'un cancer méritent d'être distingués.

4.2 Des indicateurs relatifs à l'expérience des soignants

S'il est heureux que l'on dispose d'une collecte de données sur le vécu des patients, il est également nécessaire que l'on se dote d'un outil similaire pour mesurer tant l'expérience des personnels soignants en termes de conditions de travail que leur appréciation sur la qualité des soins qu'ils délivrent.

Les conditions de travail des personnels hospitaliers sont un enjeu en soi, il est nécessaire de s'assurer que les contraintes financières pesant sur les établissements de santé ne conduisent pas à les dégrader. Et cela d'autant plus que les salariés du secteur hospitalier sont soumis à des conditions de travail plus exigeantes que l'ensemble des salariés (contraintes physiques,

²⁵ Sur la manière dont les patients peuvent être associés à la mesure de la qualité clinique des soins voir infra 4.3 les développements consacrés aux « PROMs »

²⁶ En novembre 2010, la ministre de la santé de l'époque annonçait que ces données seraient disponibles en 2012. Ces données sont disponibles en Angleterre depuis 2002. Pour une analyse de l'évolution des résultats sur longue période voir V. Raleigh et *all.* "Patients' experience of using hospital services". The Kings Fund, Picker institute, décembre 2015.

rythmes de travail contraints, intensité du travail, tension sur le lieu de travail, charges émotionnelles)²⁷.

Mais au-delà de l'intérêt que méritent en elles-mêmes les conditions de travail des personnels, il importe de s'en préoccuper car elles déterminent la qualité des soins dispensés aux patients²⁸. Ainsi, il est admis qu'un « hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner »²⁹. Par ailleurs, on peut penser, certaines études tendent à la suggérer^{30,31}, que les soignants sont à même de porter une appréciation pertinente sur la qualité des soins dans la structure où ils officient.

Depuis longtemps, ces arguments ont paru suffisants à nos voisins britanniques pour investir dans la collecte de données auprès des soignants. Chaque année, depuis 2003, le personnel de tous les établissements hospitaliers est appelé à se prononcer sur ses conditions de travail, sur la qualité du management, sur les possibilités de formation et de développement professionnel, sur sa motivation et satisfaction au travail, sur la gestion des erreurs et incidents, sur la qualité des soins délivrés³².

Les résultats sont bien évidemment communiqués à chacun des établissements pour qu'ils puissent se situer et prendre éventuellement des mesures correctrices. Les données sont publiques et une synthèse des indicateurs est proposée aux patients qui consultent le site *NHS choice*.

Il convient d'engager la même démarche en France et cela paraît d'autant plus possible qu'un questionnaire (Saphora Job) a été élaboré et validé au plan scientifique même si ce questionnaire ne comporte pas de rubriques permettant aux soignants de se prononcer sur la qualité des soins délivrés.

Le coût et la lourdeur de la procédure ont été évoqués pour justifier l'absence de généralisation de la démarche. L'argument ne paraît pas pertinent au regard de l'intérêt que présente l'information collectée tant pour le pilotage général du système que pour son utilisation locale. Notons d'ailleurs que bien des établissements hospitaliers se soucient déjà, comme toute entreprise qui se préoccupe de la gestion de ses ressources humaines³³, de collecter des informations sur le vécu de leur personnel. Il s'agira donc, dans bien des cas, de substituer un questionnaire homogène, susceptible d'une exploitation nationale et permettant des comparaisons entre établissements, à des initiatives disparates.

4.3 Des indicateurs cliniques de résultat

²⁷ J. Loquet, L. Ricroch. Les conditions de travail dans les établissements de santé. Drees. *Le panorama des établissements de santé 2014*

²⁸ AHRQ. *The effects of health care working conditions on patient safety*. Evidence report/Technology assesment n°74, mai 2003.

²⁹ Y. Brunelle. « Les hôpitaux magnétiques un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner » *Pratiques et Organisations de soins* 40,1 janvier- mars 2009

³⁰ Pinder RJ, Greaves FE, Aylin PP, et al. Staff perceptions of quality of care: an observational study of the NHS Staff Survey in hospitals in England. *BMJ Qual Saf* 2013;22:563-70

³¹ Tvedt C, Sjetne IS, Helgeland J, et al. An observational study: associations between nurse-reported hospital characteristics and estimated 30-day survival probabilities. *BMJ Qual Saf* 2014;23:757-764.

³² Voir le site NHS staff survey

³³ On se permet sur ce sujet un rapprochement entre hôpital et entreprise dont le lecteur voudra bien éviter de déduire que l'on assimile le premier à la seconde.

Il faut enfin, sans sous estimer l'apport des indicateurs de processus déjà développés, établir des indicateurs cliniques qui permettent de porter une appréciation pertinente sur la qualité des prises en charge, soit des indicateurs de résultats qui visent à rendre compte des bénéfices cliniques réels pour les patients (et non ceux que l'on suppose découler du respect de certains processus).

4.3.1 Quels indicateurs de résultats ?

Il n'est pas question ici de prétendre définir précisément les indicateurs cliniques de résultats qu'il conviendrait de développer.

On soulignera simplement qu'il ne s'agit pas de succomber à l'illusion technocratique qu'un indicateur unique et simple pourrait rendre compte de la qualité des soins pour toutes les pathologies prises en charge dans un établissement. Certains pays ont visé cette mesure synthétique à travers la constitution d'un ratio normalisé de mortalité hospitalière (soit un ratio qui mesure le taux de mortalité après hospitalisation dans chacun des établissements en prenant en compte les caractéristiques/case mix des séjours et éventuellement le degré de sévérité des affections). Au Royaume-Uni, de tels indicateurs sont régulièrement publiés soit par des institutions privées le *Hospital Standardised Mortality Ratio* (HSMR) développé par Dr. Foster, soit par les autorités sanitaires, le *Summary Hospital Mortality Index* (SHMI) établi sous l'égide du NHS. De tels indicateurs du fait des biais qui peuvent les affecter sont toutefois considérés non comme des indicateurs de qualité mais comme des indicateurs d'alerte qui doivent déclencher, lorsqu'un établissement s'éloigne de manière significative des résultats attendus, des investigations plus approfondies. En France, une étude récente conclut que que l'utilisation d'un tel indicateur serait prématuré du fait des déficiences du codage des séjours qui entachent la validité des résultats³⁴ ; pour autant, la qualité du codage ne progressera que si celui-ci est considéré comme un enjeu par les équipes soignantes.

Pour autant, il est possible de développer des indicateurs plus spécifiques par pathologie/GHS que ce soit en termes de taux de mortalité, de taux de réadmissions ou de taux de complication (*hospital-acquired conditions*). De même il est possible de construire des indicateurs de résultat en matière de sécurité des soins (taux d'infections nosocomiales...) ou « d'événements qui ne devraient jamais se produire » (*never events*).

Les difficultés techniques et scientifiques pour établir de tels indicateurs et obtenir des appréciations valides de la qualité des soins ne doivent pas être sous- estimées. Sans prétendre être exhaustif, on peut en évoquer certaines. Une des principales réside dans l'hétérogénéité de l'état de santé des patients pris en charge qui interdit le plus souvent de s'en tenir à des mesures simples comme le calcul d'un taux de mortalité (ou de réadmission) brut, mais suppose de mobiliser des techniques d'ajustement sur le risque complexe à calibrer³⁵. Le choix de la période de mesure constitue aussi un enjeu important : s'en tenir à la mortalité intra-hospitalière risque de masquer une faible qualité dès lors que certains établissements favorisent la sortie des patients en fin de vie. Une autre difficulté réside dans le fait que ces indicateurs ne rendent pas compte seulement de la performance hospitalière mais aussi de celle de leur environnement : par exemple, le taux de réadmission peut être influencé par la manière dont la médecine de ville prend le relais lors des sorties d'hospitalisation, les caractéristiques socio-économiques de la patientèle influent également sur les taux de réadmission.

³⁴ C. Colin, F. Chollet, A. Beauveil, A. Buronfosse, M. Saïd, A. Duclos. Étude de validité du ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH). Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique Volume 65, supplement 1, Page S5 (March 2017)

³⁵ Pour la tarification elle-même, il est apparu nécessaire de prendre en compte cette hétérogénéité des patients, c'est l'objectif poursuivi par la version 11 de la T2A qui introduit des niveaux de sévérité pour la très grande majorité des GHS.

Pour autant ces difficultés ne doivent pas servir de prétexte à l'inaction. Pour se convaincre qu'il est possible de faire des progrès significatifs pour ce qui concerne la mesure de la qualité et la publicité des données, il suffit de se référer aux politiques conduites à l'étranger³⁶. L'accumulation des travaux scientifiques étrangers et les controverses autour des mérites et des limites de chacun des indicateurs permettent d'envisager une utilisation raisonnée de ce type de données.

Par ailleurs, une nouvelle génération d'indicateurs est en cours de développement : les « patients reported outcomes measures » (PROMs) que l'on pourrait traduire par mesures du résultat des soins par interrogation des patients. Il s'agit de mesurer les résultats d'un processus de soins en recueillant des données auprès des patients : par exemple après l'implantation d'une prothèse de hanche, les patients sont interrogés sur leurs performances en termes de mobilité (parmi d'autres données). Si un même questionnaire a été appliqué avant l'intervention, l'écart avant/après fournit une mesure de l'effet de la séquence de soins. Ces indicateurs permettent d'apprécier plus finement les résultats que des taux de mortalité ou de réadmission, nécessairement réducteurs.

Ainsi depuis 2009, des « PROMs » sont collectés de manière systématique au sein du NHS pour quatre types de prise en charge (prothèse du genou, prothèse de hanche, chirurgie des varices, traitement des hernies inguinales). La démarche PROMs est utilisée dans d'autres pays (Suède et Pays-Bas notamment) mais de manière moins systématique. Elle suppose de développer le plus souvent des outils de collecte des données spécifiques pour chaque pathologie/type d'intervention et semble plus aisée à mettre en œuvre dans le domaine de la chirurgie programmée même si des efforts sont entrepris pour la développer dans le champ des maladies chroniques ou des maladies mentales. Elle fait l'objet d'une promotion active au niveau international notamment pour aboutir à des comparaisons de performance qualité entre pays³⁷. La réflexion méthodologique sur la conception de ce type de mesures progresse en se nourrissant des premières initiatives³⁸ et on dispose de premières tentatives d'analyse des effets du développement de ce type d'indicateurs³⁹.

4.3.2 Un investissement nécessaire dans la constitution d'indicateurs de résultats.

Les remarques du paragraphe précédent montrent que la mise en place d'indicateurs de qualité de résultats suppose d'engager un effort d'investissement scientifique et technique pour les établir. Cet effort d'investissement doit être conduit en veillant à y associer les professionnels du secteur hospitalier, les médecins au premier chef⁴⁰.

Pour l'instant, ces indicateurs de résultats font l'objet de réflexion de la part de certaines équipes ou institutions mais sans un projet structuré, échéancé et doté des moyens

³⁶ C. Pross, A. Geissler, R. Busse. "Measuring, reporting and rewarding quality of care in 5 nations : 5 policy levers to enhance hospital quality accountability". *The Milbank Quarterly*, Vol 95, N°1, 2017 (pp. 136-183).

³⁷ OCDE. *Recommandations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics*. Paris, janvier 2017.

³⁸ E. Basch et al. "Methods for developing patient-reported outcome-based performance measures (PRO-PMs)". *Value in health* 18 (2015) 493-504.

³⁹ J. Greenhalgh et al. "Functionality and feedback: a realist synthesis of the collation, interpretation and utilization of patient-reported outcome measures data to improve patient care". *Health Services and delivery research*. Vol. 5, issue 2, January 2017

⁴⁰ Au Canada, les indicateurs de qualité ont été définis à l'initiative et en collaboration par les hôpitaux universitaires. Cf. Backman, C., Vanderloo, S., & Forster, A. J. (2016). "Measuring and improving quality in university hospitals in Canada: The Collaborative for Excellence in Healthcare Quality". *Health Policy*, 120(9), 982-986.

nécessaires. De ce fait, les professionnels ne sont pas associés à sa réflexion dans des structures de concertation formalisées.

En tout état de cause, l'investissement nécessaire restera limité par rapport à celui consenti pour concevoir et mettre en place la tarification à l'activité qui a bénéficié d'un engagement soutenu pendant des années. A cet égard, il y a un paradoxe : d'une part, nous avons consacré des ressources importantes à la construction d'un système complexe de mesures de la production hospitalière à des fins de tarification et nous consacrons encore - à juste titre - des moyens importants pour développer des systèmes analogues dans de nouveaux domaines (SSR, psychiatrie, HAD, médico-social) ; d'autre part, nous n'avons jamais consenti à un investissement d'ampleur similaire pour mesurer la qualité de cette production.

En fait, ce paradoxe s'explique si l'on veut bien considérer les enjeux culturels et professionnels (rappelés au chapitre 3) engagés par la mesure de la qualité hospitalière. A cet égard, il nous semble que la prudence précautionneuse qui a prévalu jusqu'à présent n'est plus de mise. La communauté hospitalière, loin de voir dans une mesure extérieure de la qualité, une intrusion illégitime est parfaitement consciente que seul le suivi et la mesure de cette qualité est susceptible de servir de contrepoids à la prégnance sur la gestion hospitalières des indicateurs économiques issus de la T2A.

Au plan institutionnel, la responsabilité du développement des indicateurs de qualité est actuellement confiée à la HAS. Cette institution, du fait des contraintes qui pèsent sur son budget, ne peut entreprendre l'effort significatif qu'exige la mise en place de ces indicateurs qu'en arbitrant entre ces diverses missions.

Il convient donc de dégager un budget spécifique pour ce projet qui permettra à la HAS à l'ATIH et à la DREES de le mettre en œuvre. Le niveau de ce budget ne peut faire l'objet d'une évaluation fine, mais serait certainement très en deçà de celui consacré à la gestion du financement des établissements.

5. Indicateurs de qualité hospitalière et parcours.

Les indicateurs de qualité décrits précédemment visent à apprécier la qualité des soins délivrés par les établissements de santé. A une période où il n'est question que de parcours, ils peuvent apparaître, en première analyse, réducteurs : en mesurant la qualité au niveau d'un segment du parcours ; ils négligeraient l'essentiel, la qualité globale du parcours.

Tout d'abord, certains indicateurs de qualité tels que les taux de réadmission mesurent non seulement la qualité des soins au sein de l'établissement mais aussi celle de la prise en charge en sortie d'hospitalisation et permettent d'approcher la qualité de la globalité du parcours. C'est d'ailleurs une de critiques qui leur est adressée en tant qu'outil de mesure de la qualité d'un établissement de santé.

Plus fondamentalement, mettre en œuvre une tarification au parcours suppose de créer une solidarité entre les opérateurs (établissements de santé, professionnels de ville...) des différents segments du parcours. Solidarité au plan financier mais aussi au plan de la qualité : les différents partenaires qui interviennent dans le parcours se partagent un forfait global mais sont aussi appelés à rendre compte globalement de la qualité de leurs interventions (sans appréciation de la qualité du parcours, le financement au parcours se réduirait, comme la T2A, à un simple outil d'incitation à la productivité au sens étroit du rapport activité/coût). Or il est peu vraisemblable qu'un acteur accepte de rendre des comptes sur la qualité du parcours sans outil pour contrôler la qualité des prestations

de ses partenaires. La notion même de financement au parcours suppose donc que l'on se dote de métriques pour apprécier la qualité tant au niveau du parcours dans sa globalité qu'au niveau de ses divers segments.

Aussi, constituer des indicateurs de qualité au niveau hospitalier n'est pas antinomique avec une démarche de financement au parcours, au contraire, il s'agit d'un préalable. Il faudra aussi construire des indicateurs de qualité pour la médecine de ville ; les établissements de santé ne pourront s'engager sur la qualité d'un parcours sans instrument d'appréciation de la qualité des prestations fournies par leurs partenaires.

6 Faut-il rémunérer les établissements en fonction de la qualité ?

Dès lors que l'on plaide pour la mise en place d'indicateurs de qualité mieux structurés, on peut s'interroger sur prise en comptes de ces indicateurs pour moduler le financement à l'activité. Sous la dénomination de « *value-based payments* » ou de « *pay for performance* » (P4P), le paiement à la qualité jouit d'une grande vogue, notamment dans les pays anglo-saxons.

Payer en fonction de la qualité a, au moins, le mérite symbolique de montrer que le payeur ne se préoccupe pas de la seule performance économique mais aussi de la qualité des soins⁴¹.

Par ailleurs, les paiements à la qualité sont le plus souvent présentés comme des « bonus » ; ils permettraient aux établissements qui ont de bons résultats de gagner plus, alors que ceux qui en ont de mauvais ne seraient pas pénalisés. Dans le cadre français où l'enveloppe est fermée, il s'agit bien évidemment d'une illusion d'optique : tout gain pour un établissement est une perte pour un autre. Cette illusion d'optique n'en est pas moins un des éléments du succès des dispositifs de paiement à la performance ; c'est un jeu où l'on semble gagner toujours.

Dès lors que l'on se situe en enveloppe fermée, le paiement à la qualité aboutit à accroître la pression économique sur les établissements les moins performants en termes de qualité, au-delà même du premier effet que l'on peut attendre d'une révélation des performances qualité (une moindre qualité entraîne une réduction des parts de marché). On risque ainsi de mettre en cause leur pérennité. Bien évidemment, il faut pour cela que le dispositif d'incitation à la qualité soit significatif, sachant que s'il reste d'intensité trop faible, il est inopérant. Or, autant cette logique vaut dans un système concurrentiel (les bons établissements se substituent aux mauvais), autant elle est problématique dans un système qui valorise une organisation territoriale équilibrée des établissements de santé. Dans ce cadre, on ne peut se satisfaire de voir disparaître les établissements peu performants au risque de désorganiser l'offre de soins.

Plus fondamentalement, les résultats publiés au niveau international des expériences de paiement à la performance sont le plus souvent mitigés et globalement plutôt décevants^{42,43}. Ainsi, après un examen des études disponibles pour 34 programmes hospitaliers de paiement à la performance, les auteurs concluent que "l'effet du P4P n'est pas clair et qu'il se peut que les effets positifs limités repérés puissent être attribués à d'autres éléments constitutifs de ces programmes,

⁴¹ Pour certains ce mérite doit être relativisé : ils craignent en effet qu'en rémunérant en fonction de la qualité c'est à dire en « marchandisant » ce qui est au cœur de la motivation des soignants, on n'affaiblisse cette motivation intrinsèque en faisant prévaloir les motivations extrinsèques (soit les motivations économiques et financières).

⁴² Markovitz, A. A., & Ryan, A. M. (2017). Pay-for-Performance: Disappointing Results or Masked Heterogeneity?. *Medical Care Research and Review*, 74(1), 3-78.

⁴³ Ogundej, Y. K., Bland, J. M., & Sheldon, T. A. (2016). The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes. *Health Policy*, 120(10), 1141-1150.

tels que la diffusion publique et la plus grande disponibilité des données sur la qualité⁴⁴. Ces études suggèrent qu'il convient d'approfondir les réflexions sur les programmes de ce type et que les effets bénéfiques éventuels que l'on peut éventuellement en attendre dépendent de manière cruciale de la qualité des données, de la pertinence des indicateurs, du calibrage du dispositif de malus/bonus, de la compréhension et de l'acceptation du dispositif par les professionnels concernés.

Ces interrogations sur les effets des systèmes de paiement à la performance n'ont pas empêché la France de s'engager sur cette voie dans le cadre d'un dispositif dénommé Incitation Financière A la Qualité (IFAQ). Après une expérimentation de deux ans sur la base du volontariat, (expérimentation qui, à notre connaissance, n'a fait l'objet d'aucune publication sur son impact en termes de qualité⁴⁵), le dispositif a été élargi à partir de 2015 puis généralisé en 2016 à tous les établissements MCO. Le dispositif repose sur de nombreux indicateurs (46), tous relatifs à des processus, sauf celui tiré d'I-Satis qui rend compte de la satisfaction des patients⁴⁶. Les établissements sont classés en termes de niveau atteint et de progression et peuvent être rémunérés selon leur classement dans ces deux dimensions. Pour chacune d'entre elles, les établissements qui se situent dans les deux premiers déciles des plus performants sont rémunérés ; 30 à 40% des établissements peuvent ainsi espérer obtenir une rémunération au titre de la qualité.

L'enveloppe consacrée à cette rémunération a été calibrée à 40 M€ soit environ 0,1 % des ressources allouées aux établissements MCO. L'enjeu financier reste très modeste. Il faudra certainement attendre pour mesurer d'éventuels effets sur la qualité des soins. La modestie même de l'enjeu financier rendra difficile, en l'absence d'impact, de conclure que les incitations financières ne sont pas efficaces ; il sera difficile d'écarter l'hypothèse que les incitations étaient insuffisantes. De plus, cette évaluation ne pourra pas se borner à examiner l'évolution des indicateurs qui sont pris en compte dans le système de paiement à la performance ; les progrès sur ces indicateurs peuvent avoir pour contrepartie une dégradation de la qualité sur des aspects de la prise en charge non pris en compte dans IFAQ. De manière un peu paradoxale, il faudrait des indicateurs de résultats pour vraiment apprécier l'impact d'un programme de paiement à la performance fondé sur des indicateurs de processus. Quant à l'appropriation par les équipes de ce dispositif, une première étude pendant la phase d'expérimentation a montré que si ce dispositif était connu et favorablement accueilli par les dirigeants hospitaliers, il était beaucoup moins connu par les équipes opérationnelles⁴⁷.

Au total, le programme français de paiement à la performance semble largement motivé par le souci de fournir un signe que l'on se conforme à ce qui paraît relever de la modernité managériale - en ce domaine, le P4P est un marqueur fort même s'il est en passe d'être supplanté par la tarification au parcours au gré de l'importation en France des concepts nés aux Etats-Unis- tant il est modeste dans son ampleur et tant il sera difficile d'en tirer des enseignements solides.

⁴⁴ Milstein, R., & Schreyoegg, J. (2016). Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy*, 120(10), 1125-1140.

⁴⁵ A noter un article qui fait le point sur le déroulement de l'expérimentation mais sans indications sur les effets du dispositif. M. Ferrua et *all.* Incitation financière à la qualité (IFAQ) pour les établissements de santé français : résultats de l'expérimentation (2012-2014). *Journal de Gestion et d'Economie Médicale*, 2015, Vol. 33 n° 4-5 277-290. Il est assez commun en France de dénommer « expérimentations » des initiatives qui seront généralisées sans évaluation sérieuse et publique des résultats contrairement à ce que suggère le terme « expérimentation ».

⁴⁶ Arrêté du 3 mai 2016 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

⁴⁷ Girault, A., Bellanger, M., Lalloué, B., Loirat, P., Moisdon, J. C., & Minvielle, E. (2017). Implementing hospital pay-for-performance: Lessons learned from the French pilot program. *Health Policy*.

Pour autant, parmi les divers programmes de paiement à la performance, il en est un qui semble avoir eu des effets sensibles. Il s'agit de celui initié par Medicare, le *Hospital Readmission Reduction Program* (HRRP). Ce programme réduit les tarifs alloués à un hôpital dès lors que celui-ci présente des ratios de réadmission à 30 jours ajustés sur le risque supérieur à la moyenne. Ce programme concerne depuis 2013 les patients hospitalisés pour infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque et pneumonie ; Il a été étendu aux hospitalisations pour BPCO et pour prothèse de hanche et du genou en 2015 ainsi qu'aux hospitalisations pour pontage coronarien en 2017. Ce programme s'est déjà traduit par une baisse significative des réadmissions pour les trois motifs d'hospitalisation initialement pris en compte⁴⁸. Il a toutefois été noté que les hôpitaux les plus souvent pénalisés par ces dispositifs étaient ceux qui recevaient des patients de catégories socio-économiques modestes entraînant une controverse sur l'opportunité d'introduire des caractéristiques socio-économiques des patients parmi les critères d'ajustement des ratios de réadmission.

Il semble donc que si des dispositifs de paiement à la performance devaient être introduits en France, ils pourraient concerner en premier lieu les taux de réadmission. Nous rejoignons ainsi les propositions formulées par le HCAAM qui devant les difficultés à envisager une tarification au parcours, suggère de moduler la tarification en fonction des réadmissions⁴⁹ ; pénaliser les réadmissions engage en effet les établissements à se situer dans une logique "parcours" car celles-ci dépendent aussi des professionnels de santé qui assurent le suivi post-hospitalisation des patients. Prendre en compte les réadmissions dans la tarification peut aussi être considéré comme un moyen de contrecarrer les effets pervers éventuels de l'incitation forte à fractionner les séjours où à réduire la DMS induite par la T2A.

De nombreux pays ont mis en place des politiques, fort diverses, pour réguler les réadmissions, la France semble un des rares pays à ne pas traiter explicitement ce problème⁵⁰.

Il faut toutefois tenir compte du fait que le niveau des réadmissions ne semble pas avoir augmenté en France pour les prises en charge chirurgicales depuis la mise en place de la T2A⁵¹ et que le niveau des réadmissions en France semble significativement inférieur à celui constaté aux USA⁵², les différences contextuelles doivent être prises en compte avant d'envisager une transposition du dispositif américain.

En conclusion, soulignons qu'avant même d'envisager d'introduire un dispositif de paiement à la performance, il faut constituer et publier des indicateurs de qualité à la fois robustes et signifiants pour les acteurs (professionnels, régulateurs, patients) ; cette étape franchie, il sera temps de s'intéresser aux mérites et aux limites du paiement à la performance.

⁴⁸ Ning Lu, Kuo-Cherh Huang, James A. Johnson. Reducing excess readmissions: promising effect of hospital readmissions reduction program in US hospitals. *Int J Qual Health Care* 2016; 28 (1): 53-58.

⁴⁹ HCAAM. *Rémunération à l'épisode de soins*. Doc. N°15 annexé au rapport « Innovation et système de santé », séance du 25 février 2015.

⁵⁰ Kristensen S.R. , Bech M., Quentin M. A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States. *Health Policy* 2015;119:264–73.

⁵¹ Yilmaz, E., & Vuagnat, A. (2015). Tarification à l'activité et réadmission. *Economie et statistique*, 475(1), 71-87.

⁵² Gusmano, M., Rodwin, V. G., Weisz, D., Cottenet, J., & Quantin, C. (2016). A Comparative Analysis of Hospital Readmissions in France and the US. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 18(2), 195-209.

Annexe 5: De la T2A au financement de la valeur du soin : Financer l'épisode et le parcours de soins en intégrant prévention et pertinence des soins

Avec la contribution **d'Annie Fouard, Jacqueline Hubert, Marc Penaud**

La tarification à l'activité a permis de faire évoluer le système de soins de façon considérable depuis sa mise en œuvre en 2004. En incitant les établissements de santé à développer leurs activités et leur offre de soins, elle a fortement encouragé le développement dynamique des hôpitaux, tout en les incitant à entrer dans un raisonnement médico-économique marqué par des étapes contractuelles externes et internes, favorisant la responsabilisation des acteurs sur la qualité et la gestion des moyens. A travers la liste en sus, la T2A a incontestablement été un accélérateur d'introduction des thérapies ou techniques innovantes, qui ont bénéficié à de très nombreux patients.

Toutefois, le système touche à ses limites dans sa configuration actuelle. Les contraintes pesant sur l'enveloppe de financement globale sont peu compatibles avec la T2A, qui n'est autre qu'un modèle de répartition de l'enveloppe au prorata de l'activité. Il en résulte une réduction constante des tarifs, rendant difficile toute perspective à moyen terme (en termes de développement d'activité, de recrutements, d'investissement). De plus, l'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques impose des modalités de prise en charge qui ne sont pas explicitement financées en T2A, comme la coordination pluriprofessionnelle ou les actions de prévention.

L'enjeu principal consiste à adapter les modalités de financement des établissements de santé au contexte dans lequel sont proposés les soins, s'appuyant sur les évolutions fondamentales qui ont eu lieu depuis la mise en place de la T2A, en particulier sur les plans technologique et épidémiologique.

Il est possible aujourd'hui de suivre des constantes biologiques ou physiologiques et de provoquer des interventions à distance.

La médecine prédictive personnalisée, reposant en partie sur le génome, va profondément transformer l'approche des soins qui va nécessairement devenir holistique, impliquant des professionnels divers autour d'un seul patient, quel que soit leur statut juridique (institutionnel, libéral, public, privé).

Ces évolutions s'inscrivent à un moment où la population de 75 ans et plus va fortement augmenter pendant une vingtaine d'années, avec en corollaire une augmentation forte des besoins de prise en charge de pathologies chroniques

De nouvelles thérapies ciblées, très coûteuses apparaissent (immuno-thérapie par exemple), nécessitant des réseaux d'expertise spécialisés.

La démographie médicale est soumise à de fortes contraintes, obligeant à décloisonner les prises en charge voire à poursuivre la démarche de transfert de compétences

Enfin, les patients ont eux aussi fortement évolué. Disposant d'informations fiables et solides, ils sont de véritables partenaires de soins, parfaitement capables de décrire leurs attentes sur le plan qualitatif.

La réforme proposée repose sur deux postulats centraux. D'une part, pour les raisons évoquées plus haut, il n'est pas possible de maintenir un modèle unique de financement des établissements de soins quelles que soient les prises en charge. D'autre part, il est indispensable d'encourager une approche holistique et pluridisciplinaire des soins.

C'est pourquoi sont proposés trois modèles de financement :

- Un financement T2A au séjour pour des séjours « ponctuels » et « simples »
- Un financement à l'épisode de soins pour les actes chirurgicaux lourds ou des soins médicaux aigus nécessitant une prise en charge en amont et en aval, impliquant des médecins de ville et des professionnels des établissements de soins
- Un financement au parcours, répondant spécifiquement à la prise en charge des pathologies chroniques, et impliquant la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Les expériences à l'étranger montrent que le financement à l'épisode de soins ou au parcours incite les professionnels de santé ou offreurs de soins à mettre en place la combinaison de moyens la plus efficiente pour chaque épisode ou parcours, avec des prises en charge moins coûteuses à qualité égale.

Selon les enseignements tirés de ces expériences étrangères, ce mode de financement favorise la coordination des acteurs, réduit le taux de complications et de réhospitalisations, d'admission en urgence, et tend à améliorer l'efficacité et la qualité des soins.

C'est un levier majeur pour rompre la logique « en silos » du système de soins et décloisonner les différents segments du système de soins, réduire les actes inutiles et redondants, intégrer les stratégies de prévention, renforcer l'efficacité de notre système de santé et améliorer les résultats sur la santé des patients.

Les propositions décrites plus loin ont tenu compte des écueils ou limites rencontrés dans les expériences étrangères :

- La nécessité d'instaurer une étroite coordination entre les différents acteurs de la prise en charge, et dans un système éclaté comme le nôtre imposant la mise en place des dispositifs de coordination ad hoc
- la problématique des patients « outliers », les cas atypiques ou extrêmes qui au-delà d'un certain seuil de dépenses pourraient faire l'objet d'un financement complémentaire.
- la nécessité de mettre en place des indicateurs de qualité dans le cadre de protocoles de prise en charge précis.
- la complexité des circuits financiers dans les systèmes non intégrés : le système d'information doit permettre de suivre les prestations des différents acteurs pour un patient donné, pour disposer des éléments de répartition du forfait. Seule l'assurance maladie dispose d'un système d'information pouvant assurer ce suivi.
- l'investissement nécessaire avec la mise en place et la gestion du système (mise en place du système d'information, suivi des pratiques, système de contrôle et d'évaluation ...), coûts de coordination

Quoi qu'il en soit, il est indispensable que des stratégies de promotion et de suivi de la qualité soient mises en place afin de s'assurer que les patients reçoivent les soins les plus appropriés et que les conséquences négatives soient réduites au minimum.

Les définitions

Le parcours de soins (ou de santé) représente l'ensemble des soins dispensés pour un état de santé donné, pendant un laps de temps donné et par l'ensemble des professionnels de santé qui concourent à la prise en charge. Le parcours de soins (ou de santé) intègre les activités de prévention ou d'éducation à la santé, la coordination, l'accompagnement du patient aux soins. L'élaboration de protocoles de parcours de soins au niveau territorial est un préalable indispensable, elle doit s'appuyer sur les recommandations des sociétés savantes. La structuration du parcours de soins (ou de santé) doit être centrée sur le patient, adaptée aux besoins territoriaux en prenant en compte les spécificités sociales et environnementales (offre de soins). Il est indispensable d'identifier pour chaque parcours de soins intégré, les soins hospitaliers et non hospitaliers associés à cette procédure, les fonctions clés (éléments qui participent de la faisabilité et de l'efficacité du parcours), les modèles opérationnels de renforcement de la démarche qualité.

Un monitoring/évaluation : Il s'agit d'apporter des éléments de connaissance probants sur la pertinence des processus ou solutions opérationnelles mises en œuvre.

Il conviendra à cet effet de définir

- les indicateurs de processus
- les indicateurs de résultats
- les indicateurs financiers

Ces indicateurs permettront d'introduire un paiement à la performance en cas d'atteinte des cibles.

La définition du risque par pathologie il s'agit d'ajuster le forfait au risque selon la patientèle (précarité, comorbidité, âge). L'ajustement du risque constitue un élément clé de l'analyse de l'épisode de soins ou du parcours de soins, il permet de limiter la sélection des patients et permet de comparer les épisodes de soins ou parcours lorsque l'on évalue la performance.

Les prérequis

Le partage des données médicales est un élément clé des parcours de soins, facilitant la coordination entre les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient. La généralisation du dossier médical partagé DMP permettra des échanges d'information au quotidien entre les acteurs. Un dispositif devra compléter le partage des données médicales pour permettre en temps réel le suivi et le contrôle des indicateurs d'activité et de qualité (SCOPE santé, hospidiag ?) à des fins de gestion et de répartition de la rémunération forfaitaire.

La pertinence et la valeur des soins doivent faire l'objet d'une description holistique, de cibles, d'indicateurs, définis par les professionnels de santé, les patients selon les pathologies, les parcours. Ainsi, **trois types d'indicateurs devront être mobilisés**

- état de santé : mortalité et niveau de santé fonctionnelle, douleur, reprise de l'activité physique, reprise de travail
- processus de réhabilitation : délai de reprise de l'activité physique et délai de reprise de travail
- pérennité des résultats des soins.

Ces indicateurs pourront être issus du programme PaRIS (Patient Reported Indicators Survey), programme développé par l'OCDE en étroite collaboration avec l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM).

Le libre choix du patient est une caractéristique cruciale de notre système de santé. Le financement à l'épisode de soins ou au parcours de santé permet à chaque patient de faire un choix éclairé de son parcours auquel il doit se conformer. Il bénéficie d'une information appropriée sur la qualité et les prestations attendues. Le patient devient un acteur majeur de son parcours.

La caractérisation du parcours de soins intégré permet de préciser la période (semestre, année), le rôle de chaque professionnel de santé/établissement de santé, le périmètre du forfait (soins, prestations, garantie ré hospitalisation/ complication⁵³, qualité, performance), le hors forfait.⁵⁴

Une cartographie des parcours de soins doit permettre de décrire les parcours observés, de calculer les dépenses liées à ces parcours et d'évaluer l'adéquation de ces parcours aux recommandations de bonnes pratiques, de calculer les dépenses cibles des parcours protocolisés. Les données SNIIRAM et PMSI permettent de décrire le parcours des patients atteints de pathologies chroniques ainsi que leurs coûts.

Une approche plus globale avec une enveloppe « parcours de soins », enveloppe « ville+hôpital », enveloppe décloisonnant

Un modèle incitatif pour l'ensemble des professionnels libéraux et hospitaliers favorisant une démarche de coopération visant à améliorer la valeur créée pour le patient.

Un financeur, l'assurance maladie

Des fournisseurs, les établissements de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires, les professionnels de santé, les communautés de territoire de santé

Fonder une expérimentation sur 2 ans en vue d'une généralisation : expérimentation avec un financement national ville + hôpital

Le financement au séjour T2A

La T2A est le mode de tarification qui convient le mieux au financement des actes médicaux et chirurgicaux simples qui ne nécessitent pas de prise en charge médicale ou paramédicale avant ou après l'épisode aigu.

Pour les pathologies chirurgicales on peut citer : l'appendicectomie, l'arthroscopie de genou, la cholécystectomie, la résection de prostate, l'ablation de kystes...

⁵³ Hospitalisation évitable ou potentiellement évitable, complication évitable

⁵⁴ Affection intercurrente sans rapport avec la pathologie chronique, complication rare et grave

Pour les pathologies médicales, elles peuvent être de 2 types :

- l'épisode aigu en dehors de tout contexte chronique : pneumopathie, hépatite, pyélonéphrite...
- L'épisode aigu intercurrent d'une maladie chronique qui doit rémunérer l'établissement de soins qui a assuré la prise en charge. En effet, le tout compris de la tarification au parcours ne peut pas financer ce type de prise en charge coûteux. On peut concevoir une pénalisation de la tarification au parcours si cet épisode aigu avait pu être évité grâce à une meilleure prévention.

Toutefois, la T2A telle qu'elle est conçue aujourd'hui doit être simplifiée. S'il est important de conserver les 4 niveaux de sévérité, il faut réduire le nombre de GHM afin de simplifier le codage.

Enfin, les tarifs doivent rester stables pour permettre aux établissements de santé qu'ils soient publics ou privés d'anticiper leurs recettes dans la durée.

Le financement à l'épisode de soins

Le financement à l'épisode de soins concerne les actes de chirurgie lourds ou soins médicaux aigus qui nécessitent des soins de court séjour, soins ambulatoires, soins à domicile.

En effet, afin d'assurer une égalité des prises en charge pour les patients et de « justes » soins il est nécessaire de prévoir le financement intégral de l'épisode de soins avec un forfait prospectif ajusté au risque.

Ce forfait couvre les soins précédant l'hospitalisation (bilans, consultations), le séjour initial en médecine ou chirurgie, les honoraires médicaux, les soins de suite et les éventuelles réadmissions, pour une période définie en fonction de la pathologie ou procédure concernée.

Les hospitalisations susceptibles de rentrer dans ces dispositifs expérimentaux du "bundled payment" pourraient concerner les pathologies ou procédures suivantes - avec ou sans comorbidité ou complications :

Liste indicative, non limitative

Chirurgie de l'épaule

- *Amputation*
- *Pyélonéphrite compliquée*
- *Accident vasculaire cérébral*
- *Bronchopneumopathie chronique obstructive et asthme*
- *Pontage coronaire*
- *Chirurgie des articulations de la hanche ou du genou*
- *Arthroscopie interventionnelle du genou*
- *Prothèse totale de la hanche ou du genou*
- *Autres interventions chirurgicales sur le membre inférieur*
- *Intervention chirurgicale sur l'humérus*
- *Fracture du fémur ou du col du fémur*
- *Pathologie de l'appareil musculo-squelettique*
- *Arthrodèse cervicale*
- *Arthrodèses du rachis*
- *Arthroplastie rachidienne ou implantation d'un neurostimulateur*
- *Ablation de matériel d'ostéosynthèse*
- *Angioplastie*
- *Implantation d'un stimulateur cardiaque*
- *Implantation d'un défibrillateur, dans un contexte d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral*
- *Implantation d'un défibrillateur automatique*
- *Révision ou remplacement d'un stimulateur cardiaque*
- *Décompensation d'une insuffisance cardiaque chronique*
- *Arythmie cardiaque*
- *Valvulopathie*
- *Autre chirurgie cardiaque*
- *Procédures cardiovasculaires majeures avec comorbidité ou complication*
- *Hémorragie gastro-intestinale*
- *Chirurgie du côlon*
- *Pneumopathie aiguë et autres infections respiratoires*
- *Œdème pulmonaire, insuffisance respiratoire aiguë, pleurésie*
- *Douleur thoracique*
- *Affections vasculaires périphériques*
- *Artériosclérose*
- *Occlusion intestinale*
- *Syncope*
- *Maladie rénale chronique*
- *Troubles métaboliques et nutritionnels*
- *Accident ischémique transitoire*
- *Œsophagite et gastrite*

L'attributaire des fonds dans un souci de simplicité est l'établissement de soins qui assure le reversement des actes réalisés aux professionnels extérieurs choisis par le patient (IDE, kiné, psychologue, consultation de spécialiste...).

Un exemple

L'épisode de soins est défini pour un patient type, répondant aux scores 1 ou 2 de la classification ASA, qui subit une première implantation d'une prothèse ; les cas complexes et les révisions sont exclus de la forfaitisation. Ainsi, le forfait cible un groupe de patient et de procédures présentant peu de variations quant au coût et aux résultats attendus, et correspondant à environ 74 % des cas. Afin d'éviter l'écueil du rationnement des soins, la rémunération est liée à des mesures de la qualité produite, avec audit interne et externe.

Le parcours tarifé comprend

- les examens et consultations diagnostiques et anesthésiques préopératoires,
- les analyses biologiques préopératoires et l'ECG,
- l'intervention chirurgicale,
- le dispositif implanté, dont le taux de survie à 10 ans doit être supérieur à 92 %,
- les médicaments administrés,
- le séjour hospitalier,
- les soins de suite et de réhabilitation en établissement pendant 7 jours,
- la consultation de contrôle postopératoire dans les 3 mois,
- le traitement des complications non aiguës pendant une durée de 2 ans ou de 5 ans en cas d'épisode infectieux survenu au cours des 24 premiers mois, y compris en cas de réintervention,
- les réhospitalisations et les soins de suite en cas de réintervention, même si les soins sont dispensés dans un autre établissement hospitalier.

Le financement au parcours pour les pathologies chroniques

Afin de favoriser la transition épidémiologique portée par les évolutions techniques qui facilitent aujourd'hui les prises en charge ambulatoires de maladies chroniques, diminuent le recours aux hospitalisations conventionnelles, les modes de financement doivent évoluer pour

- valoriser la participation des établissements de santé aux dispositifs de coordination ville/hôpital (transfert ETP vers activité de coordination) et compenser la perte d'activité conventionnelle ;
- favoriser le développement de parcours intégré pour les maladies chroniques (activités hospitalières, ambulatoires, coordination, éducation thérapeutique et soins de ville) en réaffirmant la place de référent du médecin traitant ou du médecin hospitalier (public ou privé) qui assure le suivi au long cours de ces patients ;
- s'inscrire dans une dimension résultat où chacun est rémunéré en prenant en compte le résultat global défini, permettant à chacun de se mobiliser autour d'un objectif commun et partagé de pertinence des soins, d'efficience et d'amélioration des prises en charge.

Le financement au parcours est un modèle expérimenté et adopté dans plusieurs pays.

Le principe général d'un financement au parcours est de fixer, pour une période donnée pour une pathologie chronique donnée (semestre ou année), une rémunération forfaitaire globale pour tous les acteurs qui interviennent dans la prise en charge de cette pathologie, pour l'ensemble des moyens nécessaires (actes, consultations, médicaments, produits de santé, hospitalisations, éducation thérapeutique, coordination, transports, etc.).

Ce modèle de financement est basé sur un partage du risque entre le payeur et le(s) professionnel(s) de santé.

Les soins et prescriptions motivés par d'autres pathologies ou d'autres événements sans lien avec l'épisode ont vocation à être payés selon les règles de droit commun ; ce sont les soins « hors forfait ».

La logique du financement au parcours est fondée sur une approche longitudinale des soins et la reconnaissance des bonnes pratiques et de la pertinence des soins. La rémunération forfaitaire est calculée pour l'ensemble des éléments de la prise en charge du patient en faisant référence aux pratiques médicales optimales (en utilisant les référentiels cliniques, ou les dires d'experts), et en valorisant les coûts à l'aide de ceux observés en moyenne. Il s'agit en effet d'éviter une sélection des patients excluant les patients à risque.

Ce financement peut être envisagé a priori, par un montant global prospectif

Ceci suppose un calcul sur une période déterminée : le montant global représente le financement des soins sur une période de 1 mois, 1 année, ...

En pratique, le mécanisme de financement au parcours peut être envisagé de différentes manières, qui peuvent coexister au sein d'un même financement au parcours ou à l'épisode de soins pour différents groupes de prestations :

- par le suivi de l'évolution des dépenses liées aux soins et l'analyse de l'impact financier des nouvelles modalités de soins

- par le suivi d'indicateurs de résultats, indicateurs de qualité et de performance

- en unifiant au niveau du parcours les financements correspondant aux prestations : l'entité coordonnatrice ou structure support du parcours perçoit les financements attachés à ces prestations et les redistribue selon des modalités convenues entre acteurs de santé.

La forme la plus avancée du financement au parcours est le groupement de toutes les prestations qui concernent un patient assorti d'un financement global par patient (correspondant alors au montant de la garantie de budget pour autant que celle-ci ait été calculée en fonction du parcours de soins ou de l'épisode). Ceci suppose alors que la répartition entre les intervenants auprès des patients soit gérée au niveau de l'entité coordonnatrice (maison de santé pluridisciplinaire ou GIP ou GCS, établissement de santé public ou privé) ou structure support, tout comme l'utilisation des gains d'efficience par l'introduction de nouvelles modalités de coordination et de réhabilitation (intéressement).

Les modalités de financement et de facturation

Selon l'approche retenue pour le financement au parcours, les modalités de financement et de facturation varieront :

- si l'ensemble des prestations est réalisé au niveau d'un seul acteur, le financement des prestations et leur facturation se feront selon les règles de droit commun
- si l'ensemble des prestations est réalisé en associant différents acteurs via l'entité coordinatrice (maison de santé pluridisciplinaire ou GIP OU GCS, établissement de santé public ou privé) ou structure support, le financement des prestations suivra les règles de droit commun, mais les prestations visées par le parcours ou l'épisode de soins seront facturées par l'entité coordonnatrice (maison de santé pluridisciplinaire ou GIP OU GCS, établissement de santé public ou privé) ou structure support qui percevra les honoraires ou autres remboursements pour les redistribuer ensuite selon les dispositions prévues par convention entre les acteurs
- si un montant global par patient (couvrant ou non l'ensemble de la prise en charge du patient) est déterminé de façon prospective, ce montant devra être facturé par l'entité coordonnatrice (maison de santé pluridisciplinaire ou GIP OU GCS établissement de santé public ou privé) ou structure support et, ensuite, distribué selon les dispositions prévues par convention ; il convient dans ce cas de prévoir quelle période de prise en charge est couverte par le montant global (par exemple : trois mois) pour définir le rythme de facturation de ce montant pour le parcours.

Modalités de mise en œuvre

Expérimenter dans le cadre de projets pilote sur des territoires volontaires les financements à l'épisode ou au parcours de soins.

Un appel à projets permettra de sélectionner sur les territoires volontaires, cinq à six équipes qui mettront en œuvre l'expérimentation et assureront la coordination et le suivi de l'épisode ou du parcours de soins. Ces équipes recevront un financement pour la gestion de l'expérimentation afin de soutenir la mise en œuvre de ces modèles de financement intégré.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) organise en coordination avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) la mise en place, le suivi et l'évaluation du dispositif à l'issue de cet appel à candidature.

Une convention de financement sera signée entre chaque structure support de l'équipe sélectionnée, la caisse d'Assurance Maladie référente à laquelle est rattachée la structure, et l'ARS du territoire. Cette convention permettra de fixer les modalités d'exécution de l'expérimentation ainsi que les engagements des parties. Les structures supports peuvent être des établissements de santé MCO, HAD, SSR, publics et privés, les maisons de santé pluridisciplinaires, un pôle de santé...

Chaque structure rendra compte de l'activité réalisée à l'ARS et à la caisse d'Assurance Maladie référente, avec laquelle elle aura passé convention.

A l'instar des autres pays, l'implémentation de ces modèles de financements en France doit être progressive et avec des évaluations annuelles

Bibliographie

- Laura Dummit, Grecia Marrufo, et al Bundled payments for care improvement (BPCI) initiative models 2-4: year 1 evaluation & monitoring annual report February 2015-the Lewin Group-
- eHealth Saskatchewan (2013), Strategic Plan - March 31, 2017 :
<http://www.ehealthsask.ca/SiteCollection-Documents/strategic-plan.pdf>.
- American Medical Association (2012),Evaluating and negotiating emerging payment options
- Hackbarth, G., Reischauer, R. and Mutti, A. Collective accountability for medical care – toward bundled payments. *New England Journal of Medicine*. 2008, 359(1): 3-5.
- Porter, Michael E., Clemens Guth, and Elisa Dannemiller, The West German Headache Center: Integrated Migraine Care, Harvard Business School Case 9-707-559, September 13, 2007
- Jeroen N. Struijs, Ph.D., and Caroline A. Baan, Ph.D., Integrating Care through Bundled Payments — Lessons from the Netherlands, *N Engl J Med* 364;11 NEJM. March 17, 2011
- Porter, M.E., Teisberg, E. (2006). Redefining Health Care. Harvard Business
- AB (2011), « What The Kaiser Permanente HMO Covers », Alexander and Baldwin Benefits Handbook(<http://www.matson.com/benefits/handbook/HealthCare/KaiserHMO/WhatTheKaiserHMOCovers.htm>)
- Porter, M.E. and Lee, T.H. (2013). The Strategy that Will Fix Health Care. Harvard Business Review. October 2013. Prod. #: R1310B-PDF-ENG.
- Strandberg-Larsen, M., Schiøtz, M. L., Silver, J. D., Frølich, A., Andersen, J. S., Graetz, I. et Hsu, J. (2010), « Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration? A comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system », *BMC Health Services Research*, 10(1), p. 91.
- Porter, M.E. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*;
- 363:2477-2481.
- Porter, M.E. (2010). Value in Health Care. Supplement 1 to “What Is Value in Health Care?” *New England Journal of Medicine*; Appendix 1.
- Biørn E, Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. How different are hospitals' responses to a financial reform? The impact on efficiency of activity-based financing. *Health Care Manag Sci* 2010;13(1):1-16.
- Biørn E, Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. The effect of activity-based financing on hospital efficiency: A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000. *Health Care Manag Sci* 2003;6(4):271-83.
- Porter, M.E. (2010). Outcomes Measurement. Supplement 2 to “What Is Value in Health Care?” *New England Journal of Medicine*; Appendix 2.
- Kaplan, R.S and Porter, M.E. (2011). How to Solve the Cost Crisis in Health Care.Harvard Business Review. September 2011.
- Kaplan, R.S and Haas D.A. (2014). How Not to Cut Health Care Costs. Harvard Business Review. November 2014.

- Barton, S., Findlay, D., & Blake, R. (2005, December). The management of inappropriate vocalisation in dementia: a hierarchical approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(12), 1180-1186.
- CFHI. (2015). Prospectus: INSPIRED Approaches to COPD: Improving Care and Creating value. A 12-month Quality Improvement Collaborative. Ottawa.
- CFHI. (n.d.). Reducing Inappropriate Use of Antipsychotic Medication in Long Term Care (LTC): A CFHI Spread Collaborative. Retrieved from Canadian Foundation for Healthcare Improvements: <http://www.cfhi-fcass.ca/WhatWeDo/reducing-antipsychotic-medication-use-collaborative>
- CIHI. (2016). Your Health System. Retrieved November 23, 2015, from Canadian Institute for Health Information: <http://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/indepth?lang=en#/>
- Porter, M.E., Pabo, E.A., Lee, T.H. (2013). Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs. *Health Affairs*; 32:516-525.
- Porter, M.E. (2009). A Strategy for Health Care Reform—Toward a Value-Based System. *New England Journal of Medicine*; 361:109-112.
- HCAAM, document annexé au rapport « innovation et système de santé », Rémunération à l'épisode de soins, février 2015

Les différents modèles de financement à l'épisode de soins rendent difficiles l'évaluation de l'impact des financements intégrés, mais ils méritent un suivi de leurs différentes déclinaisons en raison de la convergence des premiers résultats, de l'intérêt des professionnels de santé pour un meilleur exercice et de la moindre croissance des dépenses tout en préservant la liberté de choix des patients.

A titre d'exemple, il est intéressant de s'attarder sur l'évaluation du programme Orthochoice mis en place en Suède dans le Comté de Stockholm. Le Karolinska Institute (KI) a été chargé par le Stockholm County Council (SLL) d'analyser les effets de ce mode de financement. L'étude a été réalisée en collaboration avec KI et la Harvard Business School.

Ce programme a été lancé en 2009 pour les patients bénéficiant de la pose d'une prothèse de hanche ou de genou (des programmes similaires ont été lancés pour d'autres pathologies, cataracte, chirurgie de la moelle épinière, notamment). Ce modèle est particulièrement complet, il allie paiement au forfait (avant, pendant et après l'hospitalisation) et paiement à la performance. L'une des caractéristiques majeures en est la garantie à 5 ans, qui couvre un ensemble de complications préalablement définies. Les objectifs de ce modèle étaient de réduire les coûts de production, d'améliorer la qualité en améliorant la prise en charge de la douleur (paiement à la performance) et diminuant les complications (garantie à 5 ans) et de réduire les délais d'attente pour la chirurgie (près de 40 % des patients attendaient plus de 90 jours en 2007).

L'évaluation à 4 ans montre l'impact de ce programme.

- 71 % des patients opérés pour des prothèses de hanche ou de genou dans le Comté de Stockholm l'ont été selon le modèle Orthochoice (soit plus de 12 500 patients). Le modèle a permis une résorption des files d'attente (moins de 5 % de patients attendant plus de 90 ? en 2012 contre 37 % en 2009) tout en assurant une maîtrise des volumes.
- Une baisse des prescriptions d'opiacés (-21 %) et d'antibiotiques (-9 %) a été documentée, témoin d'un changement bénéfique de pratiques médicales.
- Des gains de productivité de 16 % ont été enregistrés dans les établissements participants, principalement en augmentant le nombre de patient opérés par équipe et par jour et en réduisant la durée de séjours (une journée de moins en moyenne).
- Par ailleurs, le coût moyen payé sur un patient sur une période de deux ans a diminué de 20 %.

La principale explication avancée par les évaluateurs est celle de l'efficacité de la période de garantie, qui a permis de diminuer significativement la survenue de certaines complications concernées. En effet, le taux d'hospitalisations pour complications en lien avec la prothèse a diminué de 18 % et le taux de ré intervention à deux ans de 23 %. Une analyse de différence des différences montre que cette baisse significative a eu lieu alors que le taux de ré intervention augmentait dans les autres Comtés suédois.

Le modèle a évolué au fil du temps pour prendre en compte les enseignements et critiques formulés lors de sa mise en œuvre. Initialement le modèle Orthochoice excluait les patients complexes. Une extension est en cours pour inclure ces patients avec un forfait adapté.

L'évaluation des financements intégrés de Medicare par Lewing Group souligne que les prestataires ou fournisseurs de soins volontaires et avant gardistes ont initié le bundled payment principalement avec les arthroplasties de la hanche ou du genou, qui sont généralement des chirurgies programmées

et effectuées sur des patients en meilleure santé. Ces épisodes sont plus prévisibles et modélisables que les autres hospitalisations, ils sont plus propices à l'amélioration des résultats et à des gains d'efficience.

Sont observées des baisses statistiquement significatives du recours aux soins infirmiers et des augmentations du recours à l'HAD, ce qui pourrait indiquer une substitution des soins à des HAD à coût plus faible pour les séjours de SNF plus coûteux. Les réadmissions ont baissé davantage pour les participants au modèle 2 de bundled payment, bien que les visites sans hospitalisation aient augmenté par rapport à la comparaison.

Le paiement reposant sur la valeur donnée aux soins. Cette approche est développée depuis plusieurs années par Michael Porter, Professeur à l'Université de Harvard. Elle repose sur une approche intégrative et holistique des soins, incluant l'ensemble des professionnels impliqués, et trouve son expression dans la création de services intégrés ou « Integrated Practice Units ». De nombreux exemples ont été évalués, comme le Centre de prise en charge des migraines en Allemagne. La création de ce centre a permis de réduire les coûts de prise en charge de 20% et d'améliorer le traitement des symptômes de 54% (cf : Redefining HealthCare – Creating Value-Based competition in results », Porter/Olmsted-Teisberg, Harvard Business School Press.

L'approche repose sur la valeur des soins attendue, répartie en trois grandes catégories dont le contenu doit être défini par consensus entre les intervenants médicaux et non médicaux et les patients.

- l'état de santé : taux de mortalité, degré de recouvrement de la santé (niveau fonctionnel atteint, niveau de douleur atteint, capacité à retourner au travail, etc.
- le processus mis en œuvre : temps mis pour recouvrer la santé (temps pour commencer le traitement, temps pour retrouver des activités physiques, temps pour retourner au travail) ; niveau de soins inutiles (délais, niveau de stress, douleur pendant le traitement, durée d'hospitalisation, erreurs de diagnostic, complications diverses, effets indésirables, etc).
- durabilité-pérennité des soins réalisés : maintien des niveaux fonctionnels, maintien de l'autonomie ; conséquences à long terme des traitements

Il s'agit donc d'une approche radicalement différente de l'approche en silos produite par notre système de soins. Chaque professionnel mesure sa participation à l'atteinte des objectifs fixés en commun dans le but d'améliorer la qualité globale de la chaîne de prise en charge.

Annexe 6 : Organiser l'innovation pour financer nos innovations organisationnelles

Avec la contribution d'Elisabeth Chaillet-Leforestier

Introduction

L'innovation organisationnelle est souvent présentée comme associée au développement du numérique. Les capacités du big data et le développement de l'e-santé laissent entrevoir des changements dans les pratiques et dans les organisations, autorisent l'expression de nouvelles attentes des citoyens comme des personnes malades, renvoient à de nouveaux enjeux de sécurité et de souveraineté numérique dans la conduite de nos politiques de santé.

Mais ce serait restreindre le sujet des innovations organisationnelles que de le réduire au seul champ du numérique.

La définition internationale de l'innovation organisationnelle retenue depuis 15 ans par l'OCDE précise que l'innovation organisationnelle concerne «la mise en oeuvre d'une nouvelle méthode dans les organisations venant modifier les pratiques, l'organisation du lieu de travail ou les relations de l'entité publique ou privée avec l'extérieur – ses clients comme ses partenaires. » Ainsi, dans le champ de la santé, l'innovation organisationnelle concerne au premier plan les personnes malades, leur entourage et les professionnels de santé qui doivent en être les bénéficiaires ultimes, elle interroge les chercheurs et les professionnels de santé sur leur capacité à initier de nouvelles organisations, à les expérimenter et les soumettre à des méthodes rigoureuses d'évaluation de leurs impacts. Elle pose enfin la responsabilité des tutelles et des organismes de l'assurance maladie, lesquelles décideront ou non de son déploiement moyennant arbitrage entre des organisations existantes et d'autres, alternatives.

Les innovations organisationnelles sont par ailleurs un enjeu du développement de nouvelles interfaces entre soins et prévention, que cette dernière soit primaire, secondaire ou tertiaire. Plus des deux tiers des décès en France sont causés par des maladies non transmissibles⁵⁵ pour lesquelles la recherche sur les facteurs de risque et les déterminants sociaux est incontournable. La recherche interventionnelle en santé des populations, incluant comportements et usage, déterminants sociaux et contextualisation, devient un axe majeur à développer pour améliorer l'état de santé des populations dans les territoires. Les innovations organisationnelles en sont une composante essentielle.

Les innovations organisationnelles soulèvent enfin un enjeu de management. Une personne ou une équipe exprimant des propositions innovantes marquent leur mobilisation, témoignent d'un sens du questionnement, d'une quête de solutions. Ne pas y porter attention est source de frustration pour le personnel et potentiellement facteur d'initiatives isolées sans aucune cohérence ou évaluation tant en méthode qu'en résultat. Le secteur de la santé ne saurait s'y résoudre.

Sur tous ces points, il est observé dans les pays développés un nouveau mouvement dans le champ de la santé et du social : la mise en place de centres collaboratifs chargés de détecter les innovations organisationnelles pour en financer les prototypes, puis l'expérimentation, protéger la propriété,

⁵⁵ http://www.who.int/nmh/countries/fra_fr.pdf?ua=1, Profil de la France en matière de maladies non transmissibles, OMS, 2011 - http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/fr/, accès le 23 décembre 2016

démontrer les impacts sur le plan quantitatif et qualitatif, permettant ensuite aux pouvoirs publics et financeurs d'en décider le déploiement et d'en financer l'égal accès.

I. Organiser la production des innovations organisationnelles dans le champ de la santé : contexte et modèles

La principale question est de savoir comment organiser les espaces de production de l'innovation organisationnelle et comment les mobiliser avec la médecine de ville, les acteurs sociaux et médico-sociaux, la société civile et l'économie locale pour développer la réponse aux besoins de santé publique dans les territoires.

Les établissements, qu'ils soient publics ou privés, rencontrent des difficultés à « contrecarrer » leur routine et à s'ouvrir à l'innovation (Coyne, 2007)⁵⁶, les dirigeants financiers sont par ailleurs parfois réticents aux innovations qu'ils peuvent considérer, soit comme en double emploi à ce qui est existant, soit comme une prise de risque trop grande pour l'équilibre financier à venir (Richman, 2013)⁵⁷.

Le secteur de la santé présente pourtant les caractéristiques d'un éco-système particulièrement propice à l'innovation, par le seul fait de l'action quotidienne des professionnels de santé, qu'ils exercent au sein d'établissements ou en libéral. Les professionnels de santé sont des acteurs "innovants" du fait de la nature expérimentale de leur métier (Richman, 2013)⁵⁸.

Richman conclut que les principales barrières à l'actualisation des pratiques et des idées comme à l'innovation dans les organisations se trouvent dans le système de santé lui-même, son aversion aux risques comme dans les lois qui le réglementent⁵⁹. Nous verrons plus loin que plus l'innovation organisationnelle contient une rupture dans la façon de soigner, plus le système de santé aura lui-même tendance à la bloquer, tant sa mise en œuvre semble une prise de risque supérieure à la perception des bénéfices attendus.

De nombreux exemples peuvent éclairer cette affirmation. Celui de l'hospitalisation à domicile est parlant. En 1951, le docteur Siguier et son équipe à l'Hôpital Tenon sont confrontés à la surpopulation des patients dans les services, ils explorent alors à New York pendant plusieurs mois l'idée de l'hospitalisation à domicile⁶⁰. Ils travaillent avec leur confrère américain, le Pr E.M. Bluestone, fondateur de la première Home Care en 1947 à l'hôpital MonteFiore dans les quartiers défavorisés du Bronx⁶¹. D'autres professionnels de santé exerçant dans des pays tels la Belgique, la Norvège, la Suède, le Danemark explorent de la même manière cette innovation organisationnelle, les conditions de son lancement comme de sa diffusion.

Finalement, en 1957, l'Assistance Publique de Paris, dans la suite des travaux de Siguier, lance sur les sites des hôpitaux Tenon et Saint Louis, la première structure d'hospitalisation à domicile en France.

⁵⁶ Coyne, K.P., Clifford, P.G., & Dye, R. 2007. Breakthrough thinking from inside the box, Harvard Business Review, 85(12), 70-8

⁵⁷ Richman, Bark D., Mitchell, Will and Schulman, Kevin A., Organizational Innovation in Health Care, Health Management, Policy and Innovation, 2013, 1(3):36-44

⁵⁸ Richman, Bark D., Mitchell, Will and Schulman, Kevin A., Organizational Innovation in Health Care, Health Management, Policy and Innovation, 2013, 1(3):36-44

⁵⁹ Ibid. "[T]he lack of organizational innovation in health care does not stem from a lack of individual imagination. Entrepreneurial physicians and non-physicians alike have many ideas that could fuel this desperate need to reorganize health care delivery"

⁶⁰ Sentilhes-Monkam, A., Retrospective de l'Hospitalisation à domicile, Revue Française des Affaires sociales, 2005/3(n°3)

⁶¹ Bluestone, E.M., Home Care an Extramural Hospital Function, In the Survey, April 1948, pp.99-101

Une année plus tard, elle sera suivie par l'Institut Gustave Roussy, lequel lancera avec le Pr Denoix une seconde HAD, connue encore aujourd'hui à travers Santé Service.

L'HAD sera ensuite institutionnalisée par l'article 4 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière⁶². On notera que près de 19 ans se seront écoulés entre "l'initiative Siguier" et sa première vague de diffusion dans le cadre de la loi française. Aujourd'hui, l'HAD reste « marginale » en France, elle ne représente que 0,6 % des séjours hospitaliers contre plus de 5% dans les pays scandinaves⁶³. Des exemples d'autres innovations organisationnelles telles la télémedecine, les prises en charges ambulatoires, la radiologie interventionnelle, etc...existent.

Chacun de ces exemples renvoie à plusieurs questions : quel intérêt avons-nous à l'innovation organisationnelle ? Le problème de l'innovation organisationnelle ne résumerait-il qu'à une question d'argent ? Comment les professionnels de santé peuvent-ils « porter » des innovations organisationnelles ? Comment les patients en ont-ils l'information ? Comment les pouvoirs publics se sentent-ils engagés sur cette question ? Quel est le cadre favorable pour faciliter l'expression des innovations en santé, existe-t-il une organisation qui permette particulièrement cela ? Comment peut-on raccourcir les délais entre l'idée innovante, sa mise en place comme prototype et enfin sa diffusion au bénéfice du plus grand nombre ?

1.1 L'innovation, enjeu scientifique et social aux effets politiques et économiques

En 2003, le Haut Conseil de la Santé Publique rappelait "La recherche porte la responsabilité de la rigueur et de l'objectivité alors que l'innovation, facteur de croissance économique lié à la recherche, fait entrer cette dernière dans l'espace social"⁶⁴.

Il n'y aurait ainsi pas d'innovation sans recherche.

L'Union Innovation Scoreboard (UIS) depuis plus de 10 ans fournit une évaluation comparative de la performance de la recherche et de l'innovation des 27 États membres de l'Union Européenne (UE), des éléments sur les forces et faiblesses des systèmes de recherche et d'innovation⁶⁵. Ce benchmark est complété depuis peu par celui offert par le Global Innovation Index⁶⁶.

De l'observation des performances en matière d'innovation dans un contexte mondial, il ressort que la Corée du Sud, les États-Unis et le Japon sont plus performants que l'UE. Les États-Unis et la Corée du Sud dépassent l'UE de 17% et le Japon de 13%. Alors que l'écart entre les États-Unis et le Japon est en baisse, il augmente avec la Corée du Sud.

En comparaison avec d'autres partenaires internationaux, l'UE continue d'avoir une avance sur l'Australie et le Canada. L'écart de performance est encore plus grand par rapport aux pays du BRICS - Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud. Cette avance est stable ou en augmentation vis à vis de chacun des pays du BRICS, sauf pour la Chine. La performance de l'innovation pour la Chine est à

⁶² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228>

⁶³ L'hospitalisation à domicile – Décembre 2015 Cour des comptes - www.ccomptes.fr - @Courdescomptes, accès le 7 décembre 2016

⁶⁴ Actualité et Dossier en Santé Publique, n°39, juin 2002, p.18

⁶⁵ The Innovation Union Scoreboard: Monitoring the innovation performance of the 27 EU Member States, Memo/12/74, Brussels, 7 February 2012

⁶⁶ <https://www.globalinnovationindex.org/gii-2016-report>, accès le 2 janvier 2017

44% du niveau de l'UE avec un écart en forte réduction depuis ces dernières années.

Au sein de l'Union européenne, tous secteurs confondus, la France se place dans une position proche de celle de la moyenne des Etats- membres mais en dessous des performances enregistrées en Allemagne et dans les pays nordiques⁶⁷.

Les forces qui contribuent à la performance française sont la production de co-publications scientifiques internationales, la présence en forte proportion des étudiants de doctorat non-UE et l'importance de la population inscrite dans l'enseignement supérieur. Les faiblesses relatives tiennent au niveau de ses dépenses d'innovation hors champ de la R&D, le faible nombre de dépôt de marques dans le champ communautaire comme le faible niveau d'exportations de services dits « à forte intensité de connaissances ». La dégradation de la position française depuis 2013 est principalement corrélée à la baisse des dépenses d'innovation hors champ de la R & D.

La France connaît pour autant une dynamique sans précédent caractérisée par plusieurs éléments, dont seulement quelques-uns sont ici recensés :

- La mise en place du Commissariat Général à l'Investissement et le "Programme d'Investissements d'Avenir", un programme de dix ans pour un investissement de € 35 milliards (PIA1), complété en Juillet 2013 par une deuxième subvention de € 12 milliards (PIA 2). Dans le champ de la santé, en 2011-2012, PIA 1 a consacré € 2.46 milliards à ces initiatives tandis qu'en Juillet 2015, PIA 2 a financé quatre nouveaux projets d'innovation et de recherche avec une subvention de 32,5 M€.
- Depuis Mars 2015, la France s'est dotée d'une Stratégie Nationale de Recherche, une partie concerne les domaines liés aux soins de santé (Défi 4 Santé et Bien-être)⁶⁸.
- Dans le champ du secteur public, le rapport publié en mars 2016- *Les relations entre les entreprises et la recherche publique Lever des obstacles à l'innovation en France* - dessine les axes pour de nouvelles réformes favorisant le développement de l'innovation dans le secteur public. Il est toutefois noté que « en l'absence de changements profonds d'une part de la gouvernance de l'innovation dans l'administration et dans les établissements publics de recherche et d'autre part des méthodes des politiques publiques, toute tentative d'amélioration « à la marge » est illusoire, comme le montrent les dernières décennies »⁶⁹.
- Dans le champ de la santé, on rappellera
 - o Depuis 2012, l'ensemble des fonds dédiés aux IHU ont été engagés pour le financement de 14 projets se répartissant ainsi : six IHU bénéficiant de 350 millions d'euros de subventions, six chaires d'excellence bénéficiant de 35 millions d'euros de subventions et deux pôles hospitalo-universitaires en cancérologie dotés de 10 millions d'euros⁷⁰.

⁶⁷ OCDE, *Examens de l'OCDE des politiques d'innovation* : France ©OCDE 2014, Editions OCDE, p. 36

⁶⁸ <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid86746/strategie-nationale-de-recherche-rapport-de-propositions.html>

⁶⁹ Legeait Benoît, Renucci Armand, Sikorav Jean-Louis, Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies, *Les relations entre les entreprises et la recherche publique - Lever des obstacles à l'innovation en France*, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche : Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, Mars 2016, p.5

⁷⁰ Lesourne, J., Randet, D., *La Recherche et l'Innovation en France*, Futuris 2014-2015, Odile Jacob, mars 2015, pp.347-364

- o Le développement de pôles de compétitivité et d'espaces incubateurs depuis plus de 10 ans (à titre d'exemple MEDICEN⁷¹, AGORANOV⁷²)
- o La possibilité de créer sous des formes juridiques diversifiées des fondations dont l'objet est la recherche comme l'innovation [⁷³ ⁷⁴].
- o La publication du rapport sur les innovations organisationnelles en santé par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie⁷⁵.
- o La mise en place d'un délégué à l'innovation, près la Ministre de la Santé

Ces constats pour la France prennent une acuité toute particulière alors que la plupart des établissements de santé à l'étranger se sont dotés depuis 10 ans de centres ou de laboratoires des innovations organisationnelles en complément de leurs actions de recherche clinique.

Les premiers ont été créés par les Norvégiens à Oslo, et ont été financés en partie par des fonds européens⁷⁶ ; ils ont été depuis suivis par tous les autres pays nordiques, lesquels se sont dotés d'une politique spécifique à ce sujet dans le cadre du Nordic Council⁷⁷. Aux Etats-Unis, le mouvement est devenu tout aussi important avec une accélération ces trois dernières années après les incitations prévues par la loi « Patient Affordable Care Act » du 23 mars 2010⁷⁸.

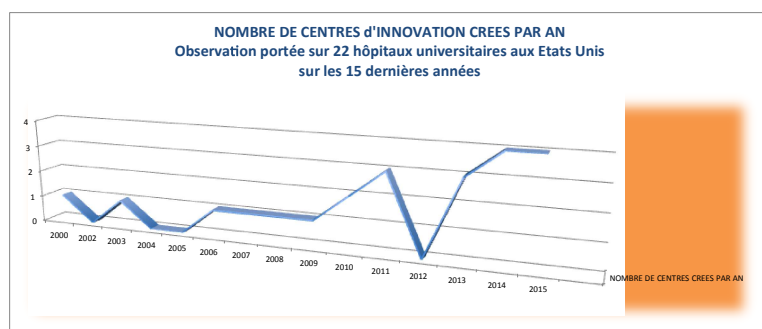


Figure 1 Les centres d'innovation créés aux Etats-Unis sur la période 2000-2015, Graphique établi à partir des données consultées auprès de l'American Hospital Association, janvier 2016

Pour caractériser les centres d'innovation américains, une enquête a été conduite sous la responsabilité du Commonwealth Fund (Klein, 2015)⁷⁹.

Une enquête a été conduite de novembre 2014 à Janvier 2015, elle comportait 25 questions sur la structure, l'objet, les équipes comme sur les compétences, les ressources et le temps consacré aux

⁷¹ <http://www.medicen.org/missions-et-strategie>

⁷² Agoranov est un des incubateurs publics parisiens dont la mission est de faciliter la création d'entreprises innovantes liées à la recherche et de contribuer à dynamiser le tissu économique local. Agoranov a été créé en 2001, a levé depuis plus de 250 millions de fonds privés dont près de la moitié couvre le secteur des Sciences de la Vie. Plus de 30 % des sociétés créées depuis sa création appartiennent au secteur des Sciences de la vie.

⁷³ Loi n°2009-871 du 21 juillet 2009 modifiée par la loi n°2011-940 du 10 août 2011 et le décret d'application n°2014-956 du 21 août 2014 relatif aux fondations hospitalières

⁷⁴ Article 42 de la Loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques

⁷⁵ <http://www.securite-sociale.fr/Rapports-et-avis>

⁷⁶ Kask innovation, EU The European Regional Development Fund, February 2012

⁷⁷ <http://www.norden.org/en/theme/education-and-research-in-the-nordic-region/the-nordic-council-of-ministers-for-education-and-research-mr-u>

⁷⁸ <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>

⁷⁹ Klein Sarah, al., Findings from a Survey of Health Care Delivery Innovation Centers, The Commonwealth Fund, 2015

projets d'innovation organisationnelles. Les chercheurs ont obtenu des réponses de la part de 36 centres sur les 67 invités à participer. Ils ont exclu trois centres contributeurs à l'enquête car ces derniers n'avaient pas encore officiellement lancé leur structure ou n'étaient pas encore affiliés, en tout ce sont 33 réponses qui ont été intégrées dans cette enquête. Dans cette étude, les centres sont définis comme des entités qui travaillent à découvrir, développer, tester et/ou à diffuser des nouveaux modèles de dispensation des soins dans les hôpitaux, dans les services et au domicile des patients. Les innovations développées dans ces centres peuvent avoir différentes sources : société civile, établissements de santé, soins de premier recours, entreprises.

Les centres d'innovation observés présentent une très large dispersion concernant les budgets dont ils disposent : entre 150 000 et 18 Millions US dollars. Cette dispersion se retrouve dans les effectifs employés, le nombre médian de personnels étant de 6, mais la fourchette la plus haute compte 215 personnes équivalentes temps plein. Le nombre médian d'innovations organisationnelles testées chaque année est de 12,5.

Que font en pratique ces centres d'innovation ? Les centres ont plusieurs activités dont les quatre principales sont la genèse de l'innovation, le montage de prototype, le test et l'expérimentation de nouvelles organisations de soins, enfin la diffusion des innovations organisationnelles au sein de l'établissement auquel ils sont rattachés.

Sur quels sujets les centres pour innovation travaillent ? Les quatre principaux sujets sont la coordination du soin, les résultats dans le traitement de pathologies rares, les problématiques d'accès aux soins, l'engagement des patients.

Quels sont les domaines dans le système de santé sur lesquels les centres sont positionnés ? Les centres couvrent les établissements de santé, les centres et maisons de santé comme les soins au domicile.

Dans quelle mesure, les centres prennent en compte la vulnérabilité des populations prises en charge ? C'est une priorité de ces centres que de travailler sur les populations les plus vulnérables, soit qu'elles font face à des pathologies et comorbidités complexes, soit qu'elles présentent une vulnérabilité sociale élevée.

Comment sont financés les centres ? Ils sont majoritairement financés par les établissements de santé auxquels ils sont affiliés. Les autres sources de financement proviennent de fondations, des pouvoirs publics, de partenaires industriels et dans une moindre mesure. Quelles stratégies les centres utilisent pour identifier les potentiels d'innovation ? En majorité, ils fondent leur stratégie sur l'évaluation des besoins de santé des populations

Source: Klein Sarah, al., Findings from a Survey of Health Care Delivery Innovation Centers, The Commonwealth Fund, 2015

Des précédentes observations, il ressort qu'il existe plusieurs enjeux au développement de l'innovation organisationnelle en France :

- Comment faciliter, dans la durée, la détection de l'innovation organisationnelle en santé ?
- Qu'est-ce qu'une structure de santé produisant des innovations organisationnelles, quels doivent être les critères objectifs pour la caractériser ? Le nombre de « structures innovantes » en France est-il élevé par rapport à d'autres pays et quelle proportion de ces structures ont un portefeuille de projets pouvant croître de plus de 3% / an sur les 5 ans qui viennent ?
- Quelles innovations pourraient répondre de façon prioritaire aux objectifs de santé publique dans nos territoires dans le respect des droits des personnes malades ? Quels liens fonctionnels établir avec la recherche biomédicale ?
- Comment évaluer le résultat de l'innovation organisationnelle ? Quelles approches privilégiées, économiques, socio-économiques, qualitatives ou quantitatives, randomisées ou non ?
- Comment dépasser les obstacles actuels à l'appariement des données issues de PMSI et de SNIIRAM pour exploiter le potentiel actuel et futur de ces données en termes d'innovation organisationnelle⁸⁰?
- Quels mécanismes juridiques pourraient soutenir davantage les innovations avec les acteurs du secteur privé sans s'exposer à des situations caractérisées de conflits d'intérêt ?

1.2 Les innovations organisationnelles, quelle définition ?

L'innovation comprend les "activités scientifiques, technologiques, organisationnelles, financières menant à l'introduction d'un nouveau produit, processus ou une nouvelle organisation ou encore l'amélioration de ceux-ci lorsqu'ils sont déjà existants" (Dodgson, 2000)⁸¹.

En raison de la nature concurrentielle de l'innovation, le secteur privé a depuis longtemps privilégié l'innovation comme levier de développement. Les entreprises et les organisations de tous secteurs ont utilisé diverses méthodes pour produire de l'innovation que le secteur public est en train de s'approprier.

Mais alors que les media se concentrent souvent sur les start-ups et les pôles d'incubation pour les jeunes entreprises, les structures publiques et privées doivent également organiser en interne leurs équipes pour innover et se développer.

Certaines utiliseront plusieurs leviers parmi lesquels nous pouvons souligner :

- Le niveau des ressources que les organisations décideront d'allouer aux centres R & D et innovation qu'elles possèdent
- L'application d'une politique active en faveur de la valorisation de la propriété intellectuelle et l'augmentation des revenus y afférents (brevets, copyright et marques)

⁸⁰ Pierre Louis Bras, Rapport sur la gouvernance et l'utilisation des données de santé, septembre 2013, pp.56-77

⁸¹ Dodgson, Mark (2000), What is the Management of Technological Innovation and Why is it important? The Management of Technological Innovation: An international and Strategic Approach, Oxford: Oxford University Press, p.1-17

- La mise en œuvre de politiques spécifiques de gestion des ressources humaines, favorisant la détection des talents et des capacités nécessaires pour produire des innovations (Gupta, 1993)⁸²
- Le développement de la co-crédation entre patients et personnels selon le principe de l'innovation portée par les employés (Bredmonse, 2012)⁸³.

Dans tous les cas, l'innovation organisationnelle reste un processus laborieux et complexe pour les structures comme pour les « inventeurs »⁸⁴.

Elle découle toujours de processus répétés de « ré-invention » de nouveaux concepts ou de recomposition à partir de découvertes existantes. En d'autres termes, l'innovation consiste généralement à « faire du neuf avec l'existant », donc à expérimenter sans cesse, avec méthode, en imaginant de nouveaux agencements d'éléments existants.

L'innovation ne saurait être en cela présentée comme un ensemble de productions non nécessairement hiérarchisées, un système spontané lié à un sens plus ou moins inné de la créativité, ou à des initiatives à contre-courant, dont le seul intérêt serait de “pousser les limites”. Un vocabulaire a été pourtant développé autour de cette vision que l'on retrouve dans des mots clés tels “Hacking”⁸⁵ ou encore “Jugaad” (Amabile, 2002)⁸⁶.

Trouvant difficilement une place entre technologie et invention, l'innovation est de facto souvent présentée comme distincte de la recherche. La définition de l'innovation retenue par l'OCDE (Manuel d'Oslo, 2005)⁸⁷ cherche à contrecarrer cette opposition et à promouvoir les liens entre recherche et innovation.

L'OCDE définit ainsi “l'innovation comme allant bien au-delà de la recherche-développement. Loin d'être limité aux laboratoires de recherche, le champ de l'innovation englobe l'ensemble des utilisateurs, des fournisseurs et des consommateurs – que ce soit dans les administrations publiques, les entreprises ou les organismes à but non lucratif – et elle transcende les frontières entre pays, secteurs et institutions”⁸⁸.

L'OCDE distingue quatre types d'innovation : l'innovation concernant des produits, l'innovation concernant des processus, l'innovation affectant les modes de communication et le marketing, enfin l'innovation organisationnelle.

L'OCDE précise que l'innovation organisationnelle concerne « la mise en oeuvre d'une nouvelle méthode dans les organisations venant modifier les pratiques, l'organisation du lieu de travail ou les

⁸² Gupta, A.& Singhal, A. (1993). Managing Human Ressources for Innovation and Creativity Research, Technology Management, May/June, pp.41-48

⁸³ Bredmose Simonsen J., Drivers and barriers for employee-driven innovation at three Scandinavian Hospitals – An anthropological field study, Kask Innovation, EU The European Regional Development Fund, February 2012

⁸⁴ Thomas Edison “None of my inventions came by accident. I see the worthwhile need to be met and I make trial after trial until it comes. What it boils down to is one percent of inspiration and ninety-nine percent perspiration” - Citation in a press conference (1929) as quoted in « Uncommon Friends : Life with Thomas Edison, Henry Ford, Harvey Firestone, Alexis Carrel&Charles Lindbergh » (1987) by James D.Newton, p.24

⁸⁵ Le « Do It Yourself » incarne un mouvement de « hackers » qui entrent compétition avec le processus de recherche et développement historique.

⁸⁶ Amabile, T.M., Hadley, C.N., & Kramer, S.J. (2002), Creativity under the gun, Harvard Business Review, 80(8), 52-61

⁸⁷ www.oecd.org/sti/oslomanual, Accès 3 Août 2015

⁸⁸ <http://www.oecd.org/site/innovationstrategy/defininginnovation.htm>. Accès 3 Août 2015

relations de l'entité publique ou privée avec l'extérieur – ses clients comme ses partenaires. »⁸⁹. L'innovation organisationnelle reste de loin la plus complexe à définir dans le cas de la santé.

Afin de cerner au mieux les effets de l'innovation organisationnelle en santé, il faut distinguer les innovations de rupture des innovations incrémentales et semi-radicales, les innovations ouvertes des innovations fermées.

On entend par innovation de rupture une innovation concernant un produit, une organisation ou un processus dont la production va modifier une situation existante par l'application d'un ensemble de valeurs complètement nouvelles. A titre d'exemple, dans le champ de numérique, c'est l'iPhone, dans le champ du transport, c'est Uber.

Dans le champ de la santé, est considérée comme une innovation de rupture la télésanté dans le sens où elle développe des modalités de relations nouvelles entre les professionnels de santé et les patients selon des règles jusque-là inconnues.

L'innovation continue ou incrémentale est une innovation qui améliore un produit, une organisation ou un processus existants mais sans viser la satisfaction de besoins encore inconnus.

A titre d'exemple, les innovations dans l'amélioration des processus de prises en charge sont typiques de ces innovations incrémentales. A titre d'exemple, la radiologie interventionnelle à orientation oncologique par thermoablation des tumeurs est une évolution des pratiques des radiologues et des chirurgiens, elle peut améliorer la prise en charge des personnes malades dans le cadre de circuits existants, en les rendant plus courts. Elle est en ce sens une innovation incrémentale. Elle peut néanmoins introduire une rupture en permettant à des patients d'être traités alors que leur cas clinique n'aurait pas permis une prise en charge dans le cadre d'une chirurgie conventionnelle. Elle devient alors une innovation de rupture car elle vient couvrir de nouveaux besoins.

Les innovations ouvertes [⁹⁰;⁹¹] reposent, quant à elles, sur le postulat qu'il est plus efficace et rapide de s'appuyer principalement sur des sources externes pour innover. L'innovation ouverte entretient certains rapports avec « l'open source ». Innovation ouverte et Open Source s'appuient sur les valeurs et outils juridiques de protection de la propriété intellectuelle et de droits des consommateurs/usagers, mais pour en permettre le partage sous la forme de licences payantes. Pour chaque innovation ouverte se pose la question du montage juridique nécessaire à la protection de la propriété intellectuelle pour chacun des contributeurs.

Dans le champ de la santé comme de la défense, l'innovation est jusqu'alors essentiellement structurée de façon fermée liée à la question de la sécurité des données.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Chesbrough, H. W. (2003). The Era of Open Innovation. MIT Sloan Management Review, 44(3), 35-41. Retrieved from <http://sloanreview.mit.edu/article/the-era-of-open-innovation/>

⁹¹ Chesbrough, H. W., & Appleyard, M. M. (2007). Open Innovation and Strategy. *California Management Review*, 50(1), 57-76

II. Une priorité : détecter les innovations organisationnelles, les expérimenter pour mieux les évaluer avant de les généraliser.

2.1 Gestion de la genèse de l'innovation organisationnelle

Le cycle de l'innovation marque le temps nécessaire à la genèse des innovations comme à celle de leur diffusion. Ce temps sera géré différemment selon la configuration retenue pour innover, avec des cycles plus ou moins accélérés. La production d'une innovation suit le plus souvent un processus en sept étapes.



Figure 2 : Sept étapes de l'innovation (Mulgan, 2014)⁹²

Les modèles de production des innovations ont été décrits et déployés depuis les années 1990 (Clark, 1992)⁹³, ils ont été depuis précisés (Kotter, 2014)⁹⁴. Leur objectif est de produire le plus vite possible des innovations et de dépasser le risque de blocage entre les innovateurs qui vont promouvoir une innovation à l'intérieur d'un établissement et les gestionnaires qui vont la développer en routine.

Le modèle le plus adapté dans le champ de la santé reste le modèle hybride. Ce modèle permet de développer dans des espaces collaboratifs dédiés des innovations organisationnelles entre établissements de santé (publics et privés), établissements de recherche, professionnels libéraux, professionnels du secteur social et médico-social, acteurs économiques locaux et société civile.

Les modèles hybrides autorisent innovation fermée et ouverte. Ces modèles sont devenus des options privilégiées par de nombreuses institutions (Lerner, 2012)⁹⁵. Des entreprises comme Michelin, Schneider ou des institutions comme le Commissariat à l'Energie Atomique, sont en train de transformer leur modèle de recherche et innovation en le rendant hybride.

Traditionnellement, les établissements de santé considèrent l'activité de recherche comme hautement stratégique et fermée.

L'intérêt scientifique accru pour les données observationnelles rapportées par les patients (Patients Reported Outcomes⁹⁶) et les données de santé en vie réelle conduit pourtant à ouvrir les espaces de recherche et innovation pour prendre en considération de nouvelles modalités pour capter de façon

⁹² Mulgan, Geoff (2014) The Radical's Dilemma: an overview of the practice and prospects of Social and Public Labs. Retrieved from: https://www.nesta.org.uk/sites/default/files/social_and_public_labs_-_and_the_radicals_dilemma.pdf

⁹³ Clark, Kim (1992) Organizing and Leading Heavyweight Development Teams Retrieved from: http://www.iei.liu.se/fek/svp/723g18/articles_and_papers/1.107446/ClarkWheelwright1992.pdf

⁹⁴ John Kotter, "La grande idée, Accélérez", *Harvard Business Review*, no. 1 (Feb-March 2014): 34-44

⁹⁵ Lerner, J., *The architecture of Innovation : The Economics of Creative Organizations*, Harvard Business Review Press, 2012

⁹⁶ <http://www.oecd.org/health/PaRIS.htm>, accès le 17 janvier 2017

ouverte ces données et coupler la recherche clinique au développement des technologies numériques (capteurs, dispositifs intelligents, applications, etc) . Par ailleurs, la recherche sur les facteurs de risque et les déterminants sociaux est devenue incontournable⁹⁷. La recherche interventionnelle en santé des populations, incluant comportements et usage, déterminants sociaux et contextualisation, devient un autre axe à développer pour améliorer l'état de santé dans les territoires.

Les établissements de santé ont ainsi un intérêt à contribuer à la structuration de centres de recherche et d'innovations organisationnelles en collaboration avec des parties prenantes telles les professionnels libéraux, le secteur social et médico-social, les acteurs économiques locaux, la société civile. Le système de santé a un avantage comparatif dans ces centres collaboratifs des innovations⁹⁸ qui, selon les sujets, peuvent conduire les recherches en mode ouvert ou bien fermé.

De tels centres sont utiles pour anticiper les nouvelles organisations en santé, en lien avec les professionnels de ville, des secteurs sanitaires aux secteurs social et médico-social et toute autre partie prenante.

Les Centres Collaboratifs d'Innovation comportent deux éléments majeurs :

- Un Espace Collaboratif d'Innovation comprenant un espace de co-working, « Fab-Lab, Living-lab », où prospective, co-crédation, prototypage et expérimentation sont déployés.
- Un Espace Recherche et Innovation fermé de type « Skunkworks » pour répondre à des transformations organisationnelles rapides, semi-radicales ou de rupture en lien avec la recherche biomédicale et technologique, pouvant conduire au développement de la recherche innovation sur les services de santé⁹⁹ et la recherche interventionnelle en santé des populations.

Pour illustrer notre propos, nous conseillerons à titre d'exemple, de se reporter à la structuration, par l'Imperial College¹⁰⁰ du Centre « Imperial Research and Innovation »¹⁰¹, lequel comprend :

- Un centre fermé de type skunkwork - Imperial **College Academic Health Science Centre**¹⁰², **liant Imperial College Healthcare NHS Trust et Imperial College London.**
- Un centre de collaboration ouvert avec d'autres acteurs du système de santé, acteurs de santé libéraux, autres établissements de santé dans le bassin de population du nord ouest de Londres (2,3 millions de patients) - **Academic Health Science Network for North West**

⁹⁷ http://www.who.int/nmh/countries/fra_fr.pdf?ua=1, Profil de la France en matière de maladies non transmissibles, OMS, 2011

⁹⁸ Puttick, Ruth (2014) Innovation Teams and Labs: A Practice Guide. Retrieved from: http://www.nesta.org.uk/sites/default/files/innovation_teams_and_labs_a_practice_guide.pdf

⁹⁹ Health Services Research, selon la définition retenue en 2002 par l'Agency for Healthcare Research and Quality, concerne l'examen des modalités d'accès des personnes aux soins, le coût des soins, l'impact des soins sur la santé des patients. Les principaux objectifs du Health Services Research sont d'identifier les moyens les plus efficaces pour organiser, gérer, financer, dispenser des soins de haute qualité, réduire les erreurs et améliorer la sécurité des patients.

¹⁰⁰ Imperial College et sa plate forme intégrée entre Biomedical Research et Organizational Research/Health Services Research

¹⁰¹ <http://www.imperial.ac.uk/research-and-innovation/> accès le 20 décembre 2015

¹⁰² <http://www.ahsc.org.uk/who-we-are/what-is-an-ahsc/> accès le 20 décembre 2015

London¹⁰³.

- Un centre d'incubation et de co-creation également ouvert de type Fab-Lab, **Imperial College Innovations**¹⁰⁴, dont l'activité en 2015 a porté sur 4 axes : les thérapeutiques pour un investissement de £32.6 million, **Medtech & Diagnostics** avec un investissement de £11.5 million, **Engineering & Materials** avec un investissement de £4.9 million, **ICT & Digital** avec un investissement de £11.8 million

2.2 Déployer des centres « hybrides » pour innover dans nos régions et renforcer les solutions au niveau national.

Aujourd'hui, si les grandes priorités de santé publique sont fixées au niveau national, la coordination, la mise en œuvre et l'évaluation des actions sont réalisées à l'échelle des régions, voire des territoires de santé, notamment par les ARS. Afin de coordonner leur politique de santé publique au plus près des réalités de terrain, les ARS ont accès à des bases de données épidémiologiques. Les cellules d'intervention en région de Santé publique France (les Cire) et les Observatoires régionaux en santé comptent parmi les acteurs privilégiés pour appuyer les ARS dans la mise à disposition des données permettant de fixer des priorités de santé publique sur lesquelles privilégier le pilotage des innovations organisationnelles.

Les Cire doivent être en mesure, en lien avec le niveau national représenté par Santé publique France¹⁰⁵, de proposer et de décrire les indicateurs adaptés aux besoins régionaux et locaux en santé et de nourrir les orientations régionales et territoriales pour détecter ou faciliter des innovations organisationnelles, piloter les expérimentations.

En octobre 2016, le Haut Conseil de la Santé Publique rappelait qu'un des objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) est de développer l'approche territoriale de la santé des populations, notamment en termes de réduction des inégalités de santé ou d'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, ou l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie¹⁰⁶.

Des objectifs de santé publique doivent être fixés dans chaque territoire et les GHT doivent être impliqués dans l'atteinte de ces objectifs tant dans leur quotidien que dans le développement des innovations organisationnelles et technologiques en associant à cette exigence la médecine de ville.

De son côté, la Direction Générale de la Santé (DGS) dans le cadre de son plan stratégique

¹⁰³ <http://imperialcollegehealthpartners.com>, accès le 20 décembre 2015

¹⁰⁴ <http://www.imperialinnovations.co.uk>, accès le 20 décembre 2015

¹⁰⁵ Santé publique France est un établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la santé. Il a été créé par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 pris en application de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016). Cette nouvelle agence reprend les missions et les compétences de trois agences sanitaires : l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Établissement de préparation aux urgences sanitaires (Éprus)

¹⁰⁶ <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=579>, accès le 30 décembre 2016

2017-2019¹⁰⁷ confirme cette nécessité.

Convaincue que les innovations technologiques et organisationnelles sont un point clé de l'action sur les déterminants de santé, la DGS préconise, pour mettre en œuvre les objectifs d'un futur programme national de santé publique, la structuration en région de centres régionaux d'expertise et de recherche en santé publique (CERESP).

Sur le modèle de la Plateforme Cassiopée¹⁰⁸ dans la région Nouvelle Aquitaine, il s'agirait de donner aux régions la possibilité de fonder un CEREPS mobilisant les connaissances issues de la recherche et de l'expertise en appui des politiques de santé pour initier l'innovation organisationnelle, la construire sous prototype, l'expérimenter, l'évaluer au plus près des territoires tout en contribuant à faciliter la prise de décision des pouvoirs publics et de l'assurance maladie au niveau national.

A ce jour, la plateforme Cassiopée, dans sa phase expérimentale, a pu se développer grâce à des financements sur appels à projet du Conseil régional Aquitaine, de l'Institut d'Excellence (IdEX), de l'Institut de Recherche en Santé Publique, complétés par des financements de l'Agence Régionale en Santé (Fonds d'Intervention Régional), de la Fédération de Recherche Santé Publique Société¹⁰⁹ et de l'Ispe.

Cette possibilité offerte de structurer des plateformes d'innovation organisationnelle en région viendrait fondamentalement aider à formuler des solutions opérationnelles innovantes dans l'organisation des soins, permettant leur test et leur évaluation partant des données épidémiologiques désormais disponibles au sein des Cellules d'Intervention en Région de Santé Publique France (les Cire) et des Observatoires Régionaux de Santé.

La prévention et le traitement de pathologies, principales causes de décès comme de mortalité prématurée, pourraient y trouver des éléments de réponse au plus près des environnements de vie des populations.

a. Financer l'innovation organisationnelle en santé

Le financement risque d'être aléatoire si la recherche interventionnelle en santé des populations et les espaces de production de l'innovation organisationnelle ne sont pas visibles sur l'ensemble des territoires.

A ce jour, le financement de l'innovation organisationnelle n'existe pas encore à proprement parler, sauf à considérer que le financement de la recherche clinique en constitue le cœur.

Or certaines innovations organisationnelles émergent sans être exclusivement liées à la recherche clinique. Elles peuvent être la conséquence de nouvelles technologies dans le champ du numérique ou encore être le fruit de nouvelles approches dans le champ des sciences sociales (ex. l'éducation thérapeutique).

Que ce soient les mécanismes MERRI, ATU, liste en sus, forfait innovation, ces financements sont principalement destinés à couvrir des frais afférents à l'amorçage, au prototypage, à l'expérimentation ou au passage à l'échelle de recherches biomédicales sur des médicaments

¹⁰⁷ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_strategique_dgs.pdf, accès le 20 janvier 2017

¹⁰⁸ <http://www.plateforme-cassiopee.fr>, accès le 20 janvier 2017

¹⁰⁹ <http://sfr-santepublique-societe.fr>, accès le 20 janvier 2017

et dispositifs médicaux sans lien systématique avec les innovations organisationnelles qu'ils pourraient inclure. Les appels d'offre comme le Programme de Recherche Médico-Economique (PRME) et le Programme de Recherche sur la performance du système des soins (PREPS) accompagnent néanmoins utilement le financement de l'innovation organisationnelle dans la phase expérimentale mais ce sont 8 projets PRME et 23 projets PREPS qui ont été validés en 2015 pour toute la France, soit un montant de près de 15 millions d'euros¹¹⁰. Ce chiffre est relatif sur les 2 milliards d'euros de l'enveloppe MERRI dépensée cette même année et majoritairement dédiée aux recherches biomédicales en rapport avec les secteurs du médicament et du dispositif médical.

Les innovations numériques en santé ont leur propre canal de financement, notamment sur appel à projet mais aussi dans le cadre des appuis de BPI.

Cela aide considérablement l'amorçage, l'expérimentation mais il reste à préciser comment installer la diffusion au plus grand nombre de patients, une fois la preuve de concept établie, des innovations organisationnelles associées à ces évolutions.

La valorisation des innovations organisationnelles par les recettes qu'elles peuvent induire au titre de la propriété intellectuelle reste une autre source de financement pour investir, développer les innovations organisationnelles.

Les mécanismes décrits en annexe 9 pour la valorisation par la propriété intellectuelle des innovations biomédicales s'appliquent de la même manière pour les innovations organisationnelles.

Toutefois il existe une difficulté supplémentaire dans la spécification de la propriété intellectuelle concernant l'innovation organisationnelle en santé en comparaison des mécanismes de protection activés pour protéger l'invention d'une molécule, d'un dispositif médical ou même d'un produit ou service numérique. Il est en effet extrêmement plus ardu de prouver la propriété intellectuelle d'une innovation organisationnelle en santé comparée à celle d'un produit de santé.

Le débat de la propriété intellectuelle devrait concerner à termes également l'utilisation des données de santé à la base des innovations organisationnelles.

En effet, les données de santé en vue d'un "second usage" sont un vecteur pour produire des innovations organisationnelles multiples dans de nombreux champs de la santé des populations. Les publications dans le New England Journal of Medicine en août 2016 ont soulevé l'émotion¹¹¹. Elizabeth Warren, sénatrice américaine pour le parti démocrate, y a publié un article promouvant l'ouverture des données pour conduire à un partage entre chercheurs et à un renforcement de l'efficacité de la recherche¹¹². Des chercheurs ont réagi en exprimant des avis pour¹¹³ ou contre¹¹⁴ et commencé à débattre des conditions dans

¹¹⁰ <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/appels-a-projets/article/les-appels-a-projets-de-la-dgos-les-projets-retenus#PRME>, accès le 7 février 2017

¹¹¹ Safran C., Bloomrosen M., Hammond E., Labkoff S., Markel-Fox M., Tang P., Toward a National Framework for the Secondary Use of Health Data: An American Medical Informatics Association White Paper, J Am Med Inform Assoc. 2007;14:1-9. DOI 10.1197/jamia.M2273.

¹¹² Warren E., Strengthening Research through Data Sharing, N Engl J Med 2016; 375:401-403 August 4, 2016 DOI: 10.1056/NEJMp1607282

¹¹³ Taichman DB, Backus J, Baethge C, et al. Sharing clinical trial data: a proposal from the International Committee of Medical Journal Editors. JAMA 2016;315:467-468

lesquelles les données sources à la base des conclusions de recherche et des innovations organisationnelles et biomédicales pourraient être rendues accessibles pour un second usage, moyennant compensation.

Il intéresse l'épineux sujet de l'intégrité scientifique¹¹⁵. Il interroge les modalités de régulation et de gouvernance du "marché des data" au niveau local¹¹⁶, national comme international.

Par principe, nous ne devons exclure aucune source de financement, que ce soit au niveau européen¹¹⁷, national, régional, ou local, que ce soit pour amorcer, expérimenter ou développer, diffuser les innovations organisationnelles en santé.

De la même manière, nous devons expertiser comment les contrats à impact social tels qu'initiés par le Ministère des Finances¹¹⁸ et la Caisse des Dépôts et Consignations¹¹⁹ pourraient conduire à soutenir la mise en place en région des Centres collaboratives en innovation inspiré du modèle CEREPS préconisé par la DGS.

Deux enveloppes, dotées chacune de 250 millions d'euros (M€), seront prochainement déployées au titre du volet « région » du programme d'investissements d'avenir (PIA)

La première enveloppe est créditée en subventions et avances remboursables. Par arrêté du 27 février 2017, un appel à candidatures a été publié "*permettant aux régions de définir leurs priorités*" parmi les actions éligibles du programme (soutien aux projets d'innovation des PME, accompagnement et structuration de filières et développement de l'ingénierie de formation)¹²⁰. Les premiers appels à projets régionaux pourront ainsi être initiés avant l'été.

La seconde enveloppe sera quant à elle déployée, elle aussi *via* les opérateurs BPI France et la Caisse des dépôts et consignations, mais sous forme d'investissement en fonds propres. Elle fera l'objet d'une consultation pour déterminer les meilleures conditions d'intervention dans les premiers stades de développement des entreprises.

IV. PRECONISATIONS du COMITE

¹¹⁴ The International Consortium of Investigators for Fairness in Trial Data Sharing, Toward Fairness in Data Sharing, N Engl J Med 2016; 375:405-407 August 4, 2016 DOI: 10.1056/NEJMp1605654

¹¹⁵ Little R. J., D'Agostino R., & al. , The Prevention and Treatment of Missing Data in Clinical Trials, N Engl J Med 2012; 367:1355-1360 October 4, 2012 DOI: 10.1056/NEJMs1203730

¹¹⁶ Krumholz H.M., Waldstreicher J., The Yale Open Data Access (YODA) Project — A Mechanism for Data Sharing, N Engl J Med 2016; 375:403-405 August 4, 2016 DOI: 10.1056/NEJMp1607342

¹¹⁷ De multiples financements peuvent être cités ici, à titre d'exemple http://cordis.europa.eu/project/rcn/205947_en.html, accès le 8 janvier 2017

¹¹⁸ <http://www.economie.gouv.fr/contrat-impact-social>, accès le 7 décembre 2016

¹¹⁹ <http://www.caissedesdepots.fr/la-caisse-des-depots-et-des-acteurs-de-less-lancent-limpact-invest-lab-pour-developper-1>, accès le 7 décembre 2016

¹²⁰ https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034078443, accès le 28 février 2017

La compréhension des enjeux de l'innovation organisationnelle comme l'observation des réalisations dans d'autres pays nous permettent de retenir six éléments majeurs :

1. Sur un plan stratégique, lier recherche biomédicale, recherche interventionnelle en santé des populations, innovation organisationnelle et innovation technologique pour mettre en œuvre des objectifs de santé publique et agir sur les déterminants de santé est une priorité. Les innovations organisationnelles nécessitent pour cela d'être détectées dès leur genèse, expérimentées pour en évaluer les impacts puis « valorisées » afin de les diffuser au niveau national dans un souci d'égal accès entre les personnes malades.
2. Les régions et leurs territoires sont le cadre privilégié pour fonder un centre de ressources facilitant l'incubation des organisations nouvelles, leur expérimentation et leur évaluation au plus près des réalités de vie des patients et de leur entourage. En région, des centres collaboratifs sur les innovations organisationnelles tel le Centre Cassiopée en Nouvelle Aquitaine ou le modèle CEREPS constitueraient une force pour expérimenter les innovations organisationnelles dans les territoires, au plus près des réalités de vie des personnes malades, et agréger au niveau national des connaissances et des données de recherche permettant de piloter au mieux l'application des futurs programmes nationaux de santé publique.
3. Les communautés de professionnels de tous horizons, hospitaliers et libéraux, praticiens et chercheurs, sanitaires et sociaux, associant leurs forces à celles des entreprises (Start-ups, PME, etc..) et de la société civile sont au cœur de la production de solutions innovantes. Le fait que les professionnels agissent et échangent entre pairs, dans des communautés partageant les mêmes centres d'intérêt, crée des boucles vertueuses de créativité et d'innovation profitant à tous.
4. Disposer de méthodes identifiées pour évaluer les impacts en santé des populations est un pré-requis, les seules méthodes de randomisation ne permettant pas de répondre aux enjeux des comportements en santé.
5. Sécuriser le cadre juridique des partenariats avec les start-ups et tous partenaires extérieurs est une nécessité dans le souci de préserver les droits des participants, les éléments constitutifs de la propriété intellectuelle, comme le respect des principes de la souveraineté numérique. Il peut y avoir des risques à travailler sur des pilotes avec des start-ups ou partenaires si aucun dispositif juridique ne formalise les règles du partenariat d'innovation. L'appel à manifestation d'intérêt¹²¹ pourra être systématique pour éviter que

¹²¹ L'appel à manifestation d'intérêt constitue un mode de présélection des candidats qui seront invités à soumissionner lors de futures procédures d'appels d'offres restreints. Toute personne intéressée peut déposer sa candidature à tout moment durant la période de validité de la liste, à l'exception des trois derniers mois de celle-ci.

La liste découlant d'un appel à manifestation d'intérêt sera utilisée pour des marchés d'une valeur supérieure à 60.000 euros et inférieure aux seuils de la directive de "marchés publics" concernées (130.000 euros pour les marchés de services et fournitures et 5.000.000 euros pour les marchés de travaux).

l'administration ne s'expose à des risques de contestation dans le cadre de la commande publique. Le cadre juridique de l'innovation ouverte dans le champ de la santé restera à formaliser dans le cadre de la protection des données de santé, le respect des droits des patients, les conditions de réalisation des études et essais, les droits de propriété intellectuelle ou comme la prévention de toutes les formes de conflits d'intérêts pouvant affecter l'activité des professionnels de santé dans leur relation avec le secteur des nouvelles technologies de l'information.

6. Diversifier les sources de financement sans les disperser est une exigence pour tenir compte des différentes phases du cycle de l'innovation et de la prise de risque associée. Les contrats à impact social tels qu'initiés par le Ministère des Finances et la Caisse des Dépôts et Consignations devraient faire l'objet d'investigations complémentaires pour mesurer les opportunités qu'ils pourraient présenter dans le cadre des initiatives régionales en faveur de l'innovation organisationnelle en santé.

Annexe 7 : Le financement de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) désigne les activités d'hospitalisation à temps complet réalisées à domicile, lorsque les soins aux patients sont trop lourds pour relever des soins de ville, ou qu'ils requièrent une importante coordination pluridisciplinaire que seul un tel mode de prise en charge est en mesure d'assurer.

Le recours à l'HAD connaît ces dernières années une forte progression. Elle concerne 106 000 patients en 2014 pour 4.4 millions de journées d'hospitalisation¹²². La circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD invite au développement de cette dernière en fixant un objectif de doublement de la proportion des séjours hospitaliers réalisés en HAD d'ici 2016, soit 1,2 % des séjours de MCO¹²³. Cet encouragement a plus récemment été réitéré par la Cour des comptes dans son rapport publié le 20 janvier 2016. L'accent est ainsi mis avec force aujourd'hui sur la nécessité de conforter la généralisation du recours à l'HAD.

De fait, un tel développement s'inscrit en parfaite cohérence avec les évolutions que connaît notre système de santé et qui en bouleversent les organisations : elle permet de faire face aux enjeux des parcours de soins territorialisés, pour lesquels la qualité de la prise en charge repose sur la nécessaire coordination des acteurs. Elle ouvre aussi la voie à la fin de l'hospitalo-centrisme tout en représentant un complément bien souvent nécessaire à l'extension des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire. Enfin, elle permet de répondre à l'aspiration de nombreux patients d'être soignés à domicile.

Pourtant, le financement de cette activité apparaît paradoxalement peu favorable à son développement.

Deux modes de prise en charge peuvent en effet être distingués :

- L'HAD dispose d'une compétence propre lorsque sont en cause des maladies chroniques comme le cancer. De telles prises en charge étaient auparavant centrées sur les soins palliatifs mais elles se développent également aujourd'hui vers des soins de support¹²⁴ comportant une dimension pluridisciplinaire.
- L'HAD a également vocation à se substituer à une prise en charge au sein des services de MCO ou de SSR de l'hôpital. Ainsi en est-il notamment de la chimiothérapie désormais administrée à domicile, ou de la rééducation.

De telles substitutions ont nécessairement des effets financiers sur les établissements prescripteurs

¹²² Rapport de la Cour des comptes, l'hospitalisation à domicile, 20 janvier 2016.

¹²³ Circulaire DGOS/R4/2013/398, du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile

¹²⁴ Les soins de supports répondent à des besoins qui peuvent survenir pendant la maladie et lors de ses suites et qui concernent principalement la prise en compte de la douleur, de la fatigue, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs, les handicaps et les problèmes odontologiques. Ils concernent aussi les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle et l'accompagnement de fin de vie (Circulaire DHOS-SDO-2005_1041 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie).

comme sur les prestataires, qu'il s'agit de prendre en compte pour fluidifier les parcours de soins. Or, le modèle tarifaire propre à l'HAD apparaît très éloigné du MCO ou du SSR, alors même qu'il a vocation à pouvoir s'y substituer. Il apparaît surtout daté, peu valorisant en cas de charge en soin conséquente et facteur d'éventuelles ruptures de prise en charge.

Ceci a tendance à favoriser les établissements d'HAD spécialisés dans la prise en charge des pathologies les moins lourdes, relevant de ce fait davantage parfois de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) renforcés. Or, la mission première de l'HAD, face au développement de nombreuses alternatives à l'hospitalisation, est de garantir une continuité des soins pouvant aller jusqu'à assurer des interventions de nuit au domicile des patients lorsque cela s'avère nécessaire.

La question du modèle économique propre à l'HAD se pose donc afin de ne pas faire obstacle à son développement. Cette réflexion est d'autant plus fondamentale que celle-ci présente par bien des aspects une longueur d'avance sur les tendances à venir du système de santé, en termes d'aptitude à coordonner les acteurs entre ville et hôpital, à proposer au patient un vrai parcours de soin ancré dans le territoire. Une telle activité nécessite donc d'être confortée par un mode de financement adéquat.

Une réforme du modèle de classification des actes et de tarification est en cours d'élaboration, avec un calendrier courant jusqu'en 2020. Il demeure toutefois important, au regard de l'enjeu, de ne pas figer pour autant le modèle existant.

I. Un modèle tarifaire daté et peu descriptif qui ne favorise ni une bonne valorisation de la charge en soins, ni un pilotage politique ciblé.

A. Un financement à la journée dual, basé sur une classification des modes de prises en charge qui ne valorise qu'insuffisamment la charge en soin.

1. *Un modèle tarifaire dual et peu descriptif.*

L'HAD est soumise à un financement global à la journée, dont le prix varie en fonction d'une liste de modes de prise en charge, de la durée du séjour, ainsi que de l'indice de Karnofsky (IK) censé évaluer l'état de dépendance du patient et donc la charge en soins associée.

Deux grilles tarifaires coexistent de plus entre les établissements dits ex-OQN (objectifs quantifiés nationaux), qui relèvent du secteur privé lucratif et pour lesquels les honoraires du médecin traitant ne sont pas inclus dans les tarifs, et les établissements dits ex-DG (dotation globale) où de tels honoraires sont inclus, dans le secteur public et privé à but non lucratif.

Or ce modèle tarifaire daté, fondé sur une étude de la fin des années 1990, présente plusieurs défauts :

Tout d'abord, le manque d'évolution des tarifs a conduit à un décalage croissant entre le coût des activités et leur rémunération, ce qui a conduit paradoxalement à favoriser financièrement les structures sélectionnant les prises en charge les moins lourdes. Un réel enjeu de réforme du financement consiste ainsi à ne pas laisser prospérer les structures qui ne répondent aux critères de

l'HAD que de façon imparfaite, tout en fragilisant le bilan des autres, faute d'une rentabilité satisfaisante.

De plus, le caractère peu descriptif de ce modèle, qui repose sur quelques « modes de prise en charge » (MPC) susceptibles de regrouper des situations cliniques très hétérogènes, ne facilite ni la lisibilité ni le pilotage de l'HAD. De fait, la liste des MPC est limitative et n'a pas évolué au rythme de l'expansion des possibilités de soins permise par les progrès médicaux. L'obsolescence de la tarification l'empêche donc de refléter la multiplicité des actes qui sont désormais délivrés à domicile. Le MP 08, qui regroupe les prises en charge non décrites dans le guide méthodologique, représente ainsi une part croissante des activités d'HAD codifiées, ce qui ne peut être satisfaisant ni en termes de lisibilité, ni en termes de pilotage ou de rémunération.

2. Une classification des modes de prise en charge à réviser

Surtout, la classification en vigueur pour l'HAD propose une pondération théorique qui se révèle réductrice.

De fait, les 31 groupes homogènes de tarifs (GHT) se rapportent à plus de 3500 types de séquences, sans cohérence médico-économique, puisque le même tarif peut s'appliquer, sans critère médical discriminant, tant à une chimiothérapie associée à un traitement intraveineux, qu'à une rééducation neurologique alliée à un pansement complexe. Ce caractère inadapté et hétérogène de la classification est renforcé par le recours à l'IK pour évaluer la charge en soins que requiert un patient, lequel s'avère un moyen de pondération trop imprécis.

Surtout, la description de l'activité d'HAD permise par la classification est davantage technique, liée à la finalité des soins que médicale : elle n'intègre aucun élément de diagnostic. Ceci ne permet pas de mettre en avant la capacité de l'HAD à prendre en charge des pathologies lourdes, et ne rend pas compte de l'activité médicale qui fait la valeur ajoutée des établissements concernés.

3. Une inclusion croissante du coût des médicaments dans les tarifs, préjudiciable au développement de l'HAD.

Malgré l'existence d'une liste en sus restreinte mais propre à l'HAD, le coût des médicaments apparaît de plus en plus souvent inclus dans les tarifs. Or, les établissements dépendent des prescriptions qui leur sont adressées, lesquelles sont, à ce jour, en grande majorité hospitalières.

Le tarif associé à un GHS moyen en MCO est sans commune mesure avec le prix de journée grâce auquel se rémunère un établissement d'HAD. La question des molécules onéreuses peut donc au final faire obstacle à de nombreuses prises en charge à domicile, pourtant médicalement justifiées et possibles sur le plan de la sécurité des soins.

B. Un modèle tarifaire qui représente un frein aux spécificités de l'HAD, pourtant novatrices.

1. Une spécificité forte de coordination des soins peu valorisée : des facteurs de surcoût lié au domicile mal pris en compte

Le développement de l'HAD, en contribuant à faire émerger à l'échelle de chaque territoire une réelle coordination des soins entre ville et hôpital, semble porteur d'avenir pour l'ensemble du système de santé aujourd'hui en pleine mutation.

Toutefois, certaines missions propres à l'HAD sont insuffisamment prises en compte dans les modalités de financement ce qui peut nuire à son développement.

Tout d'abord, l'évaluation des patients réalisée au sein des hôpitaux délaisse trop souvent la dimension sociale. Les établissements d'HAD assurent donc une importante fonction d'évaluation et d'orientation avant toute admission d'un patient, afin de vérifier que celle-ci répond au périmètre de l'HAD et qu'elle est réalisable. Cette mission est actuellement assurée dans le cadre des tarifs existants. Or, dans 30 % des cas, cette évaluation conduit à réorienter le patient vers un autre professionnel de santé, mieux adapté¹²⁵ : les structures d'HAD jouent alors un rôle pivot dans l'organisation territoriale d'une offre de soins graduée, sans rémunération associée.

Il en va de même pour la prise en charge de l'isolement géographique ou de la précarité, autant de problématiques sociales auxquelles l'HAD peut se trouver particulièrement confrontée, du fait même de l'intervention des soignants à domicile.

Enfin, les acteurs concernés mettent en lumière le caractère peu cohérent d'une dégressivité des tarifs dans le temps lorsque le poids thérapeutique, ou le temps de trajet nécessaire, demeure le même.

2. Un modèle tarifaire qui incite paradoxalement peu à la coordination des soins

L'HAD repose par nature sur la coordination des soins. Au-delà des acteurs paramédicaux pluridisciplinaires, elle s'appuie sur une forte coopération avec le médecin traitant du patient.

Or, le modèle pâtit de la coexistence de deux grilles tarifaires, associée à une différence de prix minime, pourtant censée rémunérer le médecin traitant dans les établissements dits ex-DG. Dès lors, ceci peut encourager les établissements concernés à chercher d'autres solutions permettant de se passer du recours à un médecin généraliste de ville, afin d'éviter de payer les honoraires afférents.

Au-delà de cet obstacle, la difficile coordination des soins provient également d'un manque de disponibilité des médecins traitants. Ceci peut s'expliquer soit par un déficit en matière de démographie médicale dans certains territoires, soit par la charge de travail supplémentaire inhérente à une telle coopération, laquelle est considérée comme mal rémunérée en l'absence de possibilité tarifaire adaptée. Il existe d'ailleurs un risque pour que certains médecins traitants préfèrent de ce fait adresser leur patient à l'hôpital plutôt que de prescrire une hospitalisation à domicile, même lorsque celle-ci est davantage adaptée à sa situation.

¹²⁵ Source FNEHAD

Certaines prises en charge à domicile se révèlent ainsi impossibles, faute de pouvoir avoir recours à un médecin traitant à proximité, en l'absence de financement adapté et incitatif pour ces derniers. Une alternative consiste certes, lorsque cela est possible, à faire appel au médecin de l'établissement.

Ce frein à l'HAD est toutefois d'autant plus dommageable que celle-ci représente une occasion rare de favoriser la continuité des soins entre ville et hôpital.

3. Un financement qui induit des risques de rupture de prise en charge

Les règles tarifaires qui régissent les différents segments de notre système de santé, trouvent ici leur pleine limite entre le secteur médico-social avec les SSIAD et le secteur sanitaire avec les établissements d'HAD et peuvent induire des ruptures de prise en charge.

II. Fondé sur une classification médicalisée, un nouveau modèle tarifaire est à élaborer pour accompagner le développement de l'HAD et de la coordination des soins

1. Une réforme de la classification des actes, fondée désormais sur une information médicalisée, est en cours d'élaboration.

La refonte de la classification médico-économique est un préalable nécessaire à toute réforme de la tarification de l'HAD. Menée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH), la réforme a pour ambition de mieux décrire la réalité des activités réalisées à domicile en favorisant une dimension plus médicale, ainsi que le recueil de données de diagnostic aujourd'hui manquantes.

Travailler sur un descriptif médicalisé est une priorité pour déterminer un tarif qui prenne en compte tout ce qui est réalisé en HAD.

Pour ce faire, il est prévu une classification plus fine, plus homogène et plus pertinente. Le tarif doit pouvoir répondre à un argument médico-économique et tenir compte de la charge en soins requise. Cette réforme, dont l'expérimentation et l'évaluation sont prévues à partir de 2017, devrait représenter la base du nouveau modèle de financement prévu pour 2019, dont il reste néanmoins à dessiner les contours.

2. Cette nouvelle classification doit s'accompagner d'une réforme tarifaire à même de prendre en compte les spécificités de l'HAD.

Il s'agit avec cette réforme de répartir l'enveloppe financière dédiée à l'HAD selon des critères renouvelés en phase avec son rôle dans le système de soin.

- Affirmer le caractère global du tarif en précisant clairement ce qu'il inclut.

Il est important de conserver un mode de financement dit « tout compris » qui assure une bonne

lisibilité au régulateur national. Surtout, un tel modèle répond au besoin de souplesse induit par la recherche d'une coordination des soins optimale.

Il s'agit toutefois d'identifier clairement ce que recouvrent lesdits tarifs en matière de transport, dispositifs médicaux ou molécules, afin de favoriser des règles claires et transparentes et ne freinant pas la fluidité des parcours.

- Mettre en place des financements forfaitaires spécifiques, sur le modèle du MCO, pour les missions propres à l'HAD, aujourd'hui mal valorisées.

Certaines fonctions exercées par les établissements d'HAD sont à valoriser du fait qu'elles répondent à des attentes fortes de la population : l'égalité d'accès aux soins, la lutte contre la précarité (plus prégnante au domicile), ou encore la bonne orientation des patients sur le territoire de santé.

Sur le modèle des activités de MCO qui bénéficient de financements au titre de leurs missions d'intérêt général (MIG), il serait donc pertinent de rémunérer également les structures d'HAD à ce titre par des financements publics dédiés.

Ainsi, certains établissements d'HAD interviennent au domicile des patients dans des zones isolées, ce qui est facteur d'importants coûts de transport. Pourtant, ils ne bénéficient pas des financements institués par la LFSS de 2014 pour tenir compte de l'isolement géographique des activités de soins, contrairement aux établissements de santé. Des critères d'éligibilité sont à définir.

De même, ils doivent pouvoir accéder aux financements de la MIG précarité. Pour cela, il suffirait soit d'exonérer les établissements concernés du seuil plancher de 40 000 euros, soit de définir un nouveau seuil de la part des séjours CMU / CMU-C / AME, spécifique à l'HAD. Là aussi, des critères d'éligibilité sont à définir.

Enfin, comme il a été vu plus haut, l'évaluation et l'orientation des patients en amont de toute prise en charge qui participe de l'efficacité d'une organisation des soins graduée est à prendre en compte dans le financement de l'HAD soit sur une base forfaitaire, soit par des crédits MIG.

- Repenser la dégressivité tarifaire comprise dans le modèle HAD.

Celle-ci ne paraît pas forcément justifiée au regard de la spécificité des séjours en HAD. En cas de pathologies neurodégénératives par exemple, la charge en soins ne décroît pas avec le temps.

- Lever le cloisonnement existant entre les grilles tarifaires des secteurs public et privé.

Le choix réalisé par les établissements entre les deux grilles existantes ne devrait plus être le fait de leur statut mais dépendre de critères opérationnels tels que le recours ou non à un médecin traitant

libéral et faire l'objet d'une négociation avec l'ARS.

- Fluidifier les parcours de soin grâce à des modèles tarifaires moins cloisonnés.

Dans la mesure où l'HAD a vocation à pouvoir se substituer au MCO ou au SSR pour certaines prises en charge, il semble nécessaire d'assurer une certaine logique médico-économique entre les différents modes de tarification ou de décloisonner les modes de rémunération.

Recommandation 1 : Accélérer les réflexions actuelles visant à médicaliser nettement le recueil d'informations utilisées pour le financement de l'HAD.

Recommandation 2 : Affirmer le caractère global du tarif en précisant clairement ce qu'il inclut.

Recommandation 3 : Mettre en place des financements forfaitaires spécifiques, sur le modèle du MCO, pour les missions propres à l'HAD, aujourd'hui mal valorisées.

Recommandation 4 : Fluidifier les parcours de soin grâce à des modèles tarifaires moins cloisonnés.

Annexe 8 : Le financement de l'Investissement Hospitalier

I. Un système empirique et pragmatique qui souffre néanmoins de certaines carences identifiées.

1. Différentes strates de décision

L'investissement hospitalier fait l'objet de décisions prises tant à l'échelon national, avec une instance dédiée, le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), qu'au niveau régional avec les Agences Régionales de Santé (ARS) ou au sein des établissements eux-mêmes.

Au niveau national, le COPERMO, définit la stratégie en matière d'investissement hospitalier, selon deux volets, un volet investissement en tant que tel, et un volet performance.

Le volet performance comprend à la fois la définition d'une stratégie nationale d'amélioration de la performance des établissements, et en lien avec les ARS, la mise en œuvre de trajectoires de retour à l'équilibre pour les établissements en difficulté financière.

Quant au volet investissement, outre la mise en place d'une stratégie nationale, il œuvre aussi au développement de projets d'investissement de grande ampleur.

Si auparavant, la « logique de plan » prévalait, la stratégie nationale a été revue sous l'effet de la création du COPERMO, en 2012, pour privilégier un effort plus régulier, de l'ordre de 4.5 milliards d'euros par an. En effet, les différents plans mis en œuvre ne se sont pas traduits par une hausse durable de l'investissement hospitalier, et ont parfois conduit à des effets d'aubaine, malgré les 52 milliards d'euros investis sur la période 2002-2011.

Les ARS participent également à la définition de la politique d'investissement, en lien avec les orientations décidées au sein du COPERMO, dans une logique de subsidiarité. En effet, régulation territoriale de l'offre de soins et planification des investissements apparaissent aujourd'hui indissociables, et ce d'autant plus que nombre de projets sont soumis à autorisation du Directeur Général de l'ARS, qu'il s'agisse de la construction d'un établissement ou de l'installation d'équipements de pointe, par exemple. De plus, dans le cadre du CPOM, l'ARS dispose d'un droit de regard sur les investissements prévus par les établissements, et peut aussi, à travers l'EPRD qu'elle contrôle, vérifier la conformité du tableau prévisionnel de financement des opérations d'investissement.

Tout l'enjeu aujourd'hui pour les ARS, réside non plus seulement dans la mission de contrôle et d'accompagnement qui lui était dévolue jusque-là, mais bien dans leur capacité à revoir les priorités d'investissement afin de les adapter aux spécificités des territoires. C'est d'ailleurs ce qui émanait d'un rapport de l'IGAS consacré à l'investissement, il y a maintenant 4 ans. Il y était notamment proposé de passer à une présentation annuelle des projets d'investissement structurants découlant du SROS devant l'ARS compétente. Les dits projets seraient par ailleurs accompagnés par l'ANAP, laquelle jouerait un rôle d'expertise grâce à un pool de référents interrégionaux, sans toutefois disposer d'un rôle de pilotage. Enfin, les établissements constituent la dernière strate de prise de décision pour l'investissement hospitalier, lequel est inscrit au CPOM et fait l'objet d'arbitrages

nombreux entre les différents acteurs internes de l'établissement : directions, communauté médicale...

Pour ce qui est du financement des investissements, le rapport IGAS cité précédemment faisait état d'un recours excessif à l'emprunt dans les établissements, décrivant même des phénomènes de saturation. A ce premier constat, s'ajoute celui d'un sous-investissement chronique, lequel pourrait s'accroître dans les années à venir, compte-tenu de la contrainte budgétaire. Or, l'investissement demeure essentiel pour nos hôpitaux, non seulement pour porter des projets d'avenir et investir dans des technologies de pointe mais aussi pour pouvoir renouveler des équipements parfois proches des taux de vétusté et pourtant nécessaires au soin quotidien de tous.

2. Des financements qui proviennent en majorité de l'ONDAM et soulèvent plusieurs débats

L'investissement hospitalier désigne en effet tant l'investissement courant, c'est-à-dire lié au renouvellement strict de l'outil de travail permettant un fonctionnement à l'identique de ce dernier, que des investissements plus structurels ou innovants.

Or, l'un comme l'autre, sont majoritairement financés par les tarifs, eux-mêmes dépendants du montant de l'ONDAM. Les tarifs sont fixés chaque année en fonction du niveau de l'ONDAM d'une part, en fonction de l'activité prévisible d'autre part (la prévision est réalisée sur l'historique constaté). L'ONDAM évolue à la hausse mais l'activité aussi (hausse de la population, vieillissement...). Cela conduit à une évolution des tarifs qui oblige les établissements de santé à réaliser des gains de productivité. A défaut, le taux de marge brute diminue, diminuant de fait les capacités d'investissement (voir les développements en annexe 4).

a. Les tarifs, censés financer l'investissement courant, peinent à jouer ce rôle au risque d'une dégradation accélérée des équipements, à terme dangereuse aussi bien que coûteuse.

À l'échelle des établissements, le financement des investissements courants est censé être intégré dans les tarifs de la T2A. Cela suppose donc que ces derniers soient calibrés de façon à pouvoir dégager une marge brute d'exploitation suffisante dans la durée. Or, l'effet ciseau est de plus en plus important entre l'évolution contenue des tarifs et la hausse marquée des charges, du fait notamment d'un contexte normatif plus exigeant et d'un besoin en équipements coûteux croissant.

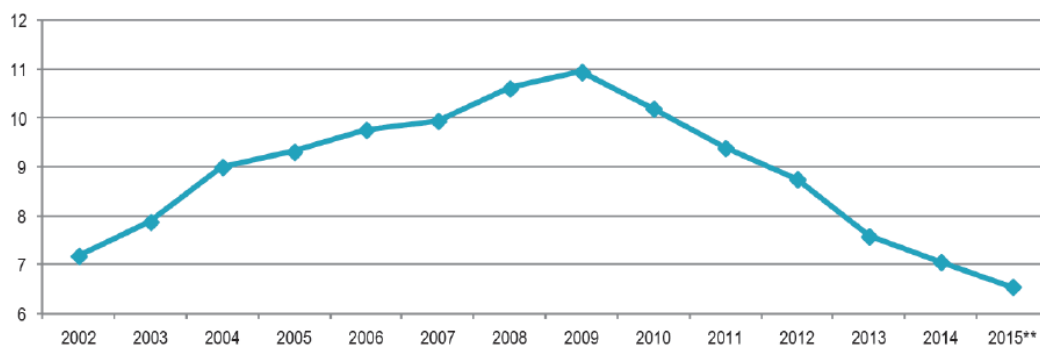
De plus, seules les charges financières afférentes sont prises en compte dans l'échelle nationale des coûts (l'ENC) qui sert de base à la définition des tarifs, non les charges de structure. Plus précisément, cette échelle relative est calculée hors charges de structure, au motif que ces dernières seraient trop variables d'un établissement à l'autre de l'échantillon de l'ENC observé, risquant ainsi de biaiser les résultats. Toutefois, il convient de souligner que l'enveloppe « activité » qui sert à fixer les tarifs en valeur absolue à partir de l'échelle relative inclut l'investissement : il est dès lors considéré que les tarifs incluent l'investissement dans un tarif global, au sein duquel il est impossible de distinguer une enveloppe spécifique dédiée à l'investissement.

Une baisse des tarifs implique donc souvent de financer les investissements courants par des gains de productivité, ou à défaut par le recours à l'endettement.

Dès lors, il peut s'avérer tentant pour certains établissements de combler le déficit à court terme en réduisant l'investissement. Ce dernier devient une variable d'ajustement.

Évolution de l'effort d'investissement* des hôpitaux publics entre 2002 et 2015

En % des produits



* L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.

** Données provisoires

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires). France métropolitaine et DOM.

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées)

Ainsi, en 2002, l'effort d'investissement des hôpitaux publics représentait 7,2% des produits, ce qui a pu paraître critique et mené au lancement de plusieurs plans de relance de l'investissement hospitalier. Or, si ces derniers ont contribué à porter ce ratio à 10,9% en 2009, l'investissement a depuis fortement diminué pour revenir à 7,4 % en 2013, voire 6,5 % en 2015, dans un contexte d'endettement pourtant croissant des établissements.

Le risque existe alors à moyen terme de porter atteinte à la sécurité et à la qualité des soins, en provoquant une dégradation des équipements hospitaliers. Cette stratégie s'avère ainsi au final encore plus coûteuse, tant pour les finances de l'hôpital que pour la collectivité.

De fait, il est communément admis qu'il existe un seuil d'investissement courant incompressible de 3 % par an, afin d'être en mesure de renouveler les équipements dans les temps et de maintenir de la sorte l'outil de production en bon état.

Le chiffre de 3 % n'est pas le résultat de calculs scientifiques, mais il fait l'objet aujourd'hui d'un consensus tacite, fondé sur une observation empirique prolongée. On peut remarquer que le nombre d'établissements qui consacre moins de 3% de leurs charges à l'investissement s'élevait à 38% en 2013 et à 48% en 2015. Ce chiffre est toutefois à analyser de façon plus approfondie car le besoin des établissements au regard de l'investissement varie selon leur taille, et en fonction de la présence en leur sein d'un plateau technique important.

Or, malgré les risques aussi bien qualitatifs que financiers qui s'attachent à une diminution de l'investissement courant, aucun dispositif n'est prévu pour sanctuariser un budget annuel dédié à celui-ci.

b. Les investissements de plus grande ampleur dépendent également de l'ONDAM mais selon des modalités différentes, certes plus encadrées mais parfois peu lisibles.

En matière d'investissements exceptionnels, les établissements de santé sont également censés, en partie du moins, pouvoir s'autofinancer. Toutefois, les contraintes financières, dont témoigne notamment la baisse observée de l'investissement hospitalier, tendent à provoquer un effritement de cette capacité.

Ces investissements plus lourds, structurels et coûteux, sont dès lors financés via la même enveloppe de l'ONDAM, mais par l'intermédiaire des ARS ou du COPERMO, lesquels sont chargés de contrôler la pertinence des projets et d'attribuer des financements complémentaires en conséquence.

- Une enveloppe de l'ARS souvent peu disponible du fait d'une logique de reconduction des aides, et dont les critères de répartition manquent de lisibilité

L'intervention de l'ARS au titre du fonds d'intervention régional (FIR) peut se matérialiser sous la forme d'une aide en capital ou d'un soutien aux frais financiers, ou amortissements de l'établissement concerné. Dans ce dernier cas, l'enveloppe, destinée à favoriser l'investissement, se révèle parfois peu disponible en pratique pour soutenir de nouveaux projets. Elle a en effet tendance à apparaître figée, monopolisée par l'accumulation des engagements antérieurs, du fait d'une logique de reconduction des aides accordées des années auparavant.

La DGOS n'a de plus pas de visibilité sur la part du FIR figée par ces crédits déjà très largement engagés, en cohérence avec le principe de l'autonomie des ARS. Ceci ne favorise pas néanmoins une vision globale des crédits restant disponibles pour encourager l'investissement hospitalier.

Surtout, le manque de lisibilité des critères utilisés par les ARS pour définir les projets à soutenir en priorité suscite la méfiance de certains établissements de santé, lesquels critiquent le caractère inéquitable du FIR, voire de possibles effets d'aubaine dans quelques territoires.

- Au niveau national, la procédure du COPERMO soulève des critiques au regard de sa complexité et des critères d'efficience particulièrement exigeants qu'elle oppose aux établissements.

Le COPERMO dispose aujourd'hui d'une enveloppe de l'ordre de 300 millions d'euros par an, sur un montant total estimé à 4,5 milliards d'euros pour l'investissement hospitalier. Il s'agit donc d'une enveloppe limitée, dédiée à soutenir les plus grands projets.

Parmi ces derniers, il revient donc à ce comité de prioriser ceux qu'il juge les plus pertinents pour justifier une aide. Les ARS jouent à ce titre un rôle de filtre en réalisant une première sélection des projets régionaux qui seront présentés au COPERMO.

La procédure imposée par ce dernier est toutefois jugée longue, peu lisible, et d'une lourdeur excessive. Elle génère de fait de nombreux allers-retours entre le comité et les acteurs de terrain, du fait de critères d'efficience particulièrement exigeants, parfois mal vécus par les établissements de santé.

Le COPERMO suscite également des interrogations quant à l'équité de traitement réservé aux dossiers de demande de subventions qui lui sont présentés. Il est de fait évident qu'une distinction est souvent observée entre les établissements présentant une gestion saine, dont le projet n'est alors financé par le COPERMO que dans une proportion faible, et ceux cumulant les difficultés, en outre-mer notamment, qui bénéficient d'une aide bien plus conséquente.

Il faut toutefois rappeler que le COPERMO a pour mission de traiter des projets individuels, sans objectif de répartition globale. Il est chargé de gérer une part des ressources dévolues par l'ONDAM, pour l'affecter à l'investissement. L'aide accordée dépend ainsi du retour sur investissement espéré, ainsi que de la situation financière de l'établissement. La notion d'équité est dès lors, de par la

mission même du COPERMO, difficile à établir, sauf à réintégrer ces montants dans la tarification à l'activité.

- Des financements locaux peuvent être envisagés afin de favoriser l'investissement, mais une approche prudente reste à privilégier.

Face aux difficultés auxquelles se heurtent les établissements de santé pour pouvoir investir, dans le cadre d'une enveloppe contrainte et fermée telle que l'ONDAM, l'apport de financements extérieurs est toujours une solution appréciable. Elle permet en effet de desserrer l'étreinte d'un financement en enveloppe fermée, où toute subvention à l'investissement tend à réduire nécessairement un autre poste budgétaire, et notamment les tarifs.

De plus, l'apport de financements locaux répond à une certaine logique dans la mesure où les opérations mises en œuvre au sein des hôpitaux ont la plupart du temps un impact structurant sur l'organisation territoriale, avec de nombreuses retombées positives sur l'ensemble du territoire.

Dans cette perspective, les subventions des collectivités territoriales peuvent donc se justifier. De même, le soutien financier de celles-ci peut viser à maintenir en état un hôpital vétuste, en préservant par là même les soins et les emplois. Il relève alors également d'une politique d'aménagement du territoire, qu'il convient de défendre.

Cependant, au regard du différentiel de potentiel fiscal entre les territoires, une généralisation des financements croisés de la part des collectivités est à éviter. Le risque serait en effet grand dans le cas contraire d'induire d'importantes inégalités de ressources entre établissements, et de renforcer ainsi les inégalités territoriales de santé.

Les financements croisés, en soumettant les acteurs de terrain à de fortes pressions locales, peuvent également entraîner un manque de cohérence des investissements avec l'organisation des soins définie au niveau national. Les intérêts locaux ne coïncident de fait pas toujours avec l'objectif national de qualité et d'efficience dans l'organisation des soins sur le territoire. Ceci peut susciter un manque de pertinence des investissements, tel la création de plusieurs hébergeurs de données dans des établissements pourtant voisins, voire une tendance au surdimensionnement des équipements, dont l'exploitation s'avère par conséquent structurellement déficitaire par la suite.

L'exemple de l'Allemagne, où l'investissement hospitalier est financé par les länders, illustre bien ce biais, puisque son système de santé se caractérise par un nombre de lits par habitant particulièrement élevé.

Le financement par les collectivités territoriales n'est donc pas nécessairement un facteur d'efficience, et ce d'autant plus qu'il suscite de surcroît, en cas de généralisation du modèle, un problème d'équité entre les contribuables.

II. La structure existante apparaît globalement adaptée mais nécessite des ajustements pour gagner en lisibilité et en efficience.

Malgré son indéniable complexité, le système du Copermo demeure un système nécessaire et adapté pour les opérations très structurantes, ou celles qui mettent en jeu de très importants volumes financiers. Il permet en effet d'imposer des exigences techniques face aux risques de pression locale, tout en instaurant un dialogue entre les directeurs d'hôpital et l'ARS.

De même, le rôle dévolu aux ARS semble cohérent avec la volonté d'une territorialisation des aides au plus près des enjeux locaux.

Néanmoins, certains ajustements s'avèrent nécessaires pour renforcer la transparence et l'efficacité du dispositif.

1. Assurer une mise en commun ainsi qu'une meilleure publicité des critères de décision utilisés par les ARS, sans pour autant porter atteinte à leur autonomie.

La nécessité d'un projet comme prérequis à l'investissement apparaît cruciale et consensuelle. Le projet, établi par l'ARS au niveau régional et décliné par les établissements de santé, fixe les priorités de prises en charge sur le territoire, à charge pour les acteurs de s'organiser pour y répondre.

Dans ce cadre, une territorialisation renforcée des aides à l'investissement apparaît souhaitable afin de renforcer la cohérence des projets financés. Ceci suppose toutefois un rôle accru des ARS, et reste donc conditionné à une mise à plat de leurs critères de décision, dans le sens d'une meilleure lisibilité et transparence de ces derniers.

2. Mettre en place un système d'alerte permettant aux ARS de déceler très tôt les établissements qui ne consacrent plus 3% de leurs ressources à l'investissement courant.

Responsabiliser les acteurs de terrain suppose de ne pas modifier le système actuel, lequel inclut le financement des investissements courants dans les tarifs de la T2A.

Il est donc proposé de maintenir l'inclusion des investissements dans les tarifs mais en prenant mieux en compte la difficulté pour les établissements à réaliser des investissements, même courants, dans un contexte d'incertitude et de réduction de la capacité d'autofinancement (CAF).

En effet, les investissements courants sont souvent de fait les premiers supprimés en cas de plan de retour à l'équilibre. Il est donc nécessaire de doter chaque ARS d'un tableau de bord d'alerte, afin qu'elle puisse s'assurer d'un niveau d'investissement minimum dans les établissements et être en mesure d'analyser la situation avec les établissements dans le cas contraire.

Pour ce faire, le taux de vétusté serait un indicateur possible. Toutefois, la vétusté des locaux, bien que non souhaitable, ne donne aucune indication réelle quant au cœur du métier hospitalier. L'investissement en la matière peut donc être plus facilement retardé, contrairement aux équipements de soin.

Deux autres techniques alternatives semblent plus faciles à interpréter lorsqu'il s'agit de déceler un potentiel sous-investissement courant. La première consiste à suivre la CAF, ainsi que le taux de

marge brute de l'établissement. La seconde s'intéresse en priorité aux comptes d'amortissement, associés aux frais financiers : leur cumul doit être égal au minimum à 3 % des charges.

3. Investir dans le cadre du GHT : quelles possibilités ?

A l'image de ce que la Loi de Modernisation de notre Système de Santé a prévu pour la fonction achat, il pourrait être envisagé, dans les années à venir, de mutualiser l'investissement au sein d'un Groupement Hospitalier de Territoire.

En effet, les différents groupements pourraient décider de gérer les investissements de façon mutualisée en s'appuyant sur un compte de résultat annexe dédié pour emprunter ensemble et financer ainsi des investissements communs.

L'autonomie renforcée née du GHT, devrait également permettre de revoir les termes de la négociation avec les ARS en substituant à divers demandeurs, un interlocuteur unique, plus puissant et davantage cohérent.

Cela participerait également d'une simplification des procédures. La stratégie territoriale s'en trouverait également renforcée, en permettant aux établissements de pleinement s'intégrer dans la « communauté de destins » que sera demain le groupement hospitalier de territoire.

Toutefois, ceci ne peut être envisagé qu'à moyen terme, une fois les premières mesures issues de l'article 107 définitivement appliquées par les établissements.

Recommandation 1 : Assurer une mise en commun ainsi qu'une meilleure publicité des critères de décision utilisés par les ARS, sans pour autant porter atteinte à leur autonomie.

Recommandation 2 : Mettre en place un système d'alerte permettant aux ARS de déceler très tôt les établissements qui ne consacrent plus 3% de leurs ressources à l'investissement courant.

Recommandation 3 : Utiliser l'opportunité offerte par les GHT pour que les acteurs de terrain gèrent les investissements de façon plus autonome par une plus grande mutualisation.

Annexe 9 : Le financement de la recherche

Avec la contribution d'Elisabeth Chaillet-Leforestier

I. Introduction : la recherche clinique et l'innovation biomédicale confrontées à de nouveaux enjeux

De 1970 à 1980, la recherche clinique était conduite principalement de façon rétrospective, une question de recherche donnant lieu à une étude rétrospective sur dossiers à partir de séries statistiques constituées de centaines de cas.

A partir des années 1990, la recherche clinique s'est attachée à répondre à une question de recherche de façon prospective, exigeant une professionnalisation accrue des équipes avec une logistique support de plus en plus complexe (procédures réglementaires spécifiques, problématiques liées au recrutement des expertises, protocoles d'inclusion et de suivi de patients, exigences spécifiques en termes de suivi d'études, normes de sécurité pour les patients et contrôle de qualité).

Cette dernière étape s'est accompagnée d'une compétition accrue pour la conduite d'analyses et la production de publications.

Ainsi, le benchmark international, notamment l'index Scimago¹²⁶, classe aujourd'hui la France au 6ème rang mondial tandis que chaque année, nous allouons une majeure partie de nos financements de recherche sur la base des résultats que nos équipes ont obtenus, notamment en termes de publications et de la participation à des essais cliniques (via les applications de recueil d'informations SIGAPS et SIGREC, respectivement).

Aujourd'hui, la recherche clinique avec essais randomisés est confrontée à plusieurs réalités :

- Par sa logistique et sa complexité, elle est coûteuse, une étude de recherche clinique, dans le secteur public pouvant varier de 1 à 250 millions euros¹²⁷. Du fait de tels coûts, il est de plus en plus difficile, pour chaque question de recherche posée, de créer une organisation spécifique. Dans un souci d'optimisation des investissements engagés, une étude scientifique pourra désormais viser de répondre à plusieurs questions de recherche¹²⁸.
- Le délai moyen entre l'idéation (le processus par lequel vient l'idée de recherche) et la publication n'est pas toujours compatible avec les attentes des personnes malades et les décideurs publiques (selon le National Institute for Health Research, 10 ans est la durée en moyenne nécessaire pour parvenir à publier sur une nouvelle idée de recherche¹²⁹)
- Il existe un intérêt scientifique accru pour les données observationnelles rapportées par les patients (Patients Reported Outcomes¹³⁰) et les données en vie réelle, ce qui conduit à prendre en considération de nouvelles modalités pour capter ces données et coupler la recherche clinique au développement des technologies numériques (capteurs, dispositifs intelligents, applications,). Les problématiques du stockage de ces données (sécurité,

¹²⁶ <http://www.scimagojr.com/countryrank.php>, accès le 11 janvier 2017

¹²⁷ Le montant maximum a été atteint à 277 millions d'euros pour l'étude britannique portant sur l'efficacité des traitements ostroprogestatifs après la ménopause. Cette étude a conclu à leur inefficacité. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19237618>, accès le 10 janvier 2017

¹²⁸ <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2553888#tab1>, accès le 20 janvier 2017

¹²⁹ <http://www.nihr.ac.uk/research-and-impact/>

¹³⁰ <http://www.oecd.org/health/PaRIS.htm>, accès le 17 janvier 2017

souveraineté numérique, droit d'utilisation de partage et de réutilisation, « blockchain ») sont un corollaire obligé de cette évolution.

- La recherche clinique classique avec essais randomisés ne suffit plus : deux tiers des décès en France étant causés par des maladies non transmissibles¹³¹, la recherche sur les facteurs de risque et les déterminants sociaux est devenue incontournable. La recherche interventionnelle en santé des populations, incluant comportements et usage, déterminants sociaux et contextualisation, devient un autre axe à développer pour améliorer l'état de santé en France. Ce point est abordé dans l'annexe relative au financement des innovations organisationnelles.

Demain, la recherche clinique reposera sur l'utilisation de données déjà existantes mais de sources très variées (Registres, Cohortes, e-cohortes, Systèmes d'information hospitaliers divers -I2B2¹³², Réseaux sociaux, SNIIRAM, partage de données au niveau régional, national, international). Le contexte concurrentiel accru conduira à produire, au delà des publications, des innovations associées à un scoring international de plus en plus suivi pour son effet politique et économique (Global Index Innovation¹³³, European Innovation Scorecard¹³⁴). Les équipes de recherche clinique vont également devoir de plus en plus piloter, en plus de l'approche verticale par maladie, les études par comorbidités et multimorbidités (Barnett, 2012)¹³⁵, ¹³⁶ et mutualiser à ce titre les financements associés.

Enfin, la recherche clinique devra faire face à la nécessité de travailler la synthèse des analyses en recherche, sur données agrégées et sur données individuelles, sans quoi elle risquerait d'être confrontée à des « masses » d'informations issue des publications et essais, sans pouvoir les transformer de façon réactive en de nouvelles avancées pour les patients et les décideurs publics.

II. Aujourd'hui, plus de 2 milliards d'euros sont alloués chaque année pour financer la recherche clinique et l'innovation associée via les MERRI

Au sein de l'enveloppe MIGAC, le montant de l'enveloppe MERRI a représenté 2,35 milliards d'euros en 2015, soit près de 40 % de l'enveloppe MIGAC.

Les MERRI contribuent à prendre en charge les coûts fixes liés à la recherche, à titre d'exemple les dépenses de personnels. Ils contribuent à faciliter la genèse de l'innovation dès lors que ces coûts fixes servent à incuber la production des innovations.

¹³¹ http://www.who.int/nmh/countries/fra_fr.pdf?ua=1, Profil de la France en matière de maladies non transmissibles, OMS, 2011

¹³² <https://www.i2b2.org>, accès le 26 juin 2016

¹³³ <https://www.globalinnovationindex.org/gii-2016-report>, accès le 3 janvier 2017

¹³⁴ http://ec.europa.eu/growth/industry/innovation/facts-figures/scoreboards_fr, accès le 23 juin 2016

¹³⁵ [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60240-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60240-2.pdf), accès le 3 janvier 2017

¹³⁶ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Surveillance-epidemiologique-de-la-multimorbidite>, accès le 3 janvier 2017

D'autre part, les MERRI contribuent à récompenser les résultats des recherches et innovations et de facto à encourager leurs auteurs. Les résultats font l'objet d'un score d'appréciation. Ainsi, le score « publication » et le score « recherche clinique » classent les CHU sur une échelle de comparaison nationale, laquelle se transforme en une dotation versée l'année suivante. Ces MERRI « part modulable » ont été rebaptisés depuis 2016 « Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation ».

Enfin, les MERRI contribuent à financer la recherche en attribuant des budgets sur appel à projets thématiques.

II.1 Le financement par les MERRI au titre de la « part fixe » disparaît au profit de la part variable.

La part fixe était basée sur une proportion de charges de personnels médicaux (25% pour les CHU, 20% pour les autres), une proportion de charges médico-techniques (15%), une quote-part de charges générales pour tenir compte des charges d'infrastructures (1% pour les CHU, 0,50 % pour les autres établissements).

Depuis 2011, il a été programmé la suppression dans les 5 ans de la part fixe au profit de la part modulable. En 2014, la part fixe ne représentait plus que 253,09 millions d'euros destinés à 72 établissements de santé (contre 515 millions d'euros en 2012). En 2016, le reliquat de la part fixe, soit 48,81 millions d'euros, a été versé au budget de la part modulable devenue « Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation ».

II.2 Le financement MERRI « Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation » devient en 2016 le vecteur principal de financement

La part modulable, destinée à compenser les charges liées à la réalisation des MERRI, est fonction d'indicateurs de résultats.

A titre d'exemple, en 2016, elle comprenait un score publications scientifiques, un score enseignement, un score recherche clinique ne prenant en compte que les essais cliniques à promotion académique ainsi que deux scores au titre des « inclusions ». En 2015, la part modulable représentait 1.385 milliards d'euros pour 102 établissements de santé contre 1,143 milliards d'euros en 2012. En 2016, elle atteint 1,541 milliards d'euros

II.3 Le financement « part variable » comprend tous les appels à projet et financements ciblés

La part variable¹³⁷ comprend trois mécanismes de financement :

- la part variable dite non reconductible, correspondant aux financements attribués sur appels à projets PHRC, STIC/PRME, PHRI, PREPS, recherche translationnelle DGOS-INCa (PRT-K¹³⁸, anciennement TRANS- LA) dans le cadre de financements non reconductibles¹³⁹.

¹³⁷ A l'exclusion de ce qui concerne l'enseignement et la formation

¹³⁸ <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets/Appels-a-projets-resultats/PRT-K-2015>, accès le 2 juin 2016

¹³⁹ http://social-sante.gouv.fr/chiens/bo/2016/16-01/ste_20160001_0000_0071.pdf, accès le 2 mars 2016

- la part variable reconductible correspondant aux « autres financements », en particulier aux financements des structures d'aide à la recherche (CIC, CRC, CRB, etc...) et des autres types de structures (centres de référence par exemple). Les intitulés dédiés à ces structures ont pour partie été reconfigurés en 2016¹⁴⁰.

- Il existe enfin une autre ligne de crédits destinée à financer les activités de soins réalisées à titre expérimental ou non couvertes par les nomenclatures¹⁴¹, il s'agit principalement de la réalisation d'actes hors nomenclatures, des activités de soins autour de la dispensation médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), de certaines activités de recours exceptionnel ou encore de l'activité des laboratoires de génétique moléculaire ou oncogénétique. En 2015, la dotation s'élève à 282,98 millions d'euros

III. Le mécanisme de « la liste en sus » et le « forfait innovation » viennent compléter les financements MERRI, mais présentent néanmoins des limites.

III.1 La liste en sus offre un dispositif spécifique de financement des médicaments et dispositifs médicaux innovants et onéreux, dont le caractère soutenable est toutefois discuté.

Le mécanisme de la liste en sus constitue un complément à l'instauration des MERRI

La liste en sus a été mise en place en 2004, lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité pour garantir à tous les patients un accès à ces médicaments (et à certains dispositifs médicaux) alors que les tarifs des groupes homogènes de séjours ne pouvaient les prendre en compte.

Le mécanisme de la liste en sus conditionne le financement de produits coûteux à leur bon usage ; en cancérologie par exemple, il sert l'articulation entre recherche translationnelle et soins. Il concerne de nombreuses molécules majoritairement en lien avec les nouvelles thérapies en cancérologie mais pas exclusivement.

La façon dont la liste en sus est prise en compte est fixée réglementairement, essentiellement via le service médical rendu (SMR) par le médicament et l'amélioration du service rendu (ASMR). Le Décret du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162- 22-7 du code de la sécurité sociale est venu rationaliser la gestion de la liste en sus pour rendre officiels les critères d'appréciation des instances en charge de sa gestion.

Pour qu'un médicament figure sur la liste en sus, le décret fixe désormais quatre critères.

- Le médicament doit apporter un service médical rendu (SMR) majeur ou important».

- L'amélioration du service médical rendu (ASMR) par rapport à l'existant doit être « majeure », « importante » ou « modérée » (ASMR 1 à 3).

- Un médicament d'ASMR mineure (niveau 4) peut tout de même être inscrit s'il n'existe pas d'alternative médicamenteuse ou chirurgicale, et s'il représente un intérêt de santé publique.

¹⁴⁰ <http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2016/05/Annexe-IX-Innovation-recherche-et-référence.pdf>

¹⁴¹ Circulaire N° DGOS/R1/2015/140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé, Annexe V, Nomenclature des Missions d'Intérêt Général, accès le 28 février 2016

- Enfin, le coût du médicament doit dépasser de 30 % le montant du séjour hospitalier au cours duquel il est administré.

La doctrine de gestion de la liste s'est dégagée progressivement. Les outils de contractualisation entre agences régionales de santé et établissements de santé (contrat de bon usage du médicament, référentiels de prescription, plans d'actions locaux) sont structurés mais leur impact effectif demeure toutefois difficile à établir. On observe en particulier des taux de prescriptions hors référentiels souvent élevés et très hétérogènes selon les établissements.

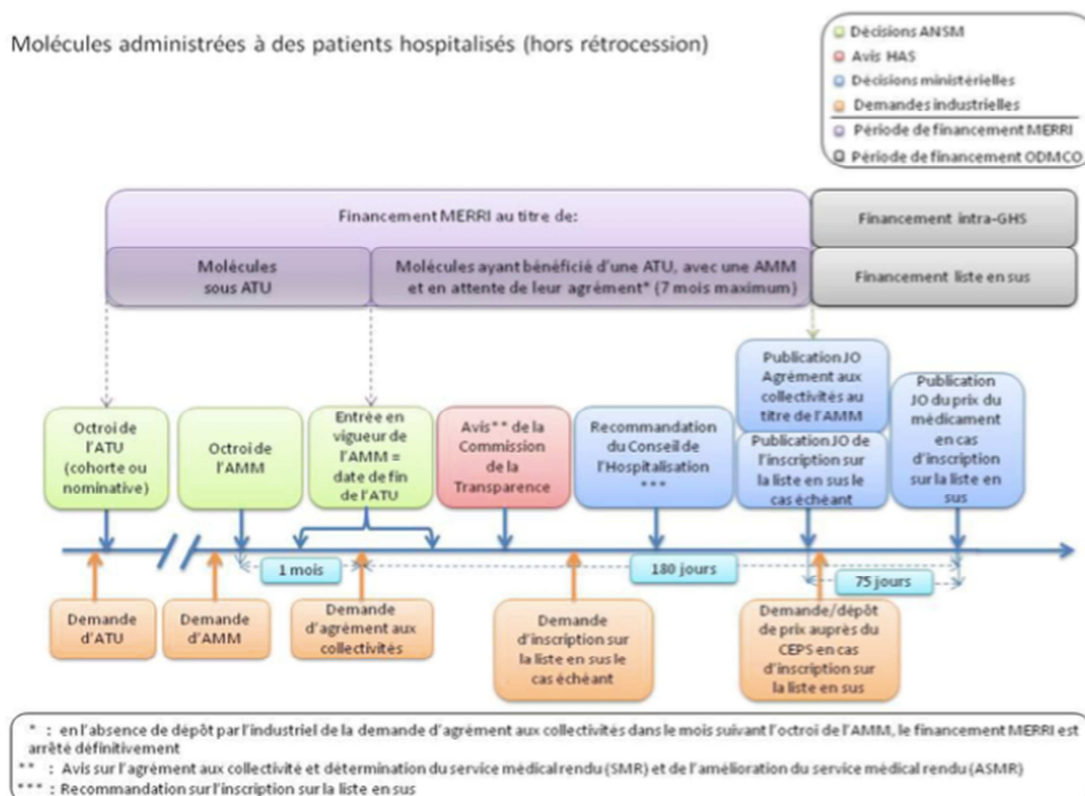
De plus, pour garantir la qualité de la prise en charge des malades dans les établissements autorisés à assurer cette prise en charge avec des médicaments innovants, il manque une évaluation plus systématique des résultats obtenus et un encadrement de la prescription des lignes de traitements, notamment anticancéreux et chimiothérapies de dernier recours.

Les 28 et 29 juillet dernier, dix arrêtés ont été pris, radiant 11 spécialités pharmaceutiques¹⁴². La radiation d'autres molécules est à l'étude, concernant entre autres Alfalastin, Hexvix, Myocet, et Dificlir.

Enfin, il existe des délais certains avant inscription au remboursement des produits et inscription éventuelle sur la liste en sus. Le mécanisme est complexe et long à activer, ainsi que le souligne le schéma ci-dessous, qui retrace les différentes étapes et la multiplicité des acteurs en jeu. Les délais d'examen des nouveaux produits sont aujourd'hui supérieurs à ce que prévoit la directive européenne, ils sont en moyenne de 420 jours en France contre 180 prévus par la réglementation communautaire.

¹⁴² Herceptin, Caelyx, Velcade, Epoprostenol, Veletri, Idarubicine, Flolan, Inductos, Avastin, Remodulin et Javlor

Molécules administrées à des patients hospitalisés (hors rétrocession)



Sources : Haute Autorité de Santé¹⁴³

III.2 Le forfait innovation peine à se développer

Les modalités de financement existantes sont peu favorables à l'émergence de dispositifs médicaux innovants

Contrairement aux médicaments, les dispositifs médicaux marqués CE peuvent être utilisés sans évaluation économique préalable et achetés directement par les établissements dans la mesure où leur prix n'est pas administré. L'inscription au remboursement demeure toutefois un gage d'accès au marché.

Une liste en sus spécifique aux dispositifs médicaux a été créée et comprend la forme générique ainsi que les produits inscrits en nom de marque pour des coûts en majorité supérieurs à ceux des médicaments.

Ceci ne résout cependant pas les difficultés des industries dans la mesure où le blocage réside essentiellement en amont, dans la difficulté à objectiver l'intérêt clinique, la valeur ajoutée apportée par ces dispositifs médicaux d'usage collectif.

Le forfait innovation a été conçu pour faciliter la phase amont du développement des dispositifs médicaux innovants

¹⁴³ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2035804/fr/conditions-d-eligibilite

Le « forfait innovation » consiste en une prise en charge dérogatoire et transitoire dont l'objectif est de faciliter l'accès au marché de technologies innovantes en phase précoce de développement clinique. Il a été créé en 2009, réformé en 2015.

Il concerne l'innovation de produit de santé (dispositif médical ou dispositif médical de diagnostic in vitro) ou la description d'acte dit innovant. Celui-ci doit disposer de données établissant que son utilisation est susceptible d'apporter un bénéfice important pour la santé ou de réduire les dépenses de santé (mais qui ne seraient à ce stade pas suffisantes pour revendiquer une prise en charge de droit commun par la collectivité).

Cette prise en charge est conditionnée à la réalisation d'une étude visant à confirmer l'intérêt de la technologie.

La Haute Autorité de Santé a pour mission d'évaluer l'éligibilité de la demande (caractère innovant et pertinence du protocole de l'étude proposée). Ces éléments conditionnent la prise en charge, conformément au décret n° 2015-179 du 16 février 2015, fixant les procédures applicables au titre de la prise en charge des produits de santé ou actes innovants prévue à l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale.

Depuis sa création en 2009, malgré son intérêt, le forfait innovation a permis de financer trois innovations en France¹⁴⁴. Il est encore critiqué pour la complexité du montage et les incertitudes qu'il induit à chaque étape de l'algorithme.

IV. Forces et limites de la modulation tarifaire pour financer la recherche et l'innovation

IV.1 La modulation du tarif des GHS devrait permettre de diffuser l'innovation au plus grand nombre

Les tarifs des GHS sont établis sur la base de l'échelle nationale des coûts et de la nomenclature des prestations décrivant l'activité hospitalière par groupes homogènes de malades (GHM) auxquels correspondent des groupes homogènes de séjour (GHS)¹⁴⁵.

L'échelle de coûts repose elle-même sur un échantillon d'établissements dont les données de la comptabilité analytique remontent chaque année à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) pour alimenter les tarifs GHS en année n+2 ou n+3¹⁴⁶.

Par ce mécanisme, les innovations, après avoir été décrites et identifiées dans la comptabilité analytique des établissements de santé, auraient la possibilité d'être prises en compte dans des tarifs actualisés au titre des activités dites émergentes.

¹⁴⁴ La pompe à insuline associée à un lecteur en continu du glucose interstitiel de Medtronic, les microspheres d'Yttrium de Sirtex, la prothèse épitrétiennne Argus II

¹⁴⁵ En pratique, depuis 2011, les évolutions tarifaires des GHS ne sont plus assises sur la hiérarchie des coûts issus de l'ENCc mais sont bloqués en référence aux tarifs de l'année 2011

¹⁴⁶ N'est pas ici évoquée la question de la neutralité tarifaire inhérente au financement de la T2A en France

Pour autant, il existe actuellement plusieurs obstacles à cette situation¹⁴⁷.

- Le premier obstacle tient à la difficulté rencontrée au sein des hôpitaux pour détecter l'innovation issue de la recherche et la décrire de telle manière que les coûts de l'innovation soient intégrés dans un GHS : à chaque situation rencontrée dans les services de soins, il convient de déterminer de quelle innovation il s'agit? Cette innovation n'est-elle que biomédicale ou également numérique, organisationnelle ? A titre d'exemple, une innovation liée aux nouvelles technologies de l'information et de la communication comme l'utilisation d'objets connectés dans le suivi des patients sera-t-elle prise en compte au même titre que l'utilisation d'une nouvelle molécule coûteuse¹⁴⁸? Comment gérer l'expérimentation d'une innovation lorsqu'elle implique la valorisation d'un nouvel acte technique innovant, par exemple au bloc opératoire ou en imagerie ? Une fois décrite, il convient également d'évaluer la valeur médico-économique de l'innovation et les impacts sur l'offre de soins au sein de l'établissement de santé. Actuellement, des difficultés majeures existent dans les établissements pour établir cette fonction d'identification de l'innovation et de valorisation comptable et juridique.
- Le second tient au délai de réaction des pouvoirs publics capables d'activer des changements de tarifs, quand bien même il serait prévu qu'ils le fassent. Les délais portent sur plusieurs années dans certains cas, en particulier lorsque l'innovation concerne des actes dits techniques en imagerie ou au bloc opératoire, lesquels doivent être répertoriés dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) avant de pouvoir modifier le GHS associé. Si l'acte est pratiqué sans être inscrit à la CCAM, les séjours associés ne pourront être comptabilisés en GHS.

De facto, l'établissement sera pénalisé financièrement par son innovation et dans de nombreux cas, il y renoncera. Pour faire admettre un acte technique innovant qui emportera un nouveau GHS, l'établissement doit suivre un circuit spécial : s'adresser au préalable à la CNAM, laquelle doit alors prendre l'initiative de soumettre un acte nouveau à la Haute Autorité de Santé, puis, si l'HAS valide le principe de cet acte innovant, la CNAM réunira la Commission de hiérarchisation des actes professionnels (CHAP) dont les conclusions conduiront ou non à l'inscription de l'acte innovant dans la CCAM. Une fois cette étape franchie, alors l'établissement pourra remonter dans sa comptabilité analytique l'activité émergente à l'ATIH en espérant qu'un nouveau GHS soit retenue par celle-ci (ou une revalorisation d'un GHS existant). Des délais longs peuvent avoir plusieurs conséquences au sein de nos établissements de soin sans parler des impacts en termes de recherche comme de développement économique : un désengagement des équipes pour innover, des risques de codage biaisé (si je ne peux coder une activité innovante, je code sous un code existant non innovant...), des activités innovantes non identifiées avec des risques médico-légaux associés le cas échéant.

¹⁴⁷ A titre d'exemple, les dispositifs d'auto mesure et de suivi à distance de constantes pour des patients chroniques ou en retour de prise en charge ponctuelle, de type chirurgie, sont autant d'innovations digitales qu'organisationnelles et médicales dans l'accès des patients aux traitements et à l'éducation thérapeutique

¹⁴⁸ IGAS, Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux, Rapport N°RM2012-024P, 2012, p.65

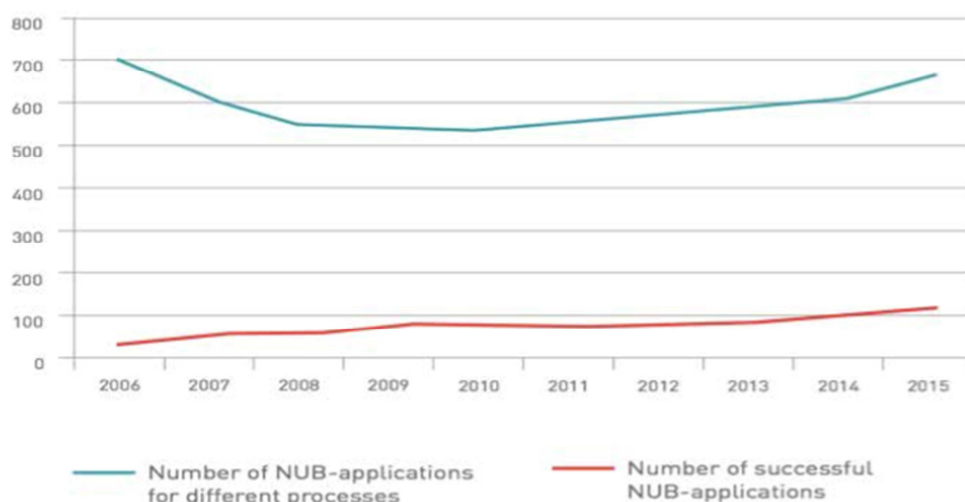
IV. .2 Financement de la recherche clinique et de l'innovation biomédicale : regards croisés à l'international (Allemagne, Etats-Unis, Royaume Uni, Israël)

4.2.1 En Allemagne, les NUB ou Neue Untersuchungs und Behandlungsmethoden - Innovations en matière de diagnostic et de traitement - visent à financer l'accélération de la diffusion de l'innovation selon un processus en quatre étapes.

- La première étape commence par l'instruction puis l'octroi de financements spécifiques ciblés sur des établissements pionniers, demandeurs pour financer leur innovation. L'INEK (Institut homologue de l'ATIH) leur donne alors autorisation d'entrer en négociation avec l'assurance maladie pour l'obtention d'un financement ad hoc. La demande est appréciée par l'INEK sur la base de 4 critères : intérêt pour les patients, patients concernés par l'innovation, coûts de personnel ou de matériel induits par l'usage de l'innovation, justification de la couverture inadéquate de ces coûts par les tarifs existants de GHS. Cette étape s'apparente à une phase de consolidation et d'expérimentation du prototype.
- La deuxième étape consiste à valider la possibilité de recourir à cette innovation pour tout établissement au sein du « land ». L'INEK décide que son financement sera désormais couvert par un « supplément local ». Tout établissement de l'hôpital pionnier candidat pour reprendre l'innovation peut négocier un supplément de dotation avec sa caisse locale d'assurance maladie (le système allemand d'assurance maladie étant décentralisé entre les 16 Länder), et ce sans solliciter à nouveau l'autorisation de l'INEK.
- La troisième phase consiste à fixer au niveau fédéral, c'est à dire national, la valeur du supplément, qui devient donc homogène pour tout établissement candidat à l'utilisation de cette innovation.
- Le dernier stade consiste à intégrer le coût de l'innovation dans le tarif du GHS en modifiant celui-ci.

Si le système NUB concerne les technologies référencées « CE » comme les méthodes thérapeutiques utilisées depuis trois ans et dont le coût est supérieur à 500 euros, son application s'est jusqu'alors principalement limitée à des demandes portant sur des dispositifs médicaux (95%).

Dix ans après la création du NUB le nombre de recours au mécanisme NUB progresse comme la validation des demandes mais le nombre de validations évolue moins fortement que le nombre de demandes enregistrées. Le processus est intéressant car au final, le quart des dispositifs médicaux et près d'un tiers des autres produits sont intégrés dans le droit commun au bout de deux ans après la première validation comme NUB.



Graphic: NUB-process in Germany - total number of applications vs. positive results

Sources : Rapport annuel 2016, INEK

4.2.2 Aux Etats-Unis, les mécanismes « Parallel Review Program » et « National Coverage Determination » imposent des délais minima pour installer le financement de l'innovation biomédicale à destination des bénéficiaires du Medicaid et Medicare

Aux Etats-Unis, les nouvelles molécules comme les nouveaux dispositifs médicaux doivent en premier lieu avoir été approuvés par la Food and Drug Administration. Le Payer Communication Task Force (PCTF) est chargé de réduire le délai entre la décision d'approbation par le FDA et les conséquences tarifaires et de prise en charge par les programmes publics au premier rang desquels les services du Medicare et Medicaid (CMS). Le PCTF gère avec le CMS le Parallel Review program, un mécanisme établi depuis 2011 pour diminuer le temps entre l'autorisation de la FDA et la détermination adéquate de la couverture financière (National Coverage Determinations NCDs) par le CMS : à ce titre, la FDA donne accès aux services du CMS aux données de recherche clinique sur lesquelles elle est en train de positionner sa décision.

Dans de nombreux cas, l'analyse de la CMS est complétée d'une expertise en Health Technology Assessment et d'une consultation du Medicare Evidence Development & Coverage Advisory Committee (MEDCAC)¹⁴⁹

Si la décision de couvrir sur un plan national les frais afférents à cette innovation est rejetée, la couverture sera laissée à la discrétion des contractants avec le CMS selon une approche locale sous couvert du Social Security Act.

¹⁴⁹ <https://www.cms.gov/Medicare/Coverage/InfoExchange/Downloads/2014-report-to-congress.pdf>, accès le 8 août 2016

En 2014, il a été approuvé cinq « National Coverage Determination » (NCD) et le délai n’a pas dépassé 6 mois entre la demande et la publication d’une proposition de NCD, auxquels se sont ajoutés moins de 90 jours entre la proposition de NCD et sa validation tarifaire nationale.

	NCD type/result	Proposed NCD ¹	Final NCD ²	NCD implemented ³
Decisions initiated in FY 2013 and implemented in FY 2014				
Aprepitant for Chemotherapy-Induced Emesis	1 st Reconsideration	5.7	70	268
Bariatric Surgery for the Treatment of Morbid Obesity - Facility Certification Requirement	3 rd Reconsideration	5.1	89	52
Beta Amyloid Positron Emission Tomography in Dementia and Neurodegenerative Disease**	New CED ⁴	8.9	86	132
Cardiac Rehabilitation (CR) Programs - Chronic Heart Failure	New Restricted	5.7	89	150
Ventricular Assist Devices for Bridge-to-Transplant and Destination Therapy	1 st Reconsideration, Restricted	5.8	90	303
AVERAGE		6.2	85.6	159.6

Sources : Rapport annuel, 2014, CMS

4.2.3 Au Royaume Uni, en Israël, aux Etats-Unis, tout est tenté pour renforcer le financement par la valorisation de la recherche clinique et l’innovation biomédicale associée

Très souvent perçue comme faiblement protectrice, la législation relative aux droits d’auteur est pourtant le type de propriété intellectuelle dont les performances économiques sont ces dernières années les plus impressionnantes. A titre d’exemple, en 2011, au Royaume Uni, le poste le plus élevé de l’investissement dans les actifs protégés par la propriété intellectuelle était celui des œuvres protégées par les droits d’auteur qui recueillait presque cinq fois plus que les montants investis dans les brevets (Goodridge, Haskel et Wallis, 2014)¹⁵⁰.

Des études montrent en effet qu’il existe une corrélation positive et statistiquement significative entre la force de la protection intellectuelle et les indicateurs relatifs aux ressources de l’innovation (Lippoldt et Schultz, 2014)¹⁵¹. En réalité, des études empiriques montrent que les structures innovantes à forte croissance qui possèdent déjà des actifs immatériels ou matériels protégés par la propriété intellectuelle reçoivent plus de financement que celles qui en sont dépourvues.

C’est dans ce cadre que se pose la question de l’importance du rôle tenu par les bureaux de transfert de la technologie.

¹⁵⁰ P. Goodridge, J. Haskel et G. Wallis, “Estimating UK investment in intangible assets and intellectual property rights”, Intellectual Property Office, 2014,

¹⁵¹ D. Lippoldt et M.H.Schultz, “Uncovering trade secrets – An empirical assessment of economic implications of protection for undisclosed data”, OECD Trade policy papers, n°167, Editions OCDE, Paris, [http:// dx.doi.org/10.1787/5jxzl5w3j3s6-en](http://dx.doi.org/10.1787/5jxzl5w3j3s6-en)

Les objectifs les plus courants des bureaux de transfert de technologie sont l'augmentation des recettes provenant de licences, le maintien ou le renforcement du soutien à la recherche des industries de santé, le transfert de technologie et dans une moindre mesure le développement régional. Les recettes provenant des licences sont généralement le principal critère utilisé par les bureaux de transfert de technologie pour mesurer leurs résultats, même si pour la plupart d'entre eux, les brevets et les licences ne permettent ni de générer un bénéfice net, ni d'atteindre le seuil de rentabilité (Bulut et Moschini, 2009)¹⁵².

Certains bureaux de transfert sont fédérés en alliance pour améliorer leurs recettes. Ces alliances peuvent en effet mutualiser les inventions entre différentes universités et centres de recherche et innovation, réduire les coûts opérationnels et unitaires et améliorer l'accès aux compétences. Elles peuvent parfois aussi générer des économies de frais de gestion quant à la coordination et à la communication. Un exemple d'alliance de transfert de technologie est le réseau *Innovation Transfert Network* (ITN) aux Etats-Unis. Créé en 2006 avec l'aide publique, ITN sert d'alliance de transfert de technologie pour 13 établissements d'enseignement supérieur, qui sont tous représentés au sein du conseil d'administration du réseau. C'est un modèle qui peut inspirer les futures coopérations à partir des GHT.

D'autres bureaux sont organisés en plateforme à but lucratif. Pour des raisons à la fois de coûts et d'efficience, certains établissements ont mis en place des bureaux de transfert de technologie financés par des fonds privés. Ces bureaux ont un statut de société à responsabilité limitée. Dans certaines universités, ces types de bureaux existent depuis la fin des années 1980 (un exemple est Isis Innovation, une filiale à 100% de l'université d'Oxford, créé en 1988). En Israël, la majorité des bureaux de transfert de technologie sont conçus sur le modèle de la responsabilité limitée et détenus en tout ou partie par les universités.

D'autres bureaux de transfert sont organisés en plateforme ouverte reposant sur l'internet. Ces plateformes répondent à la nécessité, pour les professionnels du transfert de technologie et les chercheurs d'avoir plus facilement accès à l'information. Elles sont une vitrine qui permet de montrer au secteur des entreprises les technologies inventées dans les universités. *Flintbox*, de l'université de Colombie britannique, en est un exemple.

Le financement des innovations par essaimage est un autre aspect de la valorisation.

La création d'entreprises issues de centres de recherche et d'innovation en est une illustration.

Ce type de financement semble encore fragile.

Selon les études de l'Association of University of Technology Managers (Etats-Unis), le nombre de start-ups par université et par an parmi les 100 premières universités de recherche américaines est seulement de deux, le nombre record étant un stock de 22 au Massachussets Institute of Technology (MIT). Le taux de création d'entreprises par essaimage est très variable selon les pays de l'OCDE.

L'Europe obtient en moyenne un taux plus élevé (2,4 entreprises pour 100 millions de dollars de

¹⁵² H. Bulut et G. Moschini, « US universities' net returns from patenting and licensing : A quantile regression analysis », *Economics of Innovation and new technology*, 2009, vol.18, pp 123-137

dépenses de recherche pendant la période 2004-2010) que les Etats-Unis (1,1 pour la période 2004-2011), le Canada (1,1 pour 2004-2011) et l'Australie (0,7 pour 2004-2011)¹⁵³.

Des études ont mis en évidence l'importance de l'entrepreneuriat étudiant, encouragé par les universités et les pouvoirs publics dans un grand nombre de pays de l'OCDE. De nouvelles méthodes de financement de la commercialisation sont également en train de d'apparaître. Souvent, les fonds publics octroyés aux entreprises universitaires naissantes sont complétés par les universités et les Etablissements publics de Recherche, qui créent leur propre fonds d'amorçage et de validation de concept.

Des études mettent en évidence des difficultés liées à la méconnaissance du monde de l'entreprise, de compétences et de contacts de la part d'un grand nombre d'universitaires (Wright, Clarisse et Mosey, 2012)¹⁵⁴, de chercheurs et professionnels. Par conséquent, les initiatives axées uniquement sur l'aspect financier de l'entrepreneuriat étudiant risquent de ne pas être suffisantes.

Les universités et établissements de santé, publics et privés, peuvent atteindre un haut niveau d'activité entrepreneuriale si la conception de leurs programmes est visible sur le moyen et long terme, cela revient à poser la question de leur organisation et de leur stratégie de développement pour innover en amont de la question du financement. Cela est d'autant plus important que les établissements effectuent peu de dépenses de R&D, possèdent peu de capacités de recherche/développement, et ont accès à peu de capital risque (Åstebro, Bazzazian et Braguinsky, 2012)¹⁵⁵.

V. PRECONISATIONS DU COMITE

1. Le modèle MERRI associe le principe d'un financement vertical (appels à projets) auquel est ajouté un financement sur résultats (indicateurs).

C'est un financement de ce fait particulièrement dynamique et ce d'autant plus que la part fixe diminue au profit des parts variable et modulable. Le modèle MERRI est ouvert à d'autres acteurs que les seuls CHU sous certaines conditions : les CHU bénéficient de 81 % des fonds ainsi distribués, contre 11 % pour les centres de lutte contre le cancer (CLC), 4 % pour les CH ou encore 4 % pour les établissements privés.

Cette évolution implique que soient toujours recherchées les synergies entre les acteurs bénéficiaires des MERRI, notamment au sein d'une même région ou d'un territoire, pour que cette diversité permette d'élargir les cohortes de patients inclus et l'exploitation des données.

2. Au regard des nouveaux enjeux de la recherche clinique mentionnés en introduction, le Comité constate que la valorisation de la recherche à travers notamment le dépôt de brevets, le transfert technologique, la création de start-ups est insuffisante. Les expériences au Royaume Uni, en Israël, comme dans d'autres pays, sont à ce titre intéressantes.

¹⁵³ OCDE, Commercialising Public Research: New trends and Strategies, Editions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264193321-en>

¹⁵⁴ M. Wright, B. Clarysse et S. Mosey, « Strategic entrepreneurship, Resource Orchestration and Growing Spin – Offs from Universities », Technology Analysis & strategic Management, 2012, vol.24, pp.911-927

¹⁵⁵ T. Åstebro, N. Bazzazian et S. Braguinsky, « Startups by recent university graduates and their faculty : Implications for university entrepreneurship policy, Research Policy, vol.41, pp.663-677

Si des indicateurs de transfert ont un temps existé au sein des MERRI (via le nombre de brevets déposés), ils ont aujourd'hui disparu, lors même que la France s'illustre par la qualité de sa recherche fondamentale comme clinique, et que de nombreuses industries en technologies de la santé émanent de la recherche hospitalière française.

Le comité préconise en conséquence de réinterroger des mécanismes initialement institués pour distinguer les établissements ayant appuyé des chercheurs aux dépôts de brevet.

3. Pour renforcer les effets des réformes précédemment engagées dans le cadre des Plans d'Investissements Avenir (PIA 1 et PIA 2) et développer les écosystèmes existants ou en émergence, le comité préconise de prévoir en région une plateforme d'innovation et de recherche intégrées, couvrant l'amorçage des projets de recherche jusqu'au dépôt de brevets, associant aux côtés des chercheurs des acteurs extérieurs, notamment de l'industrie de la santé, du numérique, les collectivités locales, les professionnels libéraux.

Le comité préconise que soit conduite une mission pour définir un cadre de développement de référence pour ces plateformes, ce cadre devant prévoir la diversité des sources de financement et la fixation de règles prudentielles cohérentes entre les établissements publics de santé et les universités. Il préconise à ce titre de ne pas exclure l'option qui pourrait être offerte de créer une filiale. La contribution intellectuelle, la mise à disposition de l'environnement hospitalier doivent en effet pouvoir être rétribuées. Pour cela, il faut pouvoir aboutir à une transformation en fonds propres de cet apport.

La coopération interrégionale entre plateformes doit par ailleurs pouvoir être incitée pour faciliter l'atteinte de cohortes critiques et le partage de données dans le cadre de la compétition internationale. Des indicateurs doivent être explicités pour la tracer et en mesurer les effets.

Ces plateformes doivent être envisagées en réseau avec les futurs centres de ressources biologiques et plateaux d'imagerie et de biologie moléculaire.

4. Sans attendre la constitution de plateformes, le Comité demande que les pratiques de CHU visant à mettre en place un EPRD spécifique aux activités de recherche soient diffusées dans toutes les régions par les ARS. Au CHU de Lille, à titre d'exemple, les recettes de l'EPRD recherche sont composées de MERRI, de recettes sur projets de protocoles d'études, ainsi que de financements institutionnels (de l'ordre de 5 % du cycle d'exploitation). Les dépenses sont principalement le fait de projets de protocoles, de dépenses d'intervention et d'un solde, dévolu aux pôles par le biais de comptes analytiques, en fonction du temps consacré à la recherche et de son coût en valorisation T2A. Le Comité souligne l'intérêt de ce système présent pour asseoir la recherche dans la durée avec un dynamisme de reconnaissance des personnes qui collectivement s'y engagent.

5. La diffusion des innovations issues de la recherche clinique au profit du plus grand nombre contribue à réduire la perte de chance à laquelle des patients peuvent être confrontés dans l'accès au traitement. La T2A permet, en toute logique, de contribuer à cette diffusion par la modulation tarifaire des GHS et des actes techniques.

Dans les faits, si chaque année il existe un processus de collecte de données analytiques visant à bâtir une échelle de coûts et laissant penser que les tarifs sont assis sur une réalité économique des innovationsⁱ, le principe des tarifs bloqués depuis 2011 comme de la neutralité tarifaire ne permettent pas de tenir compte des effets financiers de l'innovation biomédicale dans un temps adapté.

Sur ce point des initiatives prises à l'étranger, notamment en Allemagne ou aux Etats-Unis, méritent intérêt en ce qu'elles tendent à diminuer les délais entre la genèse de l'innovation en santé et sa diffusion au bénéfice de tous.

6. Si l'arbitrage relatif aux dépenses de recherche médicale est inclus dans le débat plus général de l'ONDAM, le Comité observe qu'il n'y a aucune raison que les dépenses de recherche évoluent comme les autres dépenses courantes de santé. Les cycles de l'innovation n'ont pas nécessairement la même temporalité en termes de retour sur investissement. Le Comité préconise d'explicitier un ONDAM recherche assis sur un débat annuel et national spécifique permettant de décider quel montant la France est prête à investir dans la recherche clinique et interventionnelle, le sujet du calibrage global de l'enveloppe dédiée à la recherche étant distinct de celui de la redistribution de l'enveloppe entre les différents établissements concernés.

7. Lever le blocage concernant la filière des dispositifs médicaux en envisageant un système de type ATU pour ces derniers, ou, à défaut, un dispositif de fast track permettant d'aboutir à la fixation d'un prix dans des délais bien plus brefs. Ces solutions auraient pour objectif respectivement de permettre le remboursement de certains dispositifs médicaux innovants, dans l'attente de la définition d'un tarif, ou d'instaurer des mécanismes d'inscription accélérée.

Annexe 10 : Le financement de la liste en sus

Les classements internationaux placent la France au 6ème rang mondial en matière de recherche. Toutefois, un enjeu fort réside dans le soutien apporté à l'émergence des innovations ainsi qu'à la généralisation de leur utilisation au sein des établissements de santé. Ceci contribue à valoriser l'excellence de la recherche médicale lorsque l'innovation en découle, tout en représentant un gage de qualité des soins pour le plus grand nombre.

Pour ce faire, et dans un contexte international de plus en plus concurrentiel, l'élaboration d'un financement des produits innovants incitatif, réactif, et souple est à privilégier.

I. L'innovation propre aux médicaments et dispositifs médicaux est aujourd'hui financée à titre principal par le mécanisme de la liste en sus.

1. Le mécanisme de la liste en sus est un dispositif spécifique de financement des médicaments innovants et onéreux

La liste en sus a été mise en place en 2004, lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, afin de garantir à tous les patients un accès aux médicaments lorsque les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) n'étaient pas en mesure de les prendre en compte.

Ce mécanisme concerne aujourd'hui de nombreuses molécules notamment liées aux nouvelles thérapies en cancérologie.

Depuis le décret du 24 mars 2016, l'inscription sur la liste est désormais réalisée par indication. Celle-ci est conditionnée à quatre critères :

- Un service médical rendu (SMR) majeur ou important.
- Une amélioration du service médical rendu (ASMR) majeure, importante ou modérée (ASMR 1 à 3).
- Une ASMR mineure (niveau 4) peut justifier une inscription s'il n'existe pas d'alternative médicamenteuse ou chirurgicale, et si un intérêt de santé publique peut être démontré.
- Un coût supérieur à 30 % du tarif du GHS au cours duquel le produit est administré.

2. Bien qu'une liste en sus spécifique ait été créée, les modalités de financement existantes demeurent peu favorables à l'émergence de dispositifs médicaux innovants.

Contrairement aux médicaments, les dispositifs médicaux peuvent être utilisés sans évaluation préalable et achetés directement par les établissements, dans la mesure où leur prix n'est pas administré. L'inscription au remboursement demeure toutefois un gage d'accès au marché dans une époque de fortes contraintes financières.

Il existe désormais une liste en sus spécifique aux dispositifs médicaux.

Si l'existence de cette dernière a pu permettre de lever certains obstacles pour l'accès au marché, l'obtention d'un tarif de remboursement demeure néanmoins soumise à d'importants délais. Ceci

s'explique notamment par la difficulté à objectiver l'intérêt clinique et la valeur ajoutée apportée par les dispositifs médicaux d'usage collectif.

Les exigences requises en matière d'évaluation s'avèrent de fait inatteignables pour la plupart des start-ups, lesquelles sont pourtant à l'origine de nombreuses innovations dans ce domaine. Celles-ci rencontrent par conséquent des difficultés d'accès au marché français, ce qui peut les inciter à favoriser d'autres marchés, allemand ou américain notamment, pour le développement de leurs produits. Ceci se fait au détriment des patients français, privés d'un accès à ces soins innovants.

II. Les modalités de financement des médicaments innovants ne sont pas exemptes de failles, et appellent des aménagements.

1. Des financements complexes ou dont la pérennité en l'état peut être questionnée.

Le mécanisme de la liste en sus présente plusieurs défauts qui font obstacle à sa viabilité sur le long terme.

Les dépenses afférentes à cette liste évoluent depuis sa création à des taux significativement supérieurs à ceux de l'ONDAM. Celles-ci ont en effet augmenté de près de 6,6 % par an, alors que l'évolution de l'ONDAM restait dans le même temps limitée à environ 2,5%.

Ceci apparaît insoutenable dans le cadre d'une enveloppe fermée. Il résulte de cet écart, cumulé sur une décennie, une nécessaire baisse des tarifs de GHS, visant à compenser l'augmentation du coût de la liste en sus.

Une telle hausse tient en partie au fait que ce mécanisme vise en priorité les produits de santé innovants et récents, lesquels connaissent souvent des taux de prescription élevés durant leurs premières années de mise sur le marché. L'évolution des dépenses est d'ailleurs liée à un nombre limité de produits, au premier rang desquels certains anticancéreux.

Néanmoins, il existe également un double biais, propre au système de la liste en sus. Celui-ci incite les établissements à privilégier la prescription de produits sur liste, et les industriels à négocier un prix facial élevé. De fait, le financement additionnel, extérieur au GHS, associé aux produits de la liste en sus pousse les établissements à privilégier ces derniers plutôt que ceux inclus dans les tarifs (à efficacité similaire). Et les entreprises concernées ont intérêt à négocier un prix facial élevé puisque celui-ci fait partie des critères permettant d'intégrer la liste en sus. Ceci contribue dès lors à alimenter une tendance continue à la hausse des coûts.

La viabilité du mécanisme est également mise en danger par son manque de dynamisme. Les radiations de la liste sont le plus souvent perçues comme des déremboursements, préjudiciables à l'accès aux soins. Pourtant, il ne s'agit souvent que du constat selon lequel, au regard de nouvelles conditions de marché (baisse de prix, générique...), le tarif du GHS peut désormais inclure le financement du produit concerné. De telles radiations sont par conséquent rares, ce qui contribue à l'allongement de la liste en sus. Dix arrêtés ont néanmoins pu être pris en 2016, afin de radier 11 spécialités, ou indications, pharmaceutiques.

Enfin, les délais importants avant inscription sur la liste en sus d'un nouveau produit peuvent être préjudiciables à l'équilibre financier des établissements en attendant la reprise de l'historique.

Par ailleurs, celle-ci constitue à ce jour un frein au développement de filières de soins efficaces, dans la mesure où elle ne s'applique qu'aux produits délivrés par les établissements de MCO. Ceci contraint les patients à retourner dans ces derniers pour obtenir les produits nécessaires, même lorsqu'ils sont soignés en EHPAD ou en psychiatrie.

2. Des aménagements sont nécessaires pour faciliter la diffusion des innovations.

Le comité a souhaité formuler des propositions visant à favoriser un recours généralisé aux innovations, bénéfique à la qualité des soins, ainsi qu'une viabilité financière des dispositifs existants, propre à assurer leur pérennité.

Concernant le mécanisme de la liste en sus

- Privilégier la mise en place d'une liste en sus spécifique pour l'ensemble des médicaments anticancéreux.

Dans le domaine des anticancéreux, l'absence de différenciation entre produits sur liste en sus ou produits intra-GHS qui en résultera contribuera à mettre fin à l'incitation qui existe aujourd'hui en faveur des produits les plus coûteux, à efficacité égale.

Dans cette optique, l'ensemble des produits anticancéreux sera facturé en sus, ce qui facilitera la gestion et la lisibilité de la liste, tout en permettant un suivi exhaustif des traitements du cancer et de l'application des protocoles recommandés, par pathologie et par stade. Une telle orientation semble d'autant plus se justifier que les innovations en cancérologie sont nombreuses, nécessitant un suivi et une régulation accrues.

Enfin, dans la mesure où l'évolution du coût de la liste en sus est en grande partie liée aux produits anticancéreux, cette séparation aura pour avantage de favoriser une gestion stricte du reste de la liste en sus, potentiellement moins inflationniste.

- Privilégier comme indicateur de suivi le taux d'évolution des dépenses de médicaments hospitaliers dans leur ensemble, voire même, plus précisément, le taux d'évolution du traitement par patient pour une pathologie donnée.

Contrairement au taux d'évolution des médicaments de la liste en sus, ceci présente l'avantage de favoriser une vision objective et globale des dépenses réalisées, et d'identifier ainsi à quoi sont liés d'éventuels dérapages, tout en prenant en compte les évolutions épidémiologiques.

Recommandation 1 : Privilégier la mise en place d'une liste en sus spécifique pour l'ensemble des médicaments anticancéreux.

Recommandation 2 : Privilégier comme indicateur de suivi le taux d'évolution des dépenses de médicaments hospitaliers dans leur ensemble, voire même, plus précisément, le taux d'évolution du traitement par patient pour une pathologie donnée.

Annexe 11 : Le numérique à l'hôpital : des ambitions croissantes d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins qui peinent à se réaliser

1. Des systèmes d'informations hospitaliers d'un niveau de maturité inégal

L'informatisation des processus hospitaliers concourt à améliorer leur organisation et leur sécurisation. Cela contribue ainsi à une meilleure prise en charge des patients, une plus grande coordination des professionnels de santé autour de systèmes d'information partagés et un pilotage plus fin de l'activité des établissements. Ainsi, la croissance moyenne du marché de l'informatique hospitalière est de 4,1% par an depuis 2009, et devrait se maintenir à ce niveau jusqu'en 2019. Ce marché est conséquent à la fois par le nombre d'établissement à équiper, mais aussi par les investissements que consacrent les établissements au déploiement d'outils informatiques. L'ensemble des activités hospitalières sont concernées, des fonctions support au cœur de métier, mais les niveaux d'informatisation sont très inégaux selon les domaines, et entre établissements. Si l'on synthétise les principaux résultats issus du rapport de la Cour des Comptes :

- Les fonctions administratives et logistiques sont globalement informatisées depuis longtemps mais permettent rarement de produire des outils de pilotage médico-économique, seul un établissement sur 5 atteint les objectifs fixés par le plan Hôpital Numérique, pourtant limités.
- Les processus de soins concentrent les efforts d'informatisation. Ainsi, 87% des projets financés par le plan Hôpital 2012 concernaient l'informatique médicale, contre 76% des opérations du plan Hôpital 2007. Cette orientation s'accroît encore avec le plan Hôpital Numérique. Toutefois, là encore, le niveau d'informatisation dépend du domaine concerné ;
 - o Il est très abouti pour le recueil d'activité, qui conditionne l'allocation de ressources des établissements,
 - o Il est en voie de généralisation pour les activités médicotéchniques (PACS dans les services d'imagerie, serveurs de résultats d'analyse pour la biologie...) et le circuit du médicament (avec toutefois des disparités dans les fonctionnalités couvertes),
 - o Il est engagé pour le dossier patient mais avec des niveaux de déploiement inégaux. Selon les données nationales, l'informatisation du dossier patient est achevée pour 55% des établissements, et est en cours pour 37%. Le contenu des DPI déployés est néanmoins variable, avec des fonctions qui ne sont pas informatisées, bien que directement liées à l'exercice médical (prescriptions, comptes rendus, résultats d'examens, images médicales, dossier de soins ou prise de rendez-vous).

Finalement, le niveau de maturité global des SIH dans les établissements de santé est encore modeste, malgré le nombre de projets engagés. Ainsi, parmi les services attendus fixés par le programme Hôpital numérique, en moyenne moins de la moitié (45%) sont satisfaits. Un frein majeur dans la mise en œuvre d'un outil performant est la complexité des systèmes d'informations existants. Les établissements comptent en général de 80 à 300 applications différentes. A titre d'exemple, l'AP-HP compte aujourd'hui près de 900 applications informatiques pour 39 hôpitaux. Le déploiement de solutions institutionnelles telles que le progiciel Orbis doit permettre une harmonisation des outils informatiques, mais en attendant un déploiement complet, des applications spécifiques, répondant à des besoins métiers particuliers, sont utilisées dans les services sans être forcément interfacé au SIH.

Or, ceci engendre non seulement des ressaisies, sources de potentielles erreurs, mais aussi de nombreuses difficultés de maintenance de ces applications. Le schéma directeur dont s'est dotée l'institution fixe notamment des objectifs importants de rationalisation et de convergence des applications à un horizon 2020, mais le projet à part entière que constitue l'abandon d'outils spécifiques redondants reste à engager.

Cet exemple reflète les difficultés des établissements en termes d'urbanisation, c'est-à-dire de planification de la construction des systèmes d'information hospitaliers. De nombreux projets ont été lancés pour améliorer la qualité de prise en charge des patients, répondre aux attentes des professionnels de santé et permettre une meilleure gestion administrative des établissements. A cela s'ajoutent les exigences de sécurité et les contraintes réglementaires (avec la mise en place d'une facturation directe par exemple), ainsi que l'obligation de satisfaire aux critères de certification HAS ou des comptes pour les plus gros établissements. Les sollicitations des équipes informatiques sont ainsi en forte augmentation et s'ajoutent à l'entretien de l'existant.

2. Les investissements dans les SI, soutenus par des plans nationaux, augmentent mais sans une urbanisation cohérente

Pour répondre à ces différents enjeux, les établissements consacrent une part croissante de leur budget à l'informatique, à hauteur par exemple de 1,7% pour les hôpitaux publics et privés à but non lucratifs. Ils s'appuient également sur des plans nationaux successifs, qui ont représenté des investissements spécifiques à hauteur de 462M€ entre 2008 et 2015. Toutefois, ces différents plans supposés accompagner l'informatisation des établissements de santé ont un bilan très mitigé, et ont conduit à des effets d'aubaine au détriment d'une réflexion de plus long terme. Le morcellement des commandes publiques entraîne notamment un élargissement du marché des éditeurs, composé au niveau national de 350 sociétés, dont beaucoup sont très vulnérables et proposent par conséquent des produits spécifiques non pérennes.

Le manque de mutualisation des investissements informatiques se traduit également par une multiplication des outils logiciels et des achats de matériel. Un exemple frappant est le nombre très élevé de data center sur le territoire. Chaque établissement dispose d'une ou plusieurs salles pour héberger ses données et ses applications, dont le niveau de vétusté engendre souvent des risques d'interruption de service ou de perte d'information.

La politique d'investissement doit engager la responsabilité des acteurs et pousser à une meilleure coordination, comme initié dans le plan Hôpital Numérique, qui porte une stratégie nationale de développement d'un socle informatique commun aux établissements de santé avec des aides versées a posteriori.

Il convient de souligner toutefois que ce programme s'appuie sur une enveloppe de 80 millions d'euros quand, au total, l'investissement hospitalier représente 4,5 milliards d'euros. Le numérique hospitalier représente un faible investissement par rapport à d'autres secteurs.

En parallèle de ces plans nationaux, deux projets structurants sont en cours et pilotés au niveau central : le développement d'une messagerie sécurisée, qui doit permettre la communication des informations de santé entre professionnels, et le DMP (dossier médical partagé). Le DMP, lancé en 2004, prévoyait de mettre à disposition de tous les patients un dossier contenant les informations

nécessaires au suivi et à la coordination des soins, accessibles à tous les professionnels de santé, et ce avant 2007. En 2012, seuls 158 000 dossiers étaient ouverts pour un coût de 500M€. Face à ce constat d'échec, il a été décidé dans la loi du 26 janvier 2016 de recentrer le DMP sur les patients âgés ou atteints de maladie chronique et d'en confier le développement à la CNAMTS. Ce nouveau DMP n'a vocation qu'à contenir l'essentiel afin de demeurer simple et opérationnel, son articulation avec les dossiers patients déployés dans les établissements est en cours de finalisation. Il est basé sur la structuration automatique du Volet de Synthèse Médical par le logiciel métier. Son principal atout est d'être un service offert au patient à l'échelle nationale, sans charge administrative ou saisie supplémentaire pour les professionnels de santé et les établissements. Dans certains départements pilotes, les patients ayant un compte Ameli peuvent créer automatiquement leur DMP depuis le 12 janvier 2017, et cela pourrait être généralisé en septembre.

La mise en place des GHT doit permettre de redéfinir les responsabilités entre une coordination régionale et un cadre normatif national.

3. La convergence des SI s'impose aux GHT

Dans le cadre de la mise en œuvre des GHT, la loi de modernisation de notre système de santé prévoit l'élaboration au sein de chaque groupement d'un schéma de convergence des applications informatiques d'ici à 2020. Cela devrait impliquer une mutualisation des ressources au sein du GHT, une concentration des investissements vers un SIH homogène et donc un meilleur partage de l'information. Mais la mise à niveau des établissements, comprenant l'abandon progressif de solutions redondantes au profit d'un outil unique pour chaque fonctionnalité et la rationalisation des équipements et de l'infrastructure, sera complexe et coûteuse. On peut raisonnablement estimer le besoin à 2 milliards d'euros, avec par ailleurs un nombre d'éditeurs réduit à 3 ou 4.

Cela doit être l'occasion de restructurer les systèmes d'informations hospitaliers au sein des GHT.

Pour chacun, il va falloir disposer d'un dossier complet partagé, ainsi que des mêmes logiciels et briques applicatives d'ici à 2021. Mais il s'agit là d'investissements limités. De plus, des restructurations vont nécessairement avoir lieu dans le sillage de la création des GHT, pour aller vers davantage de fusion. Les investissements informatiques ne doivent donc pas être précipités ni se caler sur l'existant, au risque de susciter des gaspillages financiers.

4. Privilégier une décentralisation partielle des investissements en maintenant un arbitrage national avec un curseur à définir

Dans le but de favoriser une liberté de proposition des acteurs locaux, il paraît pertinent de laisser aux GHT l'autonomie en matière de SI, tout en donnant la capacité aux acteurs publics de privilégier la cohérence des projets sur le territoire. Il s'agirait de définir les sujets pour lesquels une centralisation serait nécessaire. Le lieu de décision finale pourrait de plus varier selon la nature ou l'ampleur de l'investissement considéré.

Il conviendrait donc de définir une co-construction locale et un arbitrage national, avec un curseur dépendant du type d'investissement. A ce titre, l'exemple du foisonnement des hébergeurs de données dans le cadre d'une liberté d'investissement montre bien la nécessité de cette coordination.

La cartographie générale pourrait être un DPI par GHT géré en local mais respectant des normes d'interopérabilité ciblées et simples (relatives à la lettre de sortie par exemple) décidées au niveau national, un hébergement de données externalisé et centralisé, et des outils tels que la messagerie sécurisée et le DMP impulsés par le ministère avec une liberté de mise en œuvre par les acteurs locaux pour assurer le lien avec la ville.

Le choix des investissements prioritaires ne doit pas se faire en prenant en compte le seul retour sur investissement mais aussi l'impact les relations ville-hôpital afin d'anticiper de manière stratégique et efficiente l'évolution du système de santé vers la médecine du futur. Il faut ainsi se préparer à transformer l'hôpital en coordonnateur des soins ville-hôpital dans un espace où le patient sera essentiellement à domicile. Le retour sur investissement doit alors s'apprécier non pas à l'échelle d'une structure mais à l'échelle du système de soin d'un territoire.

5. Le nouvel enjeu du numérique réside dans la gestion et l'exploitation des données de santé

Il convient d'anticiper les changements liés à l'arrivée des données massives de santé et à la médecine algorithmique, qui impliqueront pour le médecin généraliste un rôle de coordinateur des soins à partir de diagnostics réalisés à plusieurs, avec l'hôpital comme plateau technique et un patient maintenu essentiellement à domicile.

Pour ce qui est de l'hébergement des données, il manque un schéma directeur national afin que celui-ci soit géré au niveau national. Ceci permettrait d'éviter un foisonnement coûteux et incohérent des établissements hébergeurs de données sur le territoire. L'institut supérieur des données de santé pourrait jouer un rôle central dans la définition de ce schéma commun.

La perspective d'une « dimension e-santé des établissements », via l'enjeu du big data dans la génomique ou le diagnostic par algorithme notamment, implique de nouveaux leviers d'investissements en matière de numérique. Si l'horizon de ces évolutions semble certes encore un peu lointain pour la mission donnée au comité, celles-ci permettent de mettre en lumière les perspectives associées au numérique et donc les enjeux liés à son financement.

Recommandation 1 : Poursuivre et amplifier les premières actions menées (expérimentations lancées et déploiement du très haut débit)

Recommandation 2 : Développer la formation des praticiens à la télémédecine aussi bien dans le cadre de la formation continue qu'initiale.

Recommandation 3 : Renforcer la protection des données et à la confidentialité.

Recommandation 4 : Poursuivre le déploiement du nouveau DMP qui n'a vocation qu'à contenir l'essentiel afin de demeurer simple et opérationnel et son articulation avec les dossiers patients déployés dans les établissements.

Recommandation 5 : Soutenir la mutualisation des ressources au sein des GHT, la concentration des investissements vers un SIH homogène et un meilleur partage de l'information.

Recommandation 6 : Privilégier une décentralisation partielle des investissements en maintenant un arbitrage national avec un curseur à définir ; le lieu de décision finale devant varier selon la nature ou l'ampleur de l'investissement considéré.

Recommandation 7 : Gérer et exploiter les données de santé avec un schéma directeur national de l'hébergement des données.

Annexe 12 : Le financement de la santé mentale

La psychiatrie et la santé mentale constituent aujourd'hui un axe majeur de notre système de soins - en 2014, 2.1 millions de patients ont été pris en charge à ce titre, dont 20% en hospitalisation grâce à une capacité de 57 000 lits¹⁵⁶-, tout en conservant une spécificité propre par des aspects aussi bien financiers que curatifs.

A mi-chemin entre sanitaire et social, la psychiatrie et la santé mentale font l'objet d'une attention renouvelée de la part des pouvoirs publics. En témoigne la mise en place en octobre 2016 du Conseil national de santé mentale, dont la mission principale sera de « *développer une approche globale et transversale des enjeux de la santé mentale, pour mieux prévenir les troubles psychiques et psychiatriques et mieux accompagner ceux qui en souffrent.* »¹⁵⁷, ou encore la création en janvier 2017 du comité de pilotage sur la psychiatrie.

Cet engagement apparaît essentiel pour un champ en proie à de nombreuses difficultés que sont les difficultés d'accès aux soins, les problématiques de non-recours que cela induit parfois, ou encore l'inégalité de financement qui demeure entre les régions. Soucieux de garantir l'égal accès de tous aux soins de santé mentale, le présent rapport cherche, en proposant d'en élargir le territoire d'intervention, à faciliter l'introduction des traitements innovants, à moduler une partie de la dotation annuelle de financement (DAF) en fonction de l'activité et de la population desservie, et à assurer une prise en charge optimale des patients.

II. Un financement dual entre secteur privé et public, contraint par les spécificités propres à la prise en charge des patients dans le champ de la psychiatrie.

1. Un financement qui diffère selon les catégories d'établissements et induit de nombreux biais.

a. Des règles tarifaires multiples.

Le financement de la psychiatrie se fait principalement par le biais d'une dotation annuelle de financement (DAF), laquelle concerne les établissements de santé publics ainsi que les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Une telle dotation n'est toutefois pas exclusive d'autres canaux de financement. Ainsi, les dépenses de soins psychiatriques réalisées au sein des services de médecine des établissements de santé dédiés au MCO sont soumises à la T2A. Il peut en effet y avoir des comorbidités psychiatriques à l'occasion d'un séjour MCO qui nécessitent une prise en charge spécifique. Les soins en addictologie sont selon les territoires assurés sur l'enveloppe psychiatrie ou en T2A.

La tarification de 884 millions¹⁵⁸ d'euros associée aux catégories majeures de diagnostic (CMD) 19 et 20 (respectivement « maladies et troubles mentaux » et « troubles mentaux organiques liés à

¹⁵⁶ Rapport Laforcade relatif à la santé mentale, Octobre 2016.

¹⁵⁷ Communiqué de presse de la Ministre des Affaires sociales et de la santé relatif à l'installation du Conseil national de santé mentale, octobre 2016.

¹⁵⁸ Source Scan santé 2015

l'absorption de drogues ou induits par celles-ci »), s'ajoute dès lors aux 8.7 milliards¹⁵⁹ d'euros dévolus en 2015 à la prise en charge de la santé mentale via la DAF.

Par ailleurs, les cliniques privées, qui représentent 26% des prises en charge en hospitalisation, soit une part non négligeable de ces dernières, sont au contraire rémunérées sur la base de tarifs journaliers. Ceux-ci sont fixés dans le cadre d'avenants tarifaires signés avec les ARS pour un montant global de 686 millions d'euros¹⁶⁰ en 2015.

La tarification dans le secteur privé lucratif est en moyenne de l'ordre de 176 euros par jour, hors honoraires des médecins ou examens complémentaires, et concerne 80 % des patients avec une variabilité interrégionale d'environ 20 %. Il existe également certaines catégories de tarifs spéciaux, par exemple pour les 16-25 ans, la gérontopsychiatrie ou encore la pédopsychiatrie. De même, des disciplines dites médico-tarifaires (DMT) bénéficient d'un tarif à la journée modulé à la discrétion des ARS, après autorisation de ces dernières, sur le fondement d'un projet de soin.

Le système est donc dual, avec un financement à l'acte pour le secteur privé, à la dotation globale pour les établissements publics et apparentés.

b. Un financement inégal.

Au-delà de ces divergences de modèles tarifaires, la tarification existante se heurte aujourd'hui à plusieurs limites. Celles-ci induisent des inégalités dans l'accès aux soins, particulièrement préjudiciables aux patients.

Tout d'abord, le constat peut être fait d'une inégalité de financement selon les régions. Les dépenses dédiées à la santé mentale et rapportées au nombre d'habitants variaient ainsi de 125 euros pour la région Centre à 180 euros par habitant en Auvergne pour l'année 2013¹⁶¹. Les disparités intra régionales sont encore plus fortes.

La DAF est répartie chaque année par les ARS. Certaines d'entre elles pratiquent une péréquation pour tenter de limiter les inégalités de dotations territoriales, en se basant sur des indicateurs tels que la population, le besoin populationnel (précarité), ou encore la file active ou la dépense d'assurance-maladie par habitant. Malgré une tentative d'affinement de ces critères, initiée en 2016, ceci ne semble pas suffisant pour réduire les inégalités d'accès aux soins induites par ces écarts historiques de financement. Un groupe de travail est d'ailleurs prévu en 2017 dans le cadre du comité de pilotage psychiatrie afin d'étudier les critères de modulation intrarégionale des DAF ainsi que l'homogénéité des tarifs de prestation proposées dans les établissements privés.

¹⁵⁹ Source ARBUST/HAPI et SNIREP

¹⁶⁰ Source ARBUST/HAPI et SNIREP

¹⁶¹ Source DGOS : DAF + OQN + honoraires

c. Un financement qui induit d'importants phénomènes de file d'attente préjudiciables à l'accès aux soins

La France apparaît plutôt bien placée en termes de financements accordés au domaine de la santé mentale : 11 % des dépenses de santé y sont consacrées, ce qui place la France au même niveau que l'Allemagne, derrière le Royaume-Uni mais devant l'Italie.¹⁶²

Pourtant, l'importance du phénomène de « files d'attente » qui caractérise la prise en charge des pathologies mentales en France est un autre symptôme des difficultés que rencontre ce champ de la santé à répondre aux besoins de la population. Les files d'attente sont difficilement objectivables. Toutefois, selon l'enquête de l'ARS Rhône-Alpes de juin 2015 sur les délais d'attente pour un premier rendez-vous en CMP, le délai moyen pour obtenir un premier rendez-vous hors urgence dépasse par exemple 67 jours¹⁶³. Ce travail a d'ailleurs mis en évidence une possibilité d'amélioration des liens entre les CMP et l'hospitalisation complète ou d'autres structures.

Le phénomène des files d'attente trouve de fait une explication partielle dans un manque de solutions d'aval, lequel s'avère d'autant plus complexe à gérer que le patient concerné a besoin de vivre en structure adaptée. Or, le financement existant des structures selon qu'elles relèvent du sanitaire du médicosocial ou du social est susceptible de jouer un rôle prépondérant dans l'orientation du patient.

Le cloisonnement des financements hospitaliers et médico-sociaux induit de fait un manque de structure d'aval partiellement responsable d'une organisation non pertinente des soins. Ces modes de tarification et l'origine des financements ont interrogé le comité sur le risque de motiver une orientation non sur un critère médical mais sur un critère financier. C'est la raison pour laquelle ces différents modes de financement sont présentés ici.

- **Financement des maisons d'accueil spécialisées (MAS)**

Les maisons d'accueil spécialisées, créées avec la loi de 1975, accueillent des personnes lourdement handicapées et sont intégralement financées par l'assurance maladie, les bénéficiaires s'acquittant d'une participation sous la forme d'un forfait journalier comme en hospitalisation (cf. annexe pour des précisions sur le public, les missions et les modalités de financement).

Historiquement, ces établissements étaient financés sous la forme d'un prix de journée par la caisse pivot (majoritairement du régime général) mais, avec le développement des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens), un nombre croissant d'entre eux perçoit des dotations globalisées versées sous forme de douzièmes mensuels.

Le périmètre tarifaire de ces structures est un « tout compris » en ce qui concerne les soins médicaux et paramédicaux courants. Seuls certains soins peuvent être pris en charge en sus du tarif de la MAS (soins dispensés par les établissements de santé, soins dentaires, dispositifs médicaux et examens

¹⁶² Source IRDES 2012 : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf>

¹⁶³ Dr Sylvie Ynesta, Anne-Sophie Danguin, Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes, juin 2015 (www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats_de_enquete_CMP062015.pdf).

Enquête citée dans le rapport d'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 du HCSP, avril 2016.

médicaux nécessitant des équipements matériels lourds pour l'essentiel), elles se rapprochent en cela des structures d'hospitalisation.

La DREES recense 667 MAS dotées de 27 274 places (dont 840 places d'accueil temporaire et 1 956 places d'accueil de jour) sur l'ensemble du territoire (y compris DOM ; données de STATISS 2015).

- **Financement des foyers d'accueil médicalisés (FAM)**

Les FAM sont des établissements plus récents, expérimentés à partir de 1986 sous l'appellation de foyers à double tarification, pour lesquels le fonctionnement est co-financé par l'assurance maladie et les départements (cf. annexe pour des précisions). Les soins couverts par le forfait de soins versé par l'assurance maladie sont similaires à ceux financés en MAS alors que l'hébergement et les activités sont financés par le tarif hébergement versé par le département. Le forfait global de soins est versé mensuellement par les caisses pivots. La participation des usagers est fixée par le règlement d'aide sociale des départements et peut donc varier sur le territoire.

S'ajoute à la complexité des modalités de financement de ces structures le fait que dans certains foyers d'hébergement (autre catégorie d'établissements accueillant des personnes handicapées), seules certaines places ont été créées sous la forme de places de FAM.

Si les MAS et les FAM accueillent en principe des personnes lourdement handicapées avec tous types de handicaps, la DREES a réalisé une étude en 2013 montrant que les FAM accueillent dans des proportions plus importantes que les MAS des personnes atteintes de déficiences psychiques ou motrices tandis que les MAS accueillent davantage de personnes avec des polyhandicaps associant une déficience mentale grave à des déficiences motrices importantes (cf. le tableau de répartition en annexe).

La DREES recense 910 FAM dotés de 26 665 places (dont 840 places d'accueil temporaire et 1 698 places d'accueil de jour) sur l'ensemble du territoire (y compris DOM ; données de STATISS 2015).

- **Possibilité de transfert inter-secteurs : du secteur de la psychiatrie vers le médico-social**

Si les MAS et les FAM sont censés accueillir le même type de public, la cohérence des modalités de financement des MAS avec le secteur sanitaire de la psychiatrie tendrait à prioriser les MAS plutôt que les FAM pour des transferts de malades provenant d'établissements de santé psychiatrique.

En effet, le secteur médico-social d'hébergement et d'accueil des personnes handicapées est pour partie financé par l'ONDAM médico-social mais aussi par les collectivités locales (en l'occurrence les départements pour les FAM). Au sein de ce secteur, les MAS sont, elles, uniquement financées par l'ONDAM.

Le secteur psychiatrique est financé sur l'ONDAM sanitaire (sous-objectif des établissements de santé).

Aussi, il apparaît plus facilement envisageable de faciliter les transferts de malades hospitalisés en psychiatrie vers des MAS relevant de l'ONDAM.

De plus, elles accueillent en proportion une part plus importante de personnes avec des déficiences mentales sévères.¹⁶⁴

Ces facteurs se conjuguent donc pour entraîner un allongement de la durée moyenne d'hospitalisation à temps complet sans justification médicale, et au détriment du développement de la file active. Ce phénomène est particulièrement problématique en ce qu'il induit d'importantes difficultés d'accès aux diagnostics et aux soins.

Enfin, ces spécialités du champ de la santé mentale se caractérisent par une crise des vocations dans les services hospitaliers de psychiatrie, et plus particulièrement en pédopsychiatrie. Ce manque de professionnels, associé aux inégalités territoriales de répartition des professions de santé induit ainsi des inégalités d'accès aux soins selon les régions.

2. Les spécificités de la santé mentale

Contrairement à ce qui est pratiqué en médecine, chirurgie, obstétrique, la santé mentale se distingue par une absence de standardisation des soins, laquelle résulte à la fois d'une évaluation quasi inexistante, d'un dissensus sur les bonnes pratiques et d'une difficulté des différents intervenants à collaborer entre eux. La combinaison de ces différents phénomènes participe d'une durée moyenne d'hospitalisation largement supérieure à celle observable dans les secteurs MCO.

Les différents échanges observés au cours des travaux préparatoires ont très souvent mis en avant l'absence de culture de l'évaluation au sein du champ psychiatrique, ce que confirment les divers rapports y ayant trait. En effet, le rapport Laforcade insiste sur la nécessité de développer une véritable culture de l'évaluation en psychiatrie et santé mentale.

De plus, il ressort des débats, lesquels ont réuni à la fois psychiatres, représentants de la DGOS et directeurs issus aussi bien du public que du privé, un relatif dissensus sur les bonnes pratiques à mettre en œuvre dans les établissements. Ceci s'explique en partie par la réticence des professionnels du champ, essentiellement les psychiatres, à une standardisation des soins. Le rapport Laforcade, souligne à ce propos, l'absence de « (...) *marqueurs biologiques décisifs qui permettent à coup sûr de poser un diagnostic et d'engager un traitement...* ». Or, sans uniformisation des pratiques, il y a un risque de reconnaissance tardive de certaines pathologies, en particulier chez les populations les plus précaires.

A cette absence de standardisation des soins, il faut également ajouter une collaboration encore insuffisante entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, alors même que la prise en charge d'un patient implique un partenariat renforcé entre ces différents intervenants.

Si les divers professionnels interrogés par le comité mettent en avant un souhait de davantage de collaboration entre les champs, ils constatent que cela suppose de revoir l'organisation actuelle en profondeur, afin d'éviter notamment des glissements de tâche. Ainsi, une psychiatre auditionnée par le comité a raconté devoir souvent, outre établir le diagnostic du patient et définir son traitement, jouer un rôle d'assistante sociale par exemple pour trouver des solutions d'hébergement.

¹⁶⁴ Les modalités tarifaires de ces deux structures sont détaillées en annexe.

Par ailleurs, l'expérience a montré l'intérêt de travailler en intersectoriel, en particulier pour certains types de patients, tels que les adolescents, ceux se présentant aux urgences, et les personnes détenues. De même, nos différents interlocuteurs ont souligné la nécessité d'intervenir à domicile, dans un contexte de prise en compte de plus en plus complexe des soins d'aval, si possible par la mise en place d'équipes spécialisées pluridisciplinaires. Exemple a ainsi été donné du centre hospitalier de Thuir, où une équipe mobile intervient au domicile de patients n'ayant pu accéder à un psychiatre, après demande des familles.

L'ensemble des problèmes évoqués précédemment participe dès lors d'une durée moyenne d'hospitalisation longue, chiffrable non pas en jour ou en semaine, comme c'est le cas en MCO, mais parfois en mois voire en années.

Pour y remédier, les membres du comité ainsi que les différents professionnels du secteur interrogés dans le cadre des auditions, ont fait plusieurs propositions. Il faut noter un consensus global sur la possibilité de définir 8 à 9 types de prises en charge, sur la nécessité de développer des alternatives à une hospitalisation complète et enfin sur la capacité des différents professionnels à user de techniques innovantes telles que la remédiation cognitive. Mais ces premières propositions doivent s'accompagner d'évaluations renforcées, lesquelles pourraient s'appuyer sur un guide de bonnes pratiques réalisé par la HAS¹⁶⁵ et surtout d'une relation psychologue-psychiatre revue pour se rapprocher du modèle gynécologue-maïeuticien.

Bien que la psychiatrie soit la deuxième spécialité la plus nombreuse, hors médecine générale, au niveau de l'internat¹⁶⁶, il faut noter la carence quantitative de ces médecins à l'hôpital. Or, parmi les spécificités de la santé mentale, l'on relève la coexistence des psychiatres et psychologues aussi bien dans les services qu'en ville. Toutefois, l'impossibilité pour les psychologues de prescrire, participe de l'allongement des files d'attente et de la longueur des durées de séjour. De nombreux interlocuteurs ont fait part de leur souhait de confier davantage de responsabilités aux psychologues, en soulignant leur capacité à poser un diagnostic clinique tout en insistant sur la nécessité de renforcer cet aspect dans leur formation. Le rapport Laforcade y fait également référence, en regrettant que l'article 51 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) relatif à la délégation de tâches, n'intègre pas les psychologues au motif qu'ils n'appartiennent pas à une profession de santé.

Cependant, il faut noter des avancées en ce sens, avec une expérimentation menée par la CNAM au début de l'année 2017, laquelle prévoit une possibilité de thérapie comportementale effectuée par un psychologue pour les patients ne pouvant accéder à un psychiatre en ville. Ceci concernant uniquement, à ce stade, les personnes atteintes de troubles dépressifs modérés.

Comme le mentionne le rapport Laforcade, des progrès peuvent encore être accomplis pour renforcer la collaboration entre psychologues et psychiatres, il y est par exemple proposé de développer l'internat clinique pour les psychologues ou encore d'inclure des stages en hôpital.

Les spécificités de la santé mentale en font, par certains aspects, un secteur à part, mais dont les perspectives d'amélioration sont réelles en s'appuyant à la fois sur ses fondements et par un recours accru à l'innovation, qu'elle soit curative ou organisationnelle.

¹⁶⁵ Proposition issue du rapport Laforcade, octobre 2016, page 74.

¹⁶⁶ Atlas de la démographie médicale en France, janvier 2016, Conseil national de l'ordre des médecins.

III. Propositions

1. La territorialisation en réponse aux enjeux actuels de la psychiatrie

A l'heure des groupements hospitaliers de territoire, la psychiatrie, malgré les dérogations obtenues par certains établissements de santé mentale, ne semble pouvoir s'extraire durablement de ce mouvement.

En effet, les nombreux interlocuteurs rencontrés par le comité ont, pour la majorité d'entre eux, défendu une territorialisation de la santé mentale, la sectorisation devant être complétée par une structure de coordination afin de mieux répondre aux enjeux actuels, en particulier concernant l'égalité d'accès au soin.

Par ailleurs, ce changement de périmètre viendrait aussi répondre aux exigences nouvelles issues de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) qui pose, à son article 69, le principe du projet territorial de santé mentale.

Ce changement de périmètre, suppose de s'interroger sur les limites à donner à celui-ci.

Anne-Marie Armanteras de Saxcé, avait, à ce propos, précisé à l'occasion des Journées nationales de l'Association des établissements du service public de santé mentale qui se sont tenues en novembre 2016, qu'il devait s'agir d'un « territoire qui doit s'adresser à un bassin de vie de la population, sans que, pour autant, toutes les offres spécifiques existent dans ce territoire ».

En effet, la territorialisation doit participer, lorsque c'est nécessaire, d'une spécialisation en fonction des pathologies et ainsi permettre l'émergence de filières d'excellence. De ce point de vue, une expérimentation menée par l'ARS Bretagne entre 2014 et 2015, avec le soutien de l'ANAP, a retenu l'attention du comité, puisqu'il s'agissait de définir des projets territoriaux de santé mentale. La taille du territoire varie selon le contexte rural ou urbain et l'offre n'a pas toujours été la même. Le périmètre retenu correspondait à l'équivalent de trois secteurs d'un centre hospitalier spécialisé. Le bilan s'est révélé positif, les différents intervenants soulignant la dynamique partenariale de la démarche et la possibilité de travailler en intersectoriel.

Le rapport Laforcade, sans parler véritablement de territorialisation mais en privilégiant le terme de « secteur psychiatrique rénové », abonde lui aussi en ce sens, en la considérant comme un moyen de renforcer les actions de prévention, d'assurer un diagnostic précoce, de diversifier les modes d'hospitalisation et d'intensifier le dialogue entre les différents intervenants.

Toutefois, la dimension à donner au territoire de santé mentale doit être clarifiée, les différents professionnels auditionnés par le comité, ayant rappelé à plusieurs reprises, la nécessité de mener un travail de terrain, au plus près des patients.

2. Une modulation à la population et aux soins réalisés de la dotation globale

Bien que le système d'information ait gagné en exhaustivité, la difficulté qui demeure à faire émerger une approche standardisée des prises en charge dans le domaine de la psychiatrie ne permet pas d'envisager une réforme globale du modèle de financement en vigueur.

Toutefois, il semble intéressant de pondérer le système de dotation globale par une modulation à la population et aux soins. La dotation modulée à la population et aux soins réalisés (DMPSR) permettrait dans ce cas de financer les coûts fixes, majoritaires, de l'ordre de 80 %. Elle serait assortie d'une part modulable au gré de certains indicateurs, à déterminer. Il s'agit dans ce cas de privilégier une batterie d'indicateurs, car tout indicateur qui devient un enjeu économique a naturellement tendance à être manipulé. Une multiplicité d'indicateurs est ainsi préférable puisqu'elle permet d'atténuer cet effet. Les critères choisis pourraient ainsi être de deux ordres, relatifs d'une part à l'activité et d'autre part aux besoins épidémiologiques de la population.

Une telle modulation nécessite davantage de recherches opérationnelles quant à la description de l'activité propre à la santé mentale.

- 1) *Entreprendre des travaux afin de mieux objectiver le taux de non-recours aux soins et inclure ledit taux dans les critères de modulation de la DAF afin de favoriser l'égal accès aux soins.*
- 2) *Favoriser une meilleure diffusion des innovations*

Chaque jour, de nouvelles expériences sont tentées par les différents intervenants du champ psychiatrique pour parvenir à un traitement toujours plus adapté aux besoins des patients. Toutefois, malgré leur caractère souvent probant, elles peinent à être diffusées au niveau national. Ces initiatives restent alors le fait de quelques établissements, ralentissant de facto les progrès de la santé mentale et l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous.

Cette question de la diffusion de l'innovation en santé mentale est apparue de façon récurrente lors des auditions que le comité a pu mener. Et aujourd'hui, la généralisation de ces innovations multiples permettrait une plus forte homogénéisation de la politique de santé mentale, comme le fait remarquer à de nombreuses reprises, le rapport Laforcade. Il propose, d'ailleurs en ce sens, la création d'un observatoire régional des innovations en santé mentale, placé au sein des ARS afin de recenser les expériences nouvelles et d'en permettre la diffusion à une large échelle, pour permettre de trouver le traitement le plus adapté au patient.

La comparaison avec ce qui est fait à l'étranger est aussi intéressante de ce point de vue, puisque par exemple en Norvège, le choix a été fait de donner la responsabilité à l'établissement innovant de diffuser son expérimentation auprès de structures partenaires.

Au-delà des méthodes de déploiement, c'est aussi l'innovation en elle-même et les objectifs que l'on souhaite lui assigner qui doivent être interrogés. Ainsi, les techniques de réhabilitation psychosociale font depuis quelques années, l'objet d'une attention renouvelée de la part des pouvoirs publics. Le rapport Laforcade préconise d'ailleurs de les développer au même titre, que les techniques cognitivo-comportementales, en s'appuyant sur des structures dédiées par territoire de santé mentale, afin de former les professionnels du champ à ces méthodes et de procéder à des évaluations régulières.

Enfin, l'aspect financier ne saurait être absent de ces débats, les auditions menées ayant souvent mis en avant la nécessité d'encourager les établissements à innover par des incitations financières, voire pour certains par une modulation de la DAF ou par une part de DAF dédiée.

- 3) *Poursuivre les travaux entrepris en vue d'affiner les typologies de prises en charge à distinguer dans le champ de la santé mentale.*

Des travaux sur la description de l'activité propre à la santé mentale" sont menés depuis de nombreuses années par la DGOS et l'ATIH.

En 2005 et 2006, une première valorisation économique de l'activité en psychiatrie avait été recherchée sur la base d'un modèle comprenant quatre compartiments. L'idée était d'aboutir à l'instauration d'un budget global, sauf pour des secteurs précis où les soins peuvent faire l'objet d'une programmation et d'un protocole, telle que la prise en charge de l'anorexie notamment.

Il serait également possible de financer de manière distincte les différentes missions confiées au domaine de la psychiatrie par l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé, MSS, à savoir la psychiatrie de secteur, la psychiatrie d'urgence, la psychiatrie sans consentement, celle concernant les personnes en situation de précarité, ou encore celle propre aux détenus.

Pour ce faire, il est toutefois nécessaire de s'appuyer sur un système d'information désormais plus exhaustif ainsi que sur l'enquête de coûts par mode de prise en charge menée actuellement, à titre exploratoire, par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Cette dernière renforce en effet ses connaissances en matière de coûts induits par l'activité de psychiatrie, via l'affinement du dispositif de recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P).

L'objectif est à terme de faire émerger un mode de financement mieux réparti, propre à réduire les inégalités de prise en charge. Pour ce faire, être en mesure de mieux décrire l'activité, grâce à des typologies de traitement ambulatoire, est indispensable. Les travaux en cours en la matière doivent donc être poursuivis et approfondis.

Annexe 13 : La précarité, une actualisation du modèle en cours à soutenir

La prise en charge des patients en situation de précarité requiert une attention particulière. Différentes études même partielles ont montré que la précarité était à l'origine de surcoût.

Deux dispositifs ont été mis en place pour compenser les surcoûts organisationnels et structurels occasionnés par l'accueil des populations précaires l'un est une mission d'intérêt général (MIG), l'autre est un dispositif spécifique de permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

Le deuxième, le PASS, a vocation à faciliter l'accès au système de santé des populations précaires et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

La MIG intitulée « les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité » finance les surcoûts de prise en charge de patients en situation de précarité. Il est estimé que ces surcoûts sont de trois ordres :

- Une durée de séjour plus longue liée essentiellement aux difficultés de sortie d'un patient en situation de précarité.
- Un risque plus élevé de restes à recouvrer et donc une charge financière potentiellement plus élevée pour l'établissement.
- Un besoin accru de compétences humaines telles que du temps d'assistantes sociales ou d'interprètes conduisant l'établissement à des recrutements supplémentaires.

Depuis la création de cette MIG, en 2009, ce sont les séjours des patients relevant de l'AME, de la CMU et de la CMUC, données transmises par la CNAMTS qui sont pris en compte pour décider ou non d'attribuer des crédits spécifiques.

L'éligibilité des établissements se base sur un seuil fixé à 10,5 % de patients précaires sur le total des patients de l'établissement. Cela signifie que c'est à partir d'une proportion d'au moins 10,5 % de patients considérés comme précaires sur le total des patients que la MIG est activée. Les montants alloués aux établissements sont ensuite répartis au prorata de leur nombre de séjours CMU, CMUC, AME (données CNAMTS). Un seuil plancher est, toutefois, fixé à 40 k€ afin de ne pas disperser les financements. C'est une enveloppe de 148,8M€ qui est répartie de cette façon.

Par ailleurs, afin de soutenir spécifiquement les établissements ayant un taux de patients précaires supérieur à 20%, une enveloppe complémentaire de 10M€ est prévue depuis 2016. Celle-ci se surajoute au financement « de base » et est répartie au prorata de la part de patients précaires pris en charge pour chaque établissement rapportée aux montants de la dotation « de base » afin de soutenir prioritairement ces établissements tout particulièrement concernés par la précarité de leur patientèle. En 2016, 294 établissements ont bénéficié d'un financement au titre de la MIG, dont 199 établissements publics, 28 ESPIC et 67 cliniques.

Un groupe de travail a été constitué en fin d'année 2016 avec le souci de compenser au plus juste les surcoûts générés par la prise en charge des patients en situation de précarité. Ce groupe de travail teste les différents indicateurs disponibles pour améliorer l'évaluation de la précarité et mieux cibler les établissements concernés.

Les PASS

Créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) – introduites à l'article L.6112-6 du Code de la santé publique prévoyant leur mise en place par les ES « dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) » – visent à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 21 janvier 2013 (sur la durée du quinquennat) a réaffirmé leur pertinence pour faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes en situation de précarité dans une offre de soins de proximité. Les PASS relevaient dans le plan 2013-2014 de la mesure 46 visant à « dynamiser les structures de soin de proximité ». Dans le plan d'actions 2015-2017, elles sont décrites dans l'action 36 : « Mesures ciblées d'accès aux soins en direction des publics les plus vulnérables ».

Conformément à ce plan, la circulaire DGOS du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS constitue la référence pour ce dispositif et fournit un référentiel définissant et clarifiant les missions et fonctions des PASS.

Les bénéficiaires de la PASS :

Il s'agit de patients en situation de précarité qui nécessitent des soins externes mais ne peuvent y accéder :

- en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ;
- pour d'autres raisons d'ordre social : patients désocialisés, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagnés dans leurs parcours de soins.

Le personnel de la PASS accompagne le patient et sa médiation peut être sollicitée, notamment pour résoudre d'éventuelles difficultés induites dans le cadre ou à l'issue des actes (problème de compréhension, difficultés pour le règlement, etc.). Le patient est orienté à l'issue de sa prise en charge à la permanence. Ce dispositif permet ainsi, compte tenu de ce contexte économique défavorable, un accueil inconditionnel, la délivrance d'informations notamment en termes de prévention, l'orientation vers la PEC sanitaire et/ou sociale adéquate.

Les interlocuteurs de la PASS

Les activités de la PASS décrites plus haut amènent celle-ci à travailler avec trois types d'interlocuteurs :

- les patients
- les professionnels de l'établissement
- les partenaires extérieurs à l'établissement

Les indicateurs d'activité :

La PASS doit recueillir annuellement les informations sur le nombre de patients vus au moins une fois chaque année, le nombre d'entretiens sociaux et le nombre de consultations médicales réalisées dans et grâce à la médiation de la PASS au sein de l'établissement de santé, le nombre, le contenu et la composition des comités de pilotage des structures.

430 PASS ont été créées au niveau national, la plus grande part étant des PASS généralistes (368) ; on compte 44 PASS psychiatriques et 18 PASS dentaires.

Les PASS psychiatriques sont nées en 2009 dans le cadre d'un appel d'offres de la DGOS. Il s'agit de PASS établies pour la plupart en 2010 dans les établissements exerçant en psychiatrie, ayant pour objectifs :

- d'améliorer la rapidité de mise en place des soins psychiatriques grâce à une démarche d'ouverture des droits sociaux,
- de renforcer la compétence des services sociaux de ces établissements dans la connaissance de ces publics,
- de renforcer les liens entre établissements de psychiatrie et établissements MCO pour favoriser la prise en charge globale des patients concernés.

Les PASS constituent un dispositif indispensable à la lutte contre les exclusions, à l'accès aux droits et au recours aux soins.

Elles sont confrontées à l'émergence de nouvelles problématiques sociales. Certains publics que leurs ressources situent au-dessus du seuil de perception de la CMU et qui ne bénéficient pas d'un contrat d'assurance complémentaire satisfaisant préfèrent, par crainte de restes à charge trop importants, s'adresser à la PASS pour obtenir des soins. D'autres publics porteurs de lourdes difficultés, personnes migrantes fortement marginalisées ou populations en transit arrivent en grand nombre dans certaines permanences. C'est sur ce dispositif que convergent les demandes, en attendant que les procédures d'accès à une couverture médicale soient mises en place.

Les PASS ambulatoires sont des dispositifs d'accueil médical et social non conditionné et d'orientation vers le droit commun, destinés aux personnes en situation d'exclusion au sein du système de santé ambulatoire. Cette possibilité de recourir, de façon complémentaire, à des structures de ville, a été envisagée notamment par l'ARS Ile-de-France. Celle-ci a ainsi lancé une expérimentation de PASS ambulatoires, dispositifs de coordination de premier recours complétant les PASS hospitalières et fonctionnant par des engagements conventionnels entre les opérateurs du système de santé et avec les partenaires locaux (services municipaux et départementaux, Caisses d'Assurance Maladie, services hospitaliers de proximité...). L'objectif de l'expérimentation étant de tester un nouveau mode de dispositif PASS, extra hospitalier, porté par une collectivité locale ou un réseau de santé.

Ces PASS Ambulatoires ont vocation à assurer l'accès à des consultations de médecine générale, à des soins infirmiers, à la délivrance de médicaments, aux soins de prévention (vaccination, dépistage...)..., et à permettre l'orientation, si nécessaire, vers des services d'analyse biologique,

d'imagerie médicale, voire des consultations de spécialité. Six dispositifs de PASS ambulatoires sont actifs à ce jour en Ile de France.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

La circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, précise les spécificités d'action des EMPP qui visent deux types de publics.

D'une part, les personnes en situation de précarité, l'exclusion révèle des troubles psychiatriques sous-jacents qui vont se décompenser.

D'autre part, les EMPP concernent les professionnels de première ligne, tant sanitaires que sociaux, lorsqu'ils ont besoin de conseil ou formation pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale des personnes qu'ils accompagnent.

Une évaluation a permis d'observer le fonctionnement de près de 120 EMPP en France métropolitaine et en Outre-mer. Une grande partie a été créée entre 2007 et 2010 et est, en majorité, attachée à un ES. Dans la plupart des cas, l'équipe est composée d'au moins un infirmier (93 %) et/ou d'un psychiatre (90 %) et/ou d'un psychologue (78 %).

Concernant la zone d'intervention des EMPP, un peu plus de la moitié est localisée dans des territoires urbains, 40 % exercent sur des territoires mixtes (urbain et rural). Les équipes interviennent majoritairement hors des locaux.

Ce dispositif est financé dans le cadre de la DAF Psychiatrie.

Annexe 14 : L'évolution du financement des soins critiques.

Une proposition de révision du mode de financement des soins critiques figure dans le rapport d'étape de la mission. Cette proposition doit être précisée concernant les unités de surveillance continue (USC). Celles-ci jouent un rôle essentiel dans la filière de prise en charge en soins critiques compte tenu de la volonté de maîtriser le nombre d'unités de réanimation au regard du niveau d'exigence que ces dernières requièrent (permanence médicale, plateau technique,...).

Le forfait actuel ne paraît pas adapté aux types de soins dispensés dans les USC, surtout en comparaison avec celui applicable aux unités de soins intensifs (USI). Une étude doit être conduite pour définir les critères de qualification des patients pour l'accès au supplément USC et les comparer à ceux utilisés pour l'accès au supplément USI.

Il s'agit d'éviter que l'écart de financement entre USI et USC ne devienne un obstacle à une prise en charge optimale en soins critiques.

Recommandation 1 : Réaliser une étude sur les charges des unités de surveillance continue, comparée à celles des unités de soins intensifs liées à leurs rôles respectifs et adapter les financements

Annexe 15 : Le financement des établissements d’Outre-Mer

Organisation des établissements de santé sur l’île de La Réunion.

Il existe sur l’île :

- 3 établissements publics dont un CHU,
- 17 établissements privés à but commercial en charge de 80% des soins SSR, 35% de la psy, 26% de l’obstétrique, 34% de la chirurgie, 10% de la médecine.
- 1 établissement privé à but non lucratif,
- 2 établissements HAD qui prennent en charge 1200 patients par an, et assurent 35% des soins palliatifs.

Il y a moins de structures SSR qu’en métropole, notamment en raison d’un âge moyen moins avancé, et de la plus grande implication des familles dans les prises en charge de leurs proches, malades.

Le taux de couverture pour la psychiatrie est très faible sur l’île, il n’y a pas assez de lits, le financement ne suivant pas la forte augmentation de la demande. Le secteur privé est le seul à réaliser des séances d’électro-convulsivo thérapies (ECT), mais à perte (250 euros à chaque acte).

La faible démographie médicale spécialisée en ville, qui s’explique en partie par l’absence de coefficient géographique sur les actes CCAM de spécialité, le niveau très faible de dépassement d’honoraires (proche des 1%), la quasi-absence de certaines spécialités en ville (comme la radiologie par exemple). Les établissements de santé assurent donc le rôle d’offreur principal de soins en dehors de la médecine générale. A l’inverse, le recours à l’intérim médical est quasi-nul sur l’île en raison de l’attractivité des carrières hospitalières (avantages salariaux et fiscaux notamment).

La tendance est davantage à la coopération entre établissements et secteurs plutôt qu’à la compétition constante. Les directions se rencontrent régulièrement et se parlent facilement.

Si les indicateurs sont sur le papier excellents : IPDMS à 0,83, endettement très faible, déficit peu élevé (20 M euros sur le CHU, 1M sur le reste des établissements), la crainte est que les marges d’efficience soient désormais faibles compte tenu de l’important effort de réorganisation du parc hospitalier (dans le top 3 national sur la chirurgie ambulatoire), et que la baisse des tarifs finisse par emporter des conséquences importantes à court et moyen terme. 25% des établissements privés à but commercial sont en déficit chronique.

La proximité de Mayotte, l’isolement géographique, les nombreuses évacuations sanitaires, les hospitalisations prolongées pour raisons sociales, une précarité élevée ont des conséquences majeures sur l’offre de soins.

Un contexte fortement marqué par la précarité

La précarité est une des premières causes de difficulté dans les soins, cela englobe l'accès, l'observance, le reste à charge, l'éducation... c'est en fait une situation à très haut risque de perte de chance pour les patients.

La Réunion a l'indice de Gini le plus élevé de France (0,53 avant redistribution, 0,39 après contre 0,29 en métropole, 0,41 en Martinique, 0,42 en Guadeloupe et en Guyane) sans même compter Mayotte. La Réunion compte 36,9% de bénéficiaires de la CMU-C. Avec près de 27 % en moyenne sur l'année 2014, le taux de chômage réunionnais est presque trois fois plus élevé que celui de la métropole ; pour les jeunes, il atteint des niveaux vertigineux, avec plus de 50 % de chômage pour les moins de 25 ans. Le taux d'emploi est corrélativement bien plus faible à La Réunion que dans l'hexagone, avec une différence de près de 20 points (46 % contre 64 %).

Conséquence de cette forte précarité, près de la moitié de la population réunionnaise (42%) vit sous le seuil de pauvreté. On observe également une dépendance certaine aux prestations sociales, qui représentent en moyenne 20 % des revenus des ménages réunionnais. Il existe des difficultés importantes de solvabilité, en marge de l'AME.

Les financements prévus pour les personnes en situation de précarité sont insuffisants, et introduisent des critères d'exclusion injustifiés.

La MIG précarité ne couvre pas l'ensemble du champ sanitaire.

Le financement de la précarité par la MIG est réservé au seul secteur MCO, même si son extension est prévue au secteur SSR. En pratique, le CHU reçoit 9 M/an pour la précarité. Il y a 7 PASS pour 2800 patients et une dotation d'1 M /an.

Un secteur pour lequel l'impact de la précarité est important est l'HAD. La forte précarité entraîne un fort besoin d'accompagnement social. C'est le cas par exemple pour les séances de dialyse et de chimiothérapie. Ces deux types d'activités présentent des surcoûts dans le territoire en doublant par exemple les effectifs d'assistance sociale par rapport à ce qui est constaté en métropole, et le financement n'est pas fléché sur les soins, mais sert aussi à subventionner le paiement des loyers, les factures d'électricité ou encore les colis alimentaires. De plus, certains malades sont tellement isolés et pauvres qu'il est indispensable, pour faciliter une sortie de MCO ou de SSR, de recourir à l'HAD. Or, cela est rendu difficile par les tensions sur le financement.

Les dispositifs de financement complémentaire sont insuffisants

Le financement des établissements de santé s'appuie en métropole sur des sources AMC à titre de complément, via le paiement de prestations hôtelières. Du fait du taux de CMU-C, d'ACS, d'ALD et de chômage, la couverture sociale des patients est assurée sur le plus strict minimum, ne permettant la couverture d'aucune prestation annexe. De ce fait les établissements réunionnais MCO ont les taux les plus bas de recettes annexes de France, entre 0.7% et 1.8% alors qu'ils sont de 10% en moyenne

en 2012 (rapport de l'IGAS). L'ARS a déterminé un droit d'accès au SHO (droit de facturation chambre seule) faible, de l'ordre de 30 euros par nuitée.

Il est à noter que ce constat s'explique aussi par la faiblesse des tarifs des prestations annexes proposés par les mutuelles : pour la même prestation, ces tarifs sont largement inférieurs à ceux de métropole.

La Réunion est la région qui a un des taux les plus élevés d'actes réalisés en ambulatoire, ce qui, paradoxalement, pénalise les établissements de santé qui ne peuvent prélever de prestations annexes sur ces soins.

Des difficultés récurrentes sont observées avec certaines mutuelles, il faut en moyenne 380 jours pour recouvrer un titre contre 80 jours en Métropole.

La fréquence des EVASAN entre la Réunion et la métropole et entre Mayotte et la Réunion pèse en termes financiers.

Les EVASAN sont en forte augmentation, elles sont passées de 600 à plus de 1000 par an sur quelques années, dont 60% des usagers sont affiliés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Au total, pour les établissements de La Réunion, les EVASAN représentent une perte de 6,7 millions d'euros sur l'année 2015 auxquels il faut ajouter 1 million pour le seul secteur SSR. Il faut ajouter les pertes sur le remboursement du ticket modérateur, et 5 millions de créances irrécouvrables depuis 2008.

La caisse de Mayotte prend en charge les seuls frais de transport (7M/an).

Le CHU dispose d'un financement pour le millier d'EVASAN entre la Réunion et la métropole (30% traitement des tumeurs, 15% des malformations congénitales et anomalies chromosomiques, 78 % de ces transferts sont dus à des traitements, et 10 % à des suivis de greffe). Le secteur privé, lui, se trouve dans le cadre conventionnel des relations avec les caisses, et ne bénéficie pas de financement pour les patients de Mayotte qui viennent pour des traitements liés au cancer ou à l'insuffisance rénale à la Réunion.

Les conventions actuelles pour les non affiliés n'offrent donc aucune garantie de solvabilité pour les séjours liés aux décisions d'évacuation entre Mayotte et la Réunion. La présence d'une assistante sociale au Centre Hospitalier de Mayotte pour l'ensemble de ces évacuations a permis d'apporter des améliorations.

Les prises en charge de patients Mahorais (assurés et non assurés) perturbent de manière importante les coûts des établissements, avec des DMS les plus fortes. De très gros différentiels sont observés : quand les établissements réunionnais ont une productivité de la DMS à +6%, les patients Mahorais sont à -52%. La DMS d'un patient de Mayotte hospitalisé à La Réunion peut atteindre 1 an en pédiatrie contre 30 jours en métropole (parents absents).

Des solutions sont donc à trouver pour garantir la solvabilité des séjours des patients qui sont dirigés vers La Réunion: lorsqu'ils ont une difficulté d'accès à l'AME et lorsqu'ils ne bénéficient pas d'un hébergement à la Réunion, ce qui est notamment le cas pour certains Mahorais.

Par ailleurs, une demande porte sur la création d'un visa santé, car aujourd'hui des patients étrangers pouvant payer pour des soins, venant notamment de Madagascar, doivent se replier sur l'île Maurice.

Des problématiques de financement particulières liées au particularisme géographique

Des effets d'économie d'échelle rendus très difficiles

Certaines petites structures, ou petits services ne peuvent actuellement être à l'équilibre faute de masse suffisante. Si au niveau national l'efficacité territoriale aurait supposé un regroupement, cela n'est pas possible dans un contexte d'insularité. De manière générale, il n'est quasiment jamais fait état dans le financement d'un seuil de rentabilité, alors même que cette donnée pourrait être très éclairante en termes de gestion. C'est cependant prévu dans le cas des hôpitaux « isolés ».

Une demande particulière porte sur l'extension du dispositif Hôpital de proximité aux unités hospitalières de gros centres hospitaliers, lorsque ces unités sont délocalisées (ex : unité de proximité du CHU dans le cirque de Cilaos).

Une économie de l'innovation complexe à financer

A la Réunion comme dans tout territoire insulaire éloigné, l'innovation est nécessaire mais la question des économies d'échelle se pose ici cruellement.

En plus du coût de la qualification et de la formation des acteurs, le seuil de pratique va définir une barrière à l'installation pour le recours à des systèmes innovants, surtout quand ceux-ci sont liés à un environnement coûteux. Le manque de volume pèsera alors immédiatement et mécaniquement sur l'établissement en menaçant son équilibre.

Enfin, même si les investissements très importants de ce type font l'objet d'une concertation entre acheteurs, la maintenance du matériel constituera également une source de surcoûts non négligeable, rendant les périodes d'indisponibilités encore plus problématiques.

Particularités pour les CHU liées à l'insularité

Certaines activités n'existent pas sur l'île, comme la chirurgie cardiaque pédiatrique. Les EVASAN occasionnent des surcoûts croissants et non compensés.

S'il existe une université désormais, c'est pour l'instant majoritairement les PH qui assurent la formation des jeunes, sans compensation du temps passé par une dotation provenant du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

La formation continue des médecins coûte vite cher, un DU s'accompagne de frais de transport très élevés en direction de la métropole, et de temps d'absence plus longs. La formation des équipes étrangères dans le cadre de la coopération a également un coût élevé.

Un Coefficient géographique qui n'offre pas suffisamment d'effets de compensation

La particularité de la Réunion en matière de T2A est l'application d'un coefficient géographique à 1.31. Les divers coefficients ont été introduits pour compenser les surcoûts Domiens, on les retrouve dans les charges (40% sur les salaires PH et 50 % sur le personnel administratif dans la public) et donc dans les recettes, mais de manière très diversifiée, 22% pour la biologie, 22 % pour les actes cliniques, 7.9% à 7.7% sur les actes dentaires et 0% sur la chirurgie. .

Le coefficient géographique actuel ne permettrait pas de véritable compensation, permettant une égalité de traitement avec la Métropole. Les besoins estimés localement seraient plus proches des 50% que des 31% actuels. Il convient de conduire des études objectivant le niveau de surcout à compenser.

Par exemple, 55% des professionnels de santé ne sont pas réunionnais, il existe un fort turn-over (35% de nouveaux professionnels en 2015 en libéral) qui engendre des surcoûts (frais de doublure de 900 000 euros par an dans le privé).

Ou encore, le surcoût du matériel et du transport atteint des niveaux élevés, jusque 500% pour les gaz médicaux selon les déclarations des professionnels entendus sur place. Le prix de revient du m2 fini non équipé serait de 50% plus élevé qu'en métropole.

Dans le secteur privé commercial, une analyse très récente des rémunérations confirme que le différentiel n'est pas suffisamment compensé par le coefficient géographique, puisqu'il est de 37% au-dessus de la convention collective. Un défaut de compensation des surcoûts des libéraux sur les actes techniques avait bien été reconnu lors de la CCAM dentaire, il est à ce jour tout à fait incompréhensible que cela ne soit pas le cas pour le reste de la CCAM.

Le mode de calcul n'a pas évolué et mérite d'être adapté. Ce coefficient a été initialement estimé sur la base d'un calcul de surcoût par les établissements, dans le cadre de la T2A, mais il aurait tout à fait pu être calculé hors passage en T2A. Le passage en T2A HAD a repris ce même coefficient et ce de manière nationale, alors même que la pyramide des coûts est différente entre médecine humaine et médecine technique. Sa construction, son périmètre mériterait une définition, permettant une réévaluation, à l'aube de la T2A SSR.

Ainsi il y a à Mayotte deux centres de dialyse et faute de détermination d'un coefficient propre, c'est celui de la Réunion qui est utilisé, alors que le CH Mayotte annonce des surcoûts bien plus importants que ceux des CH de la Réunion.

Financer la réponse aux besoins de soins

Les promoteurs en santé ont la volonté de répondre au mieux aux besoins de santé, tout en conciliant les impératifs de qualité, de sécurité et d'équilibre financier. Mais plus encore qu'en Métropole, l'équation est compliquée à gérer dans les territoires ultra marins et en particulier à Mayotte.

Les priorités sont totalement bousculées, à tel point que le modèle « métropolitain » est trop éloigné des problèmes propres à l'île. On peut s'en rendre compte en se rappelant qu'en 2004 une épidémie de bérubéri infantile touchait Mayotte. Nul n'a oublié l'épidémie de Chikungunya en 2005, qui a lourdement affecté la population et déséquilibré le système de santé régional, avec une expansion

régionale puis internationale.

La Réunion est en deçà des réponses attendues, par manque de structures et de professionnels, avec un sous recours qui d'ailleurs est sous-estimé face à l'épidémie de maladies chroniques métaboliques.

Le cas de Mayotte pèse sur le système de santé réunionnais. La question de la périnatalité qui a été stigmatisée n'est que la face visible d'un système qui est fortement déséquilibré. La Réunion reste un haut lieu de recours pour Mayotte. Attention à ce que cet état de fait ne perturbe et ne déséquilibre plus grandement le système de santé de la Réunion. La question d'une régulation des financements à une échelle régionale plutôt que nationale a été évoquée, mais elle n'apparaît pas comme une solution car elle aurait également pour conséquence de mettre davantage sous tension les promoteurs de santé.

Le rayonnement sanitaire de la Réunion connaît une évolution défavorable. Alors que less voisins de la zone Océan Indien venaient se faire soigner dans l'île, le tropisme se focalise maintenant sur l'île Maurice. Cette évolution s'explique notamment par la difficulté d'accès au territoire. La création d'un visa sanitaire limité à la durée des soins permettrait de débloquer la situation, et permettre de redevenir attractifs.

Le PRS a demandé un rééquilibrage entre territoires pour répondre aux besoins de santé. Le mécanisme du tarif dégressif a été appliqué sur ces segments d'activité. Or ce mécanisme est largement décrié dans la zone Océan Indien car il n'a pas compte du PRS. Cet état de fait a pu même être perçu par certains promoteurs comme une désincitation à répondre aux besoins de santé du PRS.
