

Le regard d'une économiste sur le système de santé français

Pr. Lise Rochaix

Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Hospinnomics

15/01/2016



Colloque Le Havre

Conflits d'intérêt



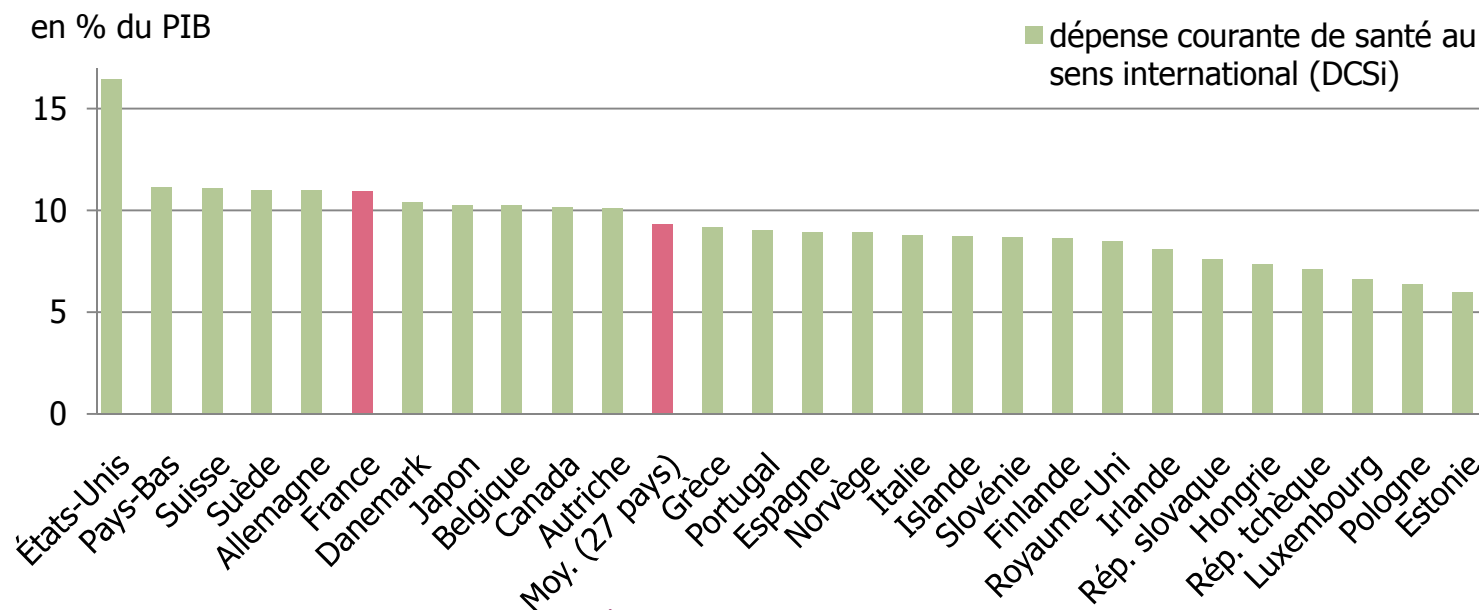
Aucun conflit à déclarer

Qui travaille sur l'analyse du système de santé ?

- Des administrateurs et attachés de l'INSEE, des fonctionnaires formés à l'E3S (St Etienne), des contrôleurs de gestion, des informaticiens (DIM dans les hôpitaux), travaillant dans des ministères, des institutions comme la HAS, l'ATIH, l'IGAS ...**
- Des instances internationales (OMS, OCDE, Banque Mondiale, etc)**
- Et parmi tous ceux-ci, des universitaires en humaines et sciences sociales, dont les économistes de la santé : Société savante : Collège des Economistes de la Santé (CES)**
- Des médecins (de santé publique ou pas) avec une formation en économie (master ou thèse)**

1 - Comment se situe le système français ?

1: Eléments de cadrage

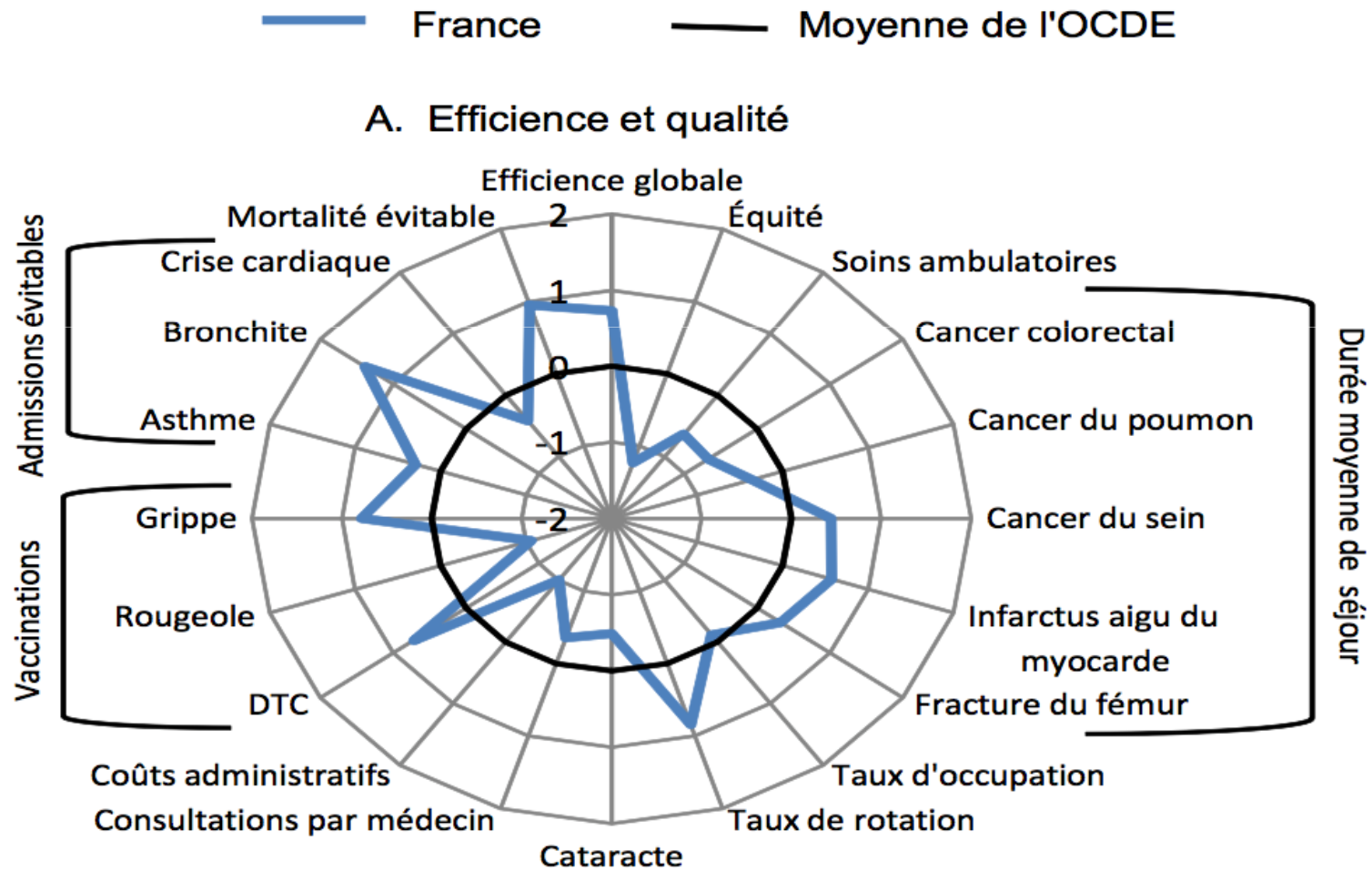


**La France se classe 6^{ème} (données 2013) pour la part de la
dépense courante de santé
dans le PIB**

Source : Les comptes de la santé, 15/09/2015

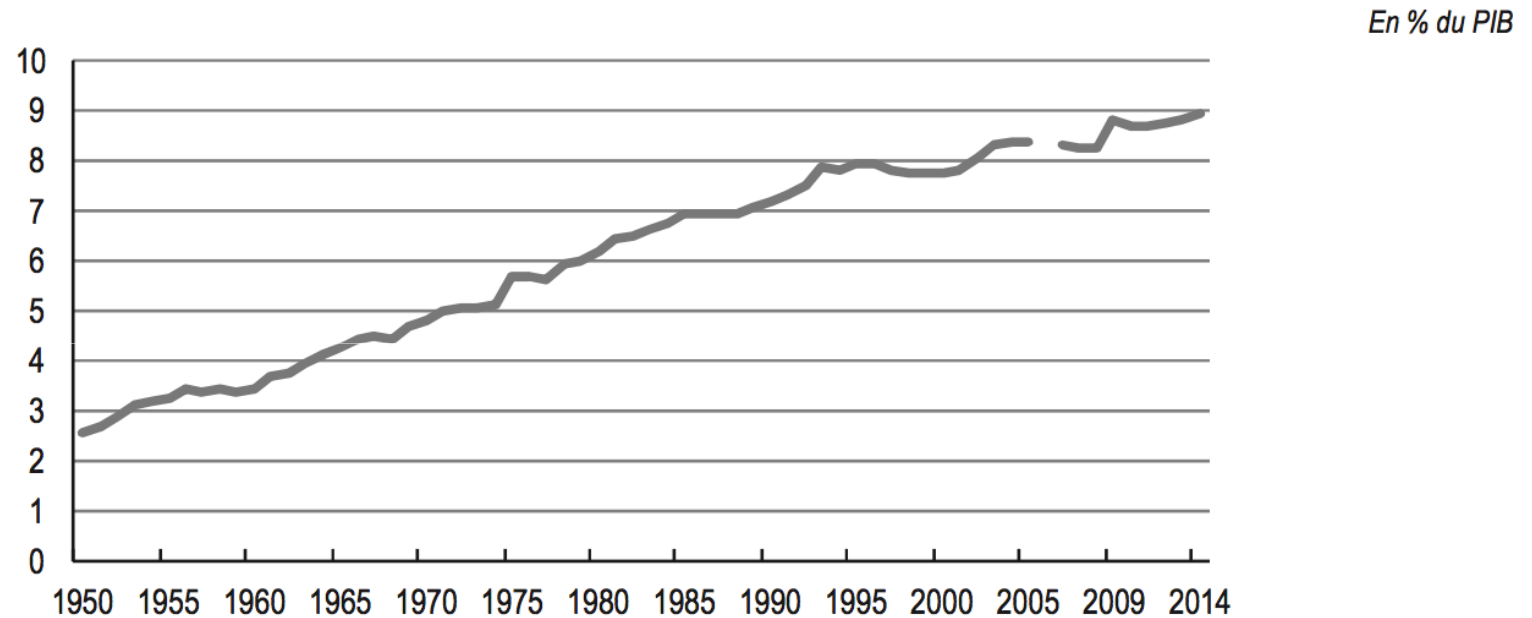
1: Eléments de cadrage

France: un échantillon des indicateurs de soins de santé



1: Eléments de cadrage

A2.1 CSBM exprimée en pourcentage du PIB



Sources : DREES – Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2005, base 2010 pour 2006-2014) ; INSEE – comptes nationaux base 2010 pour le PIB.

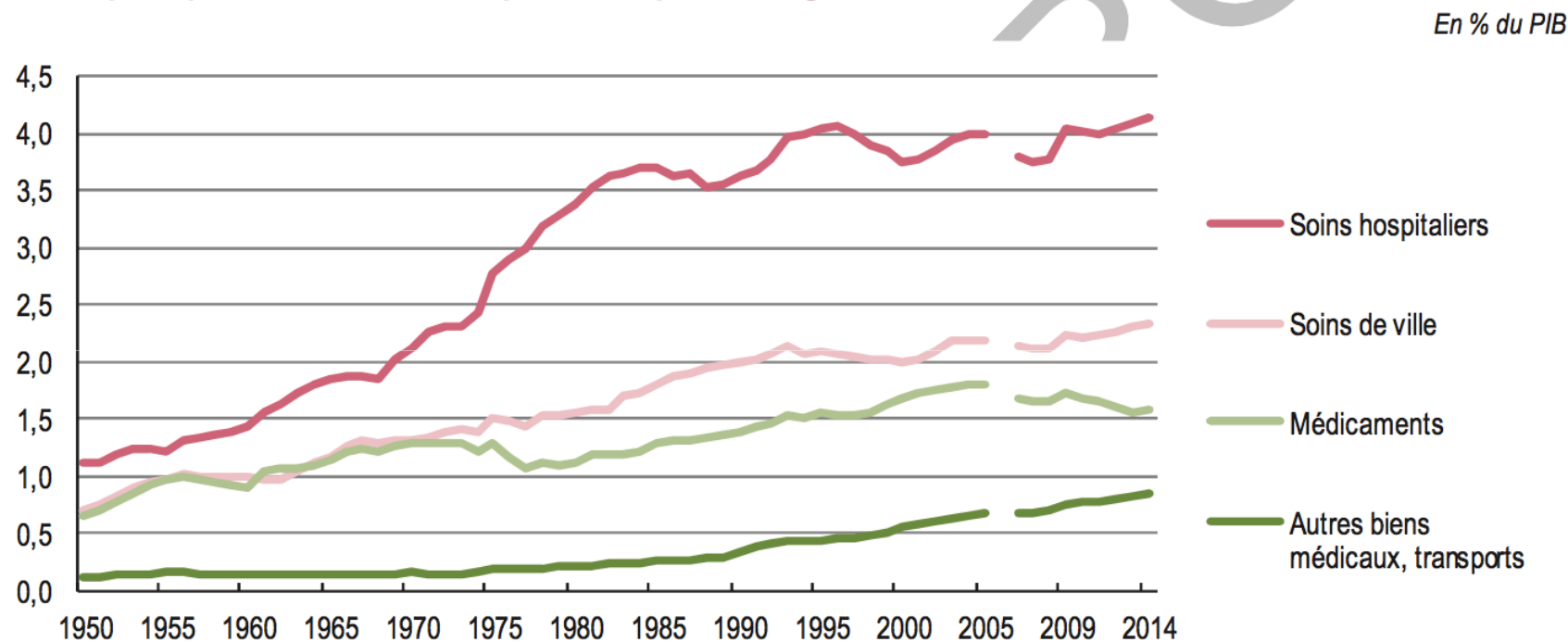
1: Eléments de cadrage

La croissance régulière de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) depuis 1950 est le résultat d'un ensemble complexe d'effets qui se conjuguent :

- l'extension progressive de la couverture**
- l'évolution de la morbidité et la mortalité**
- Le vieillissement de la population et la dépendance**
- les effets prix et les effets volume**
- L'innovation médicale**

1: Eléments de cadrage

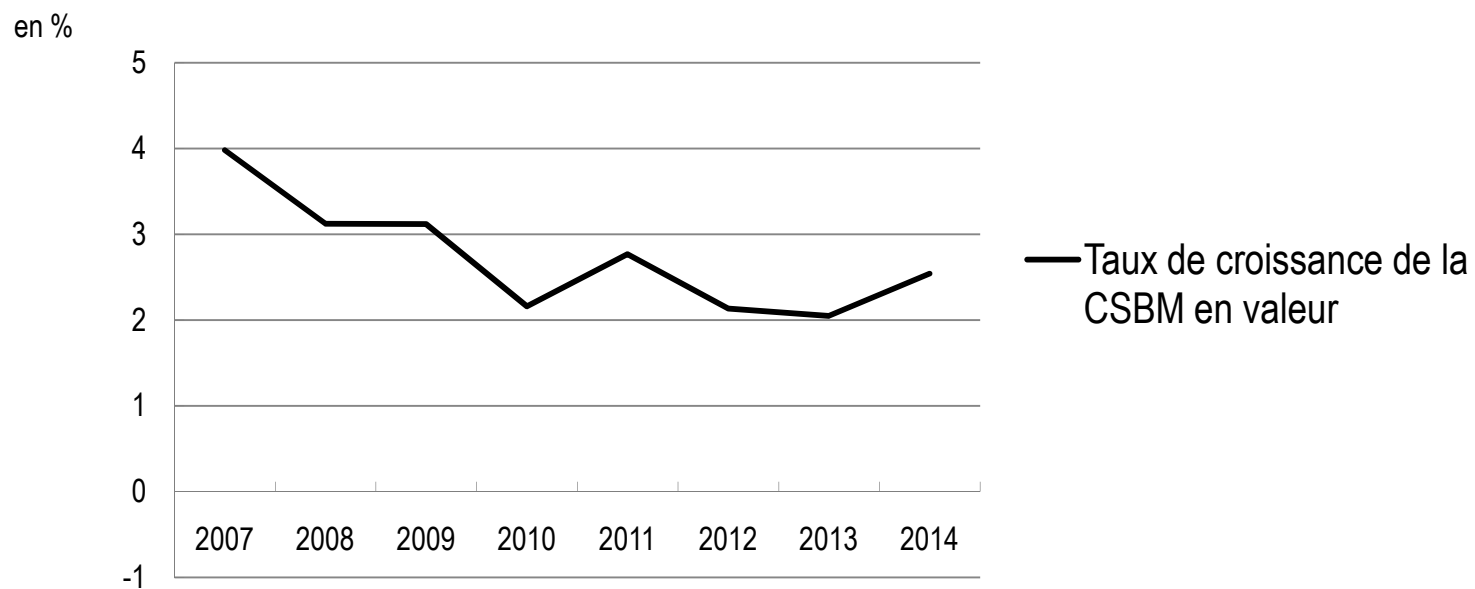
A2.2 Principaux postes de la CSBM exprimés en pourcentage du PIB



Sources : DREES – Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2005, base 2010 pour 2006-2014) ; INSEE – comptes nationaux base 2010 pour le PIB.

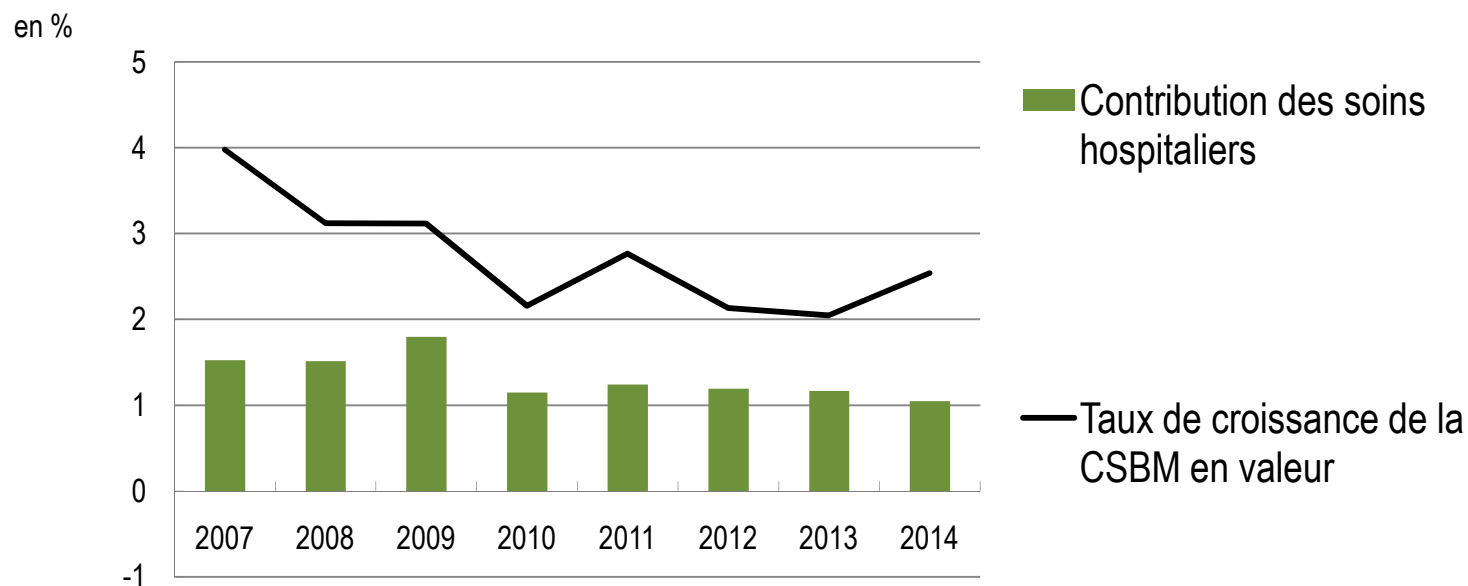
Source : Les comptes de la santé, 15/09/2015

1: Eléments de cadrage



La CSBM plus dynamique en 2014 :
un taux de croissance en valeur de 2,5%

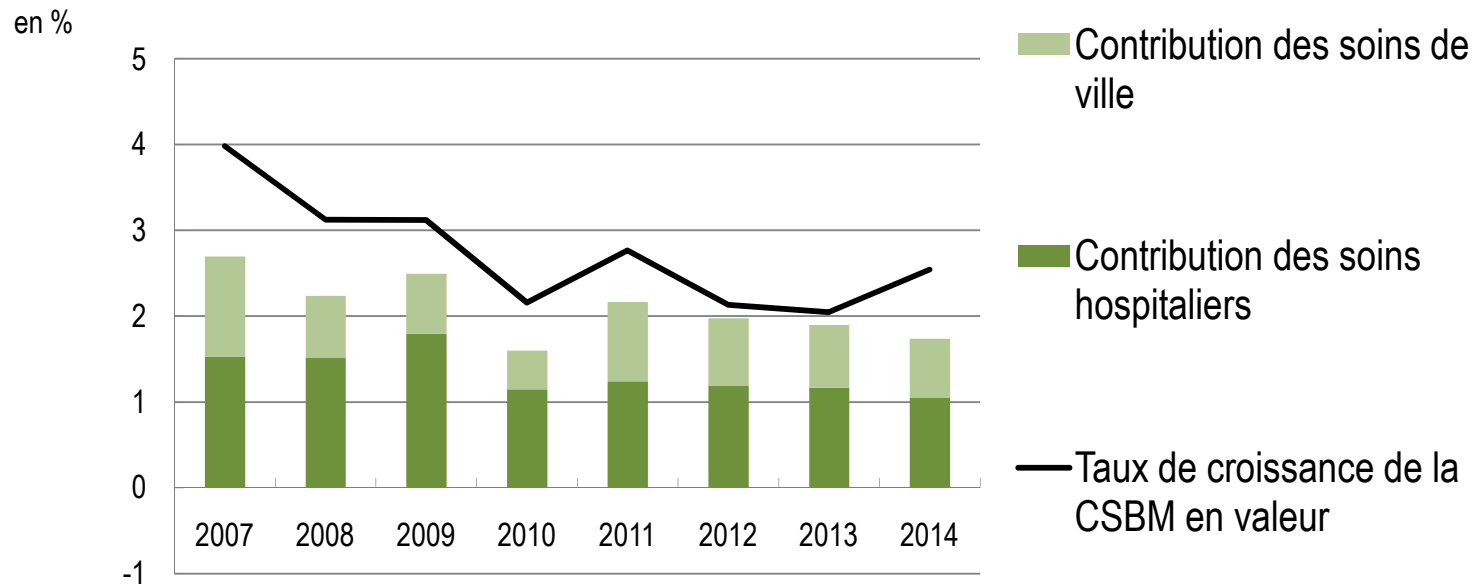
1: Eléments de cadrage



Les soins hospitaliers expliquent 41%
de la progression de la CSBM

Source : Les comptes de la santé, 15/09/2015

1: Eléments de cadrage

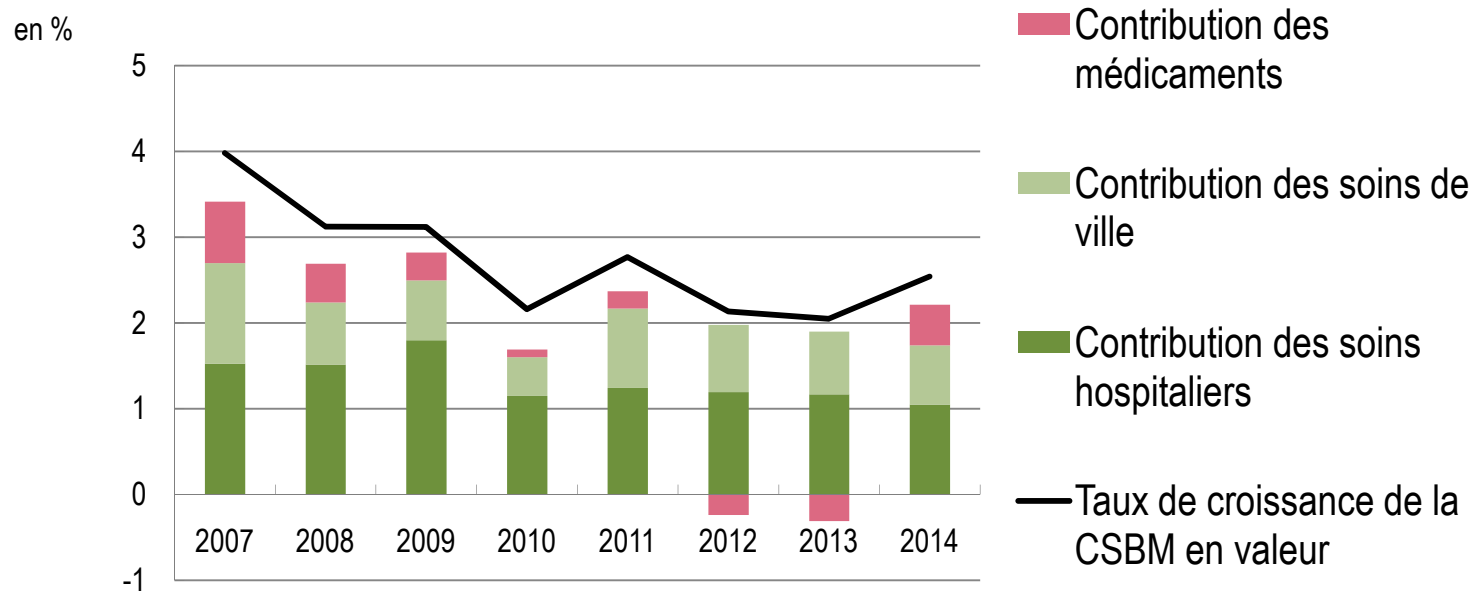


Les soins de ville, un quart

Croissance des soins de ville : +2,6 %

Source : Les comptes de la santé, 15/09/2015

1: Eléments de cadrage



Les médicaments, un cinquième

Croissance des médicaments : +2,7 %

Source : Les comptes de la santé, 15/09/2015

1 : Eléments de cadrage



Plusieurs facteurs contribuent aujourd'hui à remettre en cause la soutenabilité du système de santé

- Le prix de l'innovation (médicaments, technologies numériques)
- Le renforcement des inégalités sociales de santé
- L'apparition de nouveaux besoins : la dépendance

=> Bien choisir les investissements consentis s'avère aujourd'hui plus que jamais indispensable à la pérennité du système de santé

2 - La place de l'innovation et son évaluation

2 : Place de l'innovation et son évaluation



- **L'innovation en santé prend de multiples formes** : des médicaments ciblés par des tests génétiques préalables, des dispositifs médicaux 'faits sur mesure', mais aussi, des innovations organisationnelles comme l'accompagnement personnalisé d'un patient dans son parcours de soins (case management)
- Parce que, de plus en plus souvent, **l'innovation est personnalisée**, elle est porteuse d'espoir pour les patients, pour une prise en charge au plus près de leurs besoins
- Mais parce qu'elle est taillée sur mesure, **l'innovation est aussi plus coûteuse**. Elle menace donc l'équilibre du système de santé à long terme.
- Dans ce cas, **l'innovation risque d'accroître les inégalités**, vers une médecine dite '**à deux vitesses**'.

2 : Place de l'innovation et son évaluation



- Les entreprises qui développent ces innovations de niche mettent en avant le fait que cela coûtera moins cher à la collectivité, malgré ces prix élevés, car **ne seront traités que les patients qui en auront besoin.**
- Ceci ne sera vrai que si le traitement ‘personnalisé’ est bien prescrit à ceux qui en ont besoin, sans extension d’indication. Or ce n’est pas simple car toute innovation est porteuse d’espoir **auquel il faut alors renoncer.**
- Il faudra donc renforcer le travail des instances comme la HAS, en charge de **l’évaluation des nouvelles technologies** en vue de leur remboursement et de leur prix.

2 : Place de l'innovation et son évaluation



- Il faudra évaluer à la fois le rapport bénéfice/risque, comme on le fait déjà, mais aussi **le bénéfice/coût** pour la collectivité.
- L'innovation en santé, parce qu'elle porte sur de petites populations-cible, est un **défi pour les évaluateurs**. Il faudra donc développer des méthodes d'évaluation spécifiques pour mesurer leur valeur ajoutée pour le patient et pour la collectivité
- Développer des méthodes d'évaluation économique originales est indispensable pour mesurer la valeur ajoutée de ces innovations, du point de vue de la société.

3 – L'évaluation économique

3 : L'évaluation économique



- L'évaluation économique revient à s'interroger sur le bon usage des financements publics
- Elle repose sur le principe du **coût d'opportunité**
↔ : sacrifice consenti en choisissant l'option A plutôt que B
- Elle implique la mise en regard :
 - **des coûts** (directs et indirects) et **des bénéfices associés**
 - **dans le futur**, avec le recours à un taux d'actualisation
- Elle introduit explicitement **l'incertitude et le risque** et gagne progressivement en robustesse grâce :
 - à l'usage de méthodes statistiques et économétriques
 - au recours à des modèles plus complexes et des simulations macro- et micro-économiques

3 : L'évaluation économique

L'analyse du caractère coût-efficace d'une intervention est une première étape qui doit être complétée par :

- Une mesure de l'utilité de l'intervention pour les bénéficiaires (analyse coût-utilité)
- Une appréciation des enjeux en termes d'inégalité (d'accès ou d'état de santé)
- Une analyse des enjeux éthiques, philosophiques, juridiques, sociologiques

= > **approche globale**, pluridisciplinaire, pour un éclairage complet de la décision

3 : L'évaluation économique

Clarifier préalablement les objectifs de l'évaluation

1. A quel besoin répond l'évaluation ?
2. La question est-elle de savoir si une intervention est efficace, coût-efficace ou comment améliorer sa mise en œuvre ?
3. Comment définir le 'succès' ou 'l'échec' de l'intervention ?
4. Quelle différence l'évaluation fera-t-elle pour la décision ? Que se passera-t-il si l'évaluation suggère que l'intervention ne permet pas d'atteindre les objectifs assignés ?
5. Quels mécanismes doit-on mettre en place pour développer, réduire ou modifier une intervention, à la lumière des résultats de l'évaluation ?

3 : L'évaluation économique



Assurer le suivi et la diffusion

1. Maximiser l'indépendance de l'équipe d'évaluation et imposer que tout conflit d'intérêt potentiel soit révélé
2. Développer un mécanisme permettant de s'assurer que les évaluations respectent le protocole et le calendrier établi (ou que les changements, s'il en existe, sont justifiés)
3. S'engager à ce que tous les résultats de l'évaluation soient publiés et disponibles gratuitement, quels que soient ces résultats

3 : L'évaluation économique



1. L'évaluation des pilotes doit être indépendante pour avoir une légitimité et les commanditaires doivent prendre la distance nécessaire par rapport aux choix méthodologiques et à la publication des résultats
2. Les pilotes doivent être conduits comme de véritables expérimentations et sont inutiles si l'intervention est déjà inscrite dans le marbre
3. Le pilote n'aura pas les bénéfices attendus si l'intervention est mise en œuvre avant la fin de l'étude

3 : L'évaluation économique



4. Les méthodes doivent être rigoureuses (randomisation) et diversifiées pour donner une vision complète de l'impact d'une intervention.
5. Des mécanismes appropriés doivent être mis en place pour adapter ou abandonner une intervention le cas échéant
6. Un pilote qui révèle qu'une intervention est inefficace, voire erronée, doit être considéré comme un succès, pas un échec, **puisque'il a permis d'éviter la mise en œuvre**

Exemple n° 1 :

**La mise en place de la mission
d'évaluation économique à la HAS**

3 : L'évaluation économique



- Les nouvelles missions médico-économiques confiées par la LFSS 2008 soulignent la volonté d'associer la HAS à l'exercice de priorisation. La rationalisation et l'optimisation des choix effectués dépendent d'une évaluation de la qualité en santé qui intègre la question de la **pertinence de l'allocation des ressources**
- À l'évidence, ces missions ne sauraient être entendues comme la simple recherche d'économies à court terme

3 : L'évaluation économique



- **LFSS 2008**

Mission d'évaluation médico-économique des stratégies de santé. Mise en place de la Commission d'Evaluation Economique et de Santé Publique - CEESP en Juillet 2008

- **2011**

Publication du guide méthodologique sur les choix de la HAS en matière d'évaluation économique (après large concertation)

- **LFSS 2012**

Mission d'évaluation médico-économique à la primo-inscription pour les médicaments et DM innovants

Mise en place une commission « spécialisée » à **statut réglementaire** pour les études médico-économiques

Exemple n° 2 :

L'évaluation du numérique en santé

3 : L'évaluation économique



- **L'information**

- Pour les patients (les sites d'informations, les blogs, les forums, et les réseaux sociaux médicaux)
- Pour les médecins (Vidal en ligne depuis 1999, magazines spécialisés sur internet)

- **La prévention**

- Campagne de sensibilisation « classique » mais utilisant de nouveaux médias, tels que les réseaux sociaux
- Applications mobiles
- *Serious games* pour les enfants (ex : « Le héros, c'est toi » développé par le CHU de Rennes)

- **Les soins**

- Pour le patient, via la télémédecine, la télésurveillance, le télé-monitoring des patients hospitalisés à domicile
- Pour les médecins, via la télé-expertise

3 : L'évaluation économique



- **L'utilisation du numérique pour améliorer le quotidien des malades et leur suivi**
 - Hospitalisation à domicile et suivi de patients
 - ex 1 : l'opéré connecté (J.J. Philippe)
 - ex 2 : Sign@home (A. Depaulis)
 - ex 3 : Suivi des infections nosocomiales (D. Guillemot)
 - Simplification des démarches administratives
 - ex : le CHU de Lyon avec la mise en place de myHCL
 - Réseaux de patients
 - *ex : Carenity pour les ALD, Myhospifriend pour les personnes hospitalisées*
 - Education thérapeutique : applications mobiles
 - ex 1 : Plateforme interactive éducation thérapeutique (E. Pillebout)
 - ex 2 : 'Serious games': thèse Rémi Yin, Paris 1

3 : L'évaluation économique



- **Achats** : accès aux produits de santé sur internet (médicaments, équipement médical, parapharmacie...)
- **Gestion et suivi** des parcours de soin
 - ex : Logiciels de gestion pour les hôpitaux, dossier médical personnalisé, PMSI...
 - ex : Suivi des parcours patients, des partenariats avec les autres établissements de soins et autres professionnels de santé...
- **Outil de pilotage** : tableau de bord de données pertinentes, en temps réel, pour permettre au décideur de faire des choix éclairés
- **Analyse prédictive** : grâce au « big data », le décideur peut choisir d'expérimenter des politiques en fonction des prédictions
 - ex : prévention des réadmissions hospitalières, ciblage des campagnes de prévention, détection anticipée des épidémies, ...

3 : L'évaluation économique



- Chaque usage du numérique laisse des données potentiellement utilisables pour d'autres usages que ceux pour lesquels elles ont été recueillies
 - ex : la création de '*serious games*' pour l'éducation thérapeutique en santé : la mémorisation des choix faits par l'utilisateur permet d'avoir des informations concernant les préférences et styles de vie des patients, l'observance...)

Enjeu 1 : Sécuriser les accès sans freiner le développement

- ⇒ Appréciation des enjeux éthiques dans la protection des données
- ⇒ Permettre l'usage de ces données pour mieux répondre aux besoins des patients et des professionnels de santé

3 : L'évaluation économique



- **Enjeu 2 : Apprécier le potentiel du numérique en santé :**
 - Les gains premiers du numérique ne sont pas pour la décision publique en santé mais sur le fonctionnement du système de santé
Ex. : lutte contre les déserts médicaux, renforcement des collaborations, avancées en recherche médicale par le traitement de données cliniques, standardisation des pratiques ...
- **Enjeu 3 : Accompagner la transition**
 - Les réticences au changement sont d'autant plus lourdes que des changements de structure d'emploi y sont associées
 - La modification des incitatifs financiers doit aller de pair avec le changement des pratiques
- **Enjeu 4 : Evaluer**
 - Évaluer la mise en place de ces interventions (déploiement puis utilisation en routine) pour prioriser les investissements

3 : L'évaluation économique

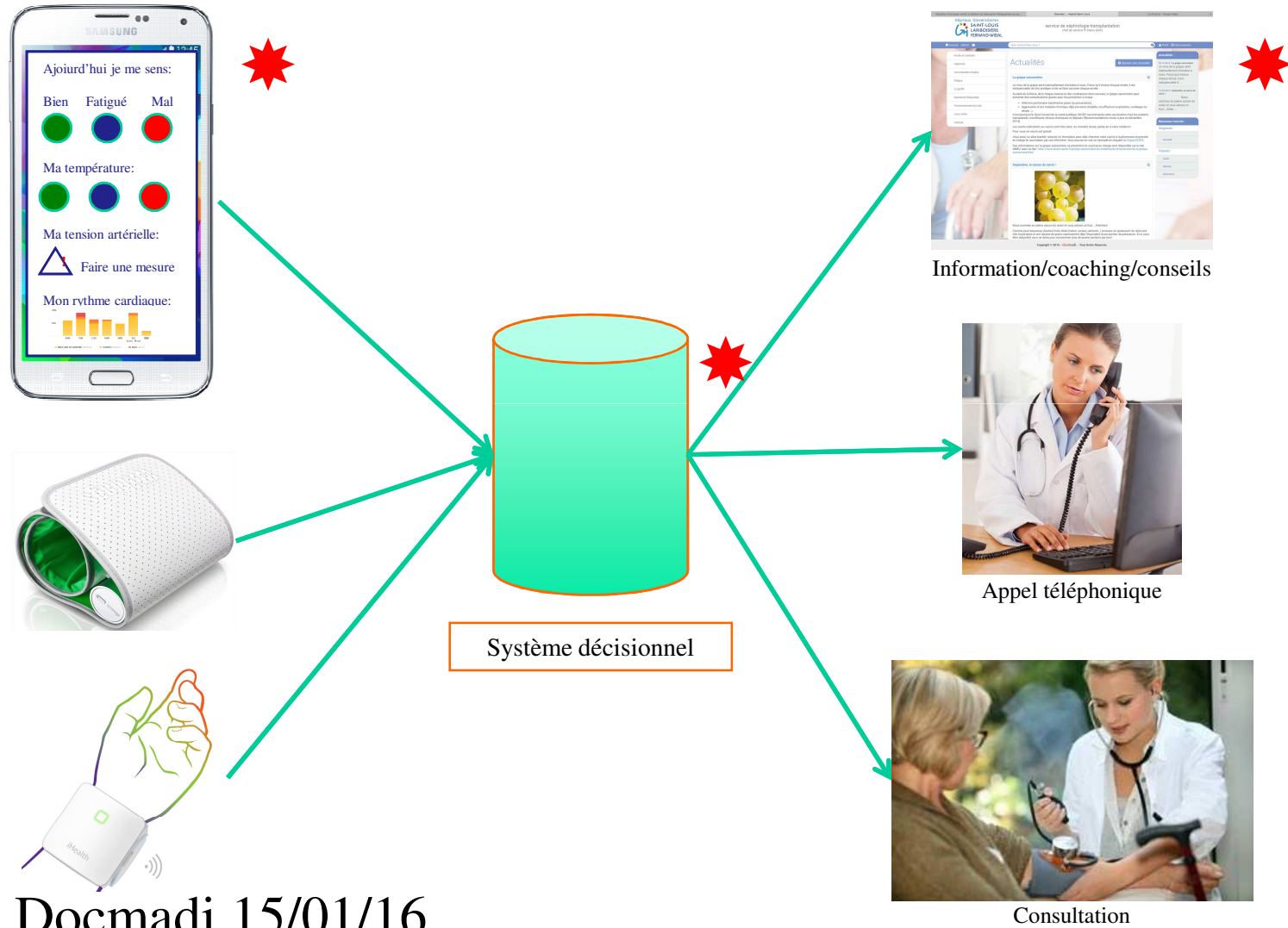


Illustration : l'évaluation des technologies numériques

Evaluation globale d'une plateforme interactive communautaire PIC pour l'éducation thérapeutique des patients dans l'insuffisance rénale chronique sévère ou terminale

Lauréat du programme de recherches médico-économiques (PRME) du Ministère de la santé (DGOS)

Docmadi: maladies chroniques à 5 ans



Source : Docmadi 15/01/16

4 - Les modes de rémunération : retour d'expérience

4 : Les modes de rémunération : retour d'expérience

Aucun système de rémunération n'est '**neutre**' sur la pratique médicale.

=> Tout mode de rémunération comprend **déjà** des formes d'incitations implicites ou explicites, positives ou négatives, financières ou pas.

–En théorie : **L'asymétrie d'information** en faveur de l'agent' nécessite des incitations pour 'aligner' les objectifs des deux parties (schémas mixtes de rémunération) => Le 'principal' transfère une partie de son profit à l'agent

–En pratique : Il existe une **convergence des systèmes** vers une rémunération mixte incluant une partie incitative, indexée sur les résultats (qualité/sécurité/activité/ ...)

L'évaluation globale du paiement à la performance (P4P) par l'OMS (2014)

Qualité	
– ‘Disease management’ des maladies chroniques	+/modeste
– Couverture de services de prévention	+/modeste
– Modes de production des soins hospitaliers	Limité
Résultats de santé	Pas d’impact
Satisfaction des patients	Pas d’impact
Equité	mitigé
Efficienc	
– Programmes centrés sur les modes de production (p	+/modeste
– Incitations ciblées	Limité
Effets indirects (retombées)	
- Production et utilisation de données	+
- Communication acheteurs/producteurs de soins	+

Cf. Marisa Miraldo, colloque de lancement de la chaire hospinnomics, 29/09/14 (www/hospinnomics.eu)

4 : Les modes de rémunération : retour d'expérience



Les économistes reconnaissent depuis longtemps le caractère imparfait des incitations comme levier de transformation.

Selon Stoddardt (1985), les incitations financières sont en effet à double tranchant (a '**mixed blessing**')

⇒ D'une part, elles permettent d'inciter les agents à l'effort, dans des situations où celui-ci ne peut pas être contrôlé

⇒ D'autre part, elles ont des effets différenciés selon les individus : pour certains, elles sont indispensables (**motivations intrinsèques faibles**), pour d'autres elles sont contre-productives (motivations intrinsèques fortes)

Dans le domaine de la santé, les motivations intrinsèques sont fortes ... faut-il malgré tout mettre en oeuvre des incitations ?

4 : Les modes de rémunération : retour d'expérience



Les objectifs sur lesquels portent les incitations et l'importance de l'incitation par rapport à la modalité principale de rémunération **varient selon les pays** et leurs situations initiales (notion de 'path dependency')

Tous les schémas de rémunération font l'objet de ***gaming*** (comportements stratégiques de contournement) et ces effets ne peuvent qu'en partie être anticipés

Si les incitations financières portent sur l'équipe => '**free riding**' : certains travailleront beaucoup et d'autres moins, mais pour la même rémunération individuelle.

Si elles portent sur l'individu, il y a risque de **moins coopération** entre membres de l'équipe

4 : La modes de rémunération : retour d'expérience



Le retour d'expérience est aujourd'hui suffisant pour élaborer des modes incitatifs **respectueux des missions premières** des professionnels de santé. Pour cela, il importe de :

- Co-construire le schéma de rémunération incitative avec les professionnels de santé
- Expliciter dès la phase de mise en œuvre les conditions du partage des gains de productivité éventuels
- Mettre en place des mécanismes pour empêcher la sélection ou la substitution vers des activités moins productrices de santé
- Mettre en œuvre des systèmes fiables d'indicateurs consensuels
- Préférer les incitations portant sur l'équipe
- Choisir des niveaux d'incitation faibles mais sur plusieurs objectifs-cible
- Combiner incitations financières et non financières

5 – Les parcours de soins

5 : Les parcours de soins

1 - Le parcours de soins ne sera pas, par ses qualités propres, le moteur de l'innovation organisationnelle

⇒ l'innovation technique est aujourd'hui encore, le seul vrai moteur de l'innovation car les industriels la portent et les patients en bénéficient

Ex1 : La réforme du médecin traitant montre qu'une telle innovation organisationnelle ne peut se mettre en place sans une grande détermination, sur plusieurs années

Ex2 : La chirurgie ambulatoire : il faut convaincre qu'elle reste une chirurgie d'excellence, au delà des incitations financières mises en oeuvre

5 : Les parcours de soins



2 - L'appropriation par les patients et les professionnels est la condition nécessaire pour le développement des parcours

⇒L'appropriation ne passe pas seulement par des incitations de nature financière (importance des motivations intrinsèques par opposition aux motivations extrinsèques, financières)

⇒Les incitations financières au parcours de soins peuvent ne pas suffire si l'organisation du système de santé rend difficile la définition et le respect d'un parcours de soins :

⇒ tarification séparée ville/hôpital

⇒ Concurrence privé public entre hôpitaux

⇒ Concurrence implicite entre hôpitaux publics

5 : Les parcours de soins



3 – Préalables à un ‘modèle économique incitatif’

⇒ Identifier le parcours de soins et le destinataire des incitations :

⇒ Ex : parcours de soins gradé sur la sévérité : incitation sur :

⇒ L'hôpital local, parce qu'il soigne un patient grave qu'il aurait pu renvoyer vers le CHU ?

⇒ Le CHU, qui soigne les patients les plus graves ? ... C'est son mandat !

⇒ Penser l'incitation de manière globale (effets délétères d'incitations individuelles sur le travail d'équipe ou sur la coordination entre professionnels/établissements hospitaliers)

⇒ Anticiper les effets comportementaux ('gaming') sur la qualité, l'équité pour les prendre en compte dans la définition des incitations

⇒ Analyse de l'OMS sur le paiement à la performance en montre l'intérêt

5 : Les parcours de soins



4 – Les étapes de la mise en œuvre

⇒ Réaliser une expérimentation pilote avec évaluation des effets

⇒ Analyser les conditions de la généralisation

⇒ Mesurer le résultat (chaînage des informations à chaque stade du parcours de soins)

⇒ 'Sanctionner' en cas de non respect du parcours (mais qui? L'hôpital? Le médecin? Le patient?)

Conclusion : les modes de rémunération des professionnels ne doivent pas faire obstacle au parcours de soins, seul mode d'organisation respectueux des besoins des patients, mais les incitations ne sont ni la panacée, ni simples à mettre en

