

**MOTS CLÉS**

Prix Graph  
Loi Obama  
France  
États-Unis  
Système de santé  
Tarification  
Parcours de soins  
Medicare  
ACO


**PRIX GRAPH 2014**

# Améliorer la coordination des soins\*

## Enjeux et stratégies États-Unis/France

Réduire les coûts et améliorer la qualité des soins : les systèmes de santé français et américain sont confrontés à des défis comparables. Pour y répondre, la « loi Obama <sup>(1)</sup> » fait de l'amélioration de la coordination des soins un levier majeur à travers la mise en place de nouveaux modèles et incitations économiques. Sans apporter de réponses immédiates, la comparaison internationale propose des pistes de recherche à visée opérationnelle pour mieux comprendre et évaluer la coordination des soins et éclairer les options possibles pour l'améliorer.

### L'approche américaine : réduire le taux de réadmissions

#### La coordination, un enjeu économique et qualitatif

Trente pour cent des dépenses de santé américaines ne seraient pas médicalement justifiées et entraîneraient un gaspillage de 700 milliards de dollars par an <sup>(2)</sup>. La non-coordination du système de soins est responsable d'une partie de ces dépenses superflues à travers la réplication des examens, un nombre important d'admissions aux urgences et des réhospitalisations évitables.

Globalement, aux États-Unis, en 2011, la mauvaise coordination des soins, aurait coûté 25 à 45 milliards de dollars <sup>(3)</sup>. Les réadmissions hospitalières dans les 30 jours, à elles seules, seraient responsables de 15 milliards de dollars <sup>(4)</sup> de dépenses pour Medicare – l'assurance santé pour les personnes de plus de 65 ans et les personnes handicapées – alors que les trois quarts pourraient être évités par une meilleure coordination des soins.

Le manque de coordination fait également partie des facteurs explicatifs de la performance médiocre du système de santé

américain. Dans ce contexte, plusieurs approches de l'évaluation qualitative de la coordination des soins ont été développées.

#### Contraindre l'hôpital à coordonner les soins

Le 23 mars 2010, le président Obama a signé une réforme complète du système de santé, le Patient Protection and Affordable Care Act <sup>(5)</sup>. Cette loi inclut un programme de réduction des réadmissions à l'hôpital, qui se traduit par des pénalités envers les hôpitaux pour lesquels le taux de réadmissions évitables atteint des valeurs considérées comme excessives. En 2013, ces pénalités ont représenté 280 millions de dollars et concerné 2 225 hôpitaux <sup>(6)</sup>.

Ces pénalités ne s'appliquent que pour certaines pathologies : l'infarctus, l'insuffisance cardiaque et la pneumonie. Elles visent à faire diminuer le nombre de réadmissions évitables en réduisant la pression sur la durée moyenne de séjour et en augmentant le retour sur investissement des projets d'amélioration de la qualité des prises en charge. Plusieurs effets pervers ont cependant été constatés. Les hôpitaux qui

**Maryaline CAILLON**  
Directrice d'hôpital  
Doctorante en politique  
de santé et management  
Harvard Business School  
Harvard Graduate School  
of Arts and Sciences

\* Synthèse du mémoire  
EHESP de Maryaline  
Caillon primé par le Graph :  
« Les enseignements de  
l'expérience américaine  
en matière de coordination  
des soins »

prennent en charge des populations défavorisée et des patients polyopathologiques ont été davantage pénalisés<sup>(7)</sup>. Au départ, les déterminants sociaux et le *case-mix* n'étaient pas suffisamment pris en compte. Une réflexion est en cours pour intégrer davantage les facteurs de risque indépendants de la qualité de la prise en charge.

### Les ACO, un nouveau modèle

Les *accountable care organizations* (ACO) – ou « organismes de soins responsables » – constituent un nouveau modèle d'organisation de l'offre de soins. Reconnues et encouragées par la loi Obama, les ACO sont des groupements de fournisseurs de soins qui couvrent une population définie de patients dans le cadre d'un budget limité par le coût antérieur de leur prise en charge. Les ACO fonctionnent sur une base de paiement à l'acte mais offrent une prime à la performance aux organisations qui parviennent à améliorer la qualité des soins. Elles permettent également aux fournisseurs de soins de partager les économies réalisées s'ils parviennent à réduire les coûts en deçà de la cible fixée tout en respectant des critères de qualité relatifs notamment à la coordination des soins. Deux ans et demi après la réforme, le bilan des 361 ACO en contrat avec Medicare est plutôt positif : elles sont globalement parvenues à améliorer la qualité des soins et certaines ont réalisé d'importantes économies<sup>(8)</sup>.

### La coordination des soins, thématique de recherche majeure au service d'une priorité politique

L'amélioration de la coordination des soins constitue à la fois une priorité politique et une thématique de recherche majeure aux États-Unis. La mise en place récente de pénalités pour réadmissions et des ACO consacre une approche essentiellement opérationnelle de la coordination des soins dont les fournisseurs de soins sont responsables. En raison de la lourdeur des enjeux financiers et en dépit de ses limites, cette conception a entraîné la mise en œuvre de nombreux projets et expérimentations d'amélioration de la coordination des soins. La recherche opérationnelle sur les modèles et incitations économiques à la coordination des soins s'oriente maintenant vers l'évaluation de ces nouveaux modèles, dans le cadre d'un dialogue continu entre recherche, expérimentation, évaluation et implémentation.

### L'approche française : améliorer les « parcours »

#### Évaluer la qualité des parcours : quels indicateurs ?

L'utilisation du terme « parcours » a des implications sur la conduite de la stratégie d'amélioration de la coordination des soins. En effet, il ne s'agit pas simplement d'agir sur un indicateur de qualité identifié comme pertinent (tel que le taux de réadmissions ou le nombre de passages aux urgences) mais d'améliorer le processus de prise en charge dans sa globalité.

On distingue les parcours « de soins », « de santé » et « de vie » :

» le parcours de soins reflète le parcours de la personne dans le système sanitaire ;

» le parcours de santé inclut le parcours de soins ainsi que la prévention primaire et l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ;

» le parcours de vie prend en compte le parcours de santé ainsi que l'ensemble des éléments constitutifs de l'environnement du patient.

Ces premières définitions appellent plusieurs remarques. Tout d'abord, elles laissent une grande marge d'appréciation aux pilotes et aux acteurs de la coordination pour définir qui fait quoi, où, quand, comment et pourquoi. Tous les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont potentiellement concernés. L'action peut avoir lieu à domicile, en ville ou à l'hôpital. La délimitation temporelle n'est pas précisée, de la prévention aux suites d'une maladie. L'objectif est celui d'une « meilleure prise en charge » à « moindre coût ». Or,

#### NOTES

(1) Patient Protection and Affordable Care Act, 23 mars 2010.

(2) R. Kelley, *Where can \$ 700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system?*, Thomson Reuters, 2009.

(3) R. Burton, "Improving Care Transitions", *Health Affairs*, 13 septembre 2012.

(4) Medicare Payment Advisory Commission, "Payment Policy for Inpatient Readmissions: Promoting Greater Efficiency in Medicare", Report to Congress, 2007.

## ENCADRÉ 1 Maryaline Catillon

Maryaline Catillon est directrice d'hôpital (promotion Henri-Dunand, École des hautes études de santé publique [EHESP]) et doctorante en politique de santé et management à Harvard. Ses recherches s'intéressent à la performance et à la réforme des systèmes de santé, et plus particulièrement aux modèles et incitations économiques à la coordination des soins. Titulaire d'une licence de physique-chimie (2002), d'un master d'histoire contemporaine, d'un master de sciences politiques (2007), d'un master de droit (2011) et d'un mastère spécialisé en santé publique (2013), Maryaline Catillon commence sa carrière comme professeur en 2003 tout en menant des projets de recherche en sciences politiques. Elle obtient le prix de recherche Luis-Castro Leiva en 2007 et le prix de la Fondation Charles-de-Gaulle en 2008. Elle passe le concours de directeur d'hôpital en 2011. Pendant sa formation à l'EHESP, elle suit un double cursus avec le mastère spécialisé de santé publique de l'École Pasteur/Cnam de santé publique. Dans ce cadre, pendant son stage international au New York Presbyterian Hospital, elle mène un projet de recherche sur l'amélioration des transitions hôpital/domicile. Ce travail reçoit le prix de recherche de la Retirement Research Foundation au congrès de l'Association américaine de santé publique (APHA) en 2013. Elle rédige son mémoire sur les enseignements de l'expérience américaine de la coordination des soins sous la direction de Jean de Kervasdoué et reçoit le prix du Graph en 2014 (*voir encadré page suivante*). Première Française recrutée en doctorat Politique de santé à Harvard, Maryaline Catillon participe actuellement à des projets de recherche sur la coordination des soins menés dans le cadre de la réforme du système de santé américain.

## » TABLEAU 1 Coût annuel de la mauvaise coordination des soins

	France	États-Unis
Réadmissions évitables	> 1,5 milliard d'euros (> 1,17 milliard de dollars)	15 milliards de dollars
Non-coordination	À chiffrer	25 à 45 milliards de dollars

### NOTES

(5) Cette loi étend la couverture santé et comporte des mesures pour maîtriser les coûts et améliorer la performance du système de soins (section 3025).

(6) The Advisory Board Company, The Daily Briefing, 5 août 2013.

(7) K. Joynt, A. Jha, "Characteristics of hospitals receiving penalties under the Hospital Readmission Reduction program", *Journal of the American Medical Association*, vol.309, 355-363, 2013.

(8) M. McWilliams, B. Landon, M. Chernew, A. Zaslavsky, "Changes in Patients' experiences in Medicare Accountable Care Organizations", *NEJM*, 2014, vol.371(18).

(9) M. Gusmano, D. Weisz, T. Andrews, V. Rodwin, « Réduire les hospitalisations évitables : une politique pour rentabiliser les dépenses de soins de santé », International Longevity Center, 2007. Hospitalisations évitables des adultes de plus de 20 ans.

(10) Estimation basse sur la base du prix de journée d'hospitalisation court séjour en médecine à 781,52 €. « Être soigné à l'hôpital, combien ça coûte ? », Informations financières à l'attention des patients et de leurs familles, AP-HP, 2010.

(11) Fondation Médéric Alzheimer, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : spécificités de 23 métiers en première ligne*, septembre 2013.

(12) LFSS 2012, art. 65, création d'un fonds d'intervention régional (FIR) pour financer des expérimentations pouvant déroger au mode de financement actuel, cloisonné entre le sanitaire et le médico-social.

la « meilleure prise en charge » dépend du choix des indicateurs de qualité sur lesquels l'intervention vise à agir et le « moindre coût » dépend de l'évaluation du coût de la prise en charge actuelle, de la part de ce coût liée à une mauvaise coordination et du rapport coût/efficacité des dispositifs mis en place pour améliorer la coordination.

### Évaluer le coût de la non-coordination des parcours

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) « estime que c'est autour de l'amélioration de la qualité des "parcours" de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidences de non-qualité, que se situe aujourd'hui un de gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé ».

Le coût des hospitalisations évitables peut être utilisé pour évaluer une partie du coût de la non-coordination d'un système de santé mais, à la différence des pays anglo-saxons, le taux de réadmissions évitables n'est pas un indicateur de qualité systématiquement utilisé en France. Une étude réalisée en 2007 par des chercheurs américains évaluait néanmoins le nombre d'hospitalisations évitables en France à 400 000 par an correspondant à deux millions de journées d'hospitalisations<sup>(9)</sup>, soit plus d'un milliard et demi d'euros par an<sup>(10)</sup>.

En France, comme aux États-Unis, les réadmissions évitables coûtent cher et l'amélioration de la coordination des soins constitue un levier majeur pour améliorer la qualité des soins tout en réduisant les dépenses.

### Identifier et choisir le pilote des parcours

En France, le pilotage, l'expertise et les compétences en matière de coordination sont répartis entre une multiplicité d'acteurs. Le cadre juridique a créé successivement différents dispositifs de coordination et entraîné une intrication des compétences.

Les grandes orientations en matière de coordination des soins sont définies, sur le plan national, par le ministère de la Santé et l'Assurance Maladie. L'expertise est répartie entre la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap). Le pilotage régional est éclaté entre les agences régionales de santé et les conseils généraux entre lesquels sont distribuées les compétences sanitaires, sociales et médico-sociales.

Sur le terrain, une multitude de métiers interviennent dans la coordination des soins. Une étude européenne récente identifie par exemple vingt-trois professions concernées par la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer<sup>(11)</sup>.

En outre, en dépit des expérimentations menées depuis 2012<sup>(12)</sup>, le mode de tarification et de financement actuel, encore cloisonné entre le sanitaire et le médico-social, et les modes de rémunération des professionnels restent encore globalement désincitatifs en matière de coordination. Des instances de coordination, telles que les commissions de coordination gérontologiques pour les patients âgés, visent à « coordonner les coordonnateurs » qui interviennent dans les parcours. L'existence de ces instances qui visent à « coordonner les coordinateurs » traduit la complexité du système actuel de coordination des soins. Les acteurs eux-mêmes, qui sont des professionnels de la coordination, ont parfois des difficultés pour identifier les rôles respectifs de chacun et doivent se répartir les compétences pour éviter les doublons ou les zones vides.

La question de l'identification, au sein de ce système complexe de l'interlocuteur responsable, légitime et en capacité de coordonner l'ensemble du parcours reste ouverte. Le médecin traitant a été réaffirmé « pilote du parcours » par la Stratégie nationale de santé. Néanmoins, l'organisation des parcours des patients complexes est une activité intensive et chronophage. La plupart des médecins traitants manquent de temps pour s'en occuper.

En pratique, dans de nombreux cas, comme à la sortie des patients complexes de l'hôpital, d'autres intervenants sont, de fait, « pilotes » du parcours et le médecin traitant est – dans le meilleur des cas – sollicité par d'autres acteurs du système de soins ou informé *a posteriori* des décisions prises concernant le parcours du patient. De plus, dans le contexte actuel, des obstacles techniques (tels que la non interopérabilité des systèmes d'informations) et organisationnels rendent l'exercice de son leadership compliqué.

La présence de différentes cultures professionnelles, de différentes légitimités politiques, de processus enchevêtrés, fait de la coordination des soins un défi pour la recherche appliquée en matière de modèles et incitations. C'est aussi une question pratique qui appelle de véritables choix politiques.

Dans ce contexte, le ministère préconise l'évolution des réseaux de santé <sup>(13)</sup> vers une fonction « d'appui à la coordination ». L'activité des réseaux existants n'est pas supprimée mais « recentrée sur les activités de coordination » en appui aux offreurs de soins du territoire et, notamment, aux médecins traitants. L'évaluation coût/efficacité de ce modèle – une coordination par le médecin traitant appuyé par des réseaux de santé – sera sans doute une étape déterminante dans l'évolution de la conception française de la coordination des soins.

### Comparaison internationale, recherche et évolution du système français

Aux États-Unis, comme dans de nombreux pays de l'OCDE, la recherche sur la coordination des soins est au centre de la réforme des systèmes de santé.

La comparaison internationale ouvre de nombreuses perspectives pour éclairer les prochaines évolutions du système français : mesurer plus précisément le coût de

« En France, comme aux États-Unis, les réadmissions évitables coûtent cher et l'amélioration de la coordination des soins constitue un levier majeur pour améliorer la qualité des soins tout en réduisant les dépenses.

la non-coordination, mieux évaluer la qualité de la coordination des soins, analyser l'impact de la complexité institutionnelle actuelle et proposer de nouvelles pistes d'expérimentations pour de nouveaux modèles et incitations économiques à la coordination des soins. ●

**NOTES**

**(13)** DGOS, *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?*, octobre 2012 : « Le manque d'outils à disposition pour mesurer l'impact sur les parcours des patients d'une intervention des réseaux de santé.

### ENCADRÉ 2 Le prix Graph

Le Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph), organisme de réflexion et de recherche qui prépare l'hôpital et son environnement à des évolutions indispensables garantes du maintien des valeurs qu'il porte, a pour objectif de solliciter l'ensemble des équipes de direction, en développant les échanges pour une meilleure connaissance du milieu professionnel, et pour ambition de développer des axes de recherche et d'affirmer la présence des hospitaliers par l'évolution continue de nos organisations et de notre société.

Dans le cadre de ses travaux sur la recherche en management, le Graph a souhaité se rapprocher de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), afin de s'enrichir des réflexions des plus jeunes collègues et de valoriser leurs travaux : depuis 2007, le Graph prime ainsi deux mémoires de fin d'études rédigés par des élèves directeurs d'hôpital, parmi cinq mémoires proposés par l'EHESP. Ce prix vise à récompenser le mémoire qui aura su, par la qualité de son argumentation et de la discussion proposée, présenter des démarches nouvelles en matière de management, notamment inscrire ces innovations dans le contexte hospitalier, mettre en avant les aspects les plus originaux, discuter leurs impacts, envisager les conditions de leur adaptation et de leur extension, en témoignant de l'attachement du rédacteur aux valeurs de la profession de directeur d'hôpital et du monde hospitalier.

Site : <http://wp.legraph.fr> - Twitter : @le\_graph



Maryaline Catillon, le 21 mai 2014, le jour de la remise du prix Graph, aux Salons de l'autonomie et de la santé, avec Yann Bubien, président du Graph.