



HAL
open science

Le paiement à l'épisode de soins pour la chirurgie aux Etats Unis : principes, mise en œuvre et évaluation

Isabelle Hirtzlin

► **To cite this version:**

Isabelle Hirtzlin. Le paiement à l'épisode de soins pour la chirurgie aux Etats Unis : principes, mise en œuvre et évaluation . Gestions hospitalières : la revue du management hospitalier, 2016, 558, pp.290-295. hal-01397985

HAL Id: hal-01397985

<https://hal.science/hal-01397985>

Submitted on 23 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - ShareAlike 4.0 International License

Le paiement à l'épisode de soins pour la chirurgie aux Etats Unis : principes, mise en œuvre et évaluation.

Isabelle HIRTZLIN Université de Paris 1, Centre d'économie de la Sorbonne.

Coordonnées complètes de l'auteur correspondant : HIRTZLIN Isabelle, 90 rue de Tolbiac, 75013 Paris, isabelle.hirtzlin@univ-paris1.fr, 06 68 76 76 12

Mots clés: Chirurgie, Tarification, épisode de soins, évaluation, efficience

Résumé : Les limites de la tarification à l'acte ou à l'activité sont aujourd'hui bien connues. L'une d'elles est de proposer une approche des soins dite « en silos », en morcelant à la fois les séquences de soins et les différents acteurs contribuant à leur production. Pour résoudre cette difficulté, en 2008, aux Etats unis, la Commission consultative pour les paiements de Medicare a proposé d'expérimenter un nouveau modèle tarifaire, fondé sur le concept de « l'épisode de soins » (bundled payment). A partir d'une revue de la littérature, cet article présente les différentes expérimentations américaines concernant ce nouveau modèle de paiement et rend compte des travaux menés pour évaluer son efficience, en prenant l'exemple de la chirurgie. Il discute la pertinence de ce modèle pour la France.

Introduction

Aux Etats Unis, les paiements à l'acte et à l'activité¹ mis en place pour les offreurs de soins (hôpitaux et praticiens libéraux) présentent des limites qui ont été soulignées en 2008 par la Commission consultative pour les paiements de *Medicare*² [1]. Ces paiements rémunèrent en effet une prestation de service dont le périmètre est relativement étroit, et ne concernent à chaque fois qu'un seul producteur de soins (la consultation du médecin, une intervention chirurgicale, etc.). Cela conduit à une approche non coordonnée des soins, dite en « silos », encourageant le morcellement et la multiplication des actes.

Par ailleurs, tout se passe comme si les services de santé dont ils déterminent la consommation par leurs prescriptions étaient « gratuits » pour les professionnels de santé, dans la mesure où ils n'assument pas les risques financiers d'une surconsommation liée par exemple au maintien des patients dans les services de soins intensifs ou de la consommation de médicaments coûteux. Ils ne sont donc pas incités à recourir aux pratiques les plus efficaces [2].

Pour résoudre ces difficultés, qui sont également celles rencontrées dans le cadre de la T2A en France [3], plusieurs systèmes de paiement à la performance (P4P) ont été mis en place aux Etats Unis et de nombreux autres pays [4] mais ils contribuent à maintenir, voire

¹ via les Diagnosis Related Groups équivalent en France aux Groupes Homogènes de Malades (GHM) ou de Séjours (GHS).

² *Medicare Payment Advisory Commission* dite « MedPAC »

à renforcer le morcellement des offreurs et l'intérêt à agir seul, en fonction de ses propres objectifs, y compris au détriment des autres offreurs ou de l'intérêt du patient. La coordination n'étant pas favorisée, le P4P peut ainsi laisser persister des gaspillages ou des doublons dans les soins produits [5].

Aux Etats Unis un système de paiement alternatif appelé paiement à l'épisode de soins (« *Bundled Payment* ») a donc été expérimenté dans différents programmes de santé, puis recommandé dans le cadre de la Loi américaine sur la protection des patients et des soins abordables de 2010 (*Affordable Care Act*) [6]. Cet article présente le principe et les modalités de mise en œuvre du paiement à l'épisode de soins aux Etats Unis, pour ensuite en discuter les effets dans le cadre des évaluations réalisées dans ce pays, suite aux expérimentations. Il conclut sur les précautions à prendre avant d'en proposer l'expérimentation en France.

Méthode

Une recherche documentaire approfondie a été effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques, économiques, médicales et scientifiques³ sur la période 2000 à 2015. Les langues retenues étaient le français et l'anglais en utilisant les mots clés « *Surgery* » et « *Bundled payment* ». Pour compléter l'analyse bibliographique, les sites internet d'organismes de santé et gouvernementaux américains ont été consultés⁴.

Résultats

Aux Etats Unis certains modes de paiement des offreurs de soins regroupaient déjà plusieurs interventions de nature médicale autour d'un seul tarif. Il en est ainsi du paiement prospectif à l'activité par DRG (Diagnosis Delated Groups), qui couvre de manière forfaitaire la plupart des prestations et des coûts intervenant durant le séjour hospitalier ; de même, le paiement global reçu par les chirurgiens américains (« *global surgical fee* ») couvre la plupart des services de soins fournis par le chirurgien autour de l'intervention. Mais le principe du paiement à l'épisode de soins (*Bundled Payment*) va au-delà.

³ Medline (National Library of Medicine), Academic Search Premier, EconLit (American Economic Association).

⁴ US Department of Health and Human Services www.hhs.gov, United States Government Accountability Office (GAO), www.gao.gov, Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC) medpac.gov, Centers for Medicare and Medicaid Services www.cms.gov.

Le principe du paiement à l'épisode de soins

Un paiement global unique est octroyé pour l'ensemble des offreurs de soins sollicités au cours d'un épisode morbide donné. Il se substitue ainsi au paiement que recevait chaque offreur considéré isolément [6,7]. Ce paiement suppose donc que les offreurs de soins se coordonnent entre eux, et se partagent la rémunération globale, dont le montant total est généralement inférieur à la somme des paiements isolés antérieurement perçus.

Pour ce faire, les offreurs doivent passer ensemble un contrat avec le payeur (i.e. Plan fédéral *Medicare*, *Medicaid* ou une compagnie d'assurance privée) qui a préalablement évalué les coûts de l'épisode de soins, généralement en mobilisant ses bases de données de remboursement [8].

Les modalités de détermination du montant alloué par le financeur pour un épisode donné sont les suivantes :

- le coût moyen de la prise en charge médicale la plus appropriée à l'état du patient est déterminé sur la base des recommandations de pratiques cliniques ou des avis d'experts [5];
- les offreurs de soins reçoivent alors, pour chaque patient et un épisode de soins donné, un paiement fixe couvrant l'ensemble des étapes de cette prise en charge [9];
- les offreurs se partagent le montant reçu, en fonction d'engagements contractuels préalablement déterminés.

En proposant un prix global pour une prise en charge prédéterminée, ce système a vocation à remplacer le paiement à l'acte ou à l'activité pour les établissements hospitaliers.

Il présente l'avantage de rémunérer les offreurs pour la pratique recommandée par les professionnels, et favorise une « approche patient », tenant compte de l'intégralité de sa prise en charge, que ce soit dans le temps ou entre les offreurs.

Il prévoit également la possibilité d'une certaine variabilité autour du coût de prise en charge en fonction des patients, mais son niveau se situe généralement autour du coût moyen observé par patient pour un ensemble de services. Il est donc nécessaire de le compléter partiellement en couvrant le risque financier lié à l'existence de cas atypiques (dits *outliers* comme par exemple des patients ayant des complications) par un contrat de

type « *stop loss* »⁵ destiné à limiter les risques de pertes financières, aussi bien pour le financeur que pour l'établissement ou le professionnel de santé [8].

Les objectifs de ce nouveau principe tarifaire sont [1, 6] :

- d'accroître l'efficacité de la prise en charge en augmentant la qualité des services de santé fournis, les volumes, et en réduisant les coûts par l'élimination de services de santé inefficaces ou dupliqués ;
- d'encourager la coordination des offreurs en les rendant collectivement responsables du coût total de la prise en charge [10]. Si le coût de prise en charge est inférieur au montant reçu, les producteurs se partagent l'excédent. Dans le cas contraire, ils doivent assumer la perte financière.

La mise en œuvre

Dès le début des années quatre-vingt-dix aux États-Unis, quelques assureurs avaient mis en place des paiements à l'épisode de soins [10] pour le pontage coronarien et la chirurgie de la cataracte, mais les expérimentations se sont surtout déroulées entre 2006 et 2011 dans le cadre de deux programmes appelés *Prometheus* et *Geisinger's ProvenCare* [9].

Le programme Prometheus

Le programme Prometheus⁶ a été développé en 2006 par Prometheus Payment Inc. [6].

Les étapes permettant de déterminer le tarif étaient les suivantes :

- chaque procédure soumise au paiement par épisode de soins était classé dans un ECR (*Evidence-informed Case Rates*) incluant les soins hospitaliers et non hospitaliers associés à cette procédure ;
- un coût était calculé pour l'ensemble des éléments de la prise en charge du patient (actes de laboratoire, médicaments, actes d'imagerie, réadaptation après l'intervention) en faisant référence aux pratiques médicales optimales (i.e. en utilisant les *guidelines* cliniques, les données d'évidence ou les dires

⁵ Contrat d'assurance destiné à limiter les pertes du souscripteur. Des contrats de « partage des risques » peuvent également être mis en place. Ils sont une solution alternative au paiement à l'épisode de soins « pur ». Par exemple, le payeur et les offreurs contractant peuvent déterminer un prix cible (par exemple, 30 000 \$ US par patient) et s'accorder sur un partage de risque pour lequel le producteur de soins assume le risque pour une partie seulement de la perte ou du gain sur un patient.

⁶ Acronyme *Provider Payment Reform for Outcomes Margins Evidence Transparency Hassle-reduction Excellence Understandability and Sustainability*. Ce programme est financé par le *Commonwealth Fund* et par la *Robert Wood Johnson Foundation*.

d'experts), et en valorisant ces coûts à l'aide de ceux observés en moyenne dans les systèmes de liquidation des assurances maladie ;

- ce coût était ajusté au risque sur la base de la sévérité et de la complexité de la prise en charge du patient [11]. *Prometheus* distinguait deux sources de variation des coûts liées au risque [6,10] :
 - la probabilité d'occurrence du risque chez le patient. La notion de risque est ici celle retenue en assurance, à savoir la probabilité qu'un évènement aléatoire se produise chez un patient,
 - la survenue d'un risque « technique » lié à la production de soins. À la différence du premier, ce risque est contrôlable par le producteur de soins et varie en fonction de ses compétences et du processus de soins qu'il utilise. La survenue d'un risque technique conduit à l'apparition d'une complication évitable.

Les modalités de paiement des offreurs étaient les suivantes :

- le tarif global de l'épisode de soins se situait en dessous de celui qu'auraient obtenu les producteurs dans le cadre d'un tarif à l'acte et/ou par DRG ;
- le coût de l'épisode de soins a été calculé sur la base des coûts historiques constatés, y compris pour le coût des complications évitables⁷. Aux États-Unis, le coût des complications évitables avait été chiffré à environ 20% du coût total des hospitalisations et procédures pratiquées en court séjour [11]. Le tarif à l'épisode de soins incluait ce coût des complications évitables, mais jusqu'à un certain niveau⁸ ;
- si la complication évitable ne survient pas, les producteurs de soins peuvent conserver l'excédent de tarif (bonus). Les payeurs et les producteurs de soins peuvent modifier ces paramètres dans le cadre de contrats négociés ;
- les paiements obtenus peuvent inclure d'autres incitations (bonne pratique clinique, résultat de soins, etc.) ;

Prometheus a d'abord été expérimenté sur trois sites, à la fois par les payeurs qui comprenaient les plans de santé des entreprises⁹, mais également dans le cadre des

⁷ *Potentially Avoidable Complications*.

⁸ Principe de la garantie (*warranty*).

⁹ i.e. « *Independence Blue Cross* » avec le « *Crozer Keystone Health System in Pennsylvania* » concernant le remplacement de la hanche et du genou, « *Employers' Coalition on Health* de Rockford », Illinois sur le diabète, l'hypertension et les maladies coronariennes, le « *Priority Health-Spectrum Health* » du Michigan sur le diabète, les attaques cardiaques, l'asthme, les maladies pulmonaires et la résection du colon.

assurances santé des travailleurs indépendants, ainsi que les institutions de santé volontaires [16,11].

Le programme avait défini 21 épisodes de soins qui concernaient des maladies chroniques comme le diabète, mais également des soins aigus, dont 10 épisodes étaient relatifs à des actes de chirurgie classique (pontage coronarien, résection du colon, chirurgie bariatrique, remplacement de la hanche, remplacement du genou) ou ambulatoire (coloscopie, cholécystectomie, hystérectomie, arthroscopie du genou, angioplastie).

L'étude publiée par Hussey en 2011 [6] a évalué la faisabilité et l'intérêt de *Prometheus* en réalisant une enquête qualitative par interviews (entre 2009 et 2011) auprès des sites pilotes du programme. Cette enquête a mis en évidence plusieurs éléments :

- **une mise en œuvre difficile dans un système d'offre cloisonné** : l'une des principales limites de ce système de paiement est qu'il implique de raisonner d'un point systémique, alors que les producteurs de soins ont des pratiques non coordonnées. Il est donc difficile à mettre en œuvre d'un point de vue administratif [6]. Le partage de la rémunération et du risque est difficile, entre les médecins libéraux et les établissements hospitaliers ;
- **la complexité du système de paiement mis en place** : le paiement à l'épisode de soins est complexe. *Prometheus* a été considéré comme ajoutant un niveau de complexité supplémentaire à celui déjà existant dans le système de santé, les sites pilotes ayant trouvé difficile la mise en place des ECR à leur propre système d'information [6] ;
- **pour optimiser le paiement, la réorganisation des soins nécessaires est souvent jugée trop importante par les acteurs**. Pour que le paiement à l'épisode de soins permette d'améliorer la qualité à coût identique voire à coût plus faible, des modifications substantielles dans la manière d'appréhender la production de soins devraient être réalisées, et il est peu probable que les producteurs soient en mesure de les mettre en œuvre [6].

En conclusion, les auteurs soulignaient que l'intérêt du paiement par épisode de soins apparaissait plus théorique que réellement constaté. Par ailleurs, les résultats venant des études pilote de *Prometheus* avaient mis en évidence des retards dans la mise en œuvre liés à la complexité du dispositif. Ainsi, en mai 2011, aucun site pilote n'était en mesure d'utiliser le système *Prometheus* comme système de paiement des offreurs [6].

Le programme Geisenger's ProvenCare

Ce système de paiement à l'épisode de soins a été mis en place en Pennsylvanie. Il a été développé par *Geisinger* dans le cadre de son système de soins intégré (HMO)¹⁰ pour rémunérer le pontage coronarien, et mis en place à partir de février 2006 [12,13,14]. Le postulat des promoteurs du système étaient que si les recommandations issues des consensus d'experts¹¹ étaient scrupuleusement suivies, les complications seraient plus rares, et les coûts de prise en charge plus faibles.

Les différentes étapes permettant de déterminer le tarif étaient les suivantes :

- l'épisode de soins était décomposé en 40 phases qui devaient suivre des *guidelines* concernant les phases préopératoires, péri-opératoires et postopératoires, jusqu'à 90 jours après l'intervention ;
- pour déterminer le niveau du paiement à l'épisode de soins, Geisinger calculait l'ensemble des coûts de soins fournis en routine pour chaque étape incluse dans la recommandation, et ajoutait au montant du tarif un paiement égal à la moitié du coût des complications constatées [9,13] ;
- le cas échéant, les médecins conservaient la possibilité de dévier des recommandations, mais devaient le justifier.

Le principe retenu par *Geisinger* était de transférer le risque financier du payeur vers le producteur de soins [12]. Le payeur était ainsi déchargé de l'aléa lié au risque financier en cas de complications ; en contrepartie, les professionnels percevaient l'équivalent d'un bonus si les patients n'avaient pas de complications, puisque le forfait versé comprenait une partie destinée à couvrir ces coûts supplémentaires.

L'évaluation du programme *Geisenger* réalisée en 2007 par Casale *et al.* [12] avait montré qu'avant la mise en place du nouveau système de paiement, 59 % des patients seulement bénéficiaient du processus de soins recommandé. Ils étaient 100 % après trois mois, 86 % entre trois et cinq mois, mais de nouveau 100 % six mois après la mise en place du nouveau système. Le niveau d'adhésion des professionnels au processus *ProvenCare* était statistiquement significatif ($p = 0,001$ ¹²).

¹⁰ Fondé par Abigail Geisinger en 1915, le *Geisinger Health System* est un système de soins intégré (*Health Maintenance Organization*) localisé dans le centre et le nord de la Pennsylvanie représentant 2,6 millions d'individus. Il comprend à la fois l'offre de soins représentée par 740 médecins, dont 200 assurant les soins primaires, le reste étant des spécialistes et trois hôpitaux assurant les soins aigus de troisième et de quatrième niveau (soins hospitaliers spécialisés), ainsi qu'un plan d'assurance santé qui couvre environ 30 % des individus sur le territoire, les autres relevant de payeurs différents (i.e. *Medicare*, *Medicaid*, *Capital Blue Cross*, *Coventry*, *Highmark*).

¹¹ Parfois appelés « *Proven Care Benchmarks* », ils sont issus des *guidelines* établis par l'*American College of Radiology* et l'*American Heart Association* (ACC-AHA).

¹² En utilisant le *Cochran-Armitage Trend test*.

Au niveau des résultats financiers, l'étude avant-après (comportant 137 patients en 2005 et 117 patients en 2006) [12] avait mis en évidence une durée de séjour plus faible (5,3 jours dans le groupe *ProvenCare* contre 6,3 jours avant l'expérience) et une réduction des coûts hospitaliers de 5 %. Le taux de réadmission à 30 jours était passé de 7,1 % à 6 %. Pour autant, ces résultats, obtenus sur un nombre trop faible d'observations, n'étaient pas statistiquement significatifs.

Les résultats ayant été jugés satisfaisants pour le pontage coronarien, le nombre d'interventions financées par cette méthode avait été étendu au remplacement de la hanche, à la chirurgie de la cataracte, à l'utilisation de l'érythropoïétine, à la chirurgie bariatrique, à l'angioplastie dans le cas d'un infarctus du myocarde aigu et aux soins en périnatalité [14].

La position des assureurs

Pour apprécier les modalités d'utilisation de paiement par épisode de soins dans les autres programmes de santé le GAO (*Government Accountability Office*) [10] ont réalisé entre mars et décembre 2010 une enquête auprès des cinq principaux assureurs santé privés (*Aetna*, *Cigna*, *Humana*, *UnitedHealth Group* et *WellPoint*), complétée par des entretiens auprès des sociétés savantes médicales ayant une position sur la tarification à l'épisode de soins.

Les cinq assureurs avaient déclaré utiliser des systèmes de paiement à l'épisode de soins depuis une vingtaine d'années, mais uniquement dans le domaine de la transplantation d'organes¹³ ou de la moelle osseuse. Ces paiements incluaient généralement les soins hospitaliers, le paiement des médecins et tous les services auxiliaires pour l'ensemble de l'épisode de soins (évaluation initiale, fourniture de l'organe, hospitalisation, réadmission et suivi de 30 à 365 jours selon les assureurs). La consommation de services était évaluée à partir du parcours de soins. La transplantation avait été choisie car il s'agissait d'une intervention très coûteuse, pour laquelle l'assureur souhaitait poser une limite de prise en charge. Il n'existait pas d'ajustement en fonction de la sévérité des cas, mais quatre des assureurs avaient établi des provisions pour faire face financièrement aux *outliers*. Pour ces *derniers*, le paiement s'effectuait à la journée ;

Deux assureurs seulement avaient développé des paiements à l'épisode de soins pour d'autres procédures : la chirurgie bariatrique en 2009 dans 22 États, et le pontage coronarien dans un État.

Trois assureurs avaient passé des contrats avec des centres d'excellence de manière à encourager les utilisateurs à se tourner vers les hôpitaux ayant de forts volumes, une

¹³ Cœur, foie, rein et pancréas.

pratique de qualité et à favoriser l'efficacité. Dans ce cadre, les hôpitaux étaient prêts à consentir des réductions de paiement, parce qu'ils étaient assurés d'avoir un fort volume.

Le payeur contractualisait directement avec l'établissement hospitalier et les médecins concernés qui étaient, soit des médecins travaillant pour l'établissement, soit des médecins ayant passé des contrats¹⁴ avec lui, le traitement des dossiers se faisant la plupart du temps manuellement. Les patients bénéficiaient d'un « *case manager* » afin de les aider à choisir le centre le plus approprié, et de faciliter les relations entre l'offreur de soins et l'assureur.

Au total, les paiements à l'épisode de soins étaient pratiqués par les assureurs privés pour des procédures complexes, clairement dans le cadre d'une démarche assurantielle visant à limiter le risque financier associé à cette prise en charge. Les interventions avaient également été choisies parce qu'il existait des protocoles de prise en charge bien définis.

Les cinq principaux assureurs privés et les experts médicaux avaient également identifié les freins et les leviers d'une utilisation par un programme fédéral tel que *Medicare* du principe de la tarification à l'épisode de soins aux États-Unis [10].

Les leviers identifiés étaient :

- la bonne connaissance actuelle par les producteurs des principes de la tarification à l'épisode de soins liée aux expérimentations et à une acceptation progressive ;
- le poids de *Medicare* dans le système de santé, qui est plus important que celui des assureurs privés (plus de 50 % de l'activité hospitalière). *Medicare* a donc un pouvoir incitatif important et peut avoir un effet d'entraînement sur l'ensemble des acteurs ;
- le paiement à l'épisode de soins permet d'améliorer l'efficacité, en favorisant les pratiques d'excellence et en limitant le nombre d'actes redondants.

Les freins identifiés étaient :

- le traitement des dossiers à la main et la nécessité de négocier avec chaque établissement ;
- la difficulté pour établir un contrat unique pour tous les acteurs impliqués dans la prise en charge ;
- un paiement non applicable aux nombreuses procédures n'ayant pas de protocole de prise en charge standardisé ;
- les « *case managers* » apparaissaient essentiels dans la prise en charge, or *Medicare* ne dispose pas de ce type de personnel ;

¹⁴ *Hospital-affiliated practice plans.*

-
- le paiement est unique, pour tous les producteurs, or la prise en charge financière par *Medicare* se caractérise par différents types de franchises ou tickets modérateurs en fonction des offreurs, ce qui pourrait donc constituer une difficulté technique d'application ;
 - la sélection de centres d'excellence pourrait également poser problème dans la mesure où *Medicare* doit théoriquement référencer tous les offreurs de soins, dès lors qu'ils remplissent certaines conditions permettant de participer au programme.

De plus, le périmètre de l'épisode reste difficile à définir, en particulier concernant la prise en compte des interventions médicales réalisées après l'hospitalisation. Ainsi, dans une étude publiée en 2010, sur 600 000 séjours *Medicare*, pour les interventions chirurgicales liées au remplacement des articulations, *Avalere*¹⁵ (7) avait montré que même l'épisode de soins pouvait être considéré comme achevé pour 90,8 % des patients, 30 jours après l'intervention, 9,2 % (dont 7,2 % de 31 à 60 jours) des patients avaient des épisodes de soins liés à l'intervention d'une durée plus longue. *Avalere* soulignait donc que le financement des réhospitalisations jusqu'à 30 jours pouvait s'avérer insuffisant pour ces patients. Par ailleurs, la moyenne de durée de l'épisode de soins était de 15 jours, mais la médiane était de quatre jours.

Le cabinet de conseil s'interrogeait donc sur la pertinence d'envisager les réhospitalisations en fixant une barre à 30 jours, qui ne correspondait en fait à aucune réalité clinique. Il suggérait donc d'étudier la possibilité de créer deux types de tarification à l'épisode de soins, en fonction de la sévérité des patients, et recommandait de prendre en compte les diversités géographiques des pratiques.

Discussion

En dépit des limites soulignées, la position retenue par la *Medicare Payment Advisory Commission* [1] est très clairement en faveur du développement et de la diffusion des expériences de paiement à l'épisode de soins. Ainsi, dès 2008, elle recommandait un passage progressif vers ce type paiement pour un grand nombre d'interventions médicales.

En 2009, *Medicare* avait donc mis en place un programme d'expérimentation du paiement à l'épisode de soins sur une période de trois ans pour les hospitalisations en soins aigus (procédures cardiovasculaires et orthopédiques) sur quinze sites [8] . Les établissements participants devaient avoir des volumes élevés d'activité, dans le but de tester la possibilité de bénéficier d'économies d'échelle. Les paiements considérés concernaient à la fois les parties A (soins hospitaliers) et B (soins des médecins, soins externes, équipements

¹⁵ Entreprise américaine de *consulting* stratégique en santé.

médicaux, et autres services médicaux) des tarifs *Medicare*, ainsi que les tests réalisés avant l'hospitalisation, mais pas les soins suivant l'hospitalisation. *Medicare* partageait les économies réalisées avec les sites participants et les patients.

En 2010 et 2011, dans le cadre du suivi du *Patient Protection and Affordable Care Act* (Loi sur la protection des patients et des soins abordables)¹⁶, les *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) ont publié¹⁷ une note incitant au développement d'initiatives de paiement à l'épisode de soins à partir de janvier 2013 [8,10]. Les CMS doivent encourager les expérimentations volontaires avec les offreurs de soins et sur cinq ans. Les exemples cités étaient ceux du pontage coronarien et du remplacement de la hanche.

Les offreurs mettant en application ce dispositif devant être rémunérés sur la base d'un paiement à l'acte, mais à un taux réduit négocié. À la fin de l'épisode de soins, le total des paiements effectués pour cet épisode était comparé au forfait de paiement à l'épisode cible. Si le total des paiements effectués est inférieur à la cible, les producteurs de soins se partagent la différence. Les accords conclus avec les professionnels peuvent également comprendre des modalités de partage des gains entre les offreurs. Ce paiement à l'épisode peut également comprendre des incitations pour accroître la coordination des soins, la qualité et l'efficacité.

La participation des établissements de santé au programme est importante (400 projets expérimentaux en octobre 2013 et 2000 en juin 2014) le plus souvent pour le remplacement de la hanche [16], mais les résultats, notamment sur le partage de risque entre offreurs et l'efficacité de ce programme de paiement à l'épisode de soins ne seront disponibles qu'à partir de 2018 pour les premiers.

Conclusion

Le dispositif de paiement à l'épisode de soins présente potentiellement des avantages en termes d'efficacité et a donné des résultats prometteurs dans le programme *Geisinger*, et mais plus mitigés dans *Prometheus*. Toutefois les données de preuve validant les présupposés théoriques d'efficacité restent encore lacunaires. Ce système de rémunération présente avant tout un intérêt financier pour les interventions coûteuses ou mobilisant un nombre important de producteurs de soins qui doivent se coordonner (par exemple la prise en charge autour du pontage coronarien). La réelle valeur ajoutée du paiement à l'épisode de soins repose sur la capacité de définir l'intervention la plus appropriée, les étapes de la prise en charge et le chemin clinique du patient, pour ensuite en déterminer le coût. Le paiement à l'épisode de soins aurait par ailleurs l'avantage d'être

¹⁶ Votée le 30 mars 2010.

¹⁷ CMS, *Fact Sheet, August 23, 2011, Bundled Payment for Care Improvement Initiative*.

incitatif pour l'amélioration de la qualité, puisqu'il transfère le risque financier associé aux mauvaises pratiques sur vers les professionnels de santé et les établissements.

Compte tenu des difficultés pratiques de mise en application rencontrées aux Etats Unis, notamment au niveau administratif (collecte des informations, coordination des offreurs, etc..) la mise en place d'une tarification à l'épisode de soins, si elle était retenue en France, devrait s'accompagner d'une période d'expérimentation préalable et ne porter que sur quelques prises en charge. Comme cela a été recommandé par la HAS en 2013 [15], la mise en place d'une expérimentation du paiement à l'épisode de soins pourrait se faire dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, de la consultation de confirmation du diagnostic aux éventuelles réhospitalisations. Pour autant, il semble plus prudent d'attendre les résultats des expérimentations actuelles conduites aux Etats Unis par le programme Medicare.

Références

- [1]. Medicare Payment Advisory Commission. *Report to the Congress. Reforming the delivery system*. Washington: MEDPAC; 2008.
- [2]. Liu CF, Subramanian S, Cromwell J. Impact of global bundled payments on hospital costs of coronary artery bypass grafting. *J Health Care Finance* 2001; 27(4):39-54.
- [3]. Jiang S, Couralet M, Girault A. et al. The rationale for the French Hospital Experiment with P4P (IFAQ): *Lesson from abroad*. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales* 2012;7-8(30):435-453.
- [4]. Moisdon JC, Une histoire de la T2A, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales* 2013;2-3(31):107-120.
- [5]. Rastogi A, Mohr BA, Williams JO, et al. Prometheus payment model: application to hip and knee replacement surgery. *Clin Orthop Relat Res* 2009;467(10):2587-97.
- [6]. Hussey PS, Ridgely MS, Rosenthal MB. The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. *Health Aff* 2011;30(11):2116-24.
- [7]. Avalere Health. *Piloting Bundled Medicare Payments for Hospital and Post-Hospital Care. A Study of Two Conditions Raises Key Policy Design Considerations*. Washington: Avalere Health; 2010. http://www.avalerehealth.net/research/docs/20100317_Bundling_Paper.pdf
- [8]. Dong,L, Fitch,K, Pyenson,B, et al., Milliman. *Evaluating bundled payment contracting*. Seattle: Milliman; 2011.
- [9]. Satin DJ, Miles J. Performance-based bundled payments: potential benefits and burdens. *Minn Med* 2009; 92(10):33-5.
- [10]. Government Accountability Office. *Medicare: Private Sector Initiatives to Bundle Hospital and Physician Payments for an Episode of Care*. Washington: GAO; 2011.
- [11]. Health Care Incentives Improvement Institute, Robert Wood Johnson Foundation. *Prometheus payment®. Pilot Assessment and Implementation Toolkit*. Newtown: HCI3;

-
- [12]. Casale AS, Paulus RA, Selna MJ, et al. "ProvenCareSM": a provider-driven pay-for-performance program for acute episodic cardiac surgical care. *Ann Surg* 2007;246(4):613-21.
- [13]. Rosenthal MB. Beyond pay for performance--emerging models of provider-payment reform. *N Engl J Med* 2008; 359(12):1197-200.
- [14]. Commonwealth Fund, McCarthy,D, Mueller,K, Wrenn,J. *Geisinger Health System: Achieving the Potential of System Integration Through Innovation, Leadership, Measurement, and Incentives*. New York ; Washington: Commonwealth Fund; 2009.
- [15]. Haute Autorité de Santé, Hirtzlin I. Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, Etat des lieux et perspectives, Juin 2013.
- [16]. Chen LM, Meara E, Birkmeyer JD Medicare's Bundled Payments for Care Improvement initiative: expanding enrollment suggests potential for large impact. *Am J Manag Care*. 2015 Nov;21(11):814-20
-