

L'ambulatoire à tout prix ?

Quels impacts sur les pratiques organisationnelles
quel financement ?

Colloque SFSPM
Dijon 17/11/16

Lise Rochaix, Professeur à l'université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne,
Membre de l'école d'économie de Paris et titulaire de la chaire
hospinnomics

hospital
innovation
economics

CHAIRE

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

 ECOLE D'ECONOMIE DE PARIS
PARIS SCHOOL OF ECONOMICS

Pas de conflits d'intérêt

Le cancer du sein est une **cible privilégiée** par :

- le nombre de patientes qu'il concerne
- le type de chirurgie (hospitalisations courtes
- Dans certains cas, chirurgie & radiothérapie (intra-opératoire)

Les **indications principales** : tumorectomies ou les tumorectomies avec procédure du ganglion sentinelle

Elargissement envisageable aux indications de curage axillaire, de mastectomie, et autres gestes de plastie

Selon Unicancer 50% des chirurgies du sein pourraient être réalisées en 2020 en ambulatoire, voire plus => **3ème Plan Cancer 2014-2019** vise 50% de chirurgie du sein en ambulatoire.

⇒ l'ambulatoire peut devenir **le standard** sous certaines conditions

- 25% de la chirurgie pour le cancer du sein serait réalisée en ambulatoire
 - 23% s'il s'agit d'un geste mammaire seul,
 - 1% en cas de geste ganglionnaire associé,
- **Variabilité importante des pratiques.**
 - 15% des actes de chirurgie pour cancer du sein seraient réalisés en ambulatoire dans les établissements privés (qui réalisent 50% des actes de chirurgie sénologique toutes indications confondues),
 - 13% dans les établissements publics (30% des actes de chirurgie sénologiques),
 - 9% dans les centres de lutte contre le cancer (20% de la chirurgie sénologiques).

Les conditions de l'extension d'indications

Dans le cadre d'une **étude de faisabilité** réalisée à la Pitié-Salpêtrière, un certain nombre de **conditions** ont été identifiées pour assurer l'extension des indications dans les meilleures conditions

- Un **ciblage précis des contre-indications** et une adaptation en temps réel sur la base du retour d'expérience en CA
- Une prise en charge optimisée de **la douleur** avec le développement des anesthésies loco-régionales permettant de limiter les douleurs post opératoires
- une **information détaillée** pré-opératoire (pour le curage et la mastectomie par des médecins, des infirmières d'annonce)
- un **parcours de soin adapté** avec prise en charge par des infirmières et des kinésithérapeutes à domicile
- Un **travail d'amont** renforcé et une modification profonde de l'organisation des soins

Une situation gagnant gagnant ?

Analyse des attendus de prise en charge en ambulatoire :

Plusieurs rapports consensuels :

HAS-ANAP 2013; IGAS 2014 ; IGAS 2016

Situation de type 'gagnant-gagnant' ou Win – Win ou encore de
'**double dividende**'

1 – Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par :

- réduction es infections nosocomiales

- amélioration de la la maîtrise des risques et organisation optimisée de l'activité

2 r – Réduction des coûts associés à **la prise en soins** chirurgicale et à la réduction de la durée de séjour

Mission IGAS 2014 sur le développement de la CA :

Le transfert en ambulatoire peut s'accompagner de trois types d'économies :

- **des réductions d'effectifs** (équipes de nuit et de week-end) et de charges liées à la fermeture d'unités d'hospitalisation complète,
- **des gains de productivité** entraînant une baisse des effectifs nécessaires
- **des réorganisations territoriales** qui se traduisent par la fermeture d'unités de chirurgie conventionnelle lorsque l'activité restante après transfert s'avère insuffisante

La politique d'incitation (financière et non financière) à l'ambulatoire existe en France depuis de nombreuses années

Elle a été renforcée à partir de 2009 (cf. annexe 1 rapport IGAS 2014) avec la constitution d'un **tarif unique** entre le séjour en ambulatoire (codification en J) et les séjours comparables en hospitalisation complète de premier niveau de sévérité a été instauré initialement pour 18 GHM.

La logique a conduit à étendre ce tarif unique à un nombre croissant de GHM, par paliers

2014 : Renforcement du dispositif incitatif : extension du tarif unique et suppression des bornes basses (durée de séjour en dessous de laquelle le tarif appliqué par l'Assurance-Maladie subit une décote)

Tarifs incitatifs : quels enseignements ?

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/ ...)

Tarifs incitatifs : quels enseignements ?

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 ?

Tarifs incitatifs : quels enseignements ?

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

Tarifs incitatifs : quels enseignements ?

Vers des modes incitatifs **respectueux des missions premières** des professionnels de santé :

- **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

- **A l'international**, les études montrent que la prise en charge ambulatoire mobilise **moins de ressources** que la chirurgie classique en termes de coûts hospitaliers directs.
- Le rapport R. Cash 2011 à la DREES avait montré que ces incitations financières mises en place depuis 2007 étaient **mal connues**, ce qui peut en partie expliquer le retard
- Le rapport HAS – ANAP 2013 montre **le retard en France**, identifie les freins et fait des recommandations, avec des outils pratiques (check-lists, passeports, appels du patient) pour développer la chirurgie ambulatoire

La mesure précise de **l'impact financier attendu** de cette évolution est délicate et les estimations varient de manière importante selon les rapports.

Mais pour autant, les **coûts indirects** ne sont en général pas mesurés (arrêt de travail, aidants, transports, ...), ni les variations dans la participation financière des patients ou des organismes de protection sociale complémentaire.

Le rapport IGF 2014 appelle à une **évaluation globale de l'impact** de la politique d'incitations tarifaires mise en place depuis 2007 (tarif unique)
=> Un **travail est en cours** à la DREES avec Hospinnomics pour évaluer cet impact global de la politique d'incitations tarifaires

L'incitatif repose sur un mécanisme économique simple : si on augmente le prix relatif payé à l'hôpital pour une opération en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en chirurgie dite conventionnelle, => par **effet de substitution** le taux de chirurgie ambulatoire devrait augmenter.

1 - Est-ce vérifié ?

2 – La politique d'incitation a-t-elle d'autres effets non désirés, ?

- Baisse de qualité par recours excessif à la CA
- Augmentation absolue de la chirurgie ambulatoire (due à un **effet-prix** sur le tarif des séjours en ambulatoire), conduisant à une éventuelle surutilisation?
- Réhospitalisations indues
- Risque de sélection des patients

Au delà de la mesure des effets 'secondaires' potentiels, il importe aussi de mesurer la préférence des usagers/patientes

La plupart des femmes semblent satisfaites par leur chirurgie ambulatoire

- permet de rentrer rapidement chez soi
- d'être acteur à part entière des soins

Existence de biais de mesure de ce résultat:

- Effet de sélection : les femmes répondant positivement sont probablement déjà celles qui attribuaient déjà à la chirurgie ambulatoire une valence positive

⇒ **Un travail de mesure précis doit être mené**

L'utilisation de la méthode des **expériences en choix discrets** (DCE) s'est considérablement développée dans le domaine de la santé au cours des 15 dernières années.

=> une méthode de révélation des préférences qui consiste à soumettre les individus interrogés à des **situations hypothétiques de choix entre attributs**.

Méthode de DCE menée sur les **patients et leur entourage ou sur des équipes de soin**

Exemple **d'attributs** :

- Délai de la prise en charge en cas de problème
- Mobilisation de l'entourage familial
- Confort et coordination

Exemple 1 : projet d'évaluation des préférences pour le dépistage du sein

Le projet financé par l'IRESP (INSERM)

- mené sous la responsabilité de Christine Le Clainche (Université de Lille 1) pour Hospinnomics et en collaboration avec Catherine Uzan
- par une équipe pluridisciplinaire (cliniciens, psychologues, économistes)
- Avec le concours de l'association Seintinelles

Comprendre à l'aide des outils de l'économie comportementale (*behavioral economics*) les **préférences et attitudes** des patientes à l'égard du dépistage et suivre le parcours du diagnostic

Exemple 2 : Cancer de l'endomètre et CA

Le projet '**AMBU – ENDO**' mené dans le cadre du Programme d'évaluation médico- économique de la DGOS (Min de la santé)

Essai randomisé (250 patients, Pitié-Salpêtrière, Paris) : chirurgie ambulatoire dans le cancer de l'endomètre

Equipe pluridisciplinaire :

Cliniciens : Catherine Uzan, Geoffroy Canlorbe

Economistes : Lise ROCHAIX, Isabelle DURAND-ZALESKI, Julie BULSEI, Valérie CLEMENT, Jean-Michel JOSSELIN

Le développement doit être raisonné

- L'extension doit se faire une fois identifiés précisément les risques post-opératoires, dans le cadre de travaux impliquant la HAS, l'INCA
- **coordination renforcée** pour la prise en charge en aval notamment pour les effets secondaires, la douleur
- Les conditions d'exercice de la pratique médicale sont différentes et il faut effectivement **investir dans la formation** et l'entraînement pour des opérateurs performants ; **l'équipement** pour des actes mini-invasifs et des locaux pour un circuit fonctionnel
- Les **préférences des patients et des professionnels de santé doivent être mesurées** : Le questionnaire e-satis de l'ATIH à présent repris par la HAS ne s'applique qu'à des séjours de plus de 48h. Il a vocation à s'étendre à l'ensemble des séjours, y compris l'ambulatoire Ceci permettra de suivre l'appréciation de la qualité par les usagers

Conclusion :

Ce n'est **pas une chimère**, car d'autres pays réussissent à la développer

Elle recèle des gains d'efficience, à qualité égale (voire supérieure), qui pourront être réalloués vers d'autres innovations

Ce n'est **pas une chirurgie low cost**, mais une innovation organisationnelle au bénéfice des patients

Ce n'est donc **pas la solution 'miracle'** au déficit de l'assurance maladie : il faut prendre en compte l'ensemble des coûts (yc indirects) et des investissements à réaliser.

⇒ Importance **d'études d'évaluation multidisciplinaires et globales** dépassant la simple logique médico-économique pour analyser l'ensemble des dimensions impliquées par le virage ambulatoire