

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/576-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-le-financement-integre-des-soins-de-maternite-aux-pays-bas.pdf>

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays

Allemagne • Angleterre • États-Unis • Italie • Pays-Bas
Le financement intégré des soins de maternité

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

1-2a

Études de cas

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 06 •
www.irdes.fr • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication/Director of publication** Denis Raynaud
- **Éditrice/Editor** Anne Evans • **Éditrice adjointe/Associate editor** Anna Marek
- **Maquettiste/Lay-out artist** Franck-Séverin Clérembault
- **Assistant à la mise en page/Lay-out assistant** Damien Le Torrec
- **Diffusion/Diffusion** Suzanne Chriqui
- **Dépôt légal** : février 2021 • **ISBN** : 978-2-87812-536-8

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays

Allemagne • Angleterre • États-Unis • Italie • Pays-Bas
Le financement intégré des soins de maternité

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

Études de cas

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier nos collègues néerlandais, notamment Jeroen Struijs et Zoë Scheefhals du Leiden University Medical Center, qui nous ont aidés à organiser les visites et ont partagé avec nous leur expertise du système de soins néerlandais. Nous remercions également les professionnels de santé et les autres acteurs du terrain, pour le temps qu'ils ont accepté de nous consacrer dans le cadre de cette étude. Nos remerciements vont également à nos collègues et experts du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), en particulier Anne-Marie Brocas, Renaud Legal, Nathalie Fourcade et Jean-François Thébaut, qui nous ont fourni des commentaires avisés à différentes étapes de ce travail. Enfin, nous tenons à remercier l'équipe éditoriale de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Anne Evans et Anna Marek, pour leur implication dans la réalisation de ces monographies.

Sommaire

Remerciements	2
Avant-propos	5
Le système de santé néerlandais en bref	7
1. Contexte	9
2. Aperçu du développement des Organisations de soins de maternité intégrés	10
3. Une vision commune de la prise en charge intégrée et multidisciplinaire de la maternité	12
4. Mise en œuvre du paiement à l'épisode de soins de maternité (<i>bundled payment</i>)	14
4.1. Les forfaits de maternité	15
4.2. Sortir du forfait global	15
4.3. Rémunération des fournisseurs de soins	15
5. Principaux enseignements	17
6. Références bibliographiques	19

Avant-propos

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, mais jusqu'ici peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital, et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. France Stratégie (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam)) a demandé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) d'apporter un éclairage international sur la question.

En collaboration avec des chercheurs et des experts de cinq pays – Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas –, nous avons identifié plusieurs modèles d'organisation des soins spécialisés. Afin de comprendre l'organisation effective des soins autour de pathologies spécifiques, nous avons réalisé dans ces pays différentes études de cas entre juin 2018 et mars 2019. Celles-ci n'ont pas pour objectif de fournir une description globale des soins ambulatoires dans chaque pays. Il s'agit plutôt d'étudier les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents.

Cette étude de cas décrit l'organisation des soins de maternité aux Pays-Bas, ainsi que les expérimentations de *bundled payment* visant à soutenir un modèle de soins de maternité intégrés. Elle s'appuie sur des visites de sites conduites en décembre 2018 au cours desquelles nous avons interviewé les principaux acteurs de la mise en place de ces expérimentations, les experts et les personnes impliquées dans les expériences pilotes de *bundled payment*, notamment des professionnels de santé au sein d'un hôpital.

LE SYSTÈME DE SANTÉ NÉERLANDAIS *en bref*

Le système de santé des Pays-Bas peut être qualifié d'hybride. S'il a été fondé selon la tradition bismarckienne d'assurance maladie sociale, l'introduction en 2006 de la « concurrence régulée » a créé une nouvelle gouvernance partagée. Tous les habitants sont tenus de souscrire une assurance maladie de base obligatoire pour les soins essentiels auprès d'assureurs privés. Celle-ci peut être complétée par une assurance volontaire dont le niveau de couverture et les primes, déterminés par les assureurs, sont variables. L'assurance maladie obligatoire est financée par une contribution liée au revenu, déterminée au niveau national, une subvention de l'État pour les assurés de moins de 18 ans et des primes communautaires qui varient en fonction de l'assureur (tous les assurés d'un même assureur paient la même prime, quel que soit leur âge ou leur état de santé). Les assureurs sont tenus d'accepter toutes les demandes et les assurés ont la possibilité de changer d'assureur chaque année. Le système s'appuie, d'un côté, sur des assureurs qui s'engagent dans des achats de soins essentiels et, de l'autre, sur des fournisseurs de soins sous contrat, qui sont en concurrence tant sur le plan de la qualité que des coûts. Des organismes quasi-gouvernementaux, indépendants, veillent au respect des règles par les acteurs du marché des soins de santé (Schäfer *et al.*, 2016). Depuis 2006, ces acteurs – consommateurs, fournisseurs de soins et assureurs – se sont vu accorder un rôle beaucoup plus important tandis que l'Etat, s'il conserve son pouvoir de décision en dernier lieu, a nettement réduit son intervention.

Le médecin généraliste est la figure centrale des soins primaires aux Pays-Bas. Bien que l'inscription auprès d'un généraliste ne soit pas formellement exigée, une recommandation de ce dernier est requise pour les soins hospitaliers et spécialisés. De nombreux généralistes emploient en tant que salariés des psychologues et des infirmières de soins primaires (Wammes *et al.*, 2017). Afin d'encourager la coordination des soins, des rémunérations forfaitaires globales (*bundled payment*) sont prévues pour certaines maladies chroniques, comme le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique. Les « groupes de soins », qui sont des entités juridiques (principalement des réseaux de médecins généralistes), assument la responsabilité clinique et financière des patients chroniques inscrits ; ces groupes peuvent acheter des services auprès de plusieurs fournisseurs de soins. Actuellement, les rémunérations forfaitaires globales ne couvrent pas les services spécialisés.

La quasi-totalité des médecins spécialistes exercent en milieu hospitalier, soit en tant que libéraux rémunérés à l'acte (environ 54 % de spécialistes), soit en tant que salariés (46 %), principalement dans des cliniques universitaires. Depuis 2015, les honoraires des spécialistes sont librement négociables dans le cadre de la prise en charge hospitalière. La plupart des hôpitaux sont des structures privées à but non lucratif, rémunérées à l'activité par le biais d'un système de groupes homogènes liés au diagnostic (*Diagnosis treatment combinations*). Il existe également de petites cliniques, appelées « Centres de traitement indépendants », spécialisées uniquement dans la chirurgie ambulatoire. Une tendance récente consiste à travailler à l'extérieur des hôpitaux dans des centres ambulatoires multidisciplinaires, mais ce changement demeure marginal, la plupart de ces centres restant liés aux hôpitaux. Les spé-

cialistes qui exercent dans des centres ambulatoires sont rémunérés à l'acte, la grille d'honoraires étant négociée avec les assureurs. Les patients sont libres de choisir leurs fournisseurs de soins (après orientation du médecin généraliste), mais les assureurs peuvent fixer des clauses différentes (restes à charge) selon les choix de fournisseurs.

1. Contexte

- ▶ Aux Pays-Bas, l'accent est traditionnellement mis sur l'accouchement naturel et les sages-femmes jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des futures mères, en les aidant à mener une grossesse sans complications et à minimiser les interventions médicales inutiles.
- ▶ Les femmes peuvent choisir librement comment et où elles souhaitent accoucher, y compris à la maison si elles le souhaitent.
- ▶ Les soins de maternité sont organisés selon une échelle de risque et reposent sur l'idée qu'une femme en bonne santé ayant une grossesse sans complications (à faible risque) sera le mieux prise en charge par une sage-femme encourageant la naissance « naturelle » (sans péridurale).
- ▶ En 2004, la première Enquête périnatale européenne (European Perinatal Survey) a montré que les Pays-Bas avaient l'un des taux les plus élevés de mortalité périnatale précoce (dans la semaine suivant l'accouchement) en Europe occidentale (3 pour 1000 nouveau-nés, contre 1,8 en France).
- ▶ Ces résultats ont alerté tant les professionnels de santé impliqués dans les soins de maternité que les décideurs ; depuis, l'amélioration des soins de maternité (dans les phases périnatale, natale et postnatale) est devenue une priorité politique.
- ▶ Diverses mesures ont été prises pour améliorer la qualité des soins pendant la grossesse et l'accouchement, notamment l'introduction de visites pré-conceptionnelles, la création d'un Comité directeur (*Steering committee*) réunissant différents professionnels des soins de maternité, et la mise en place d'un organisme d'audit, le *Perinatal Audit in the Netherlands* (PAN).
- ▶ En 2009, le Comité directeur a formulé des recommandations pour améliorer la qualité des soins périnataux, en favorisant notamment une meilleure collaboration et communication entre les professionnels de santé concernés, ainsi qu'entre les professionnels et les femmes enceintes et leurs familles, dans le cadre d'un modèle de soins intégrés accordant également plus d'attention à la prévention pendant la grossesse.
- ▶ Le Collège des soins périnataux (CPZ) a été créé en 2011 pour mettre en œuvre les recommandations du Comité directeur. Travaillant avec des représentantes de femmes enceintes et l'ensemble des professions de santé concernées, ainsi qu'avec les hôpitaux, les organisations de soins de maternité et les assureurs de santé, le CPZ a pour mission de promouvoir la coopération entre les différents professionnels de santé impliqués dans les soins obstétricaux.
- ▶ Nous présentons dans cette étude de cas le modèle néerlandais des soins de maternité intégrés et les expérimentations de paiement à l'épisode de soins (*bundled payment*) qui appuient ces nouveaux modèles de soins intégrés.

2. Aperçu du développement des Organisations de soins de maternité intégrés

Dans le domaine des soins obstétricaux et périnatals, il existe une distinction claire entre les soins primaires, secondaires et tertiaires. Les sages-femmes de soins primaires accompagnent les femmes pendant la grossesse et l'accouchement lorsque ces deux étapes se déroulent normalement (femmes à faible risque présentant une grossesse sans complications). Les médecins généralistes peuvent également participer aux soins primaires de maternité ; ils prennent en charge environ 0,5 % de toutes les naissances, principalement dans les zones rurales (KNOV, 2017). En cas de complications anticipées, les sages-femmes orientent les femmes enceintes vers des soins secondaires. Des lignes directrices claires sur la façon et le moment de prendre une décision de réorientation ont été établies. Les soins secondaires sont dispensés dans les hôpitaux généraux par des obstétriciens et des sages-femmes praticiennes (ayant reçu une formation plus avancée) et les soins tertiaires dans les hôpitaux universitaires. Les gynécologues intervenant dans les soins obstétricaux secondaires et tertiaires prennent en charge les femmes enceintes à haut risque, parfois dès le début de la grossesse, mais en général sur recommandation de la sage-femme (Amelink-Verburg et Buitendijk, 2010 ; RIVM, 2014).

Les soins de maternité aux Pays-Bas sont structurés autour de l'idée qu'une femme en bonne santé ayant une grossesse sans complications (faible risque) est mieux prise en charge par une sage-femme. La formation de sage-femme, qui dure quatre ans, mène à l'obtention d'un Bachelor of Science (en France, la durée est de cinq ans et conduit à un Master). Les femmes à faible risque peuvent choisir d'accoucher à domicile sous la supervision d'une sage-femme et d'une assistante de maternité, ou dans la clinique ambulatoire d'un hôpital. Dans ce cas, le copaiement s'élève à 300 ou 400 euros environ (la plupart des assurances complémentaires couvrent ces frais). L'accouchement aura lieu en présence de la sage-femme de soins primaires et de l'assistante de maternité ; la mère et le bébé quittent l'hôpital dans les deux à trois heures suivant l'accouchement. En cas de complication pendant l'accouchement, la sage-femme oriente la patiente vers l'obstétricien. Les femmes présentant un risque plus élevé accoucheront à l'hôpital, sans copaiement, et seront assistées par une sage-femme praticienne et un obstétricien. La stratification des risques et une répartition claire des tâches entre ces différentes strates sont les caractéristiques essentielles du système néerlandais. Les accouchements en milieu hospitalier (incluant une nuit sur place) sont rares mais les mères, qui sont généralement de retour à la maison quelques heures après l'accouchement, reçoivent une aide régulière à domicile. Cette aide est assurée par des auxiliaires puéricultrices, qui aident les jeunes parents dans les premiers jours (pendant une semaine en moyenne (38 heures), avec un maximum de 10 jours et de 49 heures).

Dans les dernières décennies, un nombre croissant de femmes ont choisi d'accoucher à l'hôpital plutôt qu'à la maison. En 2012, 30 % des femmes ont accouché en soins primaires (maisons de naissance ambulatoires), dont 16 % à domicile, tandis que 70 % des enfants sont nés dans une maternité spécialisée, principalement en ambulatoire.

L'audit périnatal, introduit en 2010, a servi d'instrument pour garantir et améliorer la qualité des soins périnatals. Le Collège des soins périnatals (CPZ) a été créé en janvier 2011 pour mettre en œuvre les recommandations suivantes du Comité directeur :

- Adopter une vision plus large et intégrée des soins de maternité, qui ne soit pas seulement celle des sages-femmes ou des obstétriciens, afin d'investir dans des parcours de soins in-

tégrés où les professionnels de santé prennent la responsabilité conjointe des femmes enceintes.

- Donner aux femmes enceintes la possibilité de gérer leur propre parcours et de choisir librement où et comment elles souhaitent accoucher ; s'assurer qu'elles sont bien informées tout au long de la grossesse.
- Accorder plus d'attention à la prévention : les femmes qui ne fument pas, ne boivent pas et mangent sainement tout au long de la grossesse auront plus de chances d'avoir un bébé en bonne santé.
- Proposer des interventions spécifiques pour les femmes à haut risque, par exemple pour celles qui vivent dans un environnement socio-économique défavorisé.

Avec l'appui du ministère de la Santé, un programme de recherche sur les soins intégrés propres à la maternité a été élaboré. Le Collège des soins périnataux a travaillé avec différentes organisations professionnelles et associations de patients afin de développer une vision commune de ce que doivent être des soins de maternité intégrés.

Sur ces fondements, un document de référence pour les soins de maternité a été rédigé (*standard for maternity care*), qui fournit un cadre général définissant des principes de soins plutôt que des recommandations cliniques. Ce document préconise notamment d'attribuer un *case manager* à chaque femme enceinte, en général une sage-femme (celle-ci étant habituellement la première à voir la patiente). Cette mission peut être confiée à l'obstétricien si un suivi médical est nécessaire, mais la sage-femme continuera à être coresponsable du patient. Dans le parcours de soins, il est également suggéré d'introduire une visite à domicile par une assistante de maternité (encadré ci-dessous) pendant la grossesse et avant l'accouchement, afin d'évaluer les conditions de vie de la future mère et les risques potentiels.

Les assistantes de maternité - *Kraamverzorgster*

Ces assistantes, qui ont suivi une formation courte après l'école secondaire, travaillent avec la sage-femme à domicile ou en maison de naissance pour aider à l'accouchement. Elles jouent en outre un rôle clé dans les soins postnatals en accompagnant la mère et le nouveau-né les huit à dix premiers jours après l'accouchement. Elles effectuent des contrôles médicaux, éduquent les femmes à l'allaitement et s'occupent des tâches ménagères légères (préparation des repas, soins des autres enfants, lessive, nettoyage, etc.). La tendance actuelle est d'encourager l'assistante de maternité à développer sa formation médicale et à fournir moins de tâches ménagères et plus de soins médicaux. Leur rôle est essentiel car ce sont les seules professionnelles (hormis les sages-femmes) qui voient la patiente à domicile, et qui sont donc susceptibles d'identifier les besoins sociaux ou les situations difficiles.

Ce nouveau cadre a également contribué à réorganiser les soins obstétricaux autour des réseaux professionnels de soins de maternité au niveau territorial. Aujourd'hui, les obstétriciens travaillent dans 76 « collaborations obstétricales régionales », qui sont des réseaux de gynécologues, de sages-femmes, d'assistantes de maternité, de pédiatres et parfois de services sociaux. Elles sont organisées autour d'un ou deux hôpitaux et de cabinets de sages-femmes en soins primaires. Prenant en compte les besoins de la population locale, elles développent des actions visant à prendre en charge des problèmes au niveau local (par exemple : investir dans la lutte contre le tabagisme dans certaines régions, etc.).

3. Une vision commune de la prise en charge intégrée et multidisciplinaire de la maternité



A chaque étape, à chaque phase du projet, nous définissons des valeurs et des objectifs communs, et je crois que c'est la clé de tout. »

Obstétricien impliqué dans
l'expérimentation du *bundled payment*

Le système du *bundled payment* ou paiement à l'épisode de soins est le résultat d'un long processus au cours duquel les professionnels de santé ont élaboré ensemble, étape par étape, une vision commune de ce que doivent être les soins de maternité intégrés. A chaque étape, ils ont défini des valeurs communes et créé des protocoles de partage des tâches et des responsabilités dans le cadre d'un parcours intégré de soins de maternité.

Dans un premier temps, les professionnels ont commencé par décrire leurs pratiques. A partir de ces descriptions, ils ont identifié, en s'appuyant sur des critères de qualité, ce qu'ils souhaitent conserver et ce qu'ils pouvaient améliorer ou changer. Les compagnies d'assurance, en s'appuyant sur leurs propres données, les ont également aidés à identifier les aspects à améliorer et les activités jugées trop coûteuses compte tenu des résultats. Par exemple, sur la base d'une analyse conjointe des besoins des patientes et de ceux des professionnels de santé – qui souhaitent être mieux informés sur la situation des patientes –, il est apparu nécessaire d'introduire avant l'accouchement une visite à domicile par l'équipe de soins de maternité. La visite est standardisée et un compte rendu est systématiquement envoyé à l'obstétricien, au médecin généraliste et à la sage-femme afin qu'ils disposent de toutes les informations nécessaires le jour de l'accouchement. Cette visite permet également à toute l'équipe d'agir si un problème est détecté, tant sur le plan médical que social. Ce type d'action a contribué à créer une véritable responsabilité partagée.

Le principal défi consiste à créer les conditions pour une meilleure intégration des soins, notamment dans leur dimension sociale, tout en conservant les revenus de chacun des professionnels. En effet, les sages-femmes sont des professionnelles libérales dirigeant leur propre cabinet ; la nouvelle organisation intégrée doit avant tout garantir que ces dernières puissent conserver leur niveau de revenus, en investissant parfois dans de nouvelles activités telles que la promotion de la santé.

Dans un deuxième temps, afin de mieux organiser la prise en charge des futures mères et de partager les responsabilités entre les différents professionnels, ces derniers ont élaboré des protocoles et des recommandations très clairs :

- Un *case manager* doit être désigné pour chaque patiente ; la première personne consultée est toujours la personne responsable même si, à un moment donné, un autre professionnel (par exemple l'obstétricien) peut être davantage impliqué auprès de la patiente. C'est une façon d'assurer la continuité des soins et de partager la responsabilité.
- La patiente reçoit un document à travers lequel elle accepte de partager ses informations avec tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge (ces informations peuvent être partagées uniquement pendant la grossesse et le suivi, mais pas après).
- Les questions à poser à la patiente par la sage-femme sont clairement définies et, si nécessaire, une réunion d'équipe est organisée pour discuter des cas complexes.

- Un plan de naissance, sous forme écrite, est préparé pour chaque femme au début de la grossesse. Les futures mères sont impliquées dans leur plan de naissance. Elles peuvent y noter de façon détaillée leurs préférences pour l'accouchement et les soins postérieurs immédiats (par exemple, souhait d'avoir de la musique, de ne pas laver le bébé, volonté du père de couper le cordon, etc.), afin qu'il n'y ait pas de confusion lors de la naissance.
- La patiente reçoit toute l'information dont elle a besoin afin que les décisions soient bien prises en commun.
- Des réflexions sont menées pour développer des actions ciblées en direction des femmes socialement vulnérables, afin de réduire les risques pendant la grossesse.
- Les sages-femmes sont formées pour faire le suivi médical à domicile si nécessaire (par exemple, dans le cas d'un bébé qui ne bouge pas beaucoup), pour éviter que les mères ne se rendent à l'hôpital.

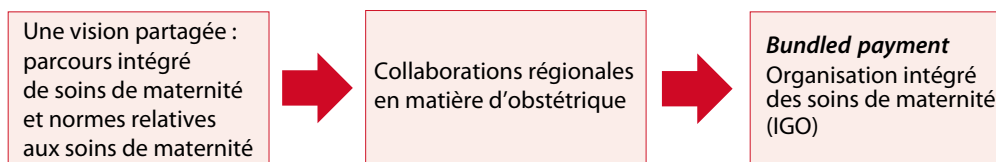
Enfin, les professionnels de santé, qui agissent en tant que groupe du fait de leur travail en commun, ont établi quelques « règles d'or » qui ont fait consensus. A titre d'exemple, les règles suivantes ont été signées par tous les professionnels dans l'une des régions participant à l'expérimentation :

- « Le patient d'abord »
- « Nous nous connaissons et nous respectons l'expertise de chacun »
- « J'ai confiance en mes collègues et je suis ouvert à tous les commentaires et *feedbacks* »
- « Nous communiquons ensemble »
- « Nous utilisons les méthodes SBAR¹ (tout le monde a été formé pour cela) »
- « En présence d'un patient, chaque professionnel doit déjà le connaître (ne pas lui poser de questions ni se poser de questions) »
- « Chacun sait ce qu'il a à faire »

Le paiement à l'épisode de soins de maternité est par conséquent la dernière étape d'un long processus vers plus d'intégration de la prise en charge de la maternité. Il est considéré par tous les acteurs comme un outil permettant d'atteindre un objectif commun : améliorer la santé maternelle et infantile.

Cet aspect est très important car le *bundled payment* renvoie à l'idée de confiance, laquelle est centrale pour tous ces professionnels qui acceptent de changer leur pratique : certains doivent en effet abandonner à d'autres des tâches qui leur incombent initialement afin de favoriser une meilleure coordination des soins.

Figure 1 Les différentes étapes menant au *bundled payment*



¹ La méthode SBAR (« *Situation Background Assessment Recommendation* ») est « un outil qui permet à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel. L'objectif de cette standardisation est de prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension entre professionnels, et de faciliter une communication documentée, claire et concise, et d'éviter -les oublis ». (d'après la Haute Autorité de santé, « Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé », octobre 2014).

4. Mise en œuvre du paiement à l'épisode de soins de maternité (*bundled payment*)



Le *bundled payment* est un outil stratégique, un moyen d'atteindre une fin plutôt que la fin elle-même. »

Conseiller politique sur les soins de maternité au ministère de la Santé néerlandais

En 2017, le ministère néerlandais de la Santé a mis en œuvre à titre expérimental une réforme du mode de rémunération dans l'objectif de promouvoir les soins intégrés et de nouvelles formes de prise en charge des femmes durant la grossesse et la maternité. Cette réforme consiste en une rémunération globale forfaitaire (*bundled payment*) pour l'ensemble des acteurs intervenant dans les soins de maternité : sages-femmes, gynécologues et autres professionnels de santé impliqués. A l'heure actuelle, la plupart de ces professionnels de santé sont rémunérés à l'acte.

L'expérimentation a débuté en 2017 pour une période de cinq ans. Huit groupes régionaux, sur un total de 76, se sont portés volontaires pour participer au programme pilote. Dans ces régions, une nouvelle organisation a été créée pour permettre l'expérimentation du *bundled payment* : l'Organisation intégrée des soins de maternité ou *Integrale Geboortezorg Organisatie* (IGO) en néerlandais. L'IGO est une nouvelle entité juridique dans le système de soins, constituée de plusieurs professionnels de santé – en général des cabinets de sages-femmes, des organisations de soins de maternité *post-partum* et des gynécologues. L'IGO intervient en tant que contractant principal et assume à la fois la responsabilité clinique et financière de tous les soins de maternité dispensés par les professionnels participant à l'IGO. Dans le cadre de l'expérimentation, chaque IGO reçoit une subvention de 200 000 euros du ministère de la Santé pour mettre en place l'organisation. Tous les professionnels impliqués dans la structure – sages-femmes, obstétriciens, etc. – ont leur mot à dire (par l'intermédiaire de leurs représentants) au sein du conseil d'administration de l'IGO, qui est le principal contractant dans le cadre du *bundled payment*, et qui négocie les conditions de paiement.

Les sages-femmes exercent en général dans des cabinets de groupe. Dans le cadre de l'expérimentation, tous les cabinets ont rejoint à l'échelle régionale une nouvelle coopération de sages-femmes, laquelle est représentée au conseil d'administration des IGO. Cette coopération en soins de maternité a été d'autant moins facile à mettre en place qu'en dehors de l'IGO, ces cabinets sont en concurrence. Les assistantes de maternité ont également créé leur propre coopération et rejoint l'IGO.

4.1. Les forfaits de maternité

Le *bundled payment* pour la maternité a été défini selon trois phases (périnatale, natale et postnatale), et deux niveaux de complexité (normal ou complexe) menant à une classification en neuf modules (tableau ci-dessous). Le *bundled payment* commence lorsque les patientes consultent pour la première fois un professionnel de santé qui devient le *case manager* (sage-femme ou obstétricien) et s'achève en général une semaine après l'accouchement. Le contenu de chaque module (soins à fournir) est défini par l'Autorité sanitaire néerlandaise (« *Dutch Health Care Authority* »), mais les prix sont librement négociés entre chaque assureur et l'IGO.

Tableau 1 Les neuf modules du forfait de maternité

	I. Phase périnatale	II. Phase natale	III. Phase postnatale		
Modules du forfait de maternité	1. Fausse couche (< 16 semaines)				
	2. Grossesse standard (> 16 semaines)	4. Accouchement standard (à domicile ou en ambulatoire)	7. Soins standards		
	3. Grossesse complexe			5. Accouchement à l'hôpital sans indication médicale	8. Soins complexes
				6. Accouchement complexe	

Pour chaque femme enceinte, l'IGO sera remboursé pour quatre modules. Par exemple, une femme ayant une grossesse sans complications recevra le paiement pour le module 2, puis le module 4 ou 5, le module 7, et, enfin, pour le module 9. Le module 9 comprend les services postnatals dispensés à domicile par les assistantes de maternité (encadré). Chaque femme en bénéficiera, quel que soit le niveau de complexité de l'accouchement. Les soins sont rémunérés sur une base horaire (avec un copaiement de 3 euros/heure). Le module 5 concerne les femmes qui souhaitent accoucher à l'hôpital mais sans raison médicale – le plus souvent pour bénéficier d'une péridurale –, ce qui nécessite un copaiement d'environ 300 euros (généralement payé par les assurances privées volontaires).

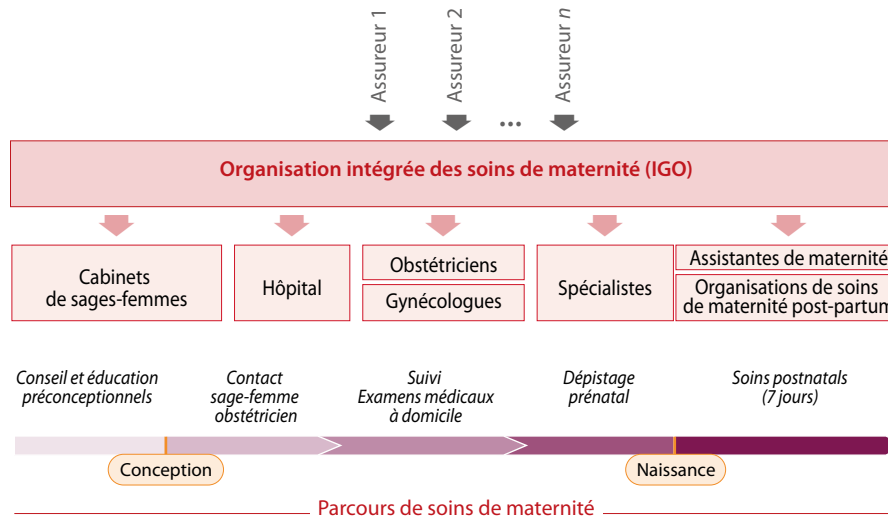
4.2. Sortir du forfait global

La liberté de choix est fondamentale aux Pays-Bas ; par conséquent, une patiente peut décider de « sortir » du parcours de soins de naissance si elle choisit de consulter un professionnel hors de l'IGO. Cela peut être le cas, par exemple, pour des patientes vivant à la frontière entre deux régions et qui accouchent dans un hôpital voisin qui n'est pas dans l'IGO, ou pour celles qui déménagent dans une autre région durant la grossesse. Ainsi, pour une patiente qui se situe dans le parcours pendant la phase périnatale mais accouche à un autre endroit, le forfait s'applique pour cette première phase mais pas pour les suivantes, et les professionnels seront rémunérés dans le cadre du précédent système (paiement à l'acte).

4.3. Rémunération des fournisseurs de soins

Aux Pays-Bas, les assureurs et les fournisseurs de soins négocient le prix et la qualité des soins, bien que la concurrence sur la qualité n'en soit qu'à ses prémices. Pour certains types de traitements pour lesquels il n'y a pas de négociation possible (environ 30 % des soins hospitaliers), comme les soins d'urgence ou les transplantations d'organes (en raison d'un nombre insuffisant de fournisseurs), l'Autorité sanitaire néerlandaise fixe des

Figure 2 Organisation intégrée des soins de maternité (IGO) - Schéma de la contractualisation



prix maximums. Les fournisseurs de soins sont des entrepreneurs indépendants sans but lucratif. Chaque organisation professionnelle et l'hôpital doivent négocier des contrats avec leurs différentes caisses d'assurance. Pour les soins de maternité, le processus traditionnel de rémunération à l'acte conduit à négocier un ensemble de plus de 200 prix. Afin de mettre en œuvre le *bundled payment*, l'Autorité sanitaire néerlandaise a réparti les 200 codes de procédure/paiement en neuf modules.

Dans la phase pilote, le ministère de la Santé a assuré qu'il n'y avait aucun risque financier pour les fournisseurs participant à l'expérimentation, et les revenus précédents ont été garantis pour une durée de trois ans.

En règle générale, chaque assureur de santé passe un contrat d'un an avec différents fournisseurs en fonction d'objectifs de qualité et surtout de coût/quantité. Sous le régime du *bundled payment*, l'IGO négocie avec les assureurs qui proposent des leviers d'amélioration de la qualité, en identifiant les activités pour lesquelles ils pourraient faire mieux en termes de coûts, sur la base de résultats de qualité. Par exemple, les échographistes possèdent leur propre entreprise et exercent séparément. Chaque IGO décide de sa propre politique en matière d'échographie (volume, calendrier, etc.), et c'est l'obstétricien ou la sage-femme qui demande l'échographie lorsque cela est nécessaire (pour éviter la demande induite par les échographistes). L'IGO organise des réunions médicales pour discuter en commun (avec différents fournisseurs de soins) des besoins pour différents cas. En principe, l'IGO (fournisseurs de soins) propose un plan indiquant les actions à mener pour réduire les coûts et améliorer la qualité et les résultats, en échange de quoi les assureurs acceptent de fournir un contrat de trois ans au lieu d'un an (information obtenue auprès d'un IGO participant à l'expérimentation).

5. Principaux enseignements

Obstacles

- ▶ Il n'est pas évident pour les professionnels de santé de savoir diriger une entité telle que l'IGO, qui est le contractant principal dans le cadre du *bundled payment*. La gouvernance d'un IGO nécessite des connaissances spécifiques en matière d'assurance, de finance et de droit fiscal. Or la plupart des professionnels n'ont pas ces compétences.
- ▶ Les négociations sont complexes en raison de l'existence de conflits d'intérêts entre les fournisseurs de soins concernés (rémunérés à l'acte).
- ▶ Des incertitudes existent chez les professionnels quant aux conséquences financières des nouveaux modèles d'organisation. Les différences de contrats entre les divers assureurs ont accru ces incertitudes.
- ▶ Dans un environnement où les fournisseurs de soins se font concurrence pour les mêmes patients, il est parfois difficile d'instaurer un climat de confiance entre les professionnels.
- ▶ L'attention peut se focaliser sur des questions techniques concernant la définition des forfaits des parcours plutôt que sur la qualité des soins du parcours.
- ▶ La question de savoir si le *bundled payment* contribue réellement au développement des soins intégrés n'a pas été tranchée dans la mesure où l'accent est surtout mis sur sa mise en œuvre. Les territoires pilotes impliqués avaient déjà un modèle de soins intégrés dont ils faisaient la promotion, le *bundled payment* n'étant que la dernière étape d'un long processus.

Leviers

- ▶ L'existence d'un consensus autour d'une vision et d'objectifs partagés afin de réduire la mortalité néonatale et d'améliorer les résultats maternels. La production de normes nationales communes de santé pour les soins de maternité a joué un rôle important dans la normalisation des parcours de soins.
- ▶ L'amélioration du suivi de l'activité et de la qualité des soins de maternité. Le benchmarking des performances des soins de maternité fait partie intégrante du processus d'évaluation régulier effectué par l'Institut national de la santé publique (« *Institute of Public Health* ») aux Pays-Bas : ces comparaisons des résultats au niveau national, ainsi que les comparaisons internationales faites à partir de Peristat, ont contribué à l'adhésion des professionnels de santé.
- ▶ La création des réseaux de soins de maternité associant tous les professionnels de santé au niveau local/régional sur tout le territoire national.

- ▶ Veiller à ce que les professionnels de santé impliqués dans le *bundled payment* soient financièrement assurés afin qu'il n'y ait pas de perdants à court terme. Les changements organisationnels sont coûteux et risqués pour les professionnels concernés. Le fait que les assureurs aient réassuré les professionnels de santé impliqués dans les projets pilotes était un élément important pour que ces derniers participent à l'expérience.
- ▶ L'investissement dans un fonds de transition destiné à couvrir les frais de démarrage initiaux pour aider les fournisseurs de soins à « passer le cap ».
- ▶ Une flexibilité dans l'organisation locale, qui laisse de la place à l'innovation. Dans chaque territoire, les professionnels de santé locaux appartenant à un IGO disposent d'une grande latitude pour décider de la façon dont ils partagent les tâches et les responsabilités afin d'atteindre des objectifs communs.

Cette expérimentation de cinq ans ayant débuté en 2017, les travaux d'évaluation sont encore en cours. Nul doute que ces résultats seront suivis attentivement, non seulement aux Pays-Bas, mais aussi en France où de nouveaux modèles de rémunération et d'organisation des soins sont expérimentés actuellement (article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale 2018).

6. Références bibliographiques

- Amelink-Verburg M., Buitendijk S.** (2010). "Pregnancy and Labour in the Dutch Maternity Care System: What Is Normal? The Role Division Between Midwives and Obstetricians", *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55 (3), 216-225.
- Euro-Peristat** (2004). European Perinatal Health Report, Euro-Peri Stat project report. <https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf>
- KNOV** (2017). *Midwifery in the Netherlands*, Rapport, Royal Dutch association of Midwives.
- Schäfer W., Kroneman M., Boerma W. et al.** (2016). "The Netherlands: Health System Review," in *Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- RIVM** (2014). *Dutch Health Care Performance Report*, National Institute of Public Health and Environment, Bilthoven. Netherlands.
- Struijs J.N., Hargreaves D.S.** (2019). "Turning a Crisis into a Policy Opportunity: Lessons Learned So Far and Next Steps in the Dutch Early Years Strategy", *The Lancet Child and Adolescent Health*, 3 (2), P66-68.
- Struijs J.N., de Vries E.F., van Dorst H. D., Over E.A.B., Baan C.A.** (2018). "Insight in Outcomes, Utilization and Medical Spending of Maternity Care and the First Experiences with Bundled Payments", *RIVM*, National Institute for Public Health and the Environment, https://www.rivm.nl/publicaties/geboortezorg-in-beeld-nulmeting-en-eerste-ervaringen-met-werken-met-integrale#abstract_en
- Struijs J.N., Baan C. A.** (2011). "Integrating Care Through Bundled Payments—Lessons from the Netherlands," *New England Journal of Medicine*, March 17, 364(11):990–91.
- Wammes J., Jeurissen P., Westert G., Tanke M.** (2017). "The Dutch health care system, 2016". In *International Profiles of Health Care Systems*, The Commonwealth Fund.

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays

Allemagne • Angleterre • États-Unis • Italie • Pays-Bas

Le financement intégré des soins de maternité

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient.

Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Une synthèse des résultats pour les cinq pays peut être consultée sur : www.irdes.fr/recherche/2020/qes-248-decloisonner-les-prises-en-charge-entremedecine-specialisee-et-soins-primaires-experiences-dans-cinq-pays.html

Cette étude de cas décrit l'organisation des soins de maternité aux Pays-Bas, ainsi que les expérimentations de *bundled payment* visant à soutenir un modèle de soins de maternité intégrés.

1-2a

Études de cas

Irdes
117Bis rue Manin 75019 Paris
Tél. : 01 53 93 43 00
www.irdes.fr

IRDES
Institut de recherche
et documentation en
économie de la santé

ISBN : 978-2-87812-536-8
© février 2021