KPMG

Soins intégrés

Une approche d'avenir

kpmg.ch/healthcare

Sommaire

Avant-propos	4
Le secteur de la santé est en pleine mutation	5
Les hôpitaux à l'ère des DRG	5
Développement de modèles de soins hors milieu hospitalier	7
Les soins intégrés – une approche d'avenir	9
Profils de patients contre besoins en termes de soins	13
Différents niveaux d'intégration	14
Une base solide – Les facteurs de succès stratégiques	17
KPMG Care Matrix	18
En quoi KPMG peut vous aider?	21

Les prestataires doivent se positionner stratégiquement, faire preuve d'une transparence accrue et s'intéresser de plus près aux nouveaux modèles de soins et d'indemnisation.

Avant-propos

Le système fédéraliste suisse en matière de santé fait face à de nombreux défis. En particulier, l'évolution démographique, l'augmentation des maladies chroniques et les progrès de la médecine engendrent une hausse constante des coûts de la santé. De plus, le système de santé suisse souffre d'un manque de transparence et d'un pilotage lacunaire. En raison du nouveau financement des hôpitaux (révision de la LAMal) et de la pression croissante sur les coûts, les hôpitaux, les cliniques et les autres prestataires doivent assurer leur performance à long terme afin de pouvoir se maintenir dans un environnement de plus en plus concurrentiel. Les prestataires doivent se positionner stratégiquement, faire preuve d'une transparence accrue et s'intéresser de plus près aux nouveaux modèles de soins et d'indemnisation. Très souvent, les différentes étapes de traitement ne sont pas suffisamment harmonisées. Les pertes d'information et les ruptures de communication entre les prestataires tout au long du processus de traitement d'un patient entraînent notamment un surdiagnostic et des traitements multiples. Il en résulte des conséquences négatives sur l'efficacité des traitements, la sécurité des patients et l'évolution des coûts.

La Suisse est considérée comme possédant l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Parallèlement, l'augmentation des primes grève de plus en plus le budget des ménages. La hausse des coûts et la qualité sont-elles corrélées? Quel est l'impact des progrès technologiques? Le financement du système est-il durable? Telles sont certaines des questions qui continueront à nous préoccuper à l'avenir.

Le présent rapport sur les soins intégrés fournit des pistes de réflexion quant à la manière de relever ces défis et présente diverses perspectives.

Michael Herzog, Partner,
responsable du secteur Healthcare

Le secteur de la santé est en pleine mutation

Notre espérance de vie a augmenté de quarante ans au cours des 150 dernières années. Un nouveau-né sur deux connaîtra le 22ème siècle et, d'un point de vue statistique, les octogénaires ont encore huit à dix ans devant eux.[1] L'espérance de vie élevée s'explique largement par les progrès technologiques et médicaux. De plus, le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques augmente, et la tendance est à la hausse. En Suisse, 2,2 millions de personnes souffrent aujourd'hui d'une affection chronique et un cinquième des plus de 50 ans souffrent de plusieurs maladies chroniques (multimorbidité). En 2011, les coûts matériels liés à ces maladies chroniques (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, maladies musculosquelettiques, dépressions et démences) représentaient 80% des coûts totaux, soit 51 milliards de francs. Les coûts indirects sont estimés à un montant compris entre 30 et 40 milliards de francs par an. Ils comprennent surtout les interruptions de travail, les retraites anticipées et les soins informels.[2]

Notre système de santé compte, aux côtés des Etats-Unis et des Pays-Bas, parmi les plus chers au monde. Les coûts élevés sont dus notamment au catalogue complet des prestations de l'assurance obligatoire des soins, à l'évolution de la demande, à la planification hospitalière traditionnelle axée sur des domaines spécialisés ainsi qu'aux effets pervers (fragmentation du financement des prestataires, mise en réseau lacunaire et manque de transparence). Parallèlement, la Suisse est réputée pour la grande qualité de son système de santé. Or qualité et coûts élevés ne vont pas forcément de pair. D'autres pays obtiennent des résultats d'une qualité similaire avec des coûts moindres.

Notre système de soins commence à atteindre ses limites financières et structurelles. Selon l'étude publiée par l'OBSAN, les patients souffrant de maladies chroniques constituent les principaux facteurs de coûts. D'autres pays connaissent une évolution similaire. Cette problématique peut être abordée de diverses manières. Il est clair que ces patients doivent faire l'objet d'un suivi plus actif et plus ciblé. Les structures actuelles ont pour conséquence qu'une grande partie de ces patients sont malgré tout pris en charge en milieu hospitalier. A cet égard, l'introduction du nouveau financement des hôpitaux en 2012 a engendré un changement de paradigme.

Les hôpitaux à l'ère des DRG

Depuis l'introduction des forfaits par cas, l'indemnisation porte sur les prix et non sur les coûts. Le passage au financement du sujet (patient) au lieu du financement de l'objet (exploitation globale) déploie de plus en plus ses effets. Selon André Zemp, responsable Healthcare Advisory, beaucoup de responsables des finances constatent avec consternation que, cinq ans après l'introduction des Swiss DRG, ils doivent s'attendre pour le budget 2016 à des «base rates» identiques, à peine supérieurs, voire même inférieurs, dans le domaine OCP. Avec une part de 60–70%, les prestations stationnaires de l'assurance de base représentent à cet égard la principale source de revenus de la plupart des hôpitaux.

En revanche, les frais de personnel, entre autres, ont continué à augmenter. Ceux-ci s'élèvent généralement à 60–70% pour un hôpital, et jusqu'à 80% pour la psychiatrie et la réadaptation. Beaucoup de facteurs jouent ici en défaveur des hôpitaux. Le manque de ressources dans certaines professions entraîne une hausse des coûts. En raison de la Loi sur le travail, des postes supplémentaires sont nécessaires et les prestations de base sont plus onéreuses. L'académisation croissante engendre une augmentation du niveau des salaires.

[1] Office fédéral de la statistique: espérance de vie (http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html)
[2] OBSAN: Rapport sur la santé (http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante_2015_f_0.pdf)

«Nous devons absorber l'évolution démographique sans perdre le contrôle des coûts. Du point de vue des hôpitaux, il en résultera un assainissement dans le domaine des soins aigus. Les hôpitaux doivent aujourd'hui se positionner stratégiquement afin de relever ces défis.»

Werner Kübler, directeur, Hôpital Universitaire de Bâle

S'y ajoutent, dans un environnement de plus en plus concurrentiel, le renforcement des fonctions qui ne sont pas centrées sur les patients, comme le controlling, la communication et le marketing, la gestion des médecins référents et d'autres fonctions de support.

Les plans de développement de la plupart des hôpitaux visent à combler l'écart croissant entre les produits et les coûts, mais aussi à garantir les investissements nécessaires en matière de rénovation. D'un point de vue économique, cette approche est correcte, mais il en va autrement dans la pratique. Sur un échantillon de 50 hôpitaux, les produits totaux ont augmenté de 1.6% et les frais de personnel ont augmenté de 4.9% en 2014 par rapport à 2013. Les investissements nécessaires en matière de rénovation sont reportés à plus tard, car les fonds prévus à cet effet sont utilisés pour couvrir les frais d'exploitation. Beaucoup de gros projets de construction actuels ne sont pas financés durablement et grèvent les factures d'hôpital futures.

Développement de modèles de soins hors milieu hospitalier

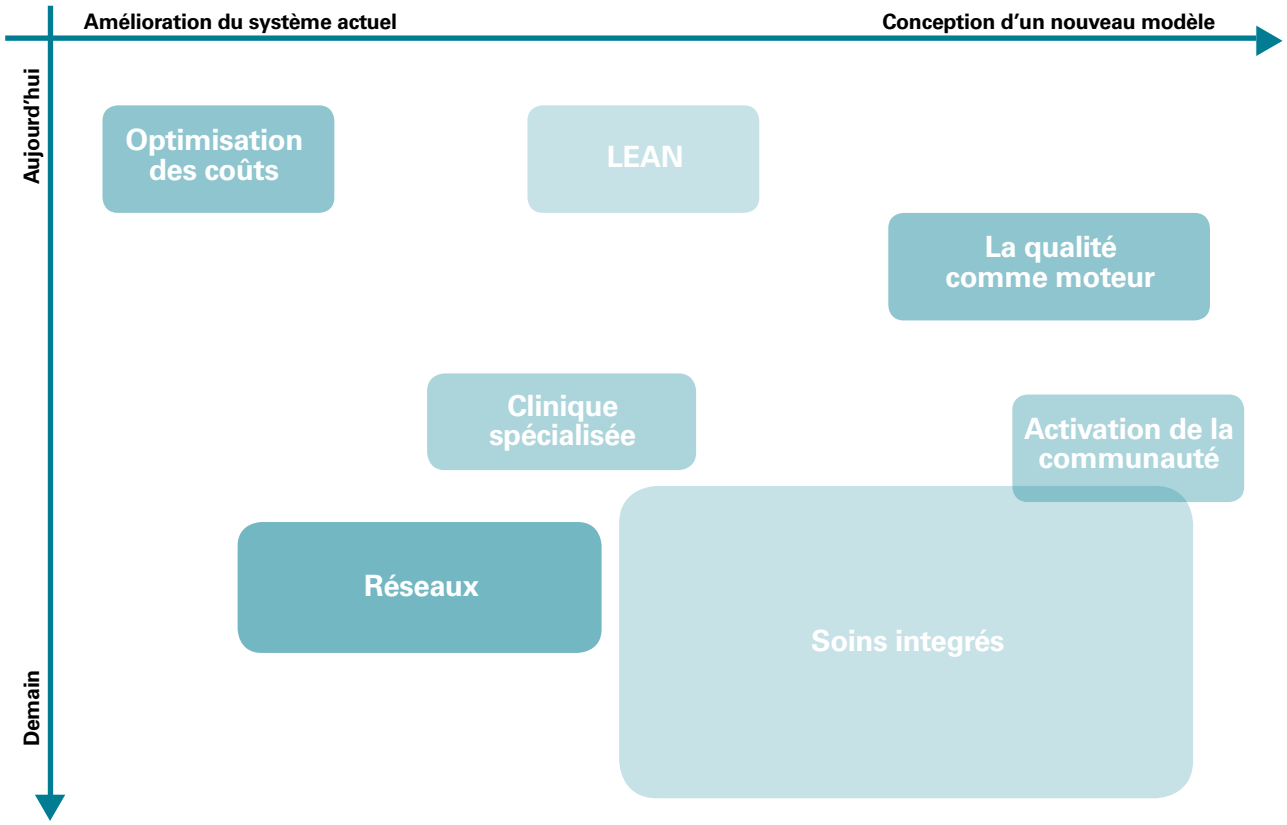
Les hôpitaux ne pourront pas relever seuls les défis liés à l'évolution du système de santé en général et au nouveau financement des hôpitaux en particulier. La majeure partie des soins fournis aux patients atteints de maladies chroniques et aux patients âgés n'ont que très peu besoin de recourir à la structure et à l'offre (p. ex. diagnostic onéreux) d'un hôpital, comme le montre l'exemple néerlandais. En effet, KPMG Pays-Bas a examiné les cas chroniques d'un hôpital doté de 222 lits pour conclure que 94% de ces cas n'exigeaient pas de faire appel à une infrastructure hospitalière. Cela correspond à 10% du chiffre d'affaires total (EUR 8,4 millions) de cet hôpital. Lorsque cette valeur est extrapolée à tous les hôpitaux néerlandais, on obtient un potentiel d'EUR 2,35 milliards pour l'ensemble du système, qui pourrait être fourni dans des structures moins chères. Actuellement, l'offre de soins se limite toutefois largement aux hôpitaux. S'agissant des groupes de patients connus, la préservation d'une qualité de vie aussi élevée que possible et le maintien de l'état de santé constituent les principaux objectifs. Or ceux-ci peuvent généralement être réalisés également en dehors de l'infrastructure hospitalière, qui est particulièrement onéreuse.

«Les patients souffrant de maladies chroniques passent en moyenne 5 heures par an dans un établissement médical. Les 8'760 heures restantes, ils se débrouillent par eux-mêmes ou sont aidés par leur famille et leurs proches.»

Mark Britnell, Global Chair KPMG

L'évolution démographique de même que l'augmentation des affections chroniques et de la multimorbidité ouvrent des perspectives concernant le développement de nouveaux modèles de soins en dehors de l'environnement hospitalier traditionnel.

Face à l'évolution du système de santé, les différents prestataires doivent définir une stratégie appropriée, axée sur les besoins des patients en matière de soins.



Il s'agit de s'éloigner de la planification hospitalière traditionnelle afin d'adopter une approche globale centrée sur le patient.

Les soins intégrés – une approche d'avenir

Beaucoup de nouvelles approches dans le domaine de la santé reposent aujourd'hui sur les soins intégrés. Ce concept est utilisé depuis les années 1990 dans les travaux scientifiques, au niveau politique et dans les stratégies des prestataires. Sa signification et sa définition varient selon le contexte. KPMG s'est basé sur les réflexions américaines et britanniques concernant le concept de soins intégrés pour élaborer un modèle pouvant être appliqué aux structures de soins existantes en Suisse.

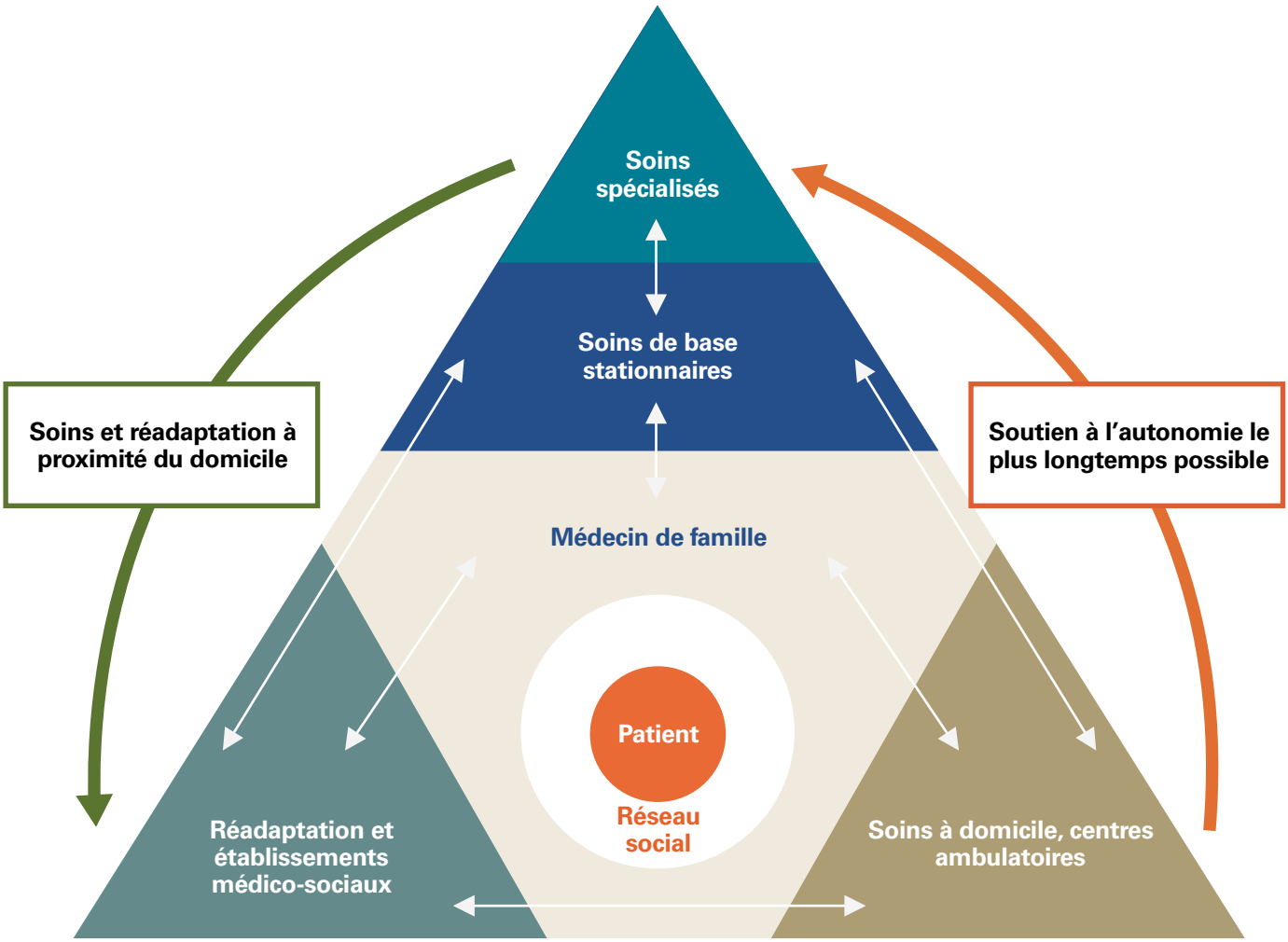
Cette approche pragmatique tient compte à la fois de l'intégration horizontale et de l'intégration verticale. La première permet de mettre en réseau des domaines et des secteurs similaires (p. ex. soins aigus stationnaires). La seconde vise une mise en réseau transversale tout au long du processus de traitement. En d'autres termes, chaque prestataire concerné est responsable non seulement des prestations qu'il a fournies, mais également d'un transfert sans accroc (soins en amont et en aval).

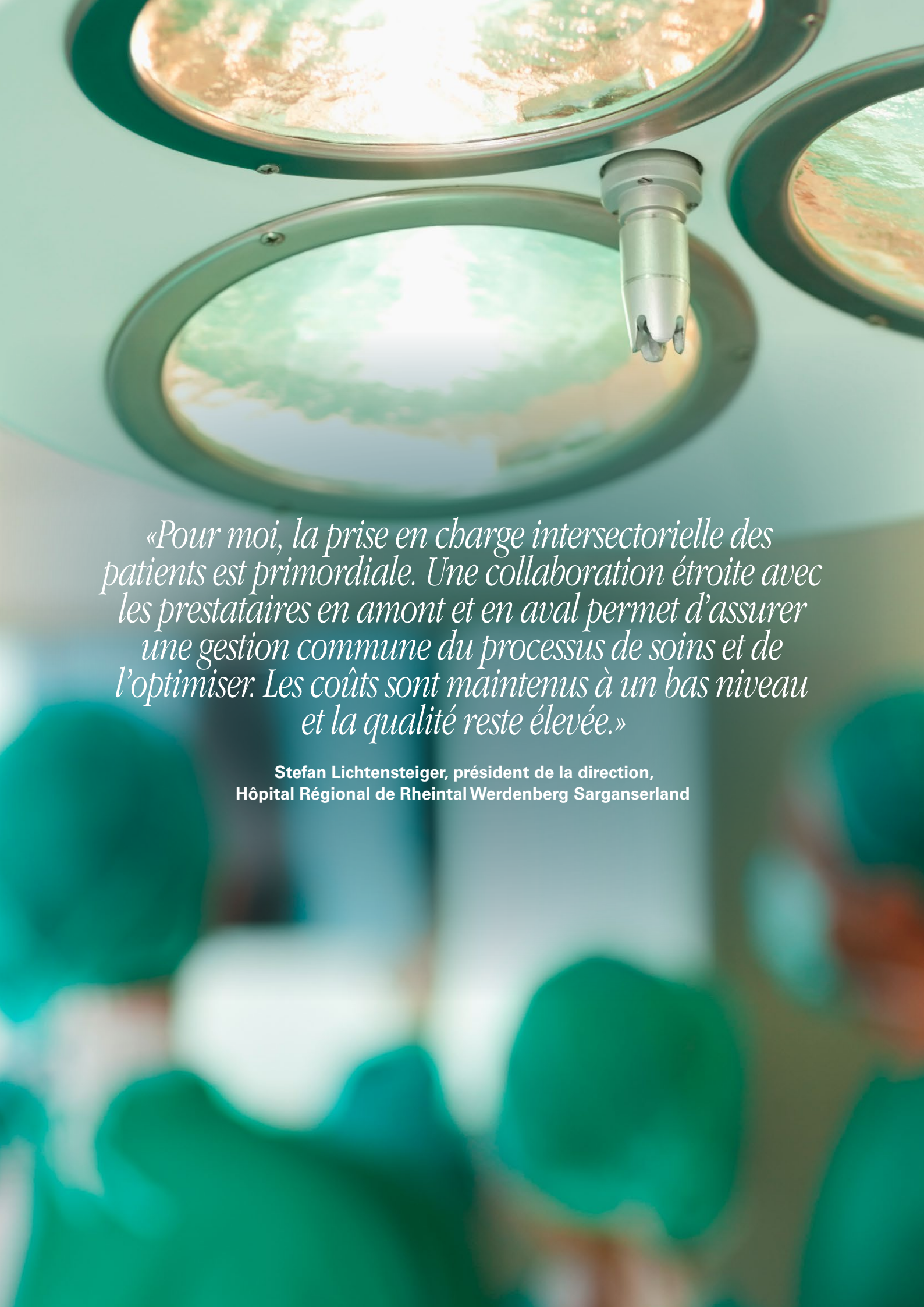
L'amélioration de la communication et de la collaboration entre les prestataires (cf. figure en page 10) permettra de faire tomber les barrières actuelles et d'obtenir de meilleurs résultats (outcome) ainsi qu'une utilité accrue (value), et ce, au niveau tant qualitatif que financier.

Ces dernières années, de nouvelles formes de collaboration entre les différents prestataires sont apparues en Suisse (soins somatiques aigus et réadaptation sous un même toit, hôpitaux qui exploitent des réseaux de médecins, intégration des soins Spitex / soins palliatifs auprès des prestataires de soins aigus, etc.). Une prise en charge globale intégrée va toutefois au-delà de la collaboration. Afin de définir des processus de traitement axés sur les patients, des changements institutionnels majeurs sont nécessaires.

A cet égard, les objectifs sont les suivants:

- Coûts identiques ou inférieurs pour une qualité égale ou plus élevée
- Amélioration du résultat des traitements (from volume to value)
- Augmentation de la satisfaction et de la sécurité des patients
- Prévention des effets pervers et des inefficiences dans le processus de soins





«Pour moi, la prise en charge intersectorielle des patients est primordiale. Une collaboration étroite avec les prestataires en amont et en aval permet d'assurer une gestion commune du processus de soins et de l'optimiser. Les coûts sont maintenus à un bas niveau et la qualité reste élevée.»

Stefan Lichtensteiger, président de la direction,
Hôpital Régional de Rheintal Werdenberg Sarganserland

eHealth

«eHealth» est un concept technique à part entière qui représente un sous-domaine de l'informatique médicale. La disponibilité transversale des données est au cœur de ce concept. Par «eHealth» ou «services de santé électroniques», on entend l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) afin de concevoir, soutenir et mettre en réseau l'ensemble des processus et des parties prenantes du système de santé.

Les champs d'application typiques d'un système de santé numérisé sont les suivants: télémédecine, télésurveillance, systèmes d'information cliniques, dossier électronique du patient, prescription de médicaments, ordonnance électronique, services en ligne, mHealth, portails de santé, Internet des objets, solutions d'assistance quotidienne, Data Analytics, etc.

From volume to value

Les processus décisionnels communs impliquant toutes les parties concernées gagnent en importance. Les patients et le personnel d'encadrement assument de plus en plus de responsabilités au niveau du traitement. Le résultat durable du traitement (value-based ou outcome-based healthcare) revêt une importance croissante. Dans ces modèles, ce ne sont pas seulement les chiffres relatifs aux traitements (p. ex. nombre d'opérations de la hanche), mais également leurs résultats réels et durables qui sont mesurés et récompensés. Cette manière de procéder incite à axer les processus de traitement sur les avantages à long terme pour les patients. Par ailleurs, les coûts de l'ensemble du système de santé diminuent à long terme. Les patients sont impliqués activement dans l'élaboration des indicateurs de mesure.

Profils de patients contre besoins en termes de soins

Comme mentionné en introduction, le nombre de patients atteints de maladies chroniques et de multimorbidité augmente. Les hôpitaux de soins aigus ne sont généralement pas adaptés de manière optimale au traitement de ces patients. Bien souvent, il n'existe pas encore de formes d'organisation appropriées (cliniques de jour, centre ambulatoires ou soins mobiles). Il en résulte des ruptures dans la chaîne de traitement des patients. Ceux-ci risquent de se «perdre» dans le système. Un autre problème réside dans le fait que la «valeur» (outcome) pour le patient peut diminuer si les différents domaines de soins ne sont pas mis en réseau. Par exemple, après une opération de la hanche, la mobilité peut être entravée durablement si la physiothérapie ne peut pas être commencée directement après l'intervention. Il en résulte une «valeur» réduite du traitement pour le patient. En effet, bien que celui-ci ait une nouvelle hanche, sa qualité de vie ne s'est pas forcément améliorée.

Comme le montre clairement l'exemple de M. Rochat et de Mme Oberson (voir ci-dessous), les traitements, les résultats (souhaités) et, par conséquent, le niveau de prise en charge varient selon le diagnostic (diagnostic individuel contre diagnostic multiple / comorbidité).

Monsieur Rochat
Patient avec diagnostic individuel

Age: 40
Diagnostic: lésion du cartilage au niveau du genou
Traitement: arthroscopie chez un spécialiste, physiothérapie
Résultat: en état de marcher, résistant sur le plan physique et pas de douleur
Niveau approprié de prise en charge: clinique spécialisée avec physiothérapeute spécialisé dans les problèmes du genou

Madame Oberson
Patiente avec diagnostic multiple / comorbidité

Age: 80
Diagnostic: diabète, maladie cardio-vasculaire, cancer de l'intestin, mari souffrant de démence
Traitement: le processus de traitement implique plusieurs prestataires simultanés, notamment les services communautaires qui s'occupent du mari
Résultat: selon les attentes de la patiente, les résultats suivants seraient possibles: vivre à domicile (aucun / peu de séjours à l'hôpital); contrôle glycémique satisfaisant ou idéal; rémission totale; mobilité personnelle accrue
Niveau approprié de prise en charge: soins intégrés avec coordination entre les spécialistes, le médecin de famille et les services communautaires

Les patients sont souvent des experts en ce qui concerne leurs antécédents médicaux. L'encouragement de l'autogestion leur permet d'assumer plus de responsabilités. Outre l'aspect économique et qualitatif, les nouvelles formes d'organisation favorisent également l'autogestion et une autonomie aussi prolongée que possible. S'agissant des patients souffrant de maladies chroniques, une «valeur» accrue peut être atteinte s'ils sont pris en charge à leur domicile ou aussi près que possible de chez eux. A cet égard, le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie, qui ne va pas toujours de pair avec l'exploitation de toutes les possibilités médicales, est essentiel. Dans certains cas, une prise en charge à domicile n'est plus possible, mais un transfert dans un hôpital de soins aigus, comme mentionné en introduction, n'est pas non plus approprié. L'implication d'équipes multidisciplinaires qui fournissent une assistance à la fois médicale et non médicale permet de supprimer les ruptures pendant le processus de traitement. Une collaboration étroite et une communication efficace avec les hôpitaux et les autres institutions sont primordiales.

Afin de tenir compte des différents besoins des patients, la planification hospitalière traditionnelle doit être rompue et étendue à d'autres domaines de soins.

Différents niveaux d'intégration

Il semblerait que le système de santé traditionnel vise à soigner les patients dans des structures obsolètes. Afin de répondre à l'évolution des besoins de la population en matière de santé, les domaines de soins doivent être adaptés aux catégories de patients de la région concernée. L'analyse des données démographiques, des groupes de patients, de leur environnement social et des caractéristiques géographiques (milieu urbain ou rural) permet de réaliser un état des lieux. La structure s'adapte aux patients et non l'inverse. La KPMG Care Matrix présente les objectifs visant à accroître l'intégration. Les entités peuvent utiliser cette matrice pour effectuer une auto-évaluation et mesurer leurs progrès (cf. Care Matrix, page 18). A cet égard, on distingue différentes formes d'intégration.

Clinique spécialisée	Coopérations	Prise en charge coordonnée
Les prestataires et les institutions se concentrent sur un domaine spécialisé (p. ex. cancer).	Les prestataires et les institutions travaillent avec des professionnels de la santé privilégiés (spécialistes, médecins de famille, etc.).	Différents prestataires et institutions traitent ensemble des groupes de patients définis et sont responsables de leur prise en charge.

La prise en charge des patients atteints d'une maladie (p. ex. cancer) est la mieux adaptée dans une **clinique spécialisée** qui se concentre sur cette maladie et possède donc l'expérience et le savoir-faire nécessaires dans ce domaine. La prise en charge est ainsi optimale et efficace. Le centre anti-cancer Sun Yat-sen (Taiwan) est spécialisé exclusivement dans le traitement des maladies cancéreuses. Il réunit sous un même toit un large éventail de personnels médicaux (médecins, chirurgiens, pathologistes, radiologues, médecins spécialisés dans la médecine nucléaire, oncologues, psychiatres, anesthésistes, gynécologues, etc.).

Le centre anti-cancer Sun Yat-sen, Taiwan

La passion de l'excellence

Le centre anti-cancer Sun Yat-sen se compose de différentes équipes multidisciplinaires spécialisées dans des types de cancers spécifiques. Il constitue un parfait exemple de prestataire qui se concentre sur une pathologie en particulier. Les équipes réunissent des infirmières, du personnel d'assistance clinique, un gestionnaire des soins et un nombre suffisant de techniciens qui peuvent être sollicités si nécessaire. Les équipes se rencontrent au moins deux fois par mois afin d'évaluer les nouveaux cas et de discuter des traitements en cours. Tous les membres des équipes connaissent les noms des patients et leurs antécédents médicaux.

Application de nouvelles règles

Grâce à ces changements et à l'application d'un système de rémunération des collaborateurs basé sur la qualité, le centre Sun Yat-sen est devenu le premier centre anti-cancer à Taiwan. Il présente les meilleurs taux de survie (sur un an et sur cinq ans) dans tout Taiwan. Le respect des indicateurs de qualité définis a engendré une hausse significative des taux de survie et des taux de survie cumulés sans progression de la maladie. Par exemple, le nombre d'infections contractées à l'hôpital est également le plus faible dans tout Taiwan.

Conclusions:

- L'évaluation isolée des résultats ne renseigne pas suffisamment sur la qualité d'un traitement. Toute l'équipe doit faire bloc, reconnaître la plus-value et l'encourager. Il s'agit de créer des incitations afin d'enregistrer méthodiquement les résultats, mais aussi de prononcer des amendes/sanctions en cas de non-respect.
- Les médecins doivent être évalués à l'aide d'indicateurs de qualité, notamment le taux de survie des patients.
- Les structures de rémunération flexibles renforcent le maintien de l'amélioration des résultats, tandis que les primes en fonction des résultats augmentent la qualité.

Les hôpitaux régionaux ont souvent des difficultés à traiter les cas complexes. Dans leur cas, il vaut la peine, d'un point de vue qualitatif et financier, de conclure des **accords de coopération.** Si sa mise en œuvre est réussie, une coopération peut présenter de nombreux avantages. La prise en charge ciblée des patients permet d'accroître le taux d'utilisation. Les coopérations renforcent l'attractivité d'un établissement tant pour le patient (accompagnement compétent d'un seul tenant, traitement interdisciplinaire des patients atteints de multimorbidité) que pour les médecins référents (offre de prestations étendue, interlocuteurs dans tous les domaines) et les collaborateurs (possibilités de développement). La concentration de services qui n'atteindraient autrement pas la taille critique dans le cadre d'une exploitation individuelle (p. ex. IT, comptabilité, ressources humaines, achats, logistique, laboratoire) permet de réaliser des économies d'échelle grâce à la répartition des coûts. Le regroupement des tâches permet en outre de réaliser des effets de quantité, par exemple grâce à de meilleures conditions d'achat ou à une utilisation accrue des ressources.

Coopérations possibles	Objectifs
Coopérations avec les prestataires en amont et en aval, p. ex. médecins référents, centres de réadaptation, Spitex	Traitement d'un seul tenant, protection des patients
Coopérations avec des prestataires spécialisés (p. ex. radiologie, consultations spéciales)	Amélioration de l'attractivité et de la compétence, garantie du transfert des patients
Systèmes IT communs / externalisation, laboratoires	Réalisation d'économies d'échelle, garantie de la qualité
Centrales d'achat	Réalisation d'économies d'échelle
Regroupements d'hôpitaux	Réalisation d'économies d'échelle, création de spécialisations, garantie du transfert des patients, amélioration de la qualité

«L'ouverture à la collaboration constitue l'un des facteurs de succès des soins intégrés. Depuis 15 ans maintenant, nous impliquons activement les patients dans le développement de notre offre de prestations sous la forme d'un conseil des patients.»

Dr. Urs Keller, gérant, PizolCare

La continuité des soins est essentielle pour les patients atteints de maladies chroniques et les patients âgés. La **prise en charge coordonnée** doit être organisée autour du patient (ou du groupe de patients) et exige une approche transversale. L'essentiel n'est plus d'assurer une coopération ciblée, mais d'adopter un point de vue global sur un ou plusieurs processus de traitement. L'exemple du Royaume-Uni (voir ci-dessous) montre comment le défi lié au vieillissement de la population peut être relevé de manière innovante.

Regroupement hospitalier Torbay and Southern Devon Health and Care NHS

Un défi démographique

Le regroupement hospitalier Torbay and Southern Devon Health and Care NHS Trust couvre une population de 140'000 habitants dans le sud-ouest de l'Angleterre. Environ un quart d'entre eux ont plus de 65 ans. Avant la restructuration, la région était connue pour ses prestations sociales élevées et un nombre relativement important d'hospitalisations par habitant.

Une approche innovante

Pour remédier à cette situation, les organes responsables des soins de base et des prestations sociales ont opté pour un modèle combinant les prestations sociales et médicales. C'est ainsi que le regroupement hospitalier «Torbay and Southern Devon Health and Care NHS Trust» a vu le jour. Le but de cette intégration était de réduire les coûts à long terme et de manière durable et de diminuer la durée de séjour en évitant les hospitalisations inutiles. Torbay est composé de cinq régions, chaque région disposant d'une équipe d'intégration qui est responsable, avec les médecins de famille, de la prise en charge de 20'000 à 40'000 personnes. Les médecins de famille utilisent des profils de risque pour identifier en amont les patients à risque dans leur région. Un «care coordinator», qui surveille la collaboration et la coordination avec les prestataires, est affecté à ces patients. De plus, des équipes spéciales interviennent dans les situations de crise, ce qui permet d'éviter les hospitalisations inutiles. Une clinique de réadaptation a été transformée en une clinique de jour proactive (interface entre les soins de base et les soins aigus) afin de soigner les patients aussi longtemps que possible à domicile. Afin que le transfert entre les différents prestataires puisse s'effectuer sans accroc, une communication active et régulière entre les travailleurs sociaux et les gériatres dans les hôpitaux de soins aigus a été mise en place. La qualité des soins est mesurée grâce à des indicateurs de qualité au niveau national.

Conclusions

A Torbay, le taux d'occupation des lits a été réduit de 33% et le taux d'occupation des lits d'urgence pour les patients âgés de plus de 65 ans a baissé de 29%. Les dépenses liées à l'aide sociale à Torbay sont très inférieures à la moyenne du sud-ouest de l'Angleterre. La mise en place de «care coordinators» et d'équipes multidisciplinaires, les investissements dans les soins à domicile pour les personnes âgées, l'introduction d'un dossier électronique du patient et les efforts pour renforcer la coopération entre les hôpitaux et les autres prestataires ont eu un impact positif sur la qualité et ont permis d'accroître l'efficacité des soins apportés aux personnes âgées.

Une base solide – Les facteurs de succès stratégiques

Les stratégies mises en œuvre ont échoué à plusieurs reprises. En règle générale, le passage aux soins intégrés s'effectue progressivement sur une période prolongée et exige bien plus que la seule mise en œuvre automatique d'une stratégie. Les éléments suivants constituent une base solide pour lancer un projet avec succès:

- Créer une base en vue du changement: afin de comprendre les défis réels qui se posent dans la région concernée, toutes les dimensions (qualité, accès et prix) doivent être prises en compte pour formuler la stratégie et définir des indicateurs appropriés pour mesurer le succès.
- Il n'existe pas de solution standard: les principaux processus se situent tout au long des voies de traitement définies, des ajustements et des évolutions étant possibles en fonction des besoins des patients.
- Une expérience de première main est inestimable: l'implication des médecins, du personnel de soins et des patients dans le développement et la mise en œuvre de la stratégie est essentielle.
- Utilisation des données disponibles: une analyse précise des données contribue à exclure d'emblée certaines éventualités et certains risques.

Données et santé

La hausse fulgurante des quantités de données et les nouvelles technologies utilisées pour les traiter et les analyser révolutionnent le secteur de la santé au niveau mondial. Nous disposons d'un volume de données sans précédent, ce qui va très vraisemblablement modifier fondamentalement la prise en charge et la prévention. Pour ce faire, il convient tout d'abord de standardiser la saisie et l'analyse des données. Les organisations doivent identifier le potentiel des données et l'intégrer dans leur stratégie. Une telle stratégie présente de multiples avantages:

- **From volume to value:** la combinaison de différentes sources de données permet de ne plus mesurer uniquement le nombre de traitements effectués (volume), mais aussi leur résultat (value).
- **Analyse détaillée des coûts:** les données constituent la base de l'orientation stratégique future d'une organisation. La combinaison de toutes les données disponibles permet à l'organisation d'être plus efficace en termes de coûts et les décisions cliniques sont prises sur la base des résultats financiers et médicaux.
- **Prise en charge plus systématique et plus cohérente:** l'introduction d'aides cliniques à la décision et le benchmarking avec des prestataires et des tableaux de données comparables permet d'assurer une prise en charge plus systématique et plus cohérente.
- **Meilleur soutien du personnel médical grâce aux données en temps réel:** l'utilisation d'instruments de surveillance médicaux basés sur les données en temps réel permet par exemple de mieux surveiller les taux d'infection et de réduire les erreurs de traitement.
- **Soutien par la Business Intelligence:** les données permettent de créer des systèmes de Business Intelligence, qui permettent par exemple de mieux planifier les ressources ou la demande.
- **Responsabilisation des patients:** grâce à l'autogestion (apps, wearables, etc.), à la formation en matière de santé ainsi qu'à la saisie et l'observation systématiques des données de santé, les patients sont impliqués activement dans leurs processus de traitement.

KPMG Care Matrix

5	4	3	2	1	0
Implication du patient					
Le patient comme acteur • Systèmes intégrés d'aide à la décision pour la conception globale du processus de traitement individuel • Les patients participent à la conception de la prise en charge. L'utilisation de ces ressources engendre une plus-value pour le système de santé local	**Le patient comme partenaire** • Promotion de l'autogestion • L'expérience des patients et les résultats mesurés (outcomes) font partie de la gestion de la performance et de la rémunération	**Le patient comme source d'information** • Les organisations de patients participent à la conception des processus de traitement • Les souhaits des patients sont pris en compte lors de la définition des processus de traitement	**Le patient dans un rôle consultatif** • Les organisations de patients fournissent des informations pour les indicateurs de résultat (outcome) • Les témoignages de patients sont utilisés comme indicateurs de qualité	**Le patient comme client** • Les souhaits du patient sont représentés par les communautés d'intérêt existantes • Les indicateurs de qualité se basent sur les données générales concernant les patients	**Aucune implication** • Le patient n'est pas impliqué dans la conception du processus de prise en charge
Définition et mesure des résultats (outcome)					
La santé de la population comme base • Les résultats globaux en matière de santé se basent sur les données agrégées de tous les prestataires, des régions de prise en charge et des patients • Résultats accessibles au public • Les indicateurs se basent sur les priorités actuelles	**Orientation à long terme sur les résultats** • Orientation sur la prévention et la préservation de la santé tout au long de la chaîne de création de valeur • Objectifs ajustés en fonction des risques • Résultats partagés publiquement, mesure interne de la performance et mesures d'amélioration permanentes	**Orientation sur les résultats** • Les indicateurs de résultats sont comparables et peuvent être échangés • Les indicateurs correspondent aux meilleures pratiques • Mesures en temps réel • Les résultats sont partagés avec d'autres parties prenantes importantes	**Orientation partielle sur les résultats** • L'expérience des patients est intégrée dans les conventions d'objectifs • Les indicateurs cliniques se basent en partie sur les résultats (outcome)	**Orientation sur les processus et les structures** • Définition des résultats cliniques à l'échelle de l'organisation • Les indicateurs cliniques se basent sur la mesure des processus et des structures	**Orientation sur les intrants** • Pas de conventions d'objectifs; mesure des intrants uniquement • Pas de processus d'apprentissage

Prise en charge coordonnée

Prise en charge coordonnée orientée sur la population	Prise en charge coordonnée orientée sur les segments	Prise en charge multidisciplinaire orientée sur les segments	Prise en charge multidisciplinaire orientée sur les prestataires	Prise en charge fragmentée avec échange minimum de données	Prise en charge fragmentée
• Les plans de prise en charge intégrée au niveau de la population sont soutenus par la prévention et la promotion de la santé • Les patients sont fortement intégrés dans la planification des processus de traitement • Prise de conscience qu'une plus-value sera obtenue grâce à une prise en charge intégrée optimale	• Plans de prise en charge intégrée pour des groupes et des segments spécifiques • La gestion de la coordination et les interventions intégrées sont axées sur les résultats (outcome) et la prévention • Prise de conscience que la prise en charge coordonnée crée de la plus-value	• Rencontres multidisciplinaires formelles pour des groupes et des segments spécifiques • Adaptation des interventions entre les différents prestataires afin d'améliorer les résultats (outcome) • Prise de conscience concernant l'importance de l'échange	• Rencontres multidisciplinaires régulières • Coordination de la prise en charge entre des groupes et des segments spécifiques et compréhension de la plus-value générée en commun	• Echange minimum de données • Certains prestataires se concentrent sur la qualité de la prise en charge	• Les soins de santé sont organisés autour des besoins des différents prestataires

Niveaux de contrats

Contrats orientés sur les résultats	Contrats coordonnés	Forfaits complexes (Bundled payments) avec participation aux bénéfices	Forfaits complexes (Bundled payments)	Rémunération forfaitaire avec incitations	Rémunération des prestations individuelles
• Contrats proportionnels pour le système de santé local • Paiements agrégés et orientés sur les résultats ou «capitation» avec montants en fonction des résultats	• Rémunérations différenciées basées sur les résultats (outcome) • Participation aux bénéfices/pertes	• Forfaits complexes pour chaque prestataire basés (en partie) sur les résultats; avec participations aux bénéfices	• Forfaits complexes pour chaque prestataire avec examen des cas basé sur les résultats et les indicateurs	• Paiements selon la prestation avec bonus supplémentaire pour la réalisation de certains indicateurs de qualité	• Rémunération des prestations individuelles pour chaque prestataire

Gouvernance

Gouvernance intégrée verticalement	Gouvernance coordonnée	Prestataires individuels: gouvernance coordonnée	Prestataires individuels: gouvernance orientée sur la qualité	Prestataires individuels: gouvernance ad hoc orientée sur la qualité	Prestataires individuels: gouvernance clinique inexistante ou fragmentée
Processus • Structures de gouvernance appropriées • Système formel pour la mesure et l'amélioration continues des résultats *Coordination* • Processus de traitement intégrés basés sur la prévention et la promotion de la santé	*Processus* • Gouvernance coordonnée entre les prestataires au sein du système de soins; concentration commune sur les résultats (outcome) *Coordination* • Processus de traitement coordonnés	*Processus* • Structures de gouvernance par prestataire • Processus formalisés de contrôle et d'amélioration des résultats *Coordination* • Une certaine coordination pour la définition, la mesure et l'amélioration des résultats (outcome)	*Processus* • Structures de gouvernance par prestataire • Processus formalisés de contrôle et d'amélioration de la qualité	*Processus* • Structures de gouvernance par prestataire • Début de la définition de processus de contrôle et d'amélioration de la qualité	*Processus* • Structures de gouvernance différentes par prestataire • Principes de gestion traditionnels

Lorsqu'on agit toujours
de la même manière, on obtient
toujours le même résultat.

En quoi KPMG peut vous aider?

KPMG dispose non seulement d'un large réseau de spécialistes de la santé en finance, stratégie et organisation, mais également dans les secteurs connexes (p. ex. informatique, immobilier, industrie pharmaceutique, secteur public). Un grand nombre de nos spécialistes ont eux-mêmes donné les impulsions, ou y ont largement contribué, pour les grandes transformations au niveau systémique et institutionnel. Nous mettons notre expertise au service de nos clients, qu'il s'agisse de gouvernements, de systèmes de santé locaux ou de regroupements d'hôpitaux.

Nos équipes interdisciplinaires connaissent la problématique et les défis liés aux soins intégrés. Nous pouvons vous accompagner avec compétence dans l'élaboration et la mise en œuvre de votre stratégie.

Nos spécialistes peuvent vous aider de diverses manières. En tant que spécialistes externes, nos atouts sont les suivants:

- longue expérience dans la détermination des potentiels en vue de l'amélioration des résultats;
- savoir-faire nécessaire concernant la création de la base appropriée au moyen d'une analyse de portefeuille en vue de la prise de décisions stratégiques concernant l'offre de prestations futures;
- connaissances approfondies lorsque le transfert doit être professionnalisé et assuré durablement;
- regard extérieur solide lorsque des processus multidisciplinaires centraux doivent être conçus plus efficacement;
- méthode éprouvée lorsque les soins intégrés doivent être mis en œuvre au sens d'un remaniement complet du système de soins (4 niveaux: création de transparence, définition de la vision, élaboration de concepts et mise en œuvre durable).

Notre approche pragmatique, mais néanmoins ciblée et systématique, garantit une analyse solide, l'élaboration de (variantes de) solutions optimales ainsi que la sélection et la mise en œuvre durable de la solution la plus appropriée dans un délai raisonnable. Optez pour une stratégie centrée sur le patient et profitez des avantages de la numérisation. Nous vous aidons à jouer un rôle précurseur dans le domaine de la santé afin d'obtenir des avantages concurrentiels et de garantir votre succès à long terme.

Contact

Valérie Reymond Benetazzo
Responsable du secteur Healthcare Suisse Romande
T +41 58 249 55 18
E vreymond@kpmg.com

Romain Guillaume
Manager
T +41 58 249 55 10
E rguillaume@kpmg.com

kpmg.ch/healthcare

L'information contenue ici est de nature générale et ne prétend en aucun cas s'appliquer à la situation d'une personne physique ou morale quelconque. Même si nous mettons tout en œuvre pour fournir une information précise en temps opportun, nous ne pouvons pas garantir que cette information est fidèle à la réalité au moment où elle est reçue ou qu'elle continuera de l'être à l'avenir. Cette information ne saurait être exploitée sans un conseil professionnel basé sur une analyse approfondie de la situation en question.

© 2015 KPMG SA est une filiale de KPMG Holding SA, elle-même membre du réseau KPMG d'entreprises indépendantes rattachées à KPMG International Cooperative ("KPMG International"), une personne morale suisse. Tous droits réservés.