

Vers **une transformation
systémique** de la santé :
l'approche de soins de santé axés sur la valeur,
le Value-Based Health Care (VBHC)

Noms des auteurs :

Maria-Belen Lopez Herdoiza ^{1,2,6} (maria-belen.lopez@institutvbhc.fr)

S. Eva Villalba ^{3,4}

Guillaume Rousson ^{5,6}

Alba Nicolas-Boluda ^{7,8}

Virginie Luce-Garnier ^{2,9}

Bertrand Semay¹⁰

Catherine Wilhelmy¹¹

Celia Lemaire ^{12,13,14}

Relecture par :

Pr Philippe Michel - Président de l'Institut Français de l'Expérience Patient, Directeur de l'Ecole de Santé Publique de Lyon

Pr Marie Pascal Pomey - Professeur titulaire Département de gestion, évaluation et politique de santé, École de santé publique et Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal, Codirectrice Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public

Affiliations :

1 Institut Français Valeur en Santé, Toulouse, France

2 Société Française pour la Valeur en Santé, Paris, France

3 Coalition priorité cancer au Québec, Saint-Lambert, Québec, Canada

4 Expertise valeur en santé, Montréal, Québec, Canada

5 Centre de Santé Municipal Universitaire (CMSU) Docteur Pesqué, Aubervilliers, France

6 EMOI Co-op, Sorbiers, France

7 One Clinic, Paris, France

8 European Association of Value-Based Health Care, Brussels, Belgium

9 Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

10 Clinique Mutualiste de St Etienne, Aésio Santé, St Etienne, France

11 Comité stratégique patient-partenaire, Centre de recherche du CHUS, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.

12 iaelyon school of management, MAGELLAN EA 3713, Université Jean Moulin Lyon 3

13 Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, Canada.

14 Institut universitaire de France (IUF)

Mots clés : value-based health care, value based healthcare implementation, PROMs, PREMs, TDABC, soins de santé axés sur la valeur, communauté de pratique, parcours patients, parcours de soins

Table des matières

Introduction	5
Partie 1 : Les composantes clés de la transformation vers le VBHC	7
1 La mesure des résultats : une approche standardisée co-produite avec les patients	8
2 Coordination des soins et principes fondamentaux des unités de pratique intégrée (UPI)	10
3 Les modèles intermédiaires : l'organisation matricielle	13
4 Une nouvelle méthode de compréhension des coûts axé sur la valeur : Le Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC)	14
Partie 2 : Déployer le VBHC dans la pratique	16
Section 1 : L'intégration et la centralisation des soins pour améliorer la qualité et la coordination	17
1 La centralisation des soins comme levier d'excellence clinique	17
2 La nécessité d'une coopération territoriale pour garantir l'accès aux soins	18
Section 2 : Le rôle clé des données et de l'intelligence artificielle dans le VBHC	19
1 Les plateformes de l'information comme catalyseurs	19
2 Interopérabilité et structuration des données : un défi stratégique	19
Section 3 : Benchmarking, communautés d'apprentissage et leadership des soignants pour accélérer la transformation	20
1 Le benchmarking : un outil clé pour améliorer la qualité des soins	20
2 Les communautés apprenantes : un espace collaboratif pour l'innovation en santé	20
3 Le rôle des soignants dans la transformation du système de santé	21
Conclusions et perspectives	23
<i>Glossaire des termes et acronymes clés</i>	25
<i>Méthodologie pour la rédaction de l'article</i>	25
<i>Présentation des auteurs</i>	27



Plus qu'un enjeu financier
ou technologique,
cette **transformation**
est une nécessité pour garantir
un système de santé durable,
performant et réellement
centré sur **la valeur pour les patients.**

Introduction

Les systèmes de santé mondiaux traversent **des crises multidimensionnelles** où les avancées technologiques, les investissements massifs et les réformes successives n'ont pas suffi à enrayer la hausse des coûts, l'inefficacité à intégrer des parcours de soins et réduire les inégalités persistantes. Pourtant, des investissements majeurs ont été réalisés sans produire les résultats escomptés : les inégalités territoriales de santé subsistent, les maladies chroniques explosent et la charge pesant sur les systèmes de santé devient insoutenable ^{1,2}.

Dans les pays développés, les dépenses de santé croissent plus vite que l'économie, atteignant 12,3 % du PIB en France alors qu'au Québec la santé et les services sociaux constituent 51 % des dépenses gouvernementales ³. Cette situation met en évidence un **paradoxe fondamental** : des dépenses élevées ne garantissent pas nécessairement de meilleurs résultats de santé. Il ne suffit plus de réajuster ponctuellement des rouages défectueux, mais bien de repenser en profondeur l'organisation des systèmes de santé en plaçant la valeur pour les patients au centre des décisions.

L'un des facteurs clés de cette inefficience est une logique de financement et de gestion des soins centrée sur **le volume d'actes** plutôt que sur leur impact réel ⁴. Les indicateurs mesurés ne prennent pas en compte des facteurs tels que l'engagement des patients dans leurs propres soins et surtout, leurs effets réels sur leur état de santé. À l'hôpital comme en soins primaires, la rémunération à l'acte incite à multiplier les interventions plutôt qu'à optimiser les résultats de santé pour les patients ⁵. Cette **approche quantitative** se traduit par une

allocation sous-optimale des ressources, où des actes médicaux de faible valeur ajoutée coexistent avec des lacunes dans la prévention et la coordination des soins. L'explosion du nombre de maladies chroniques évitables, la surmédicalisation et le vieillissement de la population exacerbent ces déséquilibres, tandis que la santé numérique souvent introduite sans stratégie globale, complexifie davantage les parcours de soins. Ce modèle inflationniste et **fragmenté** alourdit les coûts sans apporter d'améliorations significatives aux patients et met sous pression les professionnels de santé, confrontés à la complexification administrative, ainsi qu'à

un épuisement professionnel croissant ⁶. De la même manière, les avancées de la connaissance médicale, bien qu'elles permettent une personnalisation accrue des prises en charge, se traduisent dans les faits par une complexification des protocoles et une charge cognitive

supplémentaire que les professionnels de santé, déjà fortement sollicités.

Face à ces défis, *les soins de santé axés sur la valeur*, mieux connus internationalement comme **le Value-Based Health Care (VBHC)**, proposent une transformation radicale en définissant la valeur du point de vue **des résultats qui comptent réellement pour les patients**, relatif aux ressources sur toute la trajectoire de soins ¹⁷. Plutôt que de rémunérer les soins selon le volume d'actes réalisés, ce modèle repose sur une approche mesurant l'efficacité des interventions en fonction des bénéfices cliniques et de la qualité de vie des patients sur l'ensemble de la trajectoire de soins ¹. Déjà adopté par des institutions pionnières telles que Diabeter aux Pays-Bas, la Martini Klinik en Allemagne ou encore

Les dépenses
de santé
atteignent
12,3%
du PIB en France.

La santé
et les services
sociaux constituent
51%
des dépenses
au Québec.

1. Porter, M. E. & Teisberg, E. O. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. (Boston: Harvard Business School Press, 2006).

2. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en> (2017) doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

3. CSBE. Constats sur le système de santé. CSBE <https://www.csbe.gouv.qc.ca/>.

4. Kaplan, R. & Porter, M. E. The Big Idea : How to Solve The Cost Crisis In Health Care. (2011).

5. Porter, M. E. & Kaplan, R. S. How to Pay for Health Care. Harvard Business Review (2016).

la Cleveland Clinic aux États-Unis ⁸⁻¹⁰, le VBHC a démontré l'amélioration de **la qualité de vie des patients**, l'optimisation des parcours des soins en plus de redonner du sens à l'engagement des soignants ¹¹. En recentrant les décisions sur **la valeur créée**, il permet de mieux allouer les ressources, de réduire le gaspillage, de même que de financer et d'instaurer une dynamique d'amélioration continue des pratiques de soins et services de santé.

Cependant, cette transition ne peut se limiter simplement à des mesures de résultats et de coûts. Elle nécessite d'une part une refonte profonde des **modèles organisationnels** et des pratiques professionnelles permettant une intégration des soins et services et d'autre part, elle implique un changement culturel à l'échelle des systèmes de santé, dans les modes de décision et de conception des politiques publiques ¹². L'adoption du VBHC repose sur la mise en place d'**unités de soins intégrées** ou

autres modèles d'intégration de soins, une mesure rigoureuse des résultats de santé et une refonte des modalités de financement des professionnels et des organisations pour encourager la qualité plutôt que la quantité ¹.

Cette revue narrative collaborative explore les **principes fondamentaux** de cette approche dans le contexte actuel, ses modalités de mise en œuvre et les leviers qui permettront d'accélérer son adoption. L'objectif est de synthétiser les éléments-clés de cette approche qui prend de plus en plus d'ampleur dans le monde pour le rendre accessible à un public francophone. Plus qu'un enjeu financier ou technologique, cette transformation est une nécessité pour garantir un système de santé durable, performant et réellement centré sur la valeur pour les patients, notamment dans le cadre des systèmes universels solidaires.



Figure 1 : De la fragmentation à l'intégration des soins, un changement de paradigme (2025).

6. OECD. Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? OCDE https://www.oecd.org/fr/publications/les-systemes-de-sante-tiennent-ils-leurs-promesses_81af0784-fr.html (2025).

7. Pessaix, P. & Cherkaoui, Z. Value-based healthcare: a novel approach to the evaluation of patient care. *HepatoBiliary Surg. Nutr.* 7, 125–126 (2018).

8. Witkowski, M. L., Bernstein, D. N., Riegler, J. S., Aanstoot, H.-J. & Akkerman, M. A Novel 10-Year Value-Based Contract to Improve Type 1 Diabetes Care in the Netherlands. *NEJM Catal.* 6, (2025).

9. Porter, M. E. Cleveland Clinic: Transformation and Growth 2015. (2020).

10. Porter, M. E., Deerberg-Wittram, J. & Feeley, T. W. Martini Klinik: Prostate Cancer Care 2019. *Harvard Business School* N9-720–359, (2019).

11. van Engen, V., Bonfrer, I., Ahaus, K. & Buljac-Samardzic, M. Value-Based Healthcare From the Perspective of the Healthcare Professional: A Systematic Literature Review. *Front. Public Health* 9, (2022).

12. Wiersema, J. E., Bresser, C. C. & van der Nat, P. B. Organizing Care Around Conditions: An Expanded Model of Value-Based Health Care. *NEJM Catal.* 4, CAT.23.0180 (2023).

Partie 1.

Les composantes clés
de la transformation
vers le VBHC

1. La mesure des résultats : une approche standardisée co-produite avec les patients

L'une des pierres angulaires du VBHC repose sur l'évaluation des soins à travers **des résultats qui comptent réellement pour les patients**, en les mesurant de manière systématique et rapportés par les patients. En effet, dans les modèles de financement actuels, la logique quantitative prédomine : les hôpitaux et les professionnels de santé sont rémunérés en fonction des actes réalisés, indépendamment des bénéfices réels pour les patients. Ces systèmes, fondés sur une tarification à l'activité (T2A) ou à l'acte, entraînent **une fragmentation du parcours de soins**, où chaque unité fonctionnelle est financée séparément, priorisant le volume au lieu de la valeur, sans considération du parcours global du patient⁵.

Ces indicateurs, co-crésés avec des patients partenaires et des équipes multidisciplinaires à partir des mesures validées, sont classés en trois grandes catégories :

- **CROMs** (Clinician-Reported Outcome Measures) : résultats de santé évalués par les cliniciens (i.e. taux de survie, complications, réadmissions, prise des

constantes, résultats de tests cliniques).

- **PROMs** (Patient-Reported Outcome Measures) : résultats de santé rapportés par les patients (i.e. qualité de vie, douleur, capacité fonctionnelle).

- **PREMs** (Patient-Reported Experience Measures) : expérience globale des soins (i.e. temps d'attente, communication soignant-patient, personnalisation des soins).

En mesurant ces critères tout au long du parcours de soins relativement aux ressources nécessaires pour les obtenir, les organisations de santé peuvent **ajuster leurs pratiques** et optimiser l'orientation des ressources en fonction de l'impact réel sur la santé des patients. Cette approche favorise une réallocation plus efficace des moyens, évitant les interventions à faible valeur ajoutée et améliore le suivi des personnes touchées par des maladies chroniques, sachant que ces maladies sont en forte croissance¹³⁻¹⁵.

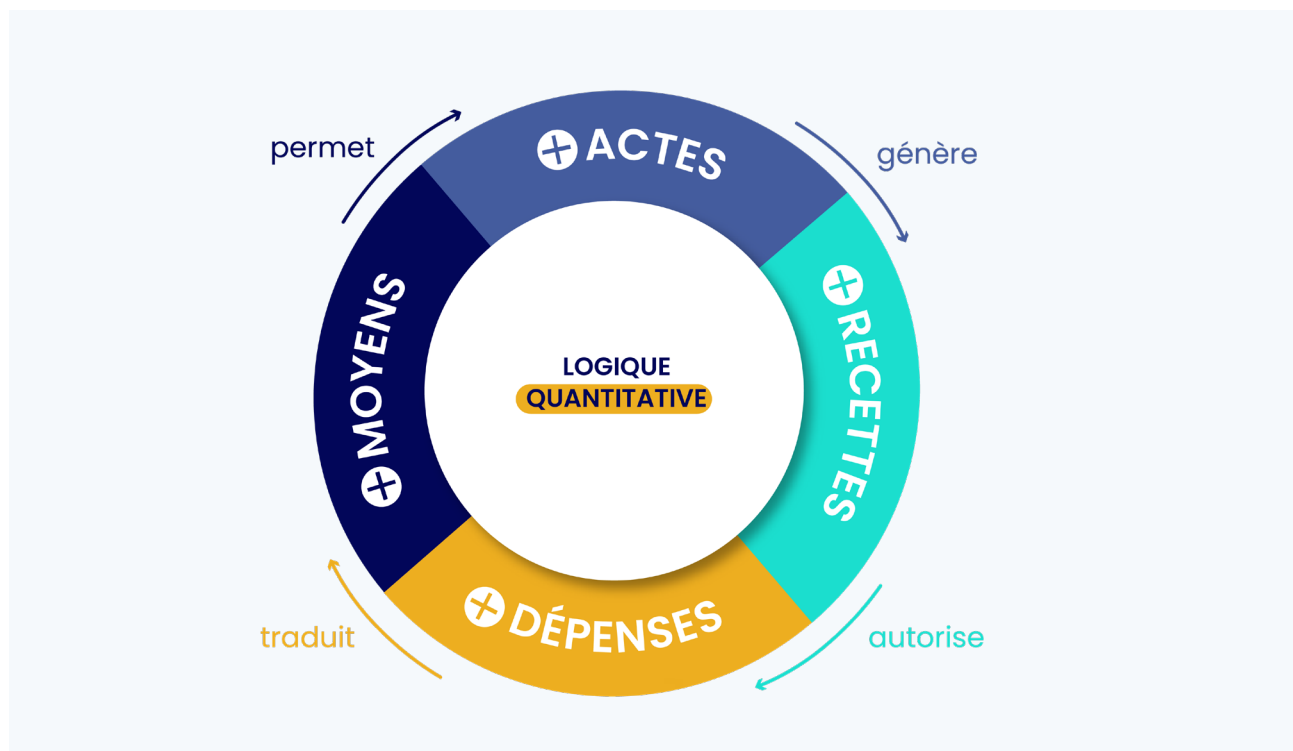


Figure 2 : Logique de financement actuel, basée sur le volume d'actes (2025).

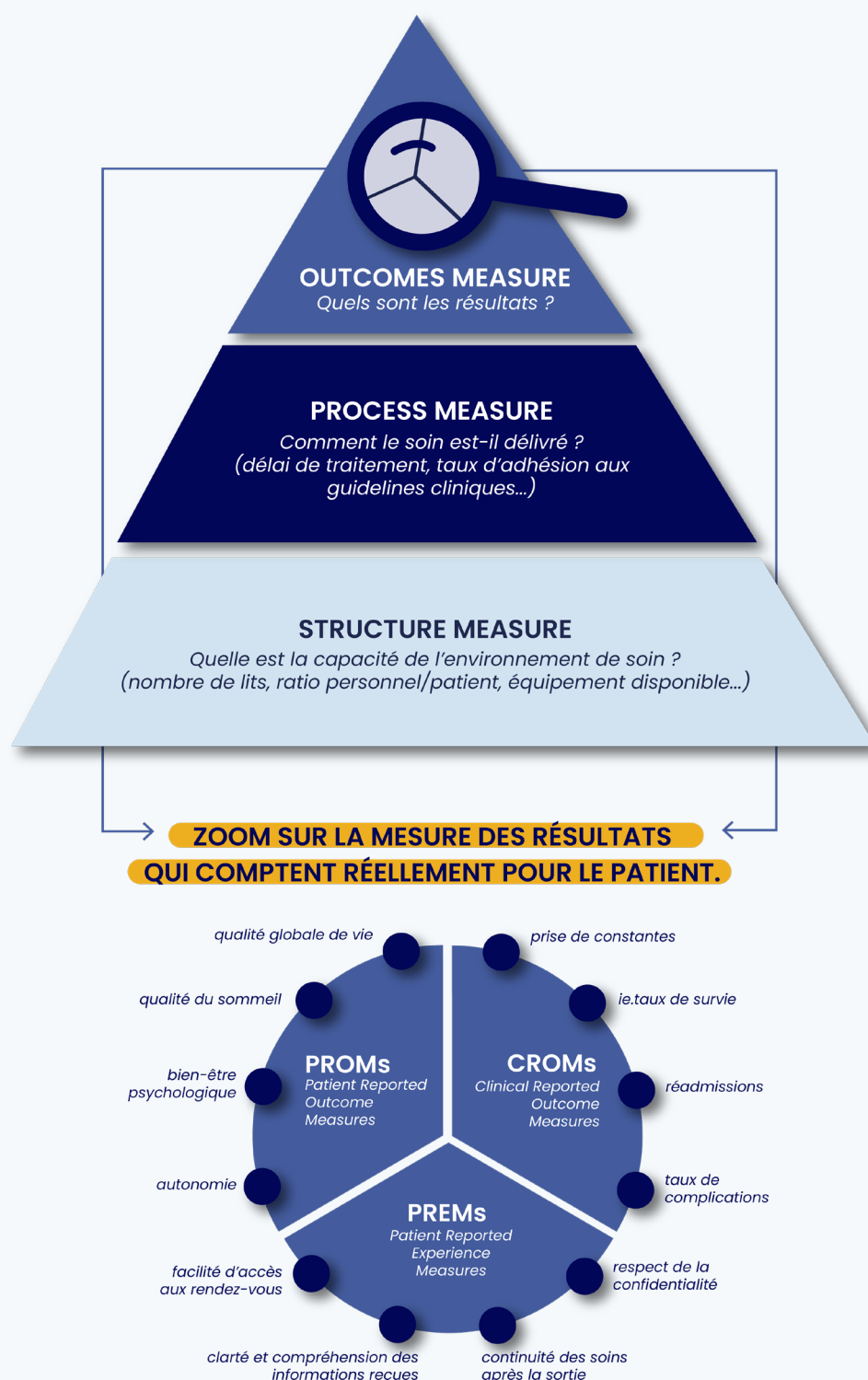


Figure 3 : Les trois types de mesures du VBHC, zoom sur la mesure des résultats (2025).

13. Gray, M. A culture of stewardship The responsibility of NHS leaders to deliver better value healthcare. NHS Confederation (2015).

14. Crane, E. et al. A social return on investment analysis of patient-reported outcome measures in value-based healthcare. J. Patient-Rep. Outcomes 9, 22 (2025).

15. da Silva Etges, A. P., Liu, H., Jones, P. & Polanczyk, C. Value-based Reimbursement as a Mechanism to Achieve Social and Financial Impact in the Healthcare System. J. Health Econ. Outcomes Res. 100–103 (2023) doi:10.36469/jheor.2023.89151.

2. Coordination des soins et principes fondamentaux des unités de pratique intégrée (UPI)

Pour améliorer durablement la performance des systèmes de santé, il est essentiel de repenser leur organisation, en dépassant le modèle en silos qui segmente les responsabilités entre acteurs, complexifie les parcours et freine la coordination. L'intégration des soins et des services devient une condition majeure pour mieux répondre aux besoins réels des patients et optimiser les ressources. Les UPI regroupent des équipes pluridisciplinaires, qui peuvent inclure des patients-partenaires, qui sont responsables de l'ensemble du cycle de soins pour une condition médicale donnée ¹⁶. Contrairement au modèle traditionnel, fondé sur une segmentation des soins par spécialité qui freine la coopération entre acteurs, les UPI sont construites autour de besoins partagés par un segment de patients précis. Elles réunissent, dans une logique de parcours coordonné, des équipes pluridisciplinaires alignées sur un objectif partagé : améliorer les résultats qui comptent réellement pour les patients. Cette organisation en UPI favorise une meilleure coordination, réduit les inefficacités et améliore les résultats de santé ¹⁶.

Les principales caractéristiques de ces UPI incluent :

- Une **coordination étroite** entre les équipes, qu'elles soient co-localisées ou non géographiquement, pour assurer un suivi fluide et cohérent du parcours de soins.
- Une **responsabilité partagée** pour les résultats

de santé et les coûts.

- L'utilisation **systématique de mesures de résultats cliniques (CROMs)** et des résultats rapportés par les patients (PROMs) et de leur expérience (PREMs).
- Une **gestion commune** des ressources et des processus administratifs.

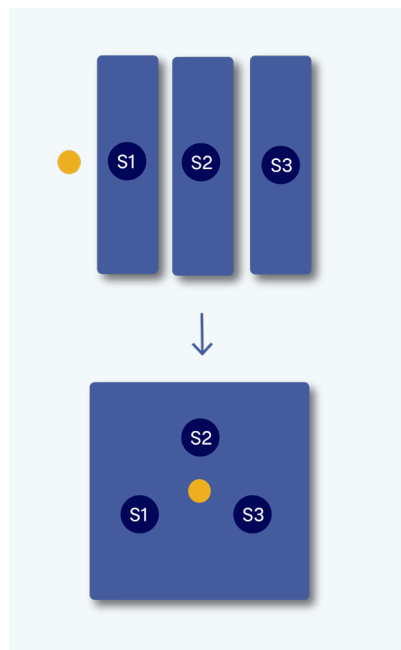


Figure 4 : D'un modèle de soins fragmenté aux unités de pratique intégrée (2025).

Il convient toutefois de noter que la colocalisation physique des équipes (présence physique des équipes sur un même lieu ou virtuellement en temps réel), bien que idéalement souhaitable, n'est pas une condition sine qua non. Des UPI « **virtuelles** » peuvent émerger au sein d'un même réseau de soins, à condition que les équipes partagent des méthodes de travail harmonisées, une forte cohésion, et une volonté commune d'obtenir les meilleurs résultats pour les patients ^{17,18}.

L'enjeu principal réside dans la capacité des UPI à assumer une **responsabilité partagée** et globale sur les résultats tout au long du parcours du patient. Cependant, si la mise en place immédiate d'une UPI peut sembler ambitieuse,

des modèles de transition existent, permettant une **adoption progressive** ¹⁹. La *Linnean Initiative*, par exemple, propose une évolution passant par une succession de modèles organisationnels intermédiaires pour assurer une transition douce du modèle actuel vers les UPI ²⁰.

Pour les établissements souhaitant évoluer

16. Porter, M. E. & Lee, T. H. Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders. NEJM Catal. 2, CAT.20.0237 (2021).

17. Bastiaan R. Bloem, MD, PhD. ParkinsonNet: Network of Teams Produces Value. Catal. Carryover 1, (2015).

18. Kathleen McKee, MD. Creating "One-Stop Shop" Care for Parkinson's. Catal. Carryover 5, (2019).

19. Aslsariraei, S., Côté, J., Rondeau, A., Benomar, N. & Frentzel, M. Faites Tournier Votre UPI : Guide pour la mise en œuvre des unités de pratique intégrée. (2024).

20. Linnean Initiatief. Linnean <https://www.linnean.nl/over+linnean/waarom+linnean/default.aspx>.

21. van Egdom, L. S. E. et al. Implementation of Value Based Breast Cancer Care. Eur. J. Surg. Oncol. J. Eur. Soc. Surg. Oncol. Br. Assoc. Surg. Oncol. 45, 1163–1170 (2019).

22. Keswani, A., Koenig, K. M., Ward, L. & Bozic, K. J. Value-based Healthcare: Part 2—Addressing the Obstacles to Implementing Integrated Practice Units for the Management of Musculoskeletal Disease. Clin. Orthop. 474, 2344–2348 (2016).

Les modèles intermédiaires : l'organisation matricielle

progressivement vers les UPI sans modifier radicalement leur structure, **l'organisation matricielle** constitue une solution intermédiaire efficace. Ce modèle introduit une gouvernance transversale au sein des services spécialisés, en organisant les soins autour de conditions médicales spécifiques plutôt qu'autour des disciplines ¹².

Dans ce schéma, des équipes pluridisciplinaires se forment autour de conditions de santé. Par exemple, une unité dédiée au cancer du sein pourrait inclure chirurgiens, oncologues, infirmiers, psychologues physio- ou kinésithérapeutes, radiologues, pharmaciens et patientes partenaires, entre autres, travaillant ensemble pour optimiser le parcours patient ²¹⁻²³. Bien que les professionnels restent affiliés à leurs services respectifs, leur participation active à l'UPI favorise une coordination accrue et une meilleure allocation des ressources.

Les avantages de ce modèle sont nombreux :

- **Flexibilité structurelle** : l'organisation existante est préservée, tout en introduisant un mode de fonctionnement plus collaboratif.
- **Optimisation des soins** : les décisions ne sont plus prises en silo mais selon une vision transversale du parcours patient.
- **Intégration des savoirs expérientiels des patients** : une meilleure prise en compte des besoins réels des patients permet d'améliorer l'efficacité des soins et services offerts.
- **Facilitation de l'adoption du VBHC** : cette organisation prépare les établissements à une transition progressive vers des soins intégrés et pilotés par la valeur.

L'organisation matricielle est donc **une étape stratégique** permettant d'expérimenter les bénéfices du VBHC tout en minimisant les risques et résistances au changement ¹².

Plusieurs institutions à travers le monde ont démontré l'efficacité des unités de pratique intégrée (UPI) pour améliorer la qualité des soins et optimiser les coûts, comme la *Martini Klinik* en Allemagne pour le cancer de la prostate ¹⁰, *Diabeter* aux Pays-Bas pour le diabète de type 1 ²⁴, le cancer colorectal à Montréal ²⁵, la chirurgie de remplacement total des genoux à Singapour ²⁶ ainsi que les parcours en oncologie en Espagne ²⁷ qui a permis de réduire des dépenses inutiles. En France, l'APHP et les HCL illustrent une transformation vers du VBHC dans leurs pratiques, combinant suivi pluridisciplinaire coordonné et optimisation des parcours en fonction des résultats de santé qui comptent pour les patients ²⁸. Ces expériences démontrent que la **transition** vers le VBHC est réalisable, à condition d'adopter une approche progressive et adaptée aux spécificités locales; et qu'une transformation des systèmes de santé peut à la fois améliorer les résultats cliniques, et l'efficacité des ressources.

Toutefois, leur succès repose sur **un équilibre délicat** entre la standardisation des pratiques, qui assure l'efficacité et la qualité des soins, et la personnalisation, qui permet d'adapter les pratiques aux besoins spécifiques des patients. L'utilisation de données cliniques standardisées et d'outils numériques facilite l'ajustement des traitements en temps réel ²⁹. Les mesures des CROMs, PROMs et de PREMs offrent une vision de l'impact des soins, intégrant l'expérience rapportée par les patients dans l'optimisation des parcours ³⁰. Cette approche combinée donne les outils nécessaires pour que chaque patient reçoive **“le bon soin, au bon moment, au bon endroit”**, tout en améliorant l'efficacité du système de santé.

Les UPI **recentrent les soins** sur les patients plutôt que sur des logiques administratives. Leur adoption, bien que complexe, peut être facilitée par des

23. Dijkstra, L., Haverhals, A. & Wielders, M. Better breast cancer care through collaboration Care for improvement. Santeon Publication (2017).

24. Deenberg-Wittram, J. & Lüdtke, L. Diabeter Value Based Healthcare Delivery in Diabetes. (2016).

25. Villalba, E., Lepage, K. & Inf, B. Projet de démonstration des soins de santé axés sur la valeur (Value-Based Health Care – VBHC) en cancer colorectal.

26. Loh, B. J. S., Teo, L. S., Kumari, S., Santoso, E. G. & Murphy, D. Value-Driven Care Methodology in Total Knee Replacement Surgery in Singapore. NEJM Catal. 6, (2025).

27. Caramés Sánchez, C. et al. The HOPE Project: Improving Cancer Patient Experience and Clinical Outcomes Through an Integrated Practice Unit and Digital Transformation. NEJM Catal. 4, CAT.22.0414 (2023).

28. Luce-Garnier, V. & Michel, P. Le VBHC en pratique - L'exemple de deux CHU. Rev. Hosp. Fr. N°617, (2024).

29. Demedts, I. et al. Clinical implementation of value based healthcare: Impact on outcomes for lung cancer patients. Lung Cancer 162, 90-95 (2021).

30. Mispion, S., Marneffe, W., Himpe, U., Hellings, J. & Demedts, I. Evaluation of the implementation of Value-Based Healthcare with a weekly digital follow-up of lung cancer patients in clinical practice. Eur. J. Cancer Care (Engl.) 31, e13653 (2022).

modèles intermédiaires comme **l'organisation matricielle**. L'expérience internationale démontre que structurer les soins autour de la valeur améliore les résultats, optimise les coûts et renforce l'engagement des soignants.

Pour concrétiser cette transformation, il est essentiel d'adapter l'organisation des soins et d'identifier les leviers pratiques permettant de déployer le VBHC à grande échelle.

Un guide pour la mise en œuvre des UPI a été développé par le Pôle Santé HEC Montréal et l'Unité de soutien SSA-Québec (système de santé apprenant) afin de mieux outiller les gestionnaires et professionnels de la santé à mettre en œuvre les UPI et comprendre quand, pourquoi et comment mettre en œuvre des unités de pratique intégrée³¹.

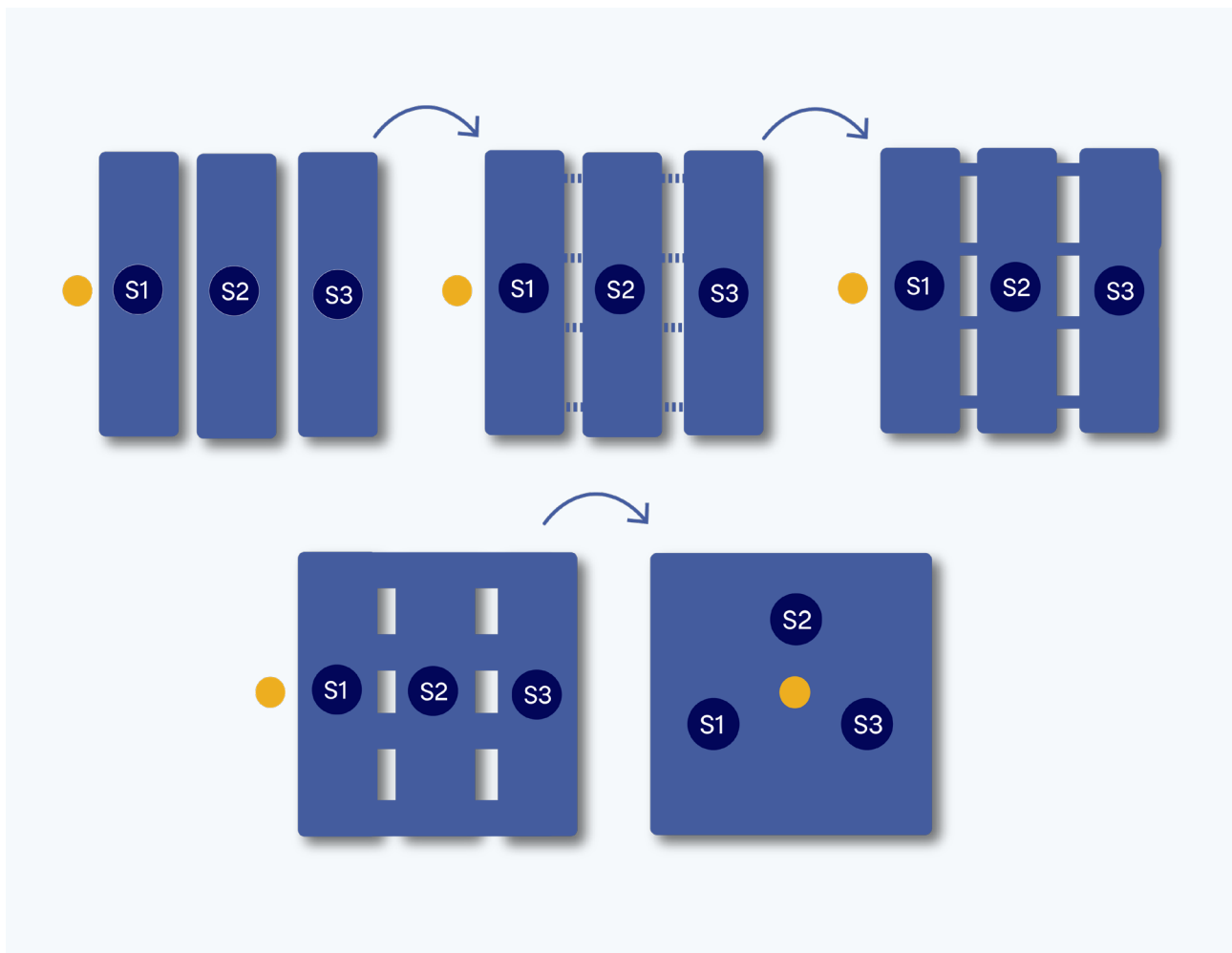


Figure 4.1 : D'un modèle de soins fragmenté aux unités de pratique intégrée, en passant par des modèles intermédiaires (2025).

31. Drolet, M. Guide pour la mise en œuvre d'unités de pratique intégrée (UPI). Unité soutien SSA Québec <https://ssa.quebec.ca/nouvelles/guide-pour-la-mise-en-oeuvre-dunites-de-pratique-integree-upi/> (2025).

32. Lemaire, C., Wallet, L. V., Lugiez, C. & Pessaux, P. Appliquer le TDABC aux parcours de soins, bien plus qu'une promenade de santé. ACCRA 8, 37–65 (2020).

33. Gouvernement du Québec. Le mode de financement axé sur le patient. (2023).

34. Kaplan, R. S. & Anderson, S. R. Time-Driven Activity-Based Costing. Harvard Business Review.

35. Pando, C. et al. Cost-effectiveness analysis of a postoperative 48-hour care bundle for high-risk patients undergoing abdominal surgery. PloS One 20, e0320968 (2025).

36. Dean, M. C. et al. Surgeon-Driven Variation in the Cost of Hip Arthroscopic Surgery for Labral Tears: A Time-Driven Activity-Based Costing Analysis. Am. J. Sports Med. 53, 1869–1877 (2025).

3. Une nouvelle méthode de compréhension des coûts axée sur la valeur : Le Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC)

Afin de créer de la valeur, une meilleure compréhension des coûts et ressources réels est essentielle. Les financements des hôpitaux ne sont pas associés au parcours de soins, mais attribués à des actes particuliers. Les structures hospitalières ont de la difficulté à calculer **le coût total d'un parcours patient** sans re-traitement complexe des données comptables en France ³². Au Québec, malgré les programmes du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) de "Coût par parcours de soins et services" (CPSS) et "Financement axé sur le patient" (FAP) qui est basé sur les codes de classification des DRG (*Diagnosis Related Group*) et les épisodes de soins, la compréhension globale des coûts de la trajectoire complète demeure un défi en cours et est en déploiement graduel ³³.

L'intégration des résultats patients dans l'évaluation des soins implique également une **analyse fine** des coûts et ressources, en évitant les découpages comptables actuels qui rendent difficile le calcul du coût réel des soins sur tout le parcours. Pour cela, Kaplan et Anderson (2004, 2007) ont proposé la méthode TD-ABC (*Time-Driven Activity-Based Costing*), permettant d'attribuer un coût précis à chaque étape du parcours patient ³⁴. Cet outil de calcul des coûts est privilégié par les experts en soins de santé axés sur la valeur.

Le TD-ABC repose sur deux paramètres essentiels :

- **Le taux de coût de capacité** : calculé en divisant

les ressources allouées à une activité par sa capacité pratique.

- **Le temps nécessaire à chaque activité** : mesure du temps réel passé sur chaque tâche (consultations, interventions, soins infirmiers).

Ce modèle permet une analyse détaillée des coûts associés à chaque épisode de soins, en prenant en compte les ressources humaines, l'équipement, les consommables et les services annexes.

Le TD-ABC est un outil pertinent pour amorcer cette transition : il permet d'estimer les coûts par trajectoire et de les relier aux résultats cliniques et expérientiels obtenus ^{35,36}.

Mais il n'est ni obligatoire ni exclusif.

Des approches hybrides — comme celle développée au Québec via le CPSS et FAP — montrent qu'il est possible de progresser étape par étape, à partir des ressources et des données disponibles. Ce qui compte, c'est de réconcilier progressivement la dépense engagée avec la finalité clinique et humaine du soin.

Cette compréhension fine des coûts et des ressources mobilisées pour une condition médicale et ses différents profils de patients est une étape indispensable pour évoluer vers un financement axé sur la valeur, notamment les paiements groupés.

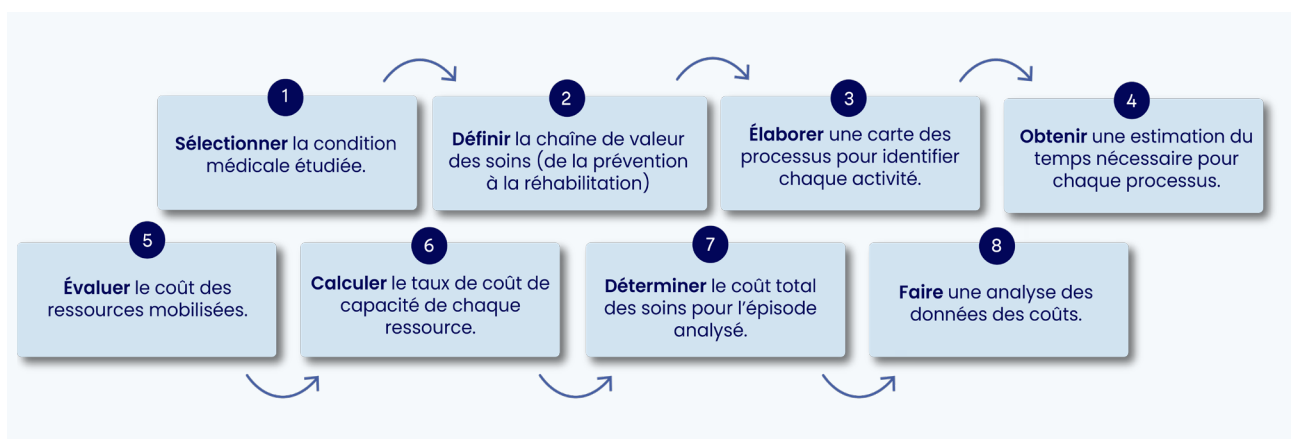


Figure 5 : Les huit étapes du TDABC, décrites par Keel et al. (2017) et mis à jour par da Silva Etges (2019), (2025).

4. Vers un financement axé sur la valeur : le passage aux paiements groupés

Si la mesure des résultats et l'analyse des coûts sont des avancées nécessaires, elles doivent être accompagnées d'un modèle de financement aligné afin d'inciter la **création de valeur**. Aujourd'hui, les systèmes de santé restent largement fondés sur des paiements fragmentés qui incitent plutôt au volume, et qui ne favorisent ni la promotion, la prévention, la coordination des soins ou l'efficacité des parcours patients³⁷. Pour répondre à ce constat, Porter et Lee ont suggéré d'utiliser le modèle de **paiement groupé**³⁷.

Le paiement groupé (*bundled payment*) est un objectif essentiel de la transformation vers la valeur, permettant de financer l'ensemble d'un parcours de soins conditionnel à l'obtention de certains résultats, plutôt que des actes isolés³⁸.

Déjà expérimenté dans plusieurs pays, ce modèle consiste à allouer un forfait global couvrant tous les soins nécessaires pour un épisode donné, indépendamment du volume d'actes réalisés. Le paiement groupé permettrait d'inciter les professionnels de santé à **optimiser la prise en charge**, en se concentrant sur la qualité des résultats obtenus plutôt que sur le nombre d'interventions pratiquées³⁹.

Différentes modalités de financement sont envisageables :

- **Paiement à l'épisode de soins** : forfait couvrant un épisode défini dans une condition médicale (ex. chirurgie de la hanche incluant la réhabilitation, traitement du cancer du sein du diagnostic à la rémission).
- **Capitation** : somme forfaitaire attribuée par patient, couvrant l'ensemble des soins sur une période donnée.
- **Paiement basé sur la performance** : ajusté en fonction de la définition de la performance telle

que coconstruite avec les parties prenantes concernées, des résultats cliniques et de l'expérience des patients.

L'introduction de ces modèles suppose une **évolution culturelle et réglementaire**, appuyée par des expérimentations locales. En ce sens, les résultats observés dans les pays pionniers sont encourageants. Aux Pays-Bas, par exemple, la clinique *Diabeter* a structuré son organisation autour de la mesure continue des résultats de santé et de l'amélioration de l'expérience patient. Cette approche a permis une réduction de 15 % des hospitalisations, une amélioration de la qualité de vie des patients, et a été soutenue par un modèle de financement à la valeur, renforçant la cohérence entre incitations et objectifs cliniques⁸.

Comprendre la valeur en santé implique de mesurer les résultats cliniques, l'expérience de chacun, les résultats de santé des patients, ainsi que les coûts associés à leur parcours de soins. Cependant, pour que ces indicateurs aient un réel impact, encore faut-il que le système de soins soit **structuré** de manière cohérente. Aujourd'hui, la fragmentation des soins, les difficultés de coordination entre acteurs et de coconstruction avec les patients, de même que la prédominance d'une tarification à l'acte, empêchent une optimisation efficace des ressources et une prise en charge axée sur la valeur qui ait du sens pour l'ensemble des acteurs concernés. C'est dans ce contexte que les UPI apparaissent comme un levier central des soins de santé axés sur la valeur^{16,40}. Elles permettent de structurer les soins autour des **besoins réels** des patients et de créer un cadre organisationnel propice à l'amélioration des résultats ciblés tout en maîtrisant leurs coûts.

37. Porter, M. E. & Lee, T. H. The Strategy That Will Fix Health Care. Harv. Bus. Rev. 91 no.10, (2013).

38. Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A. E., Wikström, E. & Sandoff, M. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital – a longitudinal interview study. BMC Health Serv. Res. 17, 169 (2017).

39. Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems. OECD https://www.oecd.org/en/publications/innovative-providers-payment-models-for-promoting-value-based-health-systems_627fe490-en.html (2023).

40. Sadki, M. Guide interactif | Unités de Pratiques Intégrées (UPI). Pôle Santé <https://polesante.hec.ca/guide-interactif-unites-de-pratiques-integrees-upi/> (2025).

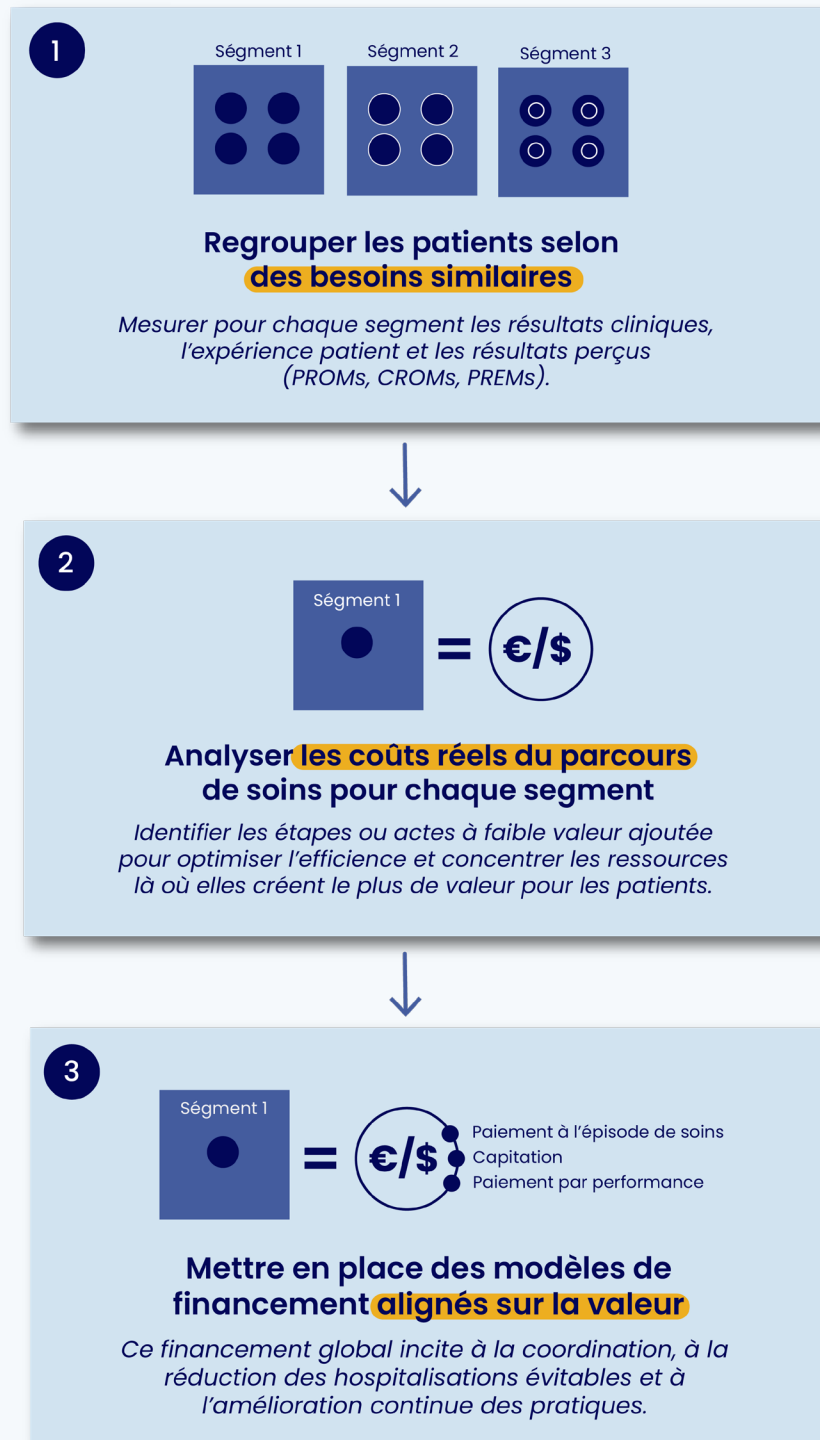


Figure 6 : Vers un financement axé sur la valeur, les trois étapes du VBHC (2025).

Partie 2.

Déployer le VBHC
dans la pratique

L'organisation des soins constitue un facteur déterminant dans l'amélioration des résultats de santé et de l'efficacité des systèmes sanitaires ⁴¹. L'approche VBHC propose une **transformation organisationnelle** qui vise à mieux aligner les pratiques existantes avec les besoins exprimés par les patients et les résultats obtenus en vie réelle. Parmi les leviers identifiés pour renforcer cette orientation, la **centralisation des soins** dans des centres d'excellence et l'intégration des parcours via des UPI constituent des stratégies structurantes ^{12,16}.

Cette structuration permet de **concentrer l'expertise**, d'améliorer la coordination des soins et de rationaliser l'utilisation des ressources. Dans un contexte où les systèmes de santé doivent conjuguer l'amélioration de la qualité des soins, l'expérience des personnes, et la soutenabilité économique, ces modèles organisationnels offrent une réponse adaptée aux enjeux actuels ^{42,43}.

Section 1 : L'intégration et la centralisation des soins pour améliorer la qualité et la coordination

1. La centralisation des soins comme levier d'excellence clinique

La centralisation des soins au sein de centres d'excellence repose sur le principe de spécialisation et d'accumulation d'expertise clinique dans des domaines spécifiques ^{12,16,44}. Cette approche repose sur plusieurs mécanismes :

- **Optimisation des compétences** : Les équipes soignantes, confrontées à un volume de cas plus élevé, acquièrent une expertise accrue et bénéficient de protocoles standardisés basés sur les meilleures pratiques.
- **Amélioration des résultats cliniques** : Des études démontrent que les patients traités dans des centres hyperspécialisés présentent des taux de complications et de récidives plus faibles, ainsi qu'une meilleure récupération post-opératoire.
- **Réduction des variations de soins** : L'application de protocoles uniformisés permet d'homogénéiser la prise en charge et d'assurer une équité dans l'accès aux traitements les plus performants.

L'exemple de la *Martini Klinik* en Allemagne, spécialisée dans le cancer de la prostate, illustre les bénéfices des centres d'excellence ¹⁰. En centralisant les soins pour cette pathologie, la clinique a obtenu des résultats cliniques supérieurs aux standards nationaux, avec des taux de survie et de qualité de vie post-traitement améliorés. Ce modèle est particulièrement pertinent pour les pathologies complexes, comme les cancers, les maladies cardiovasculaires et neurodégénératives, qui nécessitent une prise en charge spécialisée ^{12,22,45,46}.

En regroupant expertise et ressources, les centres d'excellence optimisent les soins, réduisent les écarts de performance entre établissements. Cette concentration améliore les résultats cliniques et l'accessibilité aux traitements est plus efficace. En structurant les soins autour de pôles spécialisés, ces centres garantissent une prise en charge plus homogène et efficiente.

41. de Mattia, E., Angioletti, C., D'Agostino, M., Paoletti, F. & de Belvis, A. G. Moving from Principles to Practice: A Scoping Review of Value-Based Healthcare (VBHC) Implementation Strategies. *Healthcare* 12, 2457 (2024).

42. OECD. Why patient-centred approaches are important. *OECD Observer* Vol. 2018, (2018).

43. Mjåset, C., Ikram, U., Nagra, N. S. & Feeley, T. W. Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems. *Catal. Non-Issue Content* 1, (2020).

44. Chen, A. M. Access improvement in healthcare: a 12-step framework for operational practice. *Front. Health Serv.* 4, 1487914 (2024).

45. Porter, M. E., Lee, T. H. & Alger, M. A. Oak Street Health: A New Model of Primary Care. *Harvard Business School Case* 717-437, (2017).

46. Bermon, A., Licht-Ardila, M., Manrique-Hernández, E. F. & Hurtado-Ortiz, A. Analysis of health outcomes in acute myocardial infarction: a value-based healthcare approach. *Rev. Cuid.* 15, e3796 (2024).

47. Nuño-Solinís, R. Advancing Towards Value-Based Integrated Care for Individuals and Populations. *Int. J. Integr. Care* 19, 8.

48. Jernberg, T. et al. The Swedish Web-system for enhancement and development of evidence-based care in heart disease evaluated according to recommended therapies (SWE-DEHEART). *Heart Br. Card. Soc.* 96, 1617-1621 (2010).

2. La nécessité d'une coopération territoriale pour garantir l'accès aux soins

Si la centralisation favorise la spécialisation et la standardisation, elle peut poser la question de l'accessibilité des soins pour les patients résidant hors des grands pôles hospitaliers. Il est donc essentiel d'accompagner cette transformation par une organisation en réseau, favorisant l'articulation entre les centres hyperspécialisés et les structures de proximité ⁴⁷.

Plusieurs dispositifs peuvent être mobilisés pour assurer une couverture équitable du territoire :

- **Mise en réseau des établissements de santé** : partenariats entre hôpitaux universitaires, établissements privés et centres de soins primaires pour assurer une prise en charge graduée.
- **Télémédecine et solutions numériques** : déploiement de plateformes de suivi à distance, permettant aux patients de bénéficier d'une expertise spécialisée sans nécessité de déplacement fréquent.
- **Parcours de soins intégrés** : création de réseaux de

soins coordonnés, assurant une continuité entre les différentes phases de la prise en charge, du diagnostic au suivi post-thérapeutique.

L'expérience de certains pays, notamment les Pays-Bas, la Suède et la Chine, démontre que l'intégration des soins dans un cadre territorial structuré permet de concilier excellence clinique et accessibilité, **réduisant ainsi les inégalités** dans l'accès aux soins spécialisés ⁴⁸⁻⁵⁰. Pour que ces modèles soient pleinement efficaces, une coordination fluide entre les acteurs de santé et une gestion optimisée des données sont essentielles. C'est dans ce contexte que les **plateformes numériques** jouent un rôle clé en structurant les informations et en facilitant l'analyse des résultats ²⁶. Ainsi, des infrastructures IT adaptées deviennent des leviers incontournables pour soutenir la mise en œuvre du VBHC et garantir une prise en charge plus efficiente et cohérente.

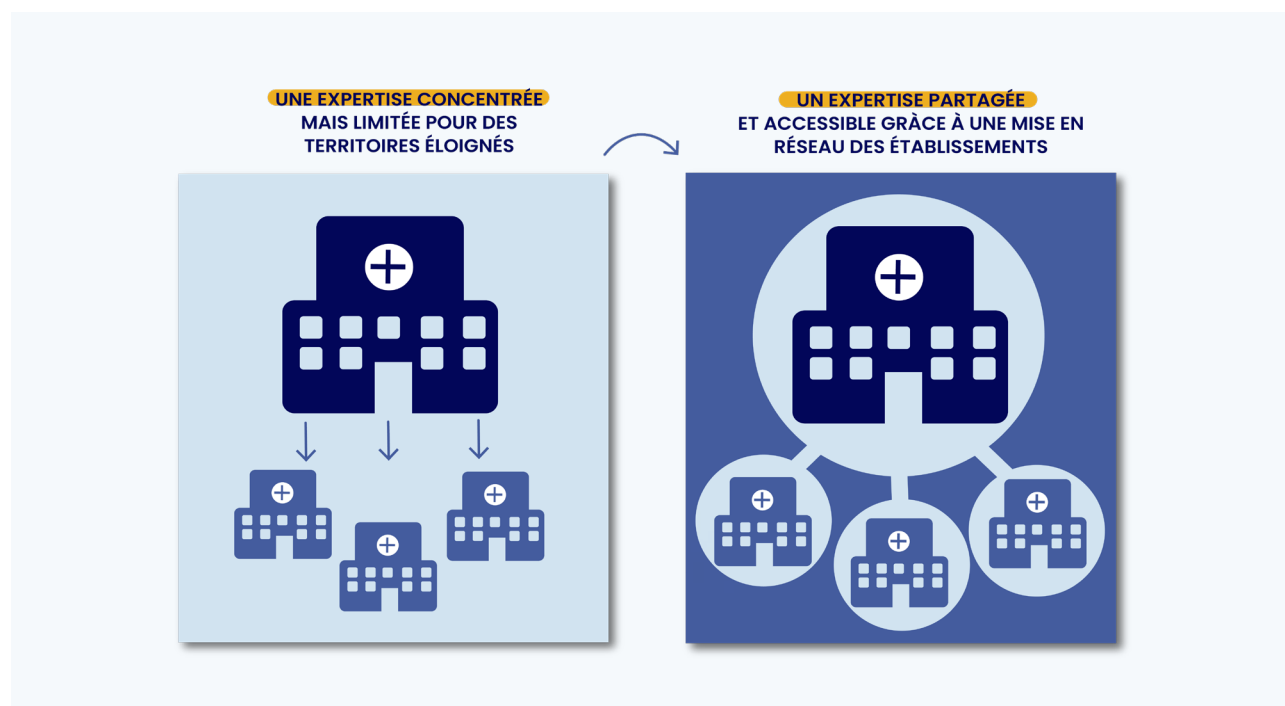


Figure 7 : Organisation territoriale des soins, une transformation vers un réseau intégré (2025).

49. Engels, N. et al. Santeon's Lessons from a Decade of Implementing Value-Based Health Care. NEJM Catal. 5, CAT.23.0232 (2023).

50. Hu, S., Jiayin, X., Qi, S. & Schulman, K. The Himalayan Cataract Project. Stanf. Grad. Sch. Bus. <https://www.gsb.stanford.edu/faculty-research/case-studies/himalayan-cataract-project> (2021).

Section 2 : Le rôle clé des données et de l'intelligence artificielle dans le VBHC

1. Les plateformes de l'information comme catalyseurs

La mise en place du VBHC repose sur l'utilisation stratégique des **données de santé**⁵¹. Sans une collecte et une intégration robustes des informations médicales, il est difficile d'atteindre les objectifs de cette approche. Ces données sont essentielles pour assurer un suivi précis des **résultats des patients**, optimiser la coordination des soins et garantir que chaque individu bénéficie du traitement le plus adapté à sa condition⁵².

Pour concrétiser cette vision, le déploiement de **plateformes numériques interopérables** est indispensable. Ces systèmes doivent être capables d'agrèger des données issues de multiples sources – dossiers médicaux électroniques, résultats d'examen, CROMs, PROMs et PREMs^{37,53}.

Cette intégration constitue un levier majeur pour réduire la **fragmentation des informations**, qui représente encore aujourd'hui un frein à la continuité des soins.

L'accès en temps réel aux données de santé est un autre facteur clé, comme le démontre le cas du Centre de Commandement C4 de l'Hôpital général juif à Montréal⁵⁴. Il permet aux professionnels de disposer d'informations actualisées, facilitant ainsi la prise de décisions cliniques éclairées et renforçant **l'implication des patients** dans leur parcours de soins^{49,55}. Par exemple, les PROMs renseignés par les patients avant leurs consultations peuvent être immédiatement disponibles pour le médecin, optimisant ainsi les échanges et la personnalisation des interventions²³.

2. Interopérabilité et structuration des données : un défi stratégique

L'interopérabilité entre les outils des systèmes d'information des différents acteurs du système de santé est cruciale. Une **communication fluide** entre la médecine de ville et l'hôpital améliore la coordination des parcours et limite les redondances¹³. C'est notamment l'objectif du Dossier Médical Partagé (DMP)⁵⁶ et Mon Espace Santé en France⁵⁷, et le Dossier Santé Québec (DSQ) et Carnet Santé au Québec⁵⁸, qui visent à fournir un accès unifié aux diverses informations cliniques, encore trop souvent fragmentées entre plusieurs établissements.

La **structuration des données** ouvre par ailleurs la voie à des analyses à grande échelle, permettant d'identifier des tendances, d'évaluer l'efficacité des traitements et d'orienter les politiques de santé. **L'intelligence artificielle** (IA) peut jouer un rôle central en permettant l'analyse de volumes massifs de données pour détecter des schémas prédictifs et optimiser les suivis^{51,59-63}.

En intégrant ces technologies, les systèmes de soins peuvent **anticiper les besoins**, améliorer la pertinence des soins et renforcer leur efficacité, autant de leviers clés pour concrétiser le VBHC. Mais sans gouvernance adaptée, ces outils risquent de rester à l'état de promesse. La transformation vers un système de santé fondé sur la valeur suppose d'articuler ces innovations avec une **dynamique d'apprentissage et d'amélioration continue**, portée par un **leadership** partagé^{49,55}. Ce sont les professionnels de santé, les gestionnaires, les patients partenaires et les décideurs publics qui, en s'engageant collectivement, peuvent ancrer durablement cette évolution. C'est cette **co-construction interdisciplinaire** qui donne sens aux données et qui permet de traduire les technologies en véritables moteurs de changement.

51. Feeley, T. W., Landman, Z. & Porter, M. E. The Agenda for the Next Generation of Health Care Information Technology. NEJM Catal. 1, CAT.20.0132 (2020).

52. Kaplan, R. S., Jehi, L., Ko, C. Y., Pusic, A. & Witkowski, M. Health Care Measurements that Improve Patient Outcomes. NEJM Catal. 2, (2021).

53. van der Nat, P. B. The new strategic agenda for value transformation. Health Serv. Manage. Res. 35, 189–193 (2022).

54. Fortin, A.-H. & Laliberté-Gagné, J. Histoire de cas | Le C4 du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal de l'idéation à la mise en œuvre. Pôle Santé HEC Montréal <https://pole-sante.hec.ca/le-c4-du-ciuss-du-centre-ouest-de-l-ile-de-montreal-de-l-ideation-a-la-mise-en-oeuvre/> (2024).

55. Daniels, K., Rouppe Van Der Voort, M. B. V., Biesma, D. H. & Van Der Nat, P. B. Five years' experience with value-based quality improvement teams: the key factors to a successful implementation in hospital care. BMC Health Serv. Res. 22, 1271 (2022).

Section 3 : Benchmarking, communautés d'apprentissage et leadership des soignants pour accélérer la transformation

1. L'analyse comparative (benchmarking) : un outil clé pour améliorer la qualité des soins

Dans le cadre du VBHC, le *benchmarking* constitue un levier stratégique pour améliorer la performance des systèmes de santé^{1,37}. Il permet aux professionnels et aux établissements de comparer leurs résultats, d'identifier les meilleures pratiques et de réduire les écarts de qualité entre les structures. Cette approche favorise la transparence et incite à l'amélioration continue⁶².

Un exemple emblématique est le registre *Swedeheart* en Suède, qui mesure l'adhésion aux protocoles cliniques et les taux de survie après un infarctus du myocarde⁴⁸. La publication de ces résultats a conduit à une amélioration significative des performances, avec une augmentation de 22 % du taux de conformité aux recommandations et une réduction des écarts entre les hôpitaux entre les plus et les moins performants⁶².

En France, une initiative qui concerne quelques établissements a été lancée dans le domaine de la chirurgie de la cataracte, avec pour objectif d'optimiser les résultats visuels et la qualité de vie des patients⁶⁴.

La mise en place de *benchmarks* repose sur des indicateurs standardisés et comparables, tels que les CROMs, les PROMs et les PREMs. L'alignement des acteurs sur une méthodologie commune et l'ajustement des risques sont essentiels pour garantir des comparaisons équitables^{1,65}. De plus, la publication de ces données s'accompagne d'une pédagogie adaptée pour éviter toute stigmatisation et encourager une dynamique constructive d'amélioration⁶⁶.

2. Les communautés apprenantes : un espace collaboratif pour l'innovation en santé

Le *benchmarking*, bien qu'essentiel, ne suffit pas à transformer durablement les pratiques. Il doit être complété par des communautés d'apprentissage, qui facilitent le partage d'expériences et la diffusion des innovations organisationnelles⁴⁹. Ces communautés rassemblent des professionnels de santé et si possible aussi des patients partenaires, tous engagés dans une démarche collective d'amélioration des soins.

Un exemple notable est le programme *Santeon* aux Pays-Bas, où plusieurs hôpitaux ont mis en place des cycles d'apprentissage collaboratif pour analyser et optimiser les parcours de soins⁶⁷. Dans le cadre du traitement du

cancer du sein, l'analyse des pratiques a conduit à des ajustements concrets, tels que l'introduction d'un rinçage supplémentaire des plaies chirurgicales, améliorant ainsi les taux de cicatrisation et réduisant les complications postopératoires²³. Plus récemment, 10 hôpitaux de 7 pays qui déploient le VBHC à plusieurs niveaux se sont organisés en communauté apprenante appelée "Value Catalyst"⁶⁸ afin de faire du *benchmarking* ainsi que pour partager leurs meilleures pratiques. Ces initiatives comparatives montrent que la mise en commun des savoirs et l'expérimentation en conditions réelles permettent d'identifier rapidement des axes d'amélioration.

56. Qu'est-ce que Mon espace santé (dossier médical partagé) ? <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F36151>.

57. Mon espace santé - Vous avez la main sur votre santé. <https://www.monespacesante.fr/>.

58. À propos du Dossier santé Québec. Gouvernement du Québec <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec/a-propos>.

59. Pinker, A. Smart Hospital – how the University Hospital in Essen is shaping the future of medicine | Medialist Innovation. <https://medialist.info/en/2020/02/16/smart-hospital-how-the-university-hospital-in-essen-is-shaping-the-future-of-medicine/> (2020).

60. Staff. Mayo Clinic bets big on digital transformation, to reinvest 'hundreds of millions' in the next decade. Becker's Hospital Review | Healthcare News & Analysis <https://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/mayo-clinic-bets-big-on-digital-transformation-to-reinvest-hundreds-of-millions-in-the-next-decade-2/> (2020).

3. Le rôle des soignants dans la transformation du système de santé

La transition vers un système de santé axé sur la valeur repose en grande partie sur **l'engagement des professionnels de santé**. Au-delà de leur fonction clinique, ils occupent une position centrale dans la dynamique de transformation, en adoptant **une posture proactive** d'amélioration continue de la qualité des soins⁶¹.

Toutefois, l'émergence de professionnels capables de jouer un rôle moteur dans cette transformation suppose un appui structurant, à la fois institutionnel et politique. Un environnement propice à l'innovation, incluant du temps dédié, des ressources pour la formation et le développement de la recherche appliquée, constitue un facteur facilitateur essentiel au niveau des établissements. D'un point de vue macro, les politiques de financement jouent un rôle structurant dans l'orientation des comportements et des pratiques. Lorsqu'elles privilégient la quantité d'actes au détriment des résultats cliniques et de l'expérience vécue par les patients, elles risquent d'entretenir des dynamiques contre-productives. À l'inverse, des modèles incitatifs alignés sur la valeur créée – c'est-à-

dire sur l'amélioration tangible de la santé – permettent de reconnaître et de soutenir les professionnels qui s'engagent activement dans des démarches d'excellence⁶⁹. Ce changement de paradigme est essentiel pour encourager l'émergence de leaders cliniques porteurs d'**une vision centrée sur l'impact** et la pertinence des soins.

L'amélioration de la qualité des soins appelle un pilotage fondé sur des indicateurs pertinents, centrés sur les résultats rapportés par les patients. La mesure systématique des **CROMs, des PROMs et des PREMs** permet de recentrer les efforts sur la qualité des soins perçue par les patients et d'adapter les pratiques en conséquence⁵⁵.

Enfin, l'intégration du *benchmarking*, des communautés d'apprentissage et du leadership des soignants accélère la mise en œuvre du VBHC en favorisant l'amélioration continue des soins et **une meilleure utilisation des ressources**. Pour que ces initiatives produisent des effets durables, leur intégration à grande échelle dans les stratégies nationales de santé publique constitue un enjeu central.

*L'amélioration
des soins
doit être pilotée
par des indicateurs
centrés
sur les résultats
des patients.*

61. Andreu-Perez, J., Leff, D. R., Ip, H. M. D. & Yang, G.-Z. From Wearable Sensors to Smart Implants--Toward Pervasive and Personalized Healthcare. *IEEE Trans. Biomed. Eng.* 62, 2750–2762 (2015).

62. Larsson, S., Lawyer, P., Garellick, G., Lindahl, B. & Lundström, M. Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. *Health Aff. Proj. Hope* 31, 220–227 (2012).

63. Price, S. How AI is streamlining physician workflows. *Health Europa* <https://www.healtheuropa.com/how-ai-is-streamlining-physician-workflows/104730/> (2021).

64. JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Arrêté du 23 juillet 2020 relatif à l'expérimentation de valorisation de la transparence et de la pertinence pour la chirurgie de la cataracte dans les territoires de Nantes et Limoges. (2020).

65. Porter, M. E. What Is Value in Health Care? *N. Engl. J. Med.* 363, 2477–2481 (2010).

66. Steinmann, G., van de Bovenkamp, H., de Bont, A. & Delnoij, D. Redefining value: a discourse analysis on value-based health care. *BMC Health Serv. Res.* 20, 862 (2020).

67. Okunade, D. O., Arora, D. J., Haverhals, A., Niessen, L. & Salt, M. Collaborating for value: the Santeon Hospitals in the Netherlands.

68. van der Nat, P. B. & Lee, T. H. Expanding the Community of Learning for Value-Based Health Care. *Catal. Non-Issue Content* 6, (2025).

69. Vriens, K., Sage, C., d'Ottreppe, P. & Koster, F. A New Era in Belgian Healthcare. *PwC* <https://www.pwc.be/en/news-publications/2024/new-era-belgian-healthcare.html> (2024).



La transition vers le VBHC exige
un engagement collectif et
progressif et il est essentiel de
multiplier les projets qui
démontrent sa **faisabilité**.

Conclusions et perspectives

La transformation des systèmes de santé vers un modèle fondé sur la valeur ne peut pas se limiter à une réforme du financement ou à l'intégration de nouveaux indicateurs. Comme nous l'avons décrit, elle nécessite une **réorganisation en profondeur** du système de soins, un alignement des incitatifs et une évolution culturelle impliquant tous les acteurs du système de soins: professionnels de santé, gestionnaires, pouvoirs publics, citoyens et patients.

Si les initiatives menées dans divers pays montrent que le VBHC est un levier puissant pour **améliorer la qualité et l'efficacité des soins**, sa généralisation se heurte encore à plusieurs défis. La fragmentation des systèmes de santé, l'inertie institutionnelle et la complexité du changement organisationnel freinent son adoption. Le manque d'interopérabilité des données et l'absence d'une culture de mesure des résultats patients représentent également des obstacles majeurs. À cela s'ajoute le fait que les PROMs ne couvrent pas encore toutes les pathologies, limitant la capacité à documenter et piloter les résultats de manière transversale. De plus, dans un contexte où les données de santé sont dispersées entre de multiples systèmes informatiques, l'introduction d'un outil supplémentaire pour recueillir les PROMs peut être perçue comme une surcharge administrative, freinant l'adhésion des équipes sur le terrain. De plus, la formation des professionnels demeure insuffisante : au-delà de la compréhension des concepts du VBHC, l'enjeu est de former **une nouvelle génération de leaders** capables d'implémenter concrètement ces approches dans leur pratique clinique et leur gestion hospitalière.

Cependant, des **opportunités** émergent. L'évolution des référentiels de qualité, notamment grâce à la

Haute Autorité de Santé en France, le projet PaRIS de l'OCDE ⁶, ou Accréditation Canada, ouvre une intégration plus systématique des résultats de santé et de l'expérience patient dans l'évaluation des établissements. L'accélération de la digitalisation et l'essor de l'intelligence artificielle offrent des moyens inédits pour structurer et exploiter les données de santé à grande échelle.

De plus, les nouvelles modalités de financement expérimentées à travers des projets comme ceux menés sous **l'Article 51*** en France permettent de tester des modèles alternatifs de paiement, basés sur la performance et les résultats cliniques et

sont une vraie opportunité pour accélérer l'adoption du VBHC du moment que les résultats qui comptent pour les patients seront rattachés.

La transition vers le VBHC exige un engagement collectif et progressif et il est essentiel de multiplier les projets qui démontrent sa faisabilité.

La transition vers le VBHC repose sur **un engagement collectif** et progressif. La mise en œuvre de projets pilotes constitue une étape déterminante pour démontrer non seulement la faisabilité opérationnelle du modèle sur le terrain, mais également les bénéfices concrets pour l'ensemble

des parties prenantes. Elle implique **un accompagnement rapproché** des équipes cliniques dans l'adoption de nouvelles pratiques et la création d'espaces d'apprentissage collectif favorisant l'expérimentation et le partage d'expérience, à l'image des initiatives menées par *Santeon* aux Pays-Bas, *Value Catalyst* à l'international et *l'Unité de soutien SSA* au Québec.

Enfin, cette transformation ne peut aboutir sans **un dialogue renforcé** entre décideurs politiques, payeurs, gestionnaires, professionnels de santé et patients. La France et le Québec, avec des systèmes largement financés par la solidarité nationale et une volonté affirmée d'engager les citoyens dans leur santé, offrent un cadre propice pour devenir

* L'article 51 est un dispositif générique d'expérimentation issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 permettant de tester en vie réelle des organisations innovantes en santé.

des territoires pionniers de cette évolution. Pour concrétiser ce potentiel, une dynamique collective s'avère indispensable, articulée autour d'un **engagement politique** clair, d'un soutien institutionnel déterminé et d'une mobilisation active de l'ensemble des acteurs. Les leviers clés de succès reposent sur des soins intégrés orientés parcours (UPI, coordination, intégration), des données centrées sur le patient (PROMs, PREMs, CROMs), et des mécanismes de financement alignés sur les résultats. L'adoption de standards communs de mesure et la réorientation des incitatifs vers la valeur, plutôt que vers le volume, constituent des conditions essentielles à l'ancrage de cette approche dans les politiques de santé publique.

Loin d'être une simple tendance, le VBHC s'impose comme une nécessité pour garantir un accès équitable à **des soins de qualité**, tout en assurant la via-

bilité économique et la résilience des systèmes de soins. Plus qu'un objectif à atteindre, il représente **un changement de paradigme**, un cadre décisionnel, et une dynamique continue d'amélioration, où chaque acteur du système devient un moteur du changement. Même si toutes les conditions ne sont pas réunies aujourd'hui — du fait des contraintes réglementaires, technologiques ou culturelles — il est possible d'**amorcer la transition pas à pas**. En s'appropriant les principes du VBHC et en les adaptant aux réalités locales avec l'objectif commun de viser l'amélioration de la santé des citoyens, chaque initiative, même modeste, contribue à transformer durablement le système de soins.

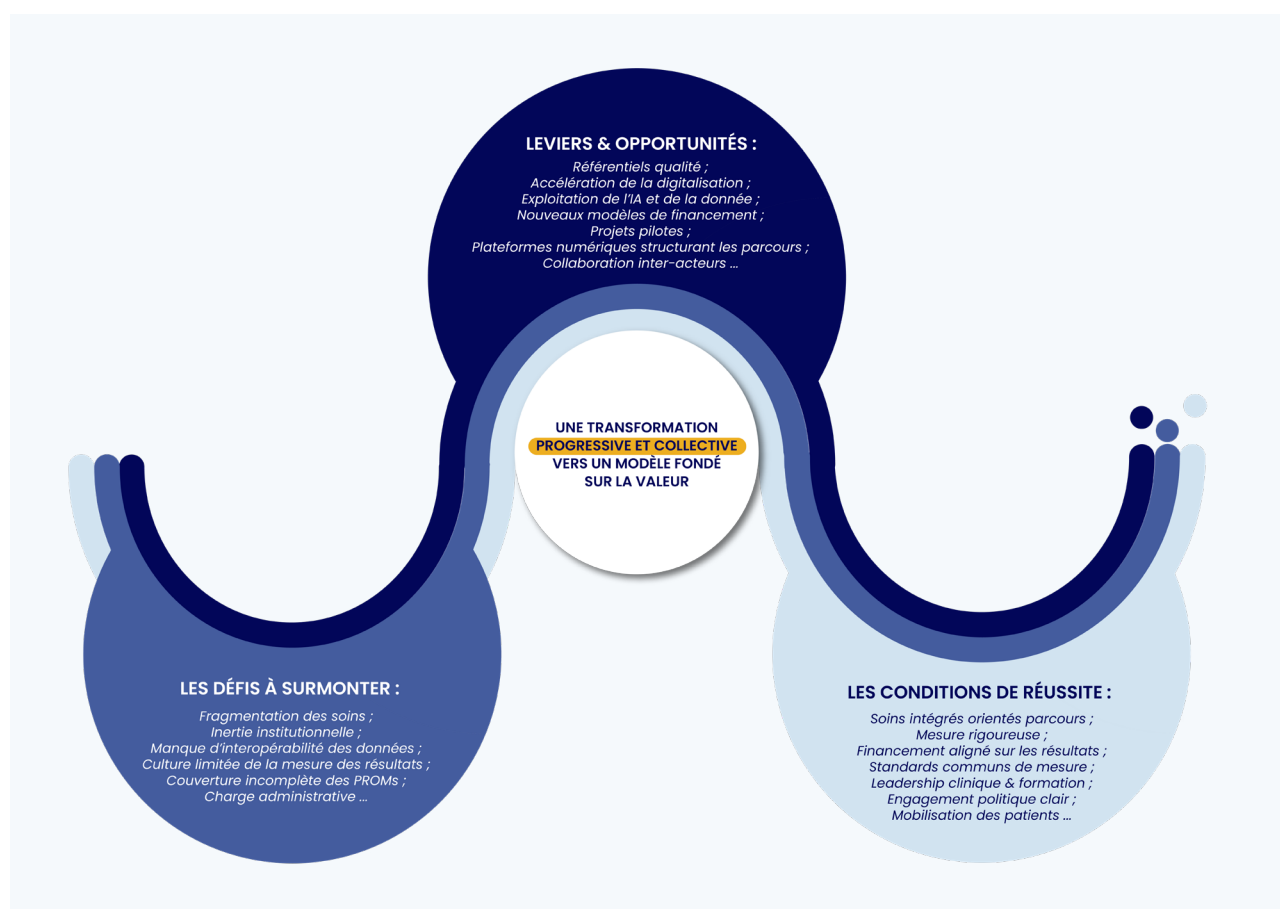


Figure 8 : Une transition progressive vers un modèle de santé fondé sur la valeur : défis et leviers stratégiques (2025)

Glossaire

C

Condition médicale :

Ensemble de besoins de santé cliniquement homogènes et suffisamment stables dans le temps pour permettre une prise en charge coordonnée par une équipe pluridisciplinaire, tout au long du cycle complet de soins — de la prévention à la réhabilitation.

M

Mesures de résultats rapportés par les professionnels du soin - *Clinical reported outcome measures (CROMs)* :

Indicateurs cliniques rapportés par les professionnels de santé, mesurant objectivement l'évolution d'une condition médicale, comme la taille d'une tumeur, le taux d'hémoglobine ou la fréquence des complications.

Mesures de résultats rapportés par les patients - *Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)* :

Indicateurs permettant aux patients de décrire leur propre état de santé, notamment la douleur, la fatigue, la mobilité ou encore leur qualité de vie après une intervention médicale.

Mesures de l'expérience patient - *Patient-Reported Experience Measures (PREMs)* :

Indicateurs permettant aux patients de décrire leur expérience des soins, notamment la qualité de la communication, la coordination entre équipes, le respect,

l'information reçue ou encore leur implication dans les décisions.

Méthode TD-ABC :

Méthode de calcul des coûts de santé qui attribue les ressources mobilisées en fonction du temps réel nécessaire à chaque étape du parcours de soins. Elle permet d'estimer avec précision le coût complet d'un parcours de soins, en intégrant l'ensemble des ressources humaines, matérielles et organisationnelles mobilisées.

U

Unité de pratique intégrée :

Modèle organisationnel centré sur une condition médicale donnée, dans lequel une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle prend en charge l'ensemble du parcours du patient, de manière coordonnée, continue et orientée résultats. Les UPI s'appuient sur une gouvernance partagée entre soignants, gestionnaires et parfois patients, avec des objectifs cliniques et économiques communs, un pilotage par les données de santé (PROMs, CROMs, coûts), et une dynamique d'amélioration continue. Elles constituent le socle opérationnel du Value-Based Health Care.

Pour plus de termes :

<https://institutvbhc.fr/glossaire/>



Matériels et méthodes

Cet article a été élaboré selon une **methodologie collaborative** mobilisant un groupe d'experts aux profils complémentaires (cliniciens, chercheurs, décideurs, représentants d'usagers). Après définition collective du périmètre, des objectifs et des axes structurants, les contributeurs ont co-construit le plan de l'article via un espace de travail partagé, en adoptant un processus itératif de relecture croisée. Chaque section a été rédigée par les membres les plus familiers du sujet, puis relue collectivement pour garantir cohérence, rigueur et clarté.

Le contenu repose sur un **corpus mixte** de sources issues de la littérature scientifique (articles indexés dans PubMed, Scopus, Embase entre 2010 et 2024) et de la littérature grise (rapports institutionnels, publications professionnelles, documents de conférences, retours d'expériences terrain). **Les sources** ont été sélectionnées selon leur pertinence, leur qualité méthodologique et leur utilité pour l'analyse.

Enfin, le texte a été relu par deux professeurs universitaires en santé publique – l'un basé en France, l'autre au Québec – afin d'en renforcer la **solidité scientifique** et la portée internationale.



Cet article a été élaboré
selon une **méthodologie
collaborative** mobilisant un
groupe d'experts aux profils
complémentaires

Présentation des auteurs

Maria-Belen Lopez Herdoiza



Neuroscientifique de formation et entrepreneuse, **Maria-Belen Lopez** est une experte reconnue de la transformation des systèmes de santé par le Value-Based Health Care (VBHC). Fondatrice de l'**Institut Français de la**

Valeur en Santé, elle accompagne hôpitaux, innovateurs et décideurs dans le déploiement de parcours intégrés (UPI), la mesure des résultats de santé et la conception de scorecards d'évaluation. Diplômée de Sorbonne Université (PhD), du Collège des Ingénieurs (MBA), certifiée Harvard, VBHC Center Europe et ICHOM, elle œuvre pour ancrer le VBHC dans la réalité du terrain.

Consultante et formatrice, elle intervient en France et à l'international (Europe, Amérique latine, Moyen-Orient). Sa démarche allie rigueur scientifique, co-construction et impact, dans une dynamique d'apprentissage continue. Elle porte une vision ambitieuse : rendre les soins plus pertinents, coordonnés et humains.

Eva Villalba



Leader engagée, **Eva Villalba** dirige la **Coalition priorité cancer au Québec** et coprécide la Coalition pour un système de santé résilient. Pionnière du VBHC au Canada, elle est titulaire d'un MBA de HEC Montréal, puis

d'un MSc en transformation de la santé (Université du Texas à Austin), où elle a été formée par la cofondatrice du concept de soins de santé axés sur la valeur, la Pr Elizabeth Teisberg. Elle détient également la certification VBHC Green Belt.

Elle a lancé le **Sommet VBHC au Canada**, fondé **Expertise valeur en santé** et préside la communauté de pratique VBHC au Québec. En 2025, elle rejoint la faculté d'ICHOM Education pour porter la version francophone du programme de certification des professionnels en VBHC.. Reconnue pour sa capacité à mobiliser les parties prenantes et à concrétiser le changement, Eva agit au service d'un système de santé plus agile, équitable et centré sur les résultats pour les patients.

Guillaume Rousson



Guillaume Rousson est professionnel de santé, formateur et entrepreneur social, engagé dans l'amélioration continue de la qualité des soins fondée sur l'expérience et les savoirs patient. Diplômé en **kinésithérapie** et science politique appliquée à la santé, certifié ceinture

verte en VBHC, il est président d'EMOI Co-op, la première coopérative réunissant les expertes francophones de la démocratie en santé. Il forme et accompagne les hôpitaux sur la mise en place des outils PREMs/PROMs et sur le partenariat en santé. Kinésithérapeute de la douleur et du travail, il exerce au **Centre Municipal de Santé Universitaire (CMSU) Docteur Pesqué** à Aubervilliers, structure dans laquelle il assure également la coordination de la santé participative. Il est aussi membre des comités scientifiques du média La Fabrique des Soignants et de l'Institut Français pour la Valeur en santé et administrateur du groupe de réflexion en santé publique Les Ateliers Mercure.



Alba Nicolas-Boluda

Docteure en **innovation en santé** et experte VBHC, **Alba Nicolas-Boluda** dirige les opérations de **One Clinic**, une structure de médecine de ville innovante. Formée à Harvard et à l'Université Paris Cité, elle a conçu et piloté la stratégie VBHC de One Clinic depuis 2020.

Elle conjugue expertise scientifique, opérationnelle et stratégique pour faire évoluer les pratiques vers des soins plus pertinents, centrés sur les résultats cliniques et l'expérience patient. Elle agit aussi à **l'échelle européenne** pour promouvoir des modèles durables de transformation des soins.



Virginie Luce Garnier

Médecin anesthésiste-réanimatrice et directrice de projet VBHC à l'AP-HP, **Virginie Luce Garnier** conjugue depuis plus de dix ans fonctions médicales et stratégiques. Elle découvre le VBHC en 2018 via l'Alliance Européenne des CHUs et y voit un levier pour répondre aux tensions systémiques. Depuis 2020, elle pilote son déploiement au sein de la Direction Qualité Partenariat Patient de l'AP-HP, avec deux projets pilotes en orthopédie et chirurgie gynécologique. En 2024, elle fonde et préside la **Société Française pour la Valeur en Santé**, un espace fédérateur pour structurer une vision VBHC adaptée au contexte français et ouverte à l'international.



Bertrand Semay

Chirurgien orthopédiste à la Clinique Mutualiste de Saint-Étienne, **Bertrand Semay** s'est formé au VBHC à l'Université Paris Cité. Convaincu que cette approche permet de recentrer les soins sur la qualité et la pertinence, il s'est engagé dans la transformation de son établissement. Il a co-construit des pratiques autour des parcours prothétiques de hanche et genou, participé au déploiement des PROMs, et facilité le dialogue entre soignants et direction. **Praticien de terrain et expert VBHC**, il incarne un leadership clinique orienté résultats, au service des patients comme des équipes.



Catherine Wilhelmy

Patiente partenaire et figure du partenariat en santé au Québec, **Catherine Wilhelmy** co-dirige scientifiquement l'Unité de soutien SSA-Québec et pilote le partenariat patient au Centre de recherche du CHUS. Elle est aussi co-responsable de la communauté Expériences. Issue d'un **parcours oncologique**, elle agit depuis 2017 dans des comités nationaux pour faire reconnaître les savoirs issus de l'expérience dans la gouvernance, la recherche et les politiques publiques. Elle porte une vision de la valeur en santé où résultats, **expérience et sens** pour la personne sont conjoints.



Célia Lemaire

Professeure agrégée à l'iaelyon (Université Jean Moulin Lyon 3) et membre de l'Institut Universitaire de France, **Célia Lemaire** est co-éditrice de la revue FCS et co-responsable du groupe « Performance Durable ? ». Ses recherches portent sur **les pratiques de gestion dans les secteurs du soin et de l'accompagnement** (hôpital, âge, handicap), et sur les conditions organisationnelles d'une post-croissance. Elle est aussi **professeure associée** à l'Université Laval (Québec). Son travail s'inscrit dans une approche critique de la performance et du pilotage dans les systèmes de santé.

1. Porter, M. E. & Teisberg, E. O. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. (Boston: Harvard Business School Press, 2006).
2. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing https://www.oecd.org/en/publications/innovative-providers-payment-models-for-promoting-value-based-health-systems_627fe490-en.html
4. Kaplan, R. & Porter, M. E. The Big Idea : How to Solve The Cost Crisis In Health Care. (2011).
5. Porter, M. E. & Kaplan, R. S. How to Pay for Health Care. Harvard Business Review (2016).
6. OECD. Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? OCDE https://www.oecd.org/fr/publications/les-systemes-de-sante-tiennent-ils-leurs-promesses_81af0784-fr.html (2025).
7. Pessaux, P. & Cherkaoui, Z. Value-based healthcare: a novel approach to the evaluation of patient care. HepatoBiliary Surg. Nutr. 7, 125–126 (2018).
8. Witkowski, M. L., Bernstein, D. N., Riegler, J. S., Aanstoot, H.-J. & Akkerman, M. A Novel 10-Year Value-Based Contract to Improve Type 1 Diabetes Care in the Netherlands. NEJM Catal. 6, (2025).
9. Porter, M. E. Cleveland Clinic: Transformation and Growth 2015. (2020).
10. Porter, M. E., Deerberg-Wittram, J. & Feeley, T. W. Martini Klinik: Prostate Cancer Care 2019. Harvard Business School N-720–359, (2019).
11. van Engen, V., Bonfrer, I., Ahaus, K. & Buljac-Samardzic, M. Value-Based Healthcare From the Perspective of the Healthcare Professional: A Systematic Literature Review. Front. Public Health 9, (2022).
12. Wiersema, J. E., Bresser, C. C. & van der Nat, P. B. Organizing Care Around Conditions: An Expanded Model of Value-Based Health Care. NEJM Catal. 4, CAT.23.0180 (2023).
13. Gray, M. A culture of stewardship The responsibility of NHS leaders to deliver better value healthcare. NHS Confederation (2015).
14. Crane, E. et al. A social return on investment analysis of patient-reported outcome measures in value-based healthcare. J. Patient-Rep. Outcomes 9, 22 (2025).
15. da Silva Etges, A. P., Liu, H., Jones, P. & Polanczyk, C. Value-based Reimbursement as a Mechanism to Achieve Social and Financial Impact in the Healthcare System. J. Health Econ. Outcomes Res. 100–103 (2023) doi:10.36469/jheor.2023.89151.
16. Porter, M. E. & Lee, T. H. Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders. NEJM Catal. 2, CAT.20.0237 (2021).
17. Bastiaan R. Bloem, MD, PhD. ParkinsonNet: Network of Teams Produces Value. Catal. Carryover 1, (2015).
18. Kathleen McKee, MD. Creating “One-Stop Shop” Care for Parkinson’s. Catal. Carryover 5, (2019).
19. Aslariarai, S., Côté, J., Rondeau, A., Benomar, N. & Frenzel, M. Faites Tournier Votre UPI : Guide pour la mise en œuvre des Unités de Pratique Intégrée. (2024).
20. Linnean Initiatief. Linnean <https://www.linnean.nl/over/linnean/waarom+linnean/default.aspx>.
21. van Egdom, L. S. E. et al. Implementation of Value Based Breast Cancer Care. Eur. J. Surg. Oncol. J. Eur. Soc. Surg. Oncol. Br. Assoc. Surg. Oncol. 45, 1163–1170 (2019).
22. Keswani, A., Koenig, K. M., Ward, L. & Bozic, K. J. Value-based Healthcare: Part 2—Addressing the Obstacles to Implementing Integrated Practice Units for the Management of Musculoskeletal Disease. Clin. Orthop. 474, 2344–2348 (2016).
23. Dijkstra, L., Haverhals, A. & Wielders, M. Better breast cancer care through collaboration Care for improvement. Santeon Publication (2017).
24. Deerberg-Wittram, J. & Lüdtke, L. Diabeter Value Based Healthcare Delivery in Diabetes. (2016).
25. Villalba, E., Lepage, K. & Inf, B. Projet de démonstration des soins de santé axés sur la valeur (Value-Based Health Care – VBHC) en cancer colorectal.
26. Loh, B. J. S., Teo, L. S., Kumari, S., Santoso, E. G. & Murphy, D. Value-Driven Care Methodology in Total Knee Replacement Surgery in Singapore. NEJM Catal. 6, (2025).
27. Caramés Sánchez, C. et al. The HOPE Project: Improving Cancer Patient Experience and Clinical Outcomes Through an Integrated Practice Unit and Digital Transformation. NEJM Catal. 4, CAT.22.0414 (2023).
28. Luce-Garnier, V. & Michel, P. Le VBHC en pratique - L'exemple de deux CHU. Rev. Hosp. Fr. N°617, (2024).
29. Demedts, I. et al. Clinical implementation of value based healthcare: Impact on outcomes for lung cancer patients. Lung Cancer 162, 90–95 (2021).
30. Misplon, S., Marneffe, W., Himpe, U., Hellings, J. & Demedts, I. Evaluation of the implementation of Value-Based Healthcare with a weekly digital follow-up of lung cancer patients in clinical practice. Eur. J. Cancer Care (Engl.) 31, e13653 (2022).
31. Drolet, M. Guide pour la mise en œuvre d'unités de pratique intégrée (UPI). Unité soutien SSA Québec <https://ssa.quebec.ca/nouvelles/guide-pour-la-mise-en-oeuvre-dunités-de-pratique-intégrée-upi/> (2025).
32. Lemaire, C., Wallet, L. V., Lugiez, C. & Pessaux, P. Appliquer le TDABC aux parcours de soins, bien plus qu'une promenade de santé. ACCRA 8, 37–65 (2020).
33. Gouvernement du Québec. Le mode de financement axé sur le patient. (2023).
34. Kaplan, R. S. & Anderson, S. R. Time-Driven Activity-Based Costing. Harvard Business Review.
35. Pando, C. et al. Cost-effectiveness analysis of a postoperative 48-hour care bundle for high-risk patients undergoing abdominal surgery. PLoS One 20, e0320968 (2025).
36. Dean, M. C. et al. Surgeon-Driven Variation in the Cost of Hip Arthroscopic Surgery for Labral Tears: A Time-Driven Activity-Based Costing Analysis. Am. J. Sports Med. 53, 1869–1877 (2025).
37. Porter, M. E. & Lee, T. H. The Strategy That Will Fix Health Care. Harv. Bus. Rev. 91 no.10, (2013).
38. Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A. E., Wikström, E. & Sandoff, M. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital – a longitudinal interview study. BMC Health Serv. Res. 17, 169 (2017).
39. Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems. OECD https://www.oecd.org/en/publications/innovative-providers-payment-models-for-promoting-value-based-health-systems_627fe490-en.html (2023).
40. Sadki, M. Guide interactif | Unités de Pratiques Intégrées (UPI). Pôle Santé <https://polesante.hec.ca/guide-interactif-unites-de-pratiques-integrees-upi/> (2025).
41. de Mattia, E., Angioletti, C., D'Agostino, M., Paoletti, F. & de Belvis, A. G. Moving from Principles to Practice: A Scoping Review of Value-Based Healthcare (VBHC) Implementation Strategies. Healthcare 12, 2457 (2024).
42. OECD. Why patient-centred approaches are important. OECD Observer Vol. 2018, (2018).
43. Mjåset, C., Ikram, U., Nagra, N. S. & Feeley, T. W. Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems. Catal. Non-Issue Content 1, (2020).
44. Chen, A. M. Access improvement in healthcare: a 12-step framework for operational practice. Front. Health Serv. 4, 1487914 (2024).
45. Porter, M. E., Lee, T. H. & Alger, M. A. Oak Street Health: A New Model of Primary Care. Harvard Business School Case 717-437, (2017).
46. Bermon, A., Licht-Ardila, M., Manrique-Hernández, E. F. & Hurtado-Ortiz, A. Analysis of health outcomes in acute myocardial infarction: a value-based healthcare approach. Rev. Cuid. 15, e3796 (2024).
47. Nuño-Solinis, R. Advancing Towards Value-Based Integrated Care for Individuals and Populations. Int. J. Integr. Care 19, 8.
48. Jernberg, T. et al. The Swedish Web-system for enhancement and development of evidence-based care in heart disease evaluated according to recommended therapies (SWEDEHEART). Heart Br. Card. Soc. 96, 1617–1621 (2010).
49. Engels, N. et al. Santeon's Lessons from a Decade of Implementing Value-Based Health Care. NEJM Catal. 5, CAT.23.0232 (2023).
50. Hu, S., Jiayin, X., Qi, S. & Schulman, K. The Himalayan Cataract Project. Stanf. Grad. Sch. Bus. <https://www.gsb.stanford.edu/faculty-research/case-studies/himalayan-cataract-project> (2021).
51. Feeley, T. W., Landman, Z. & Porter, M. E. The Agenda for the Next Generation of Health Care Information Technology. NEJM Catal. 1, CAT.20.0132 (2020).
52. Kaplan, R. S., Jehi, L., Ko, C. Y., Pusic, A. & Witkowski, M. Health Care Measurements that Improve Patient Outcomes. NEJM Catal. 2, (2021).
53. van der Nat, P. B. The new strategic agenda for value transformation. Health Serv. Manage. Res. 35, 189–193 (2022).
54. Fortin, A.-H. & Laliberté-Gagné, J. Histoire de cas | Le C4 du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal de l'idéation à la mise en œuvre. Pôle Santé HEC Montréal <https://polesante.hec.ca/le-c4-du-ciuss-du-centre-ouest-de-lile-de-montreal-de-lideation-a-la-mise-en-oeuvre/> (2024).
55. Daniels, K., Rouppe Van Der Voort, M. B. V., Biesma, D. H. & Van Der Nat, P. B. Five years' experience with value-based quality improvement teams: the key factors to a successful implementation in hospital care. BMC Health Serv. Res. 22, 1271 (2022).
56. Qu'est-ce que Mon espace santé (dossier médical partagé) ? <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F36151>.
57. Mon espace santé - Vous avez la main sur votre santé. <https://www.monespacesante.fr/>
58. À propos du Dossier santé Québec. Gouvernement du Québec <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec/a-propos>.
59. Pinker, A. Smart Hospital – how the University Hospital in Essen is shaping the future of medicine | Medialist Innovation. <https://medialist.info/en/2020/02/16/smart-hospital-how-the-university-hospital-in-essen-is-shaping-the-future-of-medicine/> (2020).
60. Staff. Mayo Clinic bets big on digital transformation, to reinvest 'hundreds of millions' in the next decade. Becker's Hospital Review | Healthcare News & Analysis <https://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/mayo-clinic-bets-big-on-digital-transformation-to-reinvest-hundreds-of-millions-in-the-next-decade-2/> (2020).
61. Andreu-Perez, J., Leff, D. R., Ip, H. M. D. & Yang, G.-Z. From Wearable Sensors to Smart Implants—Toward Pervasive and Personalized Healthcare. IEEE Trans. Biomed. Eng. 62, 2750–2762 (2015).
62. Larsson, S., Lawyer, P., Garellick, G., Lindahl, B. & Lundström, M. Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. Health Aff. Proj. Hope 31, 220–227 (2012).
63. Price, S. How AI is streamlining physician workflows. Health Europa <https://www.healtheuropa.com/how-ai-is-streamlining-physician-workflows/104730/> (2021).
64. JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Arrêté du 23 juillet 2020 relatif à l'expérimentation de valorisation de la transparence et de la pertinence pour la chirurgie de la cataracte dans les territoires de Nantes et Limoges. (2020).
65. Porter, M. E. What Is Value in Health Care? N. Engl. J. Med. 363, 2477–2481 (2010).
66. Steinmann, G., van de Bovenkamp, H., de Bont, A. & Delnoij, D. Redefining value: a discourse analysis on value-based health care. BMC Health Serv. Res. 20, 862 (2020).
67. Okunade, D. O., Arora, D. J., Haverhals, A., Niessen, L. & Salt, M. Collaborating for value: the Santeon Hospitals in the Netherlands.
68. van der Nat, P. B. & Lee, T. H. Expanding the Community of Learning for Value-Based Health Care. Catal. Non-Issue Content 6, (2025).
69. Vriens, K., Sage, C., d'Otreppe, P. & Koster, F. A New Era in Belgian Healthcare. PwC <https://www.pwc.be/en/news-publications/2024/new-era-belgian-healthcare.html> (2024).



Pour citer cet ouvrage : Lopez Herdoiza, M.-B., Villalba, S. E., Rousson, G., Nicolas-Boluda, A., Luce-Garnier, V., Semay, B., Wilhelmy, C., & Lemaire, C. (2025). Vers une transformation systémique de la santé : l'approche de soins de santé axés sur la valeur, le Value-Based Health Care (VBHC).

