



Inspection générale des Finances

N° 2002-M-023-02

RAPPORT D'ENQUETE

sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville :
les enseignements des expériences étrangères

Etabli par

Bertrand COZZAROLO
Inspecteur des Finances

Eric JALON
Inspecteur des Finances

Guillaume SARLAT
Inspecteur des Finances

sous la supervision de
Bruno DURIEUX
Inspecteur général des Finances

- MARS 2003 -



RESUME

Dans un contexte où l'accroissement des coûts de la médecine de ville est en partie inéluctable, en raison notamment du progrès médical et dans une moindre mesure du vieillissement de la population, il importe que l'argent dépensé le soit de la manière la plus efficace possible. Pour ce faire, l'intervention d'un régulateur est nécessaire, en raison des spécificités mêmes du « marché » de la santé.

La mission a eu pour objectif d'observer quels instruments les régulateurs étrangers mobilisaient pour optimiser le rapport qualité/prix de la médecine de ville et d'évaluer, dans la mesure du possible, l'impact sanitaire et financier de chacun de ces instruments. L'étude a porté plus spécifiquement sur le Canada, les Pays-Bas, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne et l'Allemagne.

Deux conclusions principales ressortent de l'observation internationale :

- dans un système de rémunération à l'acte, il est possible de limiter la dispensation de soins non médicalement nécessaires grâce à **des incitations financières adressées aux médecins et, dans une certaine mesure, aux patients** (1) ;
- **une réorganisation du processus et des structures de production de la médecine de ville** est de nature à améliorer la qualité des soins sans pour autant augmenter les coûts (2).

1/ La régulation de l'offre, plus aisément que celle de la demande, peut permettre de contenir la dépense sans restreindre l'accès aux soins

La libre confrontation des médecins et des patients ne permet pas d'aboutir spontanément à une production de soins optimale, et ce pour deux raisons principales :

- les patients bénéficient d'une assurance-maladie qui les conduit à accroître leur demande de soins au-delà de ce qui serait nécessaire ;
- les médecins, en raison de leur expertise, ont une capacité à influencer la demande de soins qui leur est adressées par les patients.

Dans un contexte de paiement à l'acte, ces deux éléments se renforcent mutuellement pour conduire à une production de soins excessive, génératrice de coûts.

Pour limiter l'ampleur de ce phénomène, une responsabilisation financière des praticiens et des patients peut être envisagée.

a) La participation financière des patients entraîne une limitation de la consommation mais affecte l'accès aux soins d'une partie de la population

Au vu des expériences étrangères, **la participation financière des patients ne paraît guère susceptible de conduire à une limitation de la dépense qui n'aurait pas de contrepartie en termes d'équité.**

Le prélèvement de **frais d'usage** du système de soins – ticket modérateur, franchises, etc – est un outil efficace en ce qu'il limite effectivement la consommation de soins non nécessaires. Néanmoins, ce type de dispositif dégrade l'accès à des soins nécessaires pour la fraction la plus défavorisée de la population.

Un mécanisme de **compte d'épargne médicale** consistant à attribuer à chaque individu un budget santé capitalisable au-delà duquel il doit supporter l'intégralité de la dépense sur ses deniers existe à Singapour ou en Afrique du Sud et suscite l'intérêt tant aux Etats-Unis qu'au Canada. La capacité de cet instrument à limiter effectivement la dépense de santé n'est toutefois pas avérée, à la différence de son impact négatif du point de vue de l'équité : par définition, tout dispositif qui supprime la mutualisation du risque rompt la solidarité entre malades et bien-portants.

La limitation du **panier de soins**¹ pris en charge par l'assurance-maladie constitue une troisième modalité de participation financière des patients. L'observation internationale met en évidence que tout processus de limitation de la gamme de biens et services médicaux financés par la collectivité peine à réunir un consensus sur lequel fonder sa légitimité. Dans les faits, les économies réalisées dans les pays étrangers au moyen d'une restriction du panier de soins apparaissent limitées².

Au vu de ces éléments, il ne semble pas que la participation financière des patients puisse être considérée comme une source d'économies majeures.

b) Une régulation optimisée du paiement à l'acte peut s'accompagner d'une expérimentation de formules de rémunération mixtes

Dans tous les pays du panel où le paiement à l'acte est largement développé, il est fortement régulé afin d'éviter la multiplication des actes inutiles. Parmi les instruments recensés, celui consistant à définir un droit de tirage moyen par cas apparaît le plus intéressant.

Un plafonnement du revenu individuel des généralistes est mis en œuvre au Québec. Quand, au cours du trimestre, le revenu du praticien dépasse le **plafond** (défini avec les fédérations de médecins), le médecin ne perçoit, pour les actes effectués au-delà du seuil, que 25% de la rémunération normale des actes. Ce type de dispositif ne paraît pas adapté, car il pénalise les médecins à forte productivité dont rien n'indique qu'il aient une propension à effectuer des actes inutiles supérieure à leurs confrères. Au contraire, on estime généralement que les médecins enclins à dispenser des soins inutiles sont ceux dont la clientèle est limitée.

¹ La question de l'admission au remboursement des médicaments n'est pas traitée dans le cadre du présent rapport, ce sujet ayant été étudié récemment par la mission interministérielle d'enquête sur la régulation de l'industrie et du marché du médicament, IGF/IGAS/CGM, novembre 2002.

² Le seul Etat qui a entrepris une révision complète du panier de soins pris en charge, à savoir l'Oregon (Etats-Unis), n'a abouti qu'à des économies estimées à 2%. L'impact des déremboursements opérés au Pays-Bas, notamment sur les soins dentaires, est de l'ordre de 800M€.

Davantage qu'un plafonnement en valeur absolue de l'activité individuelle des praticiens, **une formule consistant à encadrer le volume de soins dispensés en moyenne aux patients** paraît de nature à inciter les praticiens à ne fournir à leurs patients que les soins dont ils ont réellement besoin. Un dispositif de ce type existe en Allemagne, sous l'appellation de *praxisbudget*. En pratique, il s'agit d'attribuer aux médecins un droit de tirage pour chaque patient vu au moins une fois au cours d'un trimestre, les droits de tirage acquis étant fongibles. Le tiers-paiement acquitte les factures présentées par le médecin jusqu'au point où le montant remboursé atteint le total des droits de tirage correspondant à la clientèle du médecin. Au-delà de ce plafond, le médecin n'est pas rémunéré³.

Ce dispositif est mis en œuvre en Allemagne depuis 1997, par et à l'initiative des unions régionales de médecins. Il a semble-t-il contribué à stabiliser le volume d'actes réalisés.

Sous des conditions énoncées dans le rapport, **l'introduction en France d'une formule de droits de tirage par cas constitue une option à privilégier**.

Il en va différemment pour les mécanismes d'enveloppes globales d'honoraires, dans la mesure où ils conduisent à un flottement des prix susceptible d'engendrer une multiplication des actes et une déstabilisation de l'équilibre économique des cabinets médicaux. Néanmoins, s'il apparaissait qu'une formule de droits de tirage par cas ne parvenait pas à pleinement limiter la dispensation de soins inutiles, la mise en œuvre d'une enveloppe globale pourrait utilement être envisagée.

Bien qu'ayant concentré son attention sur la régulation du paiement à l'acte, la mission a pris connaissance avec intérêt des expériences de rémunération des médecins à la **capitation** (Grande-Bretagne, Pays-Bas, Etats-Unis). Ce mode de paiement incite les praticiens à minimiser les coûts de production des soins, le risque étant que cette incitation débouche sur un rationnement ou une dégradation de la qualité des prestations

Afin de conserver les avantages de la capitation en termes de modération des coûts tout en atténuant les inconvénients, se développent des formules de rémunération mixte associant capitation et paiement à l'acte ou à la performance. A cet égard, il semble particulièrement intéressant **d'appliquer la capitation à un groupe organisé de médecins**, ce dernier définissant à la convenance de ses membres le mode de rémunération le plus approprié pour chacun d'entre eux, ce mode de rémunération pouvant être le paiement à l'acte. Dans ce contexte, il revient au groupe de médecins d'assurer la conciliation entre une enveloppe pour l'ensemble de la structure et le paiement individuel des médecins.

La mission suggère une expérimentation de capitation de groupes organisés de médecins, et ce d'autant plus que ce type d'organisation apparaît comme le plus susceptible de mettre en œuvre des initiatives destinées à améliorer la qualité des soins.

2/ Une organisation rationalisée de l'offre de soins ambulatoires pourrait permettre d'améliorer la qualité sans pour autant augmenter les coûts

³ Ainsi, un médecin ayant, par hypothèse, 100 cas (c'est-à-dire 100 patients vus au moins une fois au cours du trimestre) lui ouvrant chacun droit à 50 points de nomenclature, peut facturer un total de $50 \times 100 = 5\,000$ points de nomenclature (à multiplier par un facteur de conversion monétaire, 1 point = N euros, pour obtenir la rémunération). Au-delà de ce plafond, le médecin n'est plus rémunéré pour les actes effectués.

Dans les pays examinés, des efforts convergents visent à optimiser le processus de production de soins. Il s'agit notamment d'éliminer les pratiques médicales non conformes à l'état de l'art ou d'assurer une continuité dans la prise en charge des patients. Pour atteindre cet objectif, l'efficacité des outils mobilisés – références médicales, suivi des profils d'activité, etc – dépend autant de leur pertinence intrinsèque que de la performance des organisations qui les mettent en œuvre. A cet égard, la constitution de groupes organisés de médecins assortis d'un échelon de management médical est une piste d'évolution intéressante.

a) L'efficacité de l'offre de soins peut être accrue en optimisant les pratiques médicales et en assurant une organisation des filières de soins

L'examen des pratiques cliniques des médecins de ville fait apparaître que leur hétérogénéité n'est pas toujours justifiée. Afin d'améliorer la qualité des soins délivrés, plusieurs mécanismes peuvent être utilisés.

Les outils susceptibles d'améliorer les pratiques médicales

L'impact des **références médicales** sur les pratiques quotidiennes des médecins est variable. Il semble maximal lorsque ces références sont discutées et partiellement élaborées au niveau local et que leur mise en œuvre fait l'objet d'un suivi dans des structures réunissant plusieurs confrères.

De même, les **retours d'information sur les pratiques individuelles** n'ont d'influence significative sur le comportement des praticiens que s'ils s'inscrivent dans une démarche de cercle de qualité prolongée par des évaluations individuelles de l'activité des médecins. La diffusion de cette information sur les pratiques individuelles à destination du public semble par ailleurs devoir être écartée.

Enfin, dans le cadre de rémunérations mixtes évoquées supra, des **incitations financières** peuvent être reliées à des indicateurs de qualité. L'impossibilité pratique de mettre en regard l'action du praticien et l'état de santé de ces patients doit conduire à privilégier les variables les plus facilement observables, telles que le taux de vaccination des patients.

Les options envisageables pour améliorer la prise en charge des patients

Une efficience accrue de la production de soins de ville requiert également une meilleure organisation des filières de soins.

A cet égard, et au-delà de considérations tenant au réalisme de cette option, **il ne semble pas que faire du médecin généraliste un point d'entrée obligé dans le système de santé (gatekeeping) soit une solution à privilégier**. En effet, les études, souvent contradictoires, réalisées sur le fonctionnement concret de ce type de dispositif de filtrage de l'accès aux soins spécialisés ne permet de conclure ni à un impact positif sur la qualité des soins délivrés ni à une limitation des coûts.

A défaut de recourir au *gatekeeping*, un moyen de coordination des différents professionnels de santé pourrait être le **dossier électronique du patient**. Bien que performant, cet outil est peu développé dans les pays examinés, y compris aux Etats-Unis, en raison de son coût et de la difficulté éprouvée par les médecins à l'intégrer dans leur pratique quotidienne. Dans ce contexte, la solution la plus adéquate à court terme pour assurer une certaine continuité des soins semble être **l'inscription des patients auprès d'une structure de soins pour une durée prédéfinie**.

Même s'il convient de privilégier la continuité de la relation médecin/patient, celle-ci ne peut se traduire par une disponibilité totale de praticiens qui aspirent légitimement à une bonne qualité de vie. Les expériences britanniques de **centres de soins ouverts (walk-in centres)** et de **centres de triage téléphonique** délivrant des conseils médicaux et renvoyant si nécessaire les patients vers d'autres producteurs de soins apparaissent à cet égard intéressantes. En effet, les évaluations réalisées à ce jour mettent en évidence que ces structures offrent des prestations de qualité, permettent une continuité du service de santé et soulagent les médecins généralistes d'une part de la demande de soins. L'impact financier de ces nouvelles structures de soins est pour l'heure mal appréhendé. Il semble néanmoins que, sous certaines conditions, les centres d'appels téléphoniques puissent contribuer à réduire les coûts du système de santé dans son ensemble.

Enfin, certains expériences étrangères de *case management* et de *disease management* soulignent l'intérêt d'assurer un suivi fin des patients atteints de maladies chroniques. Aux Etats-Unis, notamment, des structures spécialisées ont pour mission, d'une part, de diffuser auprès des médecins et des patients des protocoles adaptés aux pathologies considérées et, d'autre part, de veiller à la bonne mise en œuvre de ces protocoles. Ce type de programme aboutit à des résultats sanitaires très positifs. La rentabilité financière, mesurée par la comparaison du coût des programmes avec les économies réalisées notamment sur les hospitalisations, est plus difficile à apprécier. Il semble néanmoins que, sous certaines conditions, les expériences de *case* et de *disease management* permettent de diminuer les coûts.

b) Une intervention des pouvoirs publics est souhaitable afin de promouvoir une pratique plus collective et intégrée de la médecine de ville ainsi que l'émergence d'entrepreneurs de soins

L'efficacité des outils décrits précédemment dépend fortement de la nature des organisations chargées de les mettre en œuvre, celle-ci devant notamment bénéficier de la légitimité nécessaire à l'égard des praticiens.

De fait, l'optimisation des pratiques des médecins et l'amélioration de la prise en charge des patients requiert **une évolution dans l'organisation de la médecine ambulatoire**. Celle-ci est à l'œuvre dans la plupart des pays examinés, soit de manière spontanée, soit en réponse à une intervention des pouvoirs publics. Elle conduit à **l'émergence d'organisation de médecins à deux niveaux, que l'on appellera « entrepreneurs de soins », comprenant des cabinets de groupe et un échelon supérieur de management médical** émanant des cabinets membres et dont la finalité est l'amélioration de l'efficience de la production de soins.

1. La pratique en cabinets de groupe se développe dans les pays étudiés et contribue à l'amélioration de l'efficience de l'offre de soins :

- elle permet de mieux intégrer les autres professionnels de santé à la pratique médicale, ce qui se traduit par une efficience accrue des cabinets ;
- elle conduit en outre à dégager des économies d'échelle qui paraissent maximales pour une taille de cabinet comprise entre 5 et 10 médecins de même spécialité ;
- ces gains de productivité paraissent, pour autant que ce point puisse être appréhendé, s'accompagner d'une qualité des soins supérieure ;
- ces structures de 5 à 10 médecins facilitent la mise en œuvre des outils d'amélioration de l'efficience des pratiques décrits supra : cercles de qualité, retour d'information et évaluation des pratiques individuelles, suivi des patients atteints de maladies chroniques.

La pratique de groupe, qui est encouragée notamment par la British Medical Association ou le Royal College of General Practitioners, répond par ailleurs aux aspirations de nombreux médecins quant à l'organisation de leur temps de travail.

2. Dans plusieurs des systèmes de santé étudiés par la mission, un échelon organisationnel supérieur, regroupant et coordonnant plusieurs cabinets de médecine ambulatoire est apparu. C'est le cas notamment en Nouvelle-Zélande et aux Etats-Unis. Ces échelons semblent pouvoir être des outils très efficaces au service de la rationalisation de l'offre de soins et de l'optimisation des pratiques.

Ils permettent tout d'abord de rentabiliser plus facilement les investissements en systèmes d'information nécessaires à une évaluation des pratiques dont la réalisation doit néanmoins demeurer au niveau du cabinet ou d'une structure locale collégiale.

Ils ont surtout vocation à assurer **une fonction de management médical**, ce qui suppose que le nombre de médecins affiliés ne dépasse pas quelques centaines. Cette fonction recouvre :

- la définition, à partir des éléments fournis au niveau national, la mise en débat et l'application des références médicales ;
- la mise en œuvre de programmes de *disease management*, qui requièrent des infrastructures importantes ;
- le développement des outils de mesure de la performance ;
- l'organisation du retour d'information vers les cabinets et les praticiens ;
- l'animation de la démarche d'évaluation des pratiques au niveau des cabinets.

Ces évolutions organisationnelles de nature à accroître l'efficience de l'offre de soins ambulatoires sont, de manière générale, apparues spontanément en réponse à une mise en concurrence des offreurs de soins, **dans un contexte de rémunération des praticiens à la capitation**. Néanmoins, la mission a relevé l'existence de trois expériences étrangères (Angleterre, Québec, Ontario) où des structures s'inspirant de ces organisations de médecins à deux niveaux étaient mises en œuvre par les pouvoirs publics ou à leur instigation.

A l'issue de ses investigations, **la mission suggère qu'une expérimentation soit menée en France qui permette aux cabinets médicaux qui le souhaitent de s'associer pour faire émerger un échelon de management médical** doté des fonctions décrites précédemment. Ce groupement de médecins serait rémunéré à titre principal à la capitation mais les médecins pourraient individuellement continuer à être rémunérés, au moins partiellement, à l'acte.

SOMMAIRE

<i>Introduction</i>	1
<i>Partie I : La régulation de l'offre, plus aisement que celle de la demande, peut permettre de contenir la dépense sans restreindre l'accès aux soins</i>	5
I. La participation financière des patients entraîne une limitation de la consommation mais affecte l'accès aux soins d'une partie de la population	6
A/ Franchises, co-paiement et co-assurance ont un impact réel sur la demande adressée au système de santé mais engendrent des restrictions dans l'accès aux soins.....	7
1) La participation financière des usagers vise à réduire la consommation de soins non nécessaires engendrée par l'existence d'une assurance	7
2) La participation financière des patients introduit un arbitrage entre efficacité et équité	11
3) Les études confirment tant l'efficacité de la participation financière des patients que sa contrepartie en terme d'équité.....	12
B/ Les comptes d'épargne médicale ont un impact incertain sur la dépense et sont de nature à restreindre l'accès aux soins d'une partie de la population	17
1) Le compte d'épargne médicale constitue une forme de transfert du petit risque sur les individus	18
2) Les comptes d'épargne médicale ne constituent pas une solution à privilégier dans le contexte français.....	22
C/ Les démarches de restriction du panier de soins pris en charge ne peuvent avoir qu'une ampleur et un impact financier limités.....	26
1) La limitation du panier de soins se heurte à un problème d'acceptabilité, ce qui atténue son ampleur et son impact financier.....	27
2) Une solution alternative, à la portée financière douteuse, consiste à intégrer l'objectif de rationnement dans la définition des références médicales	30
II. Une régulation optimisée du paiement à l'acte peut s'accompagner d'une experimentation de formules de remunération mixtes	34
A/ La régulation du paiement à l'acte doit viser à optimiser l'efficience des soins délivrés par les médecins de ville	35
1) La capacité des praticiens à influencer la demande de soins justifie l'intervention du régulateur	36
2) L'encadrement du volume d'activité des médecins doit s'exercer au niveau individuel	40
3) Les enveloppes fermées ne sont utiles que pour pallier d'éventuelles insuffisances des mesures d'encadrement des pratiques individuelles	
4) La nomenclature fixant les prix relatifs des actes doit tendre vers la neutralité	
B/ Les formules de rémunération mixtes fondées sur la capitation pourraient utilement être expérimentées en France	
1) La capitation permet de contrôler la dépense de rémunération des médecins mais est susceptible d'engendrer des effets pervers	
2) La capitation doit être ajustée au risque, intégrée dans un ensemble d'incitations financières et s'appliquer à des groupes de médecins	
<i>Partie II : Une organisation rationalisée de la médecine ambulatoire pourrait permettre d'améliorer la qualité des soins sans pour autant augmenter les coûts</i>	74
I. L'efficacité de l'offre de soins ambulatoires requiert une optimisation des pratiques médicales et une organisation des filières de soins	75
A/ Une optimisation des pratiques de la médecine de ville est possible	75
1) L'existence avérée de marges de progrès quant à l'efficacité des pratiques médicales souligne la nécessité d'une optimisation de l'organisation de la médecine de ville	75

<u>2) Des référentiels de bonne pratique acceptés et mis en œuvre au plan local peuvent permettre d'améliorer les pratiques</u>	78
<u>3) Le retour d'information et l'évaluation individuelle peuvent avoir un impact important sur les pratiques médicales</u>	86
<u>4) Des incitations financières convenablement définies constituent un moyen efficace pour améliorer les pratiques individuelles</u>	95
<u>B/ Une meilleure organisation des filières de soins est susceptible d'améliorer la qualité des soins sans pour autant générer de surcoûts</u>	106
<u>1) Confier au médecin généraliste une fonction d'orientation dans le système de soins (gatekeeping) ne paraît pas une solution à privilégier</u>	106
<u>2) Un meilleur accès aux soins et une meilleure efficience dans la prise en charge du patient peuvent néanmoins être obtenus par d'autres voies</u>	113
<u>3) La structure des coûts, très déséquilibrée, invite à mettre en œuvre un suivi spécifique des pathologies les plus lourdes</u>	123
<u>II. Une intervention des pouvoirs publics est souhaitable afin de promouvoir une pratique de la médecine plus collective et intégrée ainsi que l'émergence d'entrepreneurs de soins</u>	138
<u>A/ Une structure à deux niveaux comprenant à la fois des cabinets de groupe et un échelon supérieur de management médical permet d'améliorer l'efficience de la production de soins</u>	140
<u>1) Une pratique plus collective et intégrée organisée autour de cabinets rassemblant plusieurs médecins ainsi que d'autres professionnels de santé est de nature à améliorer l'efficience des pratiques</u>	140
<u>2) Un échelon supérieur de management médical pilotant plusieurs unités de soins semble indispensable pour assurer la pleine efficience du système de soins ambulatoires</u>	
<u>B/ Une intervention des pouvoirs publics peut permettre de faire émerger une organisation mieux à même de promouvoir l'efficience de la médecine ambulatoire</u>	
<u>1) Il est possible de favoriser, par des incitations, une transition progressive vers un système de production de soins structuré autour d'entrepreneurs de soins</u>	
<u>2) Une organisation très proche de la structure cible précédemment identifiée peut être mise en place de manière volontariste</u>	
<u>Conclusion</u>	19
6	

INTRODUCTION

Par lettre de mission en date du 9 septembre 2002, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des handicapés et le ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat ont demandé à l'inspection générale des finances et à l'inspection générale des affaires sociales de procéder à l'examen des pratiques étrangères les plus intéressantes dans le domaine de la régulation de la médecine de ville, d'une part, et en matière de gestion intégrée de la médecine ambulatoire et de la médecine hospitalière, d'autre part.

Le présent rapport, consacré la régulation de la médecine de ville, rend compte des investigations réalisées sur le premier volet de la commande. Il s'inscrit dans le prolongement d'un récent travail de l'inspection générale des affaires sociales, à la lecture duquel il est renvoyé, notamment pour ce qui concerne la présentation des systèmes de santé allemand, anglais, néerlandais et américain⁴.

La médecine de ville se définit par opposition avec la médecine en établissement et inclut, au sens de la comptabilité nationale française, les soins délivrés par les médecins, généralistes ou spécialistes, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes), ainsi que les analyses médicales et les cures thermales. En France, 54% des médecins, soit 114 000 personnes, exercent en ville à titre libéral. En termes d'enjeux financiers, les soins ambulatoires représentaient dans notre pays en 2000 une dépense de 31,9 milliards d'euros, soit près de 26% de la consommation médicale totale.

Les professionnels de santé exerçant en ville sont en outre des prescripteurs de médicaments, de transports sanitaires, d'appareillages. Leur intervention est également décisive dans l'attribution d'indemnités journalières.

Au sens large, c'est-à-dire en incluant ces prescriptions, les soins de ville représentaient, en 2001, 50,4 milliards d'euros de remboursement par l'assurance-maladie⁵, soit 46,3% du montant total de l'objectif national de dépense d'assurance-maladie (ONDAM). Au cours de la période récente, cette dépense a connu une évolution dynamique (+7,8% en 2000, +7,2% en 2001).

L'ambition de la mission a été de dégager, au vu des expériences étrangères, les voies d'une régulation de la médecine de ville en France permettant d'atteindre un meilleur équilibre entre la maîtrise des coûts, la qualité des soins dispensés et l'accès à ces soins.

⁴ BAS-THERON (F), CHEVRIER-FATOME (C), DUHAMEL (G), L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire : étude d'administration comparée, IGAS, mai 2002.

⁵ Il s'agit de montants correspondant aux dépenses prises en charge par l'assurance-maladie. Le coût réel est supérieur dans la mesure où une part importante de la dépense est supportée directement par les ménages et les organismes complémentaires.

Pour évaluer l'intérêt des exemples étrangers de régulation de la médecine de ville, il convient tout d'abord de s'interroger sur la nécessité même d'une telle régulation. Celle-ci est motivée par le fait que la libre confrontation des patients et des médecins n'aboutit pas spontanément à une production de soins dont la qualité, la quantité et le prix pourraient être considérés comme optimaux.

En premier lieu, les médecins disposent d'une expertise qu'ils peuvent utiliser pour influencer la qualité et la quantité de soins fournis aux patients. Il peut en résulter, dans un contexte de paiement à l'acte, une production de soins dont une partie n'aurait pas ou peu de justification médicale.

Parallèlement, les patients bénéficient généralement d'une assurance-maladie qui peut les conduire à éléver au-delà du nécessaire leur consommation de soins, dès lors que l'assureur n'est pas en situation de porter une appréciation informée sur l'utilité réelle des soins consommés par l'ensemble des assurés.

La conjonction de ces rentes informationnelles des médecins et des patients peut, en situation de paiement à l'acte et de large couverture assurancielle, conduire à éléver sans fondement sanitaire le niveau de la dépense de soins de ville.

Une deuxième source d'inefficience de la dépense de médecine de ville peut provenir d'une organisation imparfaite de la production des soins. La duplication des équipements, la redondance des examens réalisés, la mauvaise articulation entre les différents producteurs de soins entraînent des pertes de productivité et sont potentiellement préjudiciables pour les patients. De plus, certains pratiques médicales ne sont pas conformes à l'état de l'art.

Pour optimiser l'efficience de la dépense de médecine de ville, le régulateur dispose d'instruments de plusieurs types :

- des incitations financières : il s'agit principalement du mode de rémunération, dans le cas des médecins, et du reste à charge pour les patients ;
- des incitations non-financières : conventionnement sélectif des médecins, définition de références médicales, contrôle du profil de l'activité des praticiens, revue des pratiques par des groupes de pairs, etc ;
- des interventions de nature organisationnelle : planification de la démographie médicale, organisation des cabinets médicaux, etc.

En pratique, les divers instruments de régulation sont utilisés conjointement, ce qui rend particulièrement délicate l'évaluation de l'effet propre de chacun d'entre eux. N'ayant pas la possibilité matérielle de procéder par elle-même à l'examen de l'impact des divers dispositifs de régulation mis en œuvre à l'étranger, la mission s'est fortement appuyée sur des études préexistantes, le plus souvent publiées dans les revues spécialisées en matière de politique et d'économie de la santé.

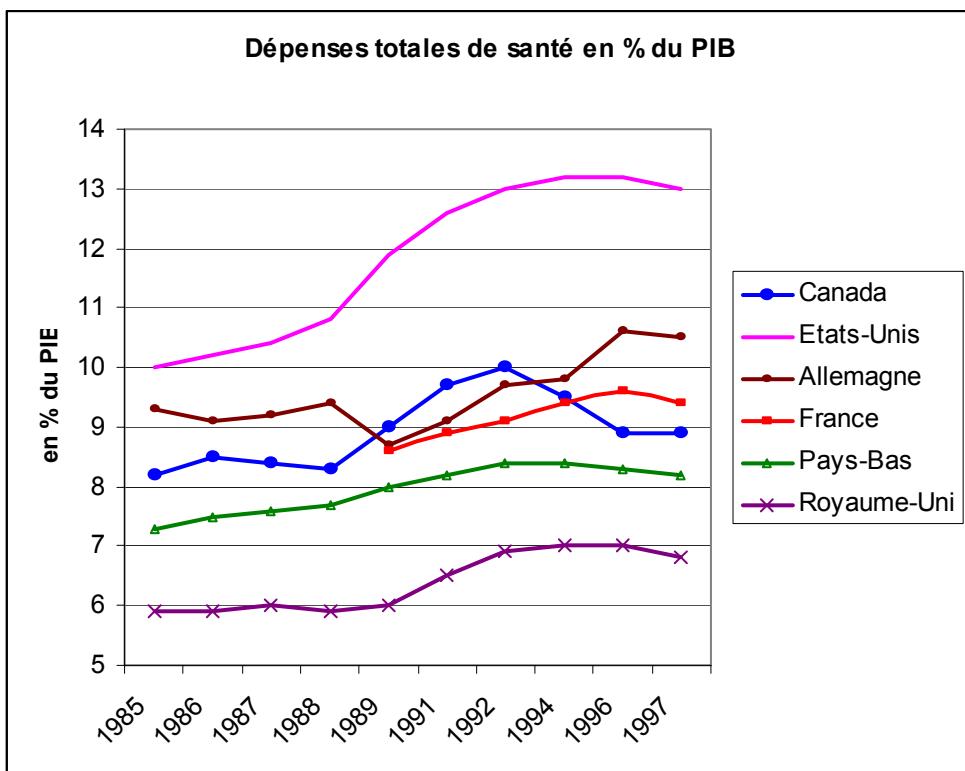
Une telle approche fondée sur l'analyse du fonctionnement de divers outils de régulation dans les pays étrangers a été préférée à une démarche de comparaison internationale qui aurait visé à classer les systèmes de santé au regard des critères de minimisation des coûts et de maximisation de la qualité des soins et de l'accès à ces derniers. De fait, une comparaison internationale se heurte à de nombreux obstacles méthodologiques qui en limitent la faisabilité et l'intérêt :

- **le périmètre de la médecine de ville varie considérablement d'un pays à l'autre.** Ainsi, aux Pays-Bas et en Angleterre, les médecins spécialistes n'exercent pas en ville, à la différence de la France ou des Etats-Unis. De plus, selon la nature de la formation reçue par les médecins et leur degré d'équipement, certains actes peuvent être indifféremment pratiqués en ville ou en établissement suivant les pays. **Ces différences de périmètre empêchent pratiquement de procéder à des comparaisons en matière de coûts de la médecine de ville.** Seule la dépense totale de santé peut donner lieu à des comparaisons ;
- **la qualité des soins fournis aux patients est extrêmement difficile à apprécier.** Les indicateurs traditionnellement utilisés pour appréhender cet aspect, tels que l'espérance de vie, ne rendent que très imparfaitement compte de la performance propre du système de soins. On estime ainsi que le soins médicaux n'expliquent que 17 à 18% de l'augmentation de l'espérance de vie enregistrée aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne au 20^{ème} siècle⁶ ;
- **une estimation de la capacité de l'ensemble des patients à accéder à toute la gamme des soins de ville** suppose, au préalable, de connaître les besoins sanitaires de la population pour ensuite apprécier la manière dont ils sont couverts. Or, tout besoin ne se traduit pas nécessairement par une demande adressée au système de santé, notamment si les patients ne peuvent acquitter le coût des soins ou si une pénurie de médecins incite à ne consulter qu'en cas de problème de santé sérieux. Les indicateurs mesurant, par exemple, la longueur des files d'attente sont impuissants à rendre compte de cette demande latente. Toute comparaison internationale en matière d'accès aux soins se heurte ainsi à une absence de mesure fiable.

L'étude de l'impact des outils de régulation sur les coûts et la performance sanitaire de la médecine de ville a été menée sur un échantillon de pays composé de l'Allemagne, du Royaume-Uni, des Etats-Unis, des Pays-Bas et du Canada. La mission s'est déplacée dans chacun de ces Etats. En tant que de besoin, des expériences de régulation mises en œuvre dans d'autres pays ont été examinées.

Le choix des Pays-Bas et du Canada s'explique par le fait que ces pays ont réussi, au cours des années 1990, à contenir la progression de la dépense totale de santé, ce qui constitue une présomption de régulation efficace, au moins en matière de maîtrise des coûts.

⁶ Chiffre cité dans le rapport de l'OCDE, *Etre à la hauteur, mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, 2002.



Source : OCDE, Eco-Santé 2002

En dépit d'un niveau très élevé de la dépense de santé, les Etats-Unis sont un champ d'étude extrêmement intéressant car ils constituent un laboratoire d'innovations qui ont notamment donné naissance au *managed care*, ensemble d'outils et de procédures d'optimisation de l'offre de soins qui a conduit à un freinage de la dépense de santé au cours des années 1990.

La Grande-Bretagne se caractérise à l'inverse par un faible niveau de dépense, mais a entrepris un effort de rattrapage dans un contexte de profonde réforme de son organisation sanitaire qu'il a paru intéressant d'examiner.

Enfin, l'Allemagne est un point de référence naturel.

*

Les investigations réalisées dans ces différents pays permettent d'aboutir à la conclusion qu'une amélioration du rapport qualité/prix de la médecine de ville est sans aucun doute possible.

En premier lieu, il apparaît qu'une définition appropriée des incitations financières destinées aux médecins et aux patients peut, dans un contexte de paiement à l'acte, contribuer à réduire la production de soins non nécessaires.

Néanmoins, les mesures de responsabilisation financière des patients - qu'il s'agisse d'augmenter le reste à charge, de diminuer le panier de soins couvert par l'assurance-maladie ou de supprimer la mutualisation du petit risque – soulèvent un problème d'équité, car elles peuvent engendrer une difficulté d'accès à des soins nécessaires pour les populations les plus pauvres et/ou les plus malades.

Une action sur le mode de rémunération des médecins paraît devoir être privilégiée : parallèlement à la mise en œuvre d'un encadrement de l'activité individuelle des praticiens dans le cadre du paiement à l'acte, il serait utile d'expérimenter une formule de capitation de groupes organisés de médecins (I).

En second lieu, une organisation rationalisée de la médecine ambulatoire pourrait permettre d'améliorer la qualité des soins dispensés sans pour autant augmenter les coûts. Afin de limiter les variations injustifiées observées dans les pratiques médicales et de mieux prendre en charge les patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques, il serait souhaitable de favoriser l'émergence d'une pratique plus collective et intégrée de la médecine de ville. Une expérimentation de regroupements de cabinets assortis d'un échelon de management médical irait dans ce sens (II).

PARTIE I :

LA REGULATION DE L'OFFRE, PLUS AISEMENT QUE CELLE DE LA DEMANDE, PEUT PERMETTRE DE CONTENIR LA DEPENSE SANS RESTREINDRE L'ACCES AUX SOINS

La dynamique de la dépense de médecine de ville trouve en partie sa source dans des phénomènes difficilement contrôlables tels que l'apparition de nouvelles technologies et de médicaments onéreux. Elle résulte également d'inefficiencies propres au « marché » de la santé :

- les patients disposent d'une assurance qui leur permet d'accroître la demande adressée au système de soins sans en subir pleinement les coûts, une partie de cette demande apparaissant dépourvue de justification médicale ;
- les médecins, en raison d'une expertise supérieure à celle des patients, ont une capacité à moduler le volume et l'intensité des services qu'ils produisent.

La conjonction d'une solvabilisation de la demande par l'assurance et d'une capacité des médecins à influencer celle-ci est de nature à entraîner, dans un contexte de paiement à l'acte, une production de soins excessive, écartant des ressources d'autres usages dont l'utilité serait supérieure.

Dès lors, il convient d'étudier les modes de rémunération des médecins les plus susceptibles de contenir la dépense de santé à un niveau médicalement justifié, sans dégrader la qualité des soins et l'accès à ces derniers. Parallèlement, se pose la question du niveau d'assurance le plus approprié, permettant aux patients d'accéder aux soins sans les conduire à une consommation excessive de biens et services de santé.

Le comportement des patients et des médecins peut également être infléchi par des incitations non financières (références médicales, par exemple) ou par des modalités d'organisation, tel que le filtrage de l'accès aux soins spécialisé. La deuxième partie du rapport traite plus particulièrement de ce sujet.

La première partie du rapport est consacrée à l'examen des incitations financières destinées aux patients et aux praticiens et à l'évaluation de leur impact sur le niveau et l'efficience de la dépense de médecine de ville.

Trois conclusions ressortent de cette étude fondée sur l'observation des systèmes étrangers :

- **la participation financière des patients** soulève des problèmes d'équité et d'accès aux soins qui conduisent nécessairement à en limiter l'ampleur et l'impact financier (I).

- **le paiement à l'acte** peut être régulé plus efficacement (II. A) ;
- **les formules de rémunération mixtes** fondées sur la capitation permettent un meilleur contrôle de la dépense et, appliquées à des groupes organisés de médecins, sont porteuses d'une optimisation de l'offre de soins. Leur expérimentation en France constitue une piste intéressante. (II. B) ;

La participation financière des patients entraîne une limitation de la consommation mais affecte l'accès aux soins d'une partie de la population

Parallèlement ou concurremment aux mesures de responsabilisation financière des offreurs de soins, de nombreux pays ont mis en place des dispositifs destinés à réguler la demande adressée par la population au système de soins.

Trois logiques sous-tendent la régulation de la demande :

- en premier lieu, la collectivité peut légitimement considérer qu'elle n'a pas à prendre en charge **la consommation de soins non médicalement nécessaires** favorisée par l'existence d'une assurance-maladie très protectrice ;
- en second lieu, la contrainte budgétaire pesant sur le financement du système de santé imposerait de choisir parmi l'ensemble des soins et prestations sanitaires ceux qui présentent la plus forte utilité⁷. Dans un contexte où la notion de santé recouvre une réalité de plus en plus étendue (bien-être, sexualité voire spiritualité) et où la demande apparaît potentiellement infinie, il s'agit de **circonscrire le panier de soins pris en charge** ;
- enfin, les patients peuvent mal formuler leur demande et notamment privilégier un point d'entrée dans le système de santé inapproprié. Dans ce cas, la régulation de la demande vise à **canaliser les patients vers des prestataires de soins aptes à les traiter et les orienter de la manière la plus efficiente**.

Schématiquement, chaque problématique renvoie à des **outils** spécifiques :

- **la limitation de la consommation excessive de soins est recherchée au travers des tickets modérateurs, co-paiements et franchises acquittés par le patient.** Des dispositifs originaux de **compte d'épargne médicale** induisant une suppression de la mutualisation du petit risque sont également envisageables. La difficulté est ici de calibrer correctement le reste à charge de manière à prévenir la consommation de soins non nécessaires sans détériorer l'accès de tout ou partie de la population à des soins médicalement justifiés ;

⁷ Pour une présentation de cette thèse et une introduction générale à la problématique du panier de soins remboursés, cf. Pr JOLLY et alii, *Le choix des soins garantis par l'assurance-maladie obligatoire – Problématique*, Collection « Les dossiers de l'IEPS », Flammarion, Médecines-Sciences, 1999.

- le **panier de soins** regroupe l'ensemble des biens et services admis au remboursement ou directement pris en charge. Le point délicat en l'espèce n'est pas le rationnement de la gamme de soins couverts, qui est par définition pleinement assumé, mais la définition des biens et services bénéficiant d'un financement socialisé ou exclus de celui-ci ;
- l'orientation du patient dans le système de soins peut être obtenue principalement par des **contraintes d'ordre organisationnel** :
 - nécessité de passer par un généraliste pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste ;
 - obligation de ne consulter en première intention qu'un médecin donné pendant une période de temps définie ;
 - obligation de ne s'adresser qu'à des médecins sélectionnés par l'assureur ;
 - incitations financières pouvant être substituées à ces obligations (moindre prise en charge par l'assureur en cas de consultation chez un médecin non conventionné ou de visite chez un spécialiste sans adressage préalable par un généraliste).

Ce troisième type d'outils de régulation de la demande renvoie à l'organisation même de la médecine de ville et sera donc évoqué plus longuement dans la deuxième partie du rapport. En ce qui concerne la régulation financière de la demande, l'analyse des pratiques étrangères et de la littérature économique aboutit à **trois conclusions** :

- la **participation financière des patients** au travers des franchises et tickets modérateurs **induit une limitation de la demande** adressée au système de santé et cette restriction de la consommation porte tant sur des soins superflus que sur des traitements nécessaires, ce qui pénalise notamment les populations les plus démunies. Cette participation financière ne peut dès lors être envisagée comme une source importante de financement du système de soins qu'au prix d'une solidarité limitée entre bien portants et malades (A) ;
- la suppression de la mutualisation du petit risque par le biais de dispositifs de **comptes d'épargne médicale** soulève les mêmes problèmes d'équité sans garantir un abaissement de la dépense de santé (B) ;
- **une restriction du panier de soins pris en charge par l'assurance maladie⁸** conduisant à un rationnement significatif des soins ne paraît guère réaliste. Par conséquent, l'ampleur des économies susceptibles d'être réalisées dans ce domaine ne doit pas être surestimée (C).

⁸ Dans les développements qui suivent, la question du panier de soins est abordée sous l'angle de la limitation de l'accès de tout ou partie des patients à des soins susceptibles d'améliorer leur état de santé. En effet, il n'y a guère de débat sur l'opportunité de ne pas prendre en charge des biens et services de santé dont l'utilité médicale serait dans tous les cas nulle.

A/ Franchises, co-paiement et co-assurance ont un impact réel sur la demande adressée au système de santé mais engendrent des restrictions dans l'accès aux soins

1) La participation financière des usagers vise à réduire la consommation de soins non nécessaires engendrée par l'existence d'une assurance

Dans un contexte de forte augmentation de la dépense de santé, l'idée selon laquelle l'existence d'une assurance généreuse induit des consommations de soins inutiles est fréquemment avancée : **les patients ne supportant pas directement les coûts engendrés par leur consommation de soins seraient incités à éléver celle-ci de manière excessive**, la collectivité payant ces soins non nécessaires sous la forme d'un renchérissement des primes, cotisations ou taxes.

a) L'existence d'une assurance conduit à un accroissement de la consommation de soins en partie injustifié

Il existe un débat théorique sur le niveau d'assurance optimal qui trouve sa source dans l'existence d'un phénomène dit d'aléa ou de risque moral⁹.

Tout d'abord, il convient de souligner **les raisons de l'existence d'une assurance contre le risque maladie** :

- la dépense de santé est en large partie imprévisible et apparaît fortement concentrée sur un nombre limité d'individus ;
- les individus ont une aversion au risque d'avoir à faire face à des dépenses représentant une part importante de leurs revenus. En l'absence d'assurance, chacun devrait épargner beaucoup pour faire face à des dépenses de santé potentiellement élevées qui ne seraient en réalité supportées que par un nombre restreint de personnes ;
- l'assurance garantit l'accès à des soins dont le coût excède les capacités financières de la grande majorité de la population.

Au-delà de l'effet bénéfique de l'assurance en termes de solvabilisation des patients et d'accès aux soins, existe un effet négatif résultant d'un phénomène de risque moral. Selon la définition qu'en donnent BARDEY et alii (2002), « *on parle de risque moral lorsque le risque supporté par l'assureur est aggravé du fait du comportement des personnes qu'il couvre* ». Classiquement, on distingue deux types de risque moral :

⁹ Il existe une vaste littérature sur ce sujet que la mission a uniquement pour ambition de résumer. Les développements du rapport s'inspirent très directement de : BARDEY (D), COUFFINHAL (A), GRIGNON (M), *Le risque moral ex-post est-il si néfaste ?*, Document de travail, CREDES, février 2002 ; des mêmes auteurs, « Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex-post en santé », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, Juin 2002 ; CUTLER (D), ZECKHAUSER, *The Anatomy of health insurance*, Working paper 7176, NBER, www.nber.org/papers/w7176, Juin 1999.

- **le risque moral ex ante** : l'existence d'une assurance incite son bénéficiaire à réduire les efforts de prévention de l'apparition du risque. En matière de santé, il ne semble pas que l'adoption de comportements à risque du point de vue sanitaire soit corrélée positivement avec le niveau de couverture¹⁰. **Le risque moral ex-ante ne constitue donc probablement pas une source de dépenses de santé inutiles** ;
- **le risque moral ex post** : l'existence d'une assurance incite son bénéficiaire à consommer davantage de soins qu'un non-assuré atteint de la même pathologie. La cause principale de ce phénomène est que la couverture offerte par l'assurance incite le patient à ne prendre en compte dans sa démarche d'achat de soins que des préoccupations sanitaires, sans égard pour les coûts : il s'agit d'une situation typique de « passager clandestin » où un individu tire entièrement les bénéfices de son action dont les coûts sont supportés par la collectivité, au cas d'espèce sous la forme d'un accroissement des primes d'assurance (cotisations sociales, CSG et primes de mutuelles dans le cas français).

De fait, comme le soulignent BARDEY et alii (2002), **l'existence d'une assurance augmente la dépense de santé par trois canaux** :

- **en conduisant à une augmentation du prix des soins facturés à l'assureur** : dès lors qu'un patient n'encourt aucun débours, il n'est pas incité à rechercher le producteur de soins ou le traitement le moins cher à niveau de qualité constant. On peut ainsi penser qu'un individu disposant d'une bonne couverture complémentaire se tourne plus volontiers vers un médecin en secteur 2. Parallèlement, le producteur de soins est tenté de pratiquer un tarif plus élevé sachant que son client sera entièrement remboursé. C'est pour lutter contre l'impact financier de ce type de comportement que certains assureurs complémentaires français développent une politique de négociation de tarifs préférentiels avec les dentistes et les opticiens ;
- **en incitant les patients à rechercher des soins considérés par eux comme étant de meilleure qualité** : du point de vue des patients, la qualité est souvent assimilée à l'utilisation de technologies de pointe, à des prestations extra-médicales (accueil, hôtellerie, etc), voire au prix. Le surcoût engendré par cette recherche de la qualité n'a pas nécessairement de justification d'un point de vue médical ;
- **en réduisant le prix acquitté par le patient, l'assurance induit un accroissement des quantités consommées.** Si les praticiens sont rémunérés à l'acte, le patient et le médecin ont tous deux un intérêt à accroître le volume de soins dispensés.

Dans une certaine mesure, l'accroissement de la dépense de santé résultant de l'assurance est un effet souhaité de celle-ci et **on ne peut véritablement parler de risque moral que si le surcroît de consommation engendré par l'assurance n'a pas d'utilité avérée**. Il convient donc de savoir si la décision de l'assuré d'accroître sa consommation de soins résulte d'un choix guidé par le faible prix relatifs des biens de santé qui deviennent attractifs par rapports à d'autres biens et services. Dans ce cas, la surconsommation de soins ne relève pas de la nécessité médicale mais

¹⁰ Par exemple, une étude montre que, en France, les fumeurs lourds ont moins de couverture complémentaire que le reste de la population (Cf. BUCHMUELLER (T), COUFFINHAL (A), GRIGNON (M), PERRONNIN (M), *Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France* ; Working paper 9238, NBER, Octobre 2002.)

d'un arbitrage (effet-prix ou effet de substitution). Si, au contraire, le surcroît de consommation est la conséquence d'une solvabilisation du patient grâce à l'assurance, cette dernière a uniquement pour effet de porter la consommation de l'assuré au niveau nécessaire (effet-revenu).

Seule la consommation supérieure de l'assuré résultant de l'effet-prix (ou effet de substitution) pose véritablement un problème et est constitutive d'un gaspillage (ou perte de bien-être collectif). L'encadré ci-après permet de mieux cerner ce point.

Encadré 1 – illustration de la distinction entre effet-prix et effet-revenu dans l'accroissement de la consommation de soins induite par l'assurance¹¹

Une assurance serait optimale si elle payait pour le traitement du patient ce que celui-ci aurait lui-même payé s'il avait dû supporter l'intégralité de la dépense et disposait de la ressource nécessaire pour le faire.

Supposons donc qu'un individu disposant d'un revenu de 25 000 € est confronté à une probabilité de 1% d'avoir une maladie grave dont le traitement coûte 50 000 €. S'il pouvait conclure un contrat d'assurance ad hoc, l'individu accepterait de recevoir des soins pour un montant de 50 000 € en échange d'une prime de 500 €.

Ce type de contrat n'étant pas possible à établir, deux options se présentent en cas de maladie, selon que l'assuré dispose ou non d'une assurance :

- si l'individu n'est pas assuré, il dépensera une fraction significative de son revenu pour se soigner, par exemple 50% de son revenu, soit 12 500 € ;
- si l'individu est intégralement assuré, sans ticket modérateur, il décidera de consommer des soins représentant un coût de 60 000 €.

Au total, l'existence d'une assurance entraîne un accroissement de la dépense de 47 500 € (60 000 – 12 500), mais le risque moral ne se matérialise que sur la fraction de dépense comprise entre ce que l'individu aurait accepté comme niveau de soins (50 000 €) et ce qu'il a effectivement coûté à l'assureur (60 000 €). Dans l'exemple choisi, l'effet-prix ou effet de substitution équivaut ainsi à 10 000 €.

Une question importante est celle de l'ampleur du gaspillage engendré par le risque moral. De fait, si de nombreuses études mettent en évidence une corrélation positive entre niveau de couverture et consommation de soins¹², il est délicat de réaliser le départ entre surconsommation « justifiée » et « non justifiée ».

¹¹ L'exemple est tiré de CUTLER et ZECKHAUSER (1999).

¹² La plus importante de ces études est une expérimentation menée par la RAND, organisme de recherche américain, au cours des années 1970 (cf. infra). Les résultats de cette expérimentation sont exposés dans MANNING (W), NEWHOUSE (J), DUAN (N), KEELER (E), LEIBOWITZ (A), MARQUIS (S), « Health insurance and the demand for medical care : evidence from a randomized experiment », *American Economic Review*, 77 (3, June), pp251-277; un exposé plus complet figure dans un ouvrage postérieur de NEWHOUSE (J): *Free for all ? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Cambridge: Harvard University Press, 1993. Dans le cas de la France,

Les évaluations réalisées en la matière sont assez peu précises, et aboutissent à une fourchette comprise entre 8 et 35% de la dépense totale de santé (cf. BARDEY et alii, 2002).

b) La participation financière des patients n'est qu'une des solutions envisageables pour limiter la consommation de soins non nécessaires

Si l'existence d'une consommation de soins non nécessaires est admise par tous, le meilleur moyen de la limiter ne fait pas l'objet d'un consensus. Deux types de solutions, non exclusives, peuvent en effet être envisagées :

- **une participation financière des patients** consistant à exiger une contribution lors de la consommation des soins¹³. Différentes modalités de participation financière existent :
 - **franchise** : jusqu'à un plafond de n euros, le patient supporte l'intégralité de la dépense. La franchise ne peut éventuellement s'appliquer qu'à la consommation d'un certain type de biens de santé. Ainsi, en Suède, il existe une franchise sur la seule dépense de médicaments ;
 - **co-assurance** : la participation du patient est proportionnelle au montant de la dépense. Ce dispositif est connu en France sous le vocable de « ticket modérateur ». Le taux de co-assurance peut varier selon la nature de la consommation de soins ;
 - **le co-paiement** : il s'agit d'une contribution forfaitaire du patient, déconnectée du coût effectif des biens et services consommés. Le co-paiement est fréquemment pratiqué aux Etats-Unis, notamment sur la consommation de médicaments ;
 - **le balance billing** : c'est une charge additionnelle prélevée par le praticien au-delà du montant pris en charge par l'assureur (principe des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins en secteur 2) ;
 - **un plafond du reste à charge pour le patient** peut compléter le dispositif de responsabilisation afin de limiter le coût encouru par le patient à raison de son état de santé (mécanisme de *stop loss*). Une différenciation du plafond en fonction du revenu peut être envisagée.
- **une rémunération et une organisation des offreurs de soins limitant le risque moral.** Comme indiqué supra, patients et médecins ont tous deux un intérêt à accroître la consommation de soins dans un contexte de paiement des producteurs de soins à l'acte. De plus, une partie de la surconsommation peut provenir d'un accès direct du patient à des soins spécialisés non justifiés prodigués soit par des spécialistes en ville soit dans des structures hospitalières. **Une rémunération fondée principalement sur la capitation ainsi qu'un filtrage de l'accès aux soins spécialisés peuvent ainsi contribuer à limiter l'impact du risque moral.**

BUCHMUELLER et alii (2002) montrent que le fait de disposer d'une couverture complémentaire accroît de 13 points la probabilité pour un individu de consulter un médecin au cours d'un mois donnée.

¹³ Une forme indirecte de responsabilisation des patients est la non-prise en charge de certains biens et services de santé par l'assureur.

Il convient en outre de souligner qu'un accès malaisé aux soins (files d'attente) est de nature à freiner le consumérisme médical.

c) Au niveau international, la participation financière des patients n'est répandue qu'en matière de médicaments et de soins dentaires

A l'exception de la Grèce, de l'Italie et du Portugal, les pays de l'Union européenne maintiennent le financement du système de santé par les usagers à un niveau inférieur à 20% de la dépense totale. Au-delà de cette caractéristique commune, les différents pays examinés ont des dispositifs de limitation du risque moral très différenciés (cf. tableau 1)¹⁴.

Dans les pays où la médecine de premier recours est érigée en porte d'accès au système de soins et/ou dispose d'incitatifs financiers pour ne pas multiplier les actes (Grande-Bretagne, Pays-Bas, Québec, HMO américains), **la participation financière des patients est limitée ou nulle** en matière de soins de ville, hors médicaments.

Lorsque les médecins sont rémunérés à l'acte et que l'accès aux soins spécialisés n'est pas filtré, la réduction du risque moral repose, pour l'essentiel, sur la responsabilisation financière des patients : aux Etats-Unis, c'est le cas dans le cadre du programme fédéral destiné au plus de 65 ans (MEDICARE), mais également des assureurs privés proposant des produits de type PPO (*preferred provider organization*).

La France et l'Allemagne occupent une position singulière puisque l'organisation et la rémunération de l'offre de soins dans ces deux pays ne contribuent pas à la limitation du risque moral, tandis que les patients sont faiblement responsabilisés.

Dans notre pays, l'impact du ticket modérateur, dont le niveau est élevé au regard des pratiques des autres pays, est largement annulé par la réassurance auprès d'organismes complémentaires. Depuis l'introduction de la couverture maladie universelle en 1999, environ 92%¹⁵ de la population bénéficie d'une couverture complémentaire prenant le plus souvent en charge l'intégralité du ticket modérateur.

¹⁴ Une présentation plus détaillée figure dans ROBINSON (R), « User charges in health care », in DIXON, MOSSIALOS, FIGUERAS, KUTZIN eds. *Funding health care : options for Europe*, 2002.

¹⁵ On estime à 84% la part de la population protégée par une couverture complémentaire maladie (hors CMU) et à 8% les bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Dès lors, environ 8% de la population est privée de couverture complémentaire.

Tableau 1 – les frais d'utilisation dans cinq pays d'Europe et aux Etats-Unis¹⁶

	France	Suède	Royaume-Uni	Pays-Bas	Allemagne	Etats-Unis Medicare	Etats-Unis PPO typique
Généralistes	Co-assurance de 30% mais exonérations. 15% de médecins pratiquent le dépassement d'honoraires	Co-paiement de 60 à 140SKr (1€ = 10SKr)	Aucun	Aucun pour les assurés auprès des caisses publiques	Aucun	Franchise annuelle de 100\$, co-assurance de 20%	Franchise 150\$+ co-assurance de 10%
Spécialistes	Co-assurance de 30% mais exonérations. 38% des médecins pratiquent le dépassement d'honoraires	Co-paiement de 120 à 260SKr en département de consultation externe	aucun	Idem	Aucun	Franchise 100\$ (couvre généralistes et spécialistes), co-assurance de 20%, 50% pour les soins psychiatriques	Franchise 150\$+ co-assurance de 10%
Médicaments	Co-assurance de 0,35 ou 65% selon les médicaments	Franchise de 900SKR, puis co-assurance dégressive de 50% (900-1700SKr), 25% (1700-3300SKr), 10% (3300-4300SKr). Gratuité au-delà de 1800SKr déboursées par le patient sur une période de 12 mois	Co-paiement de 6€ par médicament introduit en 2000	Prix de référence et co-paiements pour certains médicaments	Co-paiement de 4,1€, 4,6€ et 5,1€ suivant la taille du paquet de médicament, plus 100% au-delà du prix de référence. En 1996, la part des usagers représentait 12% des coûts	Non couvert	Franchise de 200\$, co-assurance de 10 à 50% selon le type de médicaments
Soins dentaires	Co-assurance de 30% sur les soins préventifs et curatifs, couverture très limitée des prothèses. 65% des coûts sont payés par les patients et/ou les assureurs complémentaires	Soins préventifs gratuits pour les moins de 20 ans. Co-assurance pour les adultes. Le reste à charge représente 50% des dépenses (1995)	Co-assurance de 80% jusqu'à un plafond de 325£	Gratuité totale pour les enfants. Soins préventifs gratuits pour les adultes. Autres soins payés à 100% par les patients	Gratuité totale pour les enfants. Soins préventifs et de base gratuits pour les adultes. Co-assurance de 35 à 50% pour les autres soins	Non couvert	Couverture très variable
Part des patients dans le financement du système de santé	environ 10% (*)	16,9% (1993)	10,8% (1998)	5,9% (1998)	11,9% (1997)	Non précisé. La plupart des bénéficiaires de Medicare souscrivent des assurances complémentaires	Plafonnement du montant acquitté par le patient (2000 à 5000 \$ selon les assureurs).

(*) : compte tenu de la prise en charge par les organismes complémentaires

¹⁶ Sources : Ray ROBINSON, « User charges for health care », in DIXON (A), MAYNARD (A) eds. Funding health care: options for Europe, 2002.

En Allemagne, le niveau de participation financière est faible et s'accompagne d'exemptions au bénéfice des populations les plus fragiles. Les soins délivrés dans le secteur ambulatoire sont intégralement pris en charge par les caisses d'assurance-maladie, sauf en ce qui concerne les soins dispensés par des professionnels paramédicaux pour lesquels un ticket modérateur de 15% s'applique. En revanche, les patients supportent une partie du coût de leur consommation de divers biens et services :

- en matière de médicaments, une contribution forfaitaire de 4 à 5 € est acquittée par le patient, le niveau de participation dépendant de la taille du paquet de médicament. Par ailleurs, le patient supporte intégralement la différence de prix, lorsque le prix du médicament acheté est supérieur à un prix de référence ;
- en ce qui concerne l'hôpital, un forfait de 9€ par jour doit être acquitté lors des quatorze premiers jours d'hospitalisation ;
- les transports en ambulance donnent lieu à un paiement de 13€ par trajet ;
- s'agissant des soins dentaires, un ticket modérateur de 35 à 50% est appliqué, notamment, pour les couronnes.

Afin de limiter l'impact financier de ce dispositif sur certaines populations, des mécanismes d'exemptions existent :

- le paiement par les patients pour les soins paramédicaux, les médicaments et les transports sanitaires ne peut dépasser 2% du revenu brut des patients. Ce seuil est ramené à 1% pour les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- les moins de 18 ans bénéficient d'une exemption de ticket modérateur, sauf pour les transports sanitaires et certains soins dentaires ;
- les personnes à faible revenu ou au chômage sont largement exemptées de ticket modérateur.

Au-delà de la diversité des politiques en matière de responsabilisation financière des patients pour les consultations de médecins, **on observe une approche convergente en matière de soins hospitaliers, de médicaments et de soins dentaires** :

- **les pays européens ne prélèvent sur les patients hospitalisés que des frais limités et forfaitsaires** (cf. tableau 1), à la différence du programme Medicare aux Etats-Unis qui impose une franchise élevée ;
- **en matière de médicaments, les frais d'usage sont généralisés, sous des formes diverses¹⁷** (co-paiement, co-assurance, franchises, prix de référence). Un important assureur privé américain rencontré par la mission (Blue Cross of California) a introduit une pratique intéressante consistant à abaisser le montant du ticket modérateur de certains médicaments coûteux traitant des maladies chroniques pour ceux de ses assurés qui acceptent d'entrer dans un dispositif de *disease management* (cf. troisième partie du rapport) ;
- **les coûts des soins dentaires sont très largement supportés par les patients** dans tous les pays européens ainsi qu'aux Etats-Unis. Aux Pays-Bas, les soins dentaires non préventifs pour les adultes sont entièrement à la charge des patients.

Il n'existe pas d'évaluation du niveau de risque moral existant dans les différents pays industrialisés qui permettrait de dégager un dispositif optimal de limitation de la consommation de soins non nécessaires. Dans ce contexte, un détour par les études et expérimentations est nécessaire pour tracer des pistes d'évolution.

¹⁷ Ce sujet a récemment fait l'objet d'un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Cf. Isabelle YENI, « La responsabilisation des consommateurs de médicaments », IGAS, 2002), et ne sera donc pas développé dans le cadre du présent rapport.

2) La participation financière des patients introduit un arbitrage entre efficacité et équité

Au-delà de l'objectif plus ou moins explicite de limitation de la dépense publique¹⁸, la visée première du prélèvement de frais d'utilisation sur les patients est de restreindre la consommation de soins non nécessaires. Dès lors, l'impact de ces frais modérateurs s'apprécie en termes de réduction de la demande adressée au système de soins. **La difficulté est, à ce stade, de cerner si une éventuelle réduction de la consommation porte, conformément à l'objectif de responsabilisation, uniquement sur des soins superflus ou si elle s'observe également en matière de soins nécessaires à l'amélioration de l'état de santé des patients.**

Dans les faits, **il existe un dilemme entre efficacité et équité** : l'objectif d'efficacité commande de porter le niveau de reste à charge des patients à un niveau suffisant pour prévenir la consommation de soins non nécessaires. Mais, plus la participation financière des patients est élevée, plus la probabilité que les populations à faible revenu et/ou gravement malades subissent une contrainte financière les empêchant d'accéder à des soins nécessaires est grande.

La question de l'équité des mécanismes de participation financière se pose avec d'autant plus d'acuité que la dépense de santé est concentrée sur une partie très réduite de la population.

Des données américaines¹⁹ mettent en évidence une très forte concentration des coûts sur une faible fraction de la population. Ainsi, en 1996, 5% de la population engendrait 55% des dépenses et corrélativement 50% de la population ne contribuait qu'à 3% des coûts de santé. En valeur absolue, le premier centile de la distribution représente un coût moyen par personne et par an de 56 459\$, tandis que les 50% d'Américains consommant le moins de soins de santé engendent une dépense annuelle moyenne par personne de 122\$.

Tableau 2 – Concentration de la dépense de santé aux Etats-Unis

Part de la population américaine engendrant le plus de dépense de santé	1970	1980	1987	1996
1%	26%	29%	28%	27%
2%	35%	39%	39%	38%
5%	50%	55%	56%	55%
10%	66%	70%	70%	69%
30%	88%	90%	90%	90%
50%	96%	96%	97%	97%

Source : BERK et MONHEIT, art. cit.

Ce phénomène de concentration, remarquablement stable sur longue période, a été également observé dans la province canadienne du Manitoba où 1% de la population est responsable de 26% des dépenses médicales (hors médicaments), tandis que les 50% de la

¹⁸ Dans les pays d'Europe centrale et orientale ou en Afrique, le transfert de charge sur les patients répond à un objectif de limitation de la dépense financée par prélèvements obligatoires. La France est dans une situation comparable, le transfert étant toutefois réalisé, en pratique, sur les assureurs complémentaires.

¹⁹ BERK (M), MONHEIT (A), « The concentration of health care expenditures, revisited », *Health Affairs*, March/April 2001 pp. 9-18.

population consommant le moins de biens et services médicaux (hors médicaments) engendrent 4% de la dépense²⁰.

En France, une concentration des dépenses comparable s'observe. Ainsi, des données sur échantillon font apparaître que les personnes en affection de longue durée (soit environ 8 à 9% des assurés) sont responsables d'environ 45 à 50% des dépenses de médecine de ville²¹.

Si elle invite à optimiser la prise en charge médicale de la partie de la population fortement consommatrice de soins, **cette concentration des dépenses de santé pose problème dans une hypothèse de transfert de la charge financière sur les patients**. En effet, toute mesure de ce type est susceptible d'élever significativement la dépense encourue par les personnes les plus malades. A l'heure actuelle, en France, les personnes atteintes d'affections de longue durée bénéficient d'une prise en charge à 100%.

La question de l'équité des dispositifs de responsabilisation financière des patients **doit également être appréciée au regard de la distribution de la morbidité entre les différentes catégories sociales**. Comme le souligne le rapport du Haut comité de la santé publique²², les inégalités sociales restent fortes en France du point de vue de la santé et se traduisent, notamment, par une espérance de vie plus faible des catégories socio-professionnelles les moins favorisées.

3) Les études confirment tant l'efficacité de la participation financière des patients que sa contrepartie en terme d'équité

L'observation des pratiques étrangères ne peut permettre de définir un dispositif de participation financière qui serait universellement optimal. En effet, les mesures de responsabilisation financière des patients s'intègrent dans des systèmes de santé complexes dont les caractéristiques organisationnelles peuvent influer sur le risque moral des consommateurs (rémunération des médecins, filtrage de l'accès aux soins spécialisés).

En revanche, diverses études mettent en lumière :

- d'une part, l'impact significatif de la participation financière sur la demande de soins ;
- d'autre part, un impact limité, voire nul, de la participation financière sur l'état de santé des assurés, sauf pour les plus pauvres et les plus malades d'entre eux, dont l'accès aux soins est dégradé.

La principale étude relative à l'impact de la participation financière des patients, le *RAND Health Insurance Experiment*, a été menée au cours des années 1970²³.

A partir de 1974, un échantillon de 6 000 personnes représentatif de la population américaine choisi dans 6 sites a été réparti par tirage au sort entre 15 plans d'assurance différents. Quatre plans proposaient des tickets modérateurs de respectivement 0% (gratuité des soins), 25%, 50% et 95%. Un cinquième plan offrait une couverture intégrale pour les frais

²⁰ Cf. FORGET (E), DEBER (R), ROSS (L), "Medical savings accounts: will they reduce costs?", *Canadian Medical Association Journal*, July 23, 2002; 167 (2).

²¹ Source : CNAMTS.

²² Haut comité de santé publique, *La santé en France 2002*.

²³ Cf. NEWHOUSE and the Insurance experiment group (1993) : *Free for all ? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Cambridge, Harvard University Press. Une synthèse en français figure dans GEOFFARD (PY), « Dépenses de santé: l'hypothèse d'aléa moral », *Economie et Prévision*, n° 142, janvier-mars 2000/1, et ROCHAIX (L), « Le financement par les particuliers : la boîte de Pandore », *Revue d'économie financière*, n°34, 1995.

d'hospitalisation et un ticket modérateur de 95% sur les dépenses de ville. Tous ces plans étaient assortis d'un dispositif de *stop loss*, plafonnant la dépense annuelle de santé en fonction du revenu des ménages (1 000\$ de 1974, au maximum).

a) L'effet du ticket modérateur sur la demande de soins est avéré

L'expérience de la RAND montre que plus le ticket modérateur est élevé, plus les individus limitent leur consommation de soins. Ainsi, un ticket modérateur à 95% réduit la dépense totale d'environ 30% par rapport à ce qui est observé lorsque les soins sont entièrement gratuits. La baisse de la dépense la plus significative est enregistrée lorsque le taux de ticket modérateur passe de 0% (gratuit) à 25%.

Par ailleurs, l'introduction d'une franchise modérée (entre 100 et 200\$ de 1991), en sus du dispositif de co-assurance, entraîne une réduction de la dépense par personne comprise entre 14 et 22%.

L'essentiel de l'impact du ticket modérateur s'observe dans le nombre de recours au système de santé et non pas dans le coût de chaque recours au système de soins (ou épisode de soins). Une étude sur des données françaises de 1991-1992 aboutit au même résultat²⁴. Ce constat est important dans la mesure où il souligne que le médecin, davantage que le patient, détermine le niveau de consommation de soins, une fois que le patient a pris la décision de s'adresser à un praticien.

Tableau 3 – impact du ticket modérateur sur la consommation de santé

	Probabilité de recours au système de soins	Nb de consultations	Dépenses de ville	Taux d'admission hôpital	Dépense hôpital (100 pour plan gratuit)	Dépense totale ajustée (100 pour plan gratuit)
Plan gratuit	86,8	4,55	100	10,3	100	100
Ticket modérateur						
25%	78,8	3,33	76,5	8,4	91,2	82,3
50%	77,2	3,03	65,9	7,2	110,0	76,4
95%	67,7	2,73	59,7	7,9	77,0	72
Gratuit hôpital, ticket modérateur 95% ville	72,3	3,02	69,1	9,6	91,2	84

Source : MANNING et alii (1987).

En France, l'impact de la couverture complémentaire sur les recours aux soins ambulatoires et notamment aux spécialistes a été nettement mis en évidence : toutes choses égales par ailleurs, les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire recourent entre 1,9 et 2,7 fois plus aux médecins de ville que les personnes dépourvues d'assurance complémentaire.

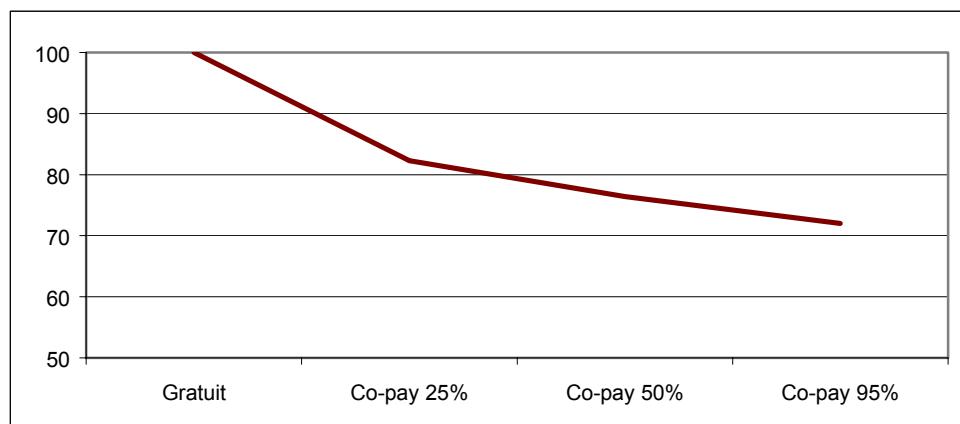
L'expérimentation montre également que le taux d'hospitalisation est sensible aux incitations financières, même si l'existence d'un plafond de dépense lors de l'expérimentation a limité la portée de l'expérience.

²⁴ Cf. GENIER (P), « Assurance et recours aux soins : une analyse microéconométrique à partir de l'enquête Santé 1991-1992 de l'Insee », *Revue économique*, vol 49, n°3, mai 1998.

L'évolution de la consommation de médicaments en réponse à des modifications du reste à charge n'a pas été étudiée dans le cadre de l'expérimentation de la RAND. Néanmoins, une étude récente²⁵ montre qu'un relèvement du co-paiement de 5 à 10\$ par prescription induit une réduction de la dépense de médicaments prescrits de 20%. De même, un relèvement du niveau de co-paiement de 10 à 20\$ pour les seuls médicaments de marque aboutit à une réduction de la dépense de 19%.

Au vu de ces résultats, l'élasticité-prix de la demande est estimée à $-0,2^{26}$.

Graphique 1 – Niveau de la dépense en fonction du ticket modérateur



Différentes études postérieures confirment ces résultats. Ainsi, l'évolution de la demande en Belgique à la suite d'un relèvement du ticket modérateur en 1994 a fait apparaître des élasticités-prix de l'ordre de $-0,39$ à $-0,28$ pour les visites de généralistes à domicile, de $-0,16$ à $-0,12$ pour les consultations au cabinet de généralistes et de $-0,10$ pour les consultations de spécialistes²⁷.

Il semble que, pour l'essentiel, ces résultats puissent être transposés au cas français, même si l'existence dans notre pays d'assurances complémentaires rend difficile l'évaluation de l'impact du ticket modérateur. CHIAPPORI et alii (1998)²⁸ ont mis en évidence, sur un échantillon limité, une demande de visites de généralistes à domicile inférieure de 9 points pour les assurés dont l'assurance complémentaire n'avait pas couvert l'augmentation du ticket modérateur de 10% décidée en 1993, dans le cadre du plan Veil. Cette étude ne concluait pas à un impact significatif d'un ticket modérateur de 10% sur les consultations de généralistes et de spécialistes effectuées dans les locaux de ces derniers. Plus récemment BUCHMUELLER et alii (2002)²⁹ ont établi, à partir de données de 1998, que la couverture par une assurance complémentaire accroît de 13 points, pour un assuré, la probabilité d'avoir recours au système de soins.

²⁵ JOYCE, ESCARCE, SOLOMON, GOLDMAN, "Employer drug benefit plans and spending on prescription drugs", *JAMA*, 2002; 288 (14): 1733-1739.

²⁶ L'élasticité-prix de la demande mesure la variation de la demande consécutive à une variation du prix. Une élasticité-prix de $-0,2$ signifie que la demande de soins diminue de 2% lorsque les prix augmentent de 10%.

²⁷ Cf. VAN DE VOORDE, VAN DOORSLAER, SCHOKKAERT, « Effects of cost sharing on physician utilization under favourable condition for supplier-induced demand », *Health Economics*, July 1, 2001 ; 10 (5) ; 457-471.

²⁸ CHIAPPORI (PA), DURAND (F), GEOFFARD (PY), « Moral hazard and the demand for physician services : forte lessons from a French natural experiment », *European Economic Review*, 42, 1998, 499-511.

²⁹ BUCHMUELLER (T), COUFFINHAL (A), GRIGNON (M), PERRONNIN (M), *Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France* ; Working paper 9238, NBER, Octobre 2002.

Les auteurs de l'expérimentation de la RAND privilégient un dispositif de responsabilisation financière articulé autour de :

- une franchise modérée ;
- une co-assurance de 25% au-delà de la franchise ;
- un plafond de dépense à la charge des patients.

b) L'effet négatif du ticket modérateur sur la santé des assurés est perceptible chez les populations les plus fragiles

Un point important de l'étude de la RAND a consisté à évaluer si les niveaux inférieurs de consommation observés chez les patients bénéficiant de couvertures avec ticket modérateur s'expliquaient, et le cas échéant dans quelle mesure, par un rationnement de l'accès aux soins.

Faute de pouvoir observer directement ce point, un suivi de l'état de santé des assurés a été réalisé pendant toute la durée de l'expérimentation. Le principal résultat est que **le niveau de consommation réduit constaté dans les plans avec ticket modérateur n'a, en moyenne, peu ou pas d'effet sur l'état de santé des assurés**. Néanmoins, pour la fraction **de la population pauvre et malade** (soit environ 6% de l'échantillon), **la gratuité des soins permet d'obtenir un état de santé significativement meilleur** en matière de tension artérielle, de soins dentaires et de correction de la myopie. De même, l'existence d'un ticket modérateur est de nature à empêcher un traitement approprié des enfants atteints d'anémie.

La question de la restriction de l'accès à des soins nécessaires n'est pas complètement traitée par l'étude de la RAND dans la mesure où l'échantillon ne comportait pas de personnes âgées de plus de 61 ans, de chômeurs et de handicapés. De plus, l'échantillon de l'expérimentation apparaît trop limité pour mesurer précisément l'impact du reste à charge sur les populations les plus défavorisées ainsi que sur les patients atteints de maladie chronique. Enfin, la durée de l'étude n'a pas permis d'apprécier l'impact à long terme de la diminution des actes de prévention constatée dans les plans imposant des frais d'utilisation.

Or, il apparaît, au vu d'études réalisées depuis, que l'imposition de frais d'utilisation élevés (ticket modérateur de 50%) est de nature à réduire la demande de soins nécessaires au traitement de symptômes aigus de la part de patients atteints de maladies chroniques³⁰. De fait, une étude française souligne que les personnes dépourvues d'assurance complémentaire recourent moins fréquemment que les autres assurés aux médicaments et consomment moins à état de santé identique. En revanche, lorsqu'elles consomment des médicaments, ces personnes engendrent une dépense supérieure de 10% par rapport à la moyenne de la population. Ce résultat tend à indiquer que les individus subissant l'impact du ticket modérateur reportent la prise de médicaments et consomment uniquement lorsque leur état de santé est dégradé³¹.

Du point de vue de l'équité, des sondages d'opinion réalisés en Suède montrent que les dispositifs de participation financière affectent plus fortement les chômeurs, les étudiants, les immigrants et les personnes vivant seules³².

³⁰ Cf. WONG, ANDERSEN, SHERBOURNE, HAYS, SHAPIRO, « Effects of cost sharing on care seeking and health status : results from the medical outcomes study », *American Journal of Public Health*, November 2001, vol 91, n°11.

³¹ DOURGNON (P), SERMET (C), "La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire", *Questions d'économie de la santé*, CREDES, juin 2002.

³² ANELL, SVENSSON, "User charges in health care : the Swedish case", *Eurohealth*, vol 5 n°3, Autumn 1999.

* *
*

Au total, la dépense de santé ne répondant pas à une nécessité médicale représenterait environ 8 à 35% des coûts totaux. L'existence de cette surconsommation résultant de l'existence même d'une assurance, une limitation de la couverture conférée par celle-ci peut être envisagée. De fait, l'introduction de dispositifs de participation financière conduit à une réduction de la consommation de soins, l'élasticité-prix de la demande pouvant être évaluée à -0,2. Néanmoins, les frais d'utilisation réduisent la consommation de soins tant nécessaires que superflus.

La modalité de responsabilisation financière la plus appropriée au vu des résultats de l'étude de la RAND serait une franchise limitée, puis une co-assurance de 25%, jusqu'à un plafond de dépense annuel. Cette estimation se fonde toutefois sur une appréciation partielle des bénéfices engendrés par l'assurance et notamment ne prend pas en compte l'impact de celle-ci du point de vue de l'accès aux soins.

Plus généralement, et au-delà des limites méthodologiques de l'étude de la RAND (cf. supra), **les conclusions opérationnelles à en tirer ne font pas l'objet d'un consensus** parmi les économistes et experts des politiques de santé. Selon que l'on met l'accent sur l'importance du risque moral et la nécessité de le limiter ou que l'on souligne les problèmes d'équité et d'accès aux soins engendrés par les dispositifs de responsabilisation financière des patients, les recommandations de politique publique divergent considérablement.

En tout état de cause, afin de mieux équilibrer effets positifs et néfastes de l'assurance santé, ainsi que pour des raisons d'équité, **il paraît opportun de fixer le plafond annuel de dépenses susceptibles d'être supportées par le patient (stop loss) sur une échelle variant en fonction du revenu des assurés**. Un dispositif de ce type existe en Allemagne, où le montant maximal susceptible d'être acquitté par les patients est exprimé en pourcentage de leurs revenus (cf. supra).

Si la fixation d'un plafond exprimé en pourcentage du revenu n'est pas techniquement possible, **une solution intéressante consisterait à retenir trois niveaux de plafond** : une absence complète de paiement pour les usagers les plus pauvres, un plafond spécifique pour la fraction de la population dont les revenus sont légèrement supérieurs à la catégorie bénéficiant de la gratuité, et enfin un plafond unique pour le reste de la population. Par ailleurs, une exonération au moins partielle de frais d'utilisation pour les patients atteints de maladie chronique serait conforme à l'équité, sauf à ce que ces frais ne soient érigés en « impôts sur les malades ».

Dans le cas de la France, l'arbitrage est rendu encore plus délicat par la complexité du dispositif actuel de participation financière. Nominalement, le taux de prise en charge par l'assurance-maladie est un des plus faibles d'Europe (cf. tableau supra), avec des niveaux de ticket modérateur élevés, voire excessifs. Mais, il convient de tenir compte de l'importance des exemptions de ticket modérateur et, plus encore, de la couverture par les complémentaires. Pour les personnes couvertes par ces dernières, la participation financière est limitée, voire nulle, alors que pour celles qui en sont dépourvues (environ 8% de la population), le reste à charge est important et sans doute excessif. La création d'un échelon intermédiaire non obligatoire entre l'assurance de base et les complémentaires actuelles pourrait accentuer cette différence dans les niveaux de responsabilisation.

Afin de contourner la difficulté d'une action sur le niveau de responsabilisation financière, de nombreux experts suggèrent de réfléchir au panier de soins pris en charge, afin d'en réduire l'extension³³. Ce point est examiné infra (cf. I. C/). On peut néanmoins indiquer à ce stade que, dans ce domaine également, les expériences étrangères suggèrent qu'il n'est pas de réduction facile et indolore de la couverture maladie offerte à la population.

B/ Les comptes d'épargne médicale ont un impact incertain sur la dépense et sont de nature à restreindre l'accès aux soins d'une partie de la population

Pour lutter contre le phénomène de risque moral des patients, une solution fréquemment avancée est d'attribuer à chaque individu un budget « santé » individuel au-delà duquel il doit supporter intégralement les dépenses encourues. **Il s'agit donc de supprimer la mutualisation des risques**, chacun épargnant pour faire face à ses propres frais médicaux et bénéficiant à cet effet d'un compte spécifique abondé par l'Etat et/ou l'entreprise.

Ce type de dispositif connu sous le terme de compte d'épargne médicale (CEM) a été mis en place à Singapour et en Afrique du Sud et, de manière encore expérimentale, en Chine et aux Etats-Unis. Les CEM demeurent donc à ce jour un outil peu utilisé mais qui suscite un fort intérêt, notamment aux Etats-Unis, dans les cercles de réflexion républicains (1).

Des quelques expérimentations concrètes ainsi que du débat théorique, il ressort d'une part que l'impact des CEM sur la dépense de santé est incertain, et d'autre part que les CEM peuvent avoir des conséquences néfastes du point de vue de l'équité. A la lumière de ces éléments, l'introduction en France des comptes d'épargne médicale n'apparaît donc guère opportune (2).

³³ Cf., par exemple, PARIS et alii (2001), ainsi que Claude LE PEN, *Les habits neufs d'Hippocrate*, Calmann-Lévy, 1999.

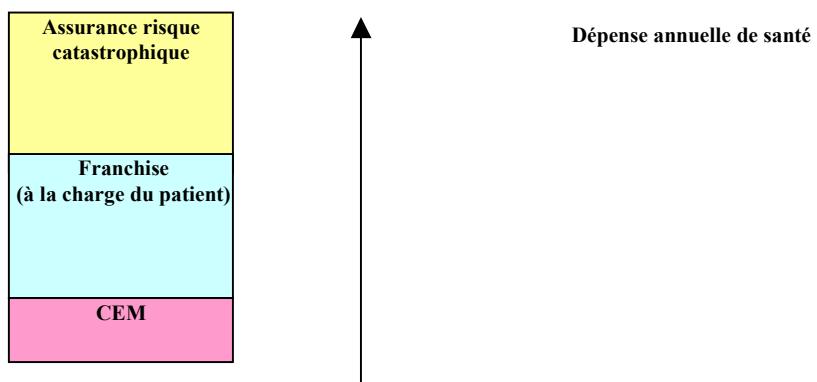
1) Le compte d'épargne médicale constitue une forme de transfert du petit risque sur les individus

Il n'existe pas de définition unique des comptes d'épargne médicale. Néanmoins, il s'agit fondamentalement **d'une allocation annuelle financée concurremment ou conjointement par l'Etat, le salarié et/ou son employeur, permettant à son bénéficiaire d'acheter des soins de santé**. Si l'allocation déposée sur le compte d'épargne médicale n'est pas entièrement consommée à la fin d'une année, les titulaires du CEM peuvent, selon la formule choisie, utiliser le reliquat à d'autres fins, le restituer (règle « *use it or lose it* ») ou bien le conserver sur le compte d'épargne pour financer leurs dépenses de santé futures, dans l'éventualité où elles seraient supérieures au montant de l'allocation perçue les années suivantes.

La mise en œuvre des comptes d'épargne médicale est le plus souvent envisagée (Etats-Unis, Canada) ou réalisée (Singapour, Chine, Afrique du Sud) dans le cadre **d'un produit assuranciel à deux étages** (cf. graphique ci-dessous) :

- **un premier niveau est constitué par le CEM** : pour le paiement des n premiers euros de dépenses médicales, le patient puise sur son compte épargne ;
- **le deuxième niveau est une assurance-maladie classique dont le seuil de déclenchement, c'est-à-dire la franchise, est élevé**. On parle d'assurance pour risque maladie « catastrophique ».

Si, par hypothèse, un patient doit faire face à 2 000 euros de dépenses de santé et qu'il dispose d'un CEM doté à hauteur de 500 euros et d'une assurance avec une franchise à 1 500 euros, il financera sa dépense jusqu'à 500 euros grâce au CEM, supportera sur ses deniers personnels et sans épargne *ad hoc* les 1 000 euros suivants, l'assurance ne prenant en charge que la fraction de la dépense comprise entre 1 500 et 2 000 euros.



Les expériences de mise en œuvre de CEM, peu nombreuses, s'inscrivent dans des contextes sociaux éloignés de celui de la France. Toutefois, l'étude des CEM revêt un intérêt tout particulier dans un contexte français de réflexion sur la couverture de ce que certains désignent comme le « petit risque ».

L'expérience de CEM la plus aboutie est celle de Singapour³⁴.

³⁴ Une présentation plus complète peut être trouvée dans : HSIAO (WC), « Medical Savings Accounts : Lessons from Singapore », *Health Affairs*, Summer 1995, 260-266, MASSARO (T), WONG (Y), “Positive experience

En 1984, rompant avec un système de santé de type beveridgien hérité du Royaume-Uni, la cité-Etat a mis en place le programme Medisave reposant en grande partie sur l'idée d'une responsabilisation des patients. Obligatoire, ce programme prévoit que des cotisations sociales de 6 à 8%³⁵ alimentent **un compte d'épargne médicale exclusivement destiné à couvrir les coûts d'hospitalisation ainsi que certaines dépenses très élevées de médecine de ville**. En d'autres termes, le « petit risque » ne bénéficie d'aucune couverture et doit être financé par les patients sur leurs derniers propres, hors CEM. Les sommes déposées sur le CEM peuvent être conservées durant toute la vie et transmises aux descendants.

En 1990, reconnaissant que Medisave ne pouvait fournir une couverture appropriée aux personnes gravement malades, le gouvernement a créé un second niveau de couverture, le programme Medishield. A la différence de Medisave, il s'agit d'une assurance, dont la franchise est toutefois élevée et qui ne couvre qu'une faible partie des coûts exposés par les patients. Ainsi, seuls 20 à 25% des hospitalisations donnent lieu à une couverture par Medishield. Plus encore, **les personnes âgées de plus de 70 ans ne bénéficient pas de cette assurance, de même que les patients atteints de maladies chroniques, du SIDA, de maladies mentales, etc.**

Enfin, en 1993, un fonds caritatif dénommé Medifund a été créé pour prendre en charge les factures des patients les plus impécunieux³⁶.

En Afrique du Sud, la dérégulation du marché de l'assurance santé privée en 1994 a conduit à l'apparition de CEM³⁷. En 1996, 20% de la population bénéficiait d'une assurance privée souscrite volontairement, les produits d'assurance de type CEM représentant environ la moitié de ce marché privé. Les comptes d'épargne sont alimentés soit par le salarié, soit par l'employeur, soit par les deux.

Les produits de type CEM offerts au public consistent pour l'essentiel en une assurance à franchise élevée (mais variable selon la nature des biens et services consommés, cf. infra) : le compte d'épargne proprement dit couvre tout ou partie de la franchise, selon le niveau de cotisation du bénéficiaire et/ou de son employeur³⁸. **L'originalité du dispositif sud-africain est que le niveau de la franchise, c'est-à-dire le seuil de déclenchement de l'assurance, varie selon que les dépenses sont considérées, ou non, comme discrétionnaires**, c'est-à-dire contrôlables par l'assuré lui-même. Cette pratique est conforme à la finalité même des CEM qui est de lutter contre l'aléa moral, lequel n'existe que dans la mesure où le patient peut manipuler le niveau de la demande qu'il adresse au système de santé. Ainsi :

- les soins hospitaliers sont intégralement pris en charge par l'assurance ;
- les soins ambulatoires et les médicaments sont soumis à une franchise élevée ;

with Medical Savings Accounts in Singapore”, *Health Affairs*, Summer 1995, 267-271 ; BARR (M) “Medical Savings Accounts in Singapore: a critical inquiry”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol 26, n°4, August 2001, 709-725 et dans le même numéro, HSIAO (WC): “Behind the Ideology and Theory: What is the Empirical Evidence for Medical Savings Accounts?”.

³⁵ Le financement est assuré à parts égales par l'employeur et le salarié. Le taux de cotisation est de 6% en dessous de 35 ans, de 7% au-delà et 8% au-delà de 45 ans. Le montant de la cotisation est plafonné.

³⁶ Selon HSIAO (1995), environ 3% des patients hospitalisés dans les salles communes bénéficiaient de Medifund en 1993.

³⁷ Sur l'Afrique du Sud, les sources utilisées sont : MATISONN (S), *Medical Savings Accounts in South Africa*, NCPA, 2000, et, du même auteur, *Medical Savings Accounts : Evidence from South Africa*, NCPA, July 2002.

³⁸ Selon MATISONN (2000), le montant de la franchise atteint 1100\$ et le niveau moyen de cotisation au CEM est de 685\$. Le risque financier pour les clients porte donc uniquement sur la fraction comprise entre le CEM (685\$) et le seuil de déclenchement de l'assurance (1100\$).

- néanmoins, les médicaments des patients atteints de maladie chronique sont intégralement pris en charge par l'assurance.

Aux Etats-Unis, les comptes d'épargne médicale n'existent que de manière expérimentale. Ils ont été autorisés, sous la forme d'un dispositif à deux niveaux tel que décrit supra, par le Health Insurance Portability and Availability Act de 1996, qui limite le champ de l'expérimentation à la couverture maladie des travailleurs indépendants et des salariés de petites entreprises. En 1999, seulement 50 000 assurés avaient souscrit des polices de type CEM. Dans ces conditions, aucune évaluation fiable de l'expérience n'a pu être réalisée.

Par ailleurs, le Balanced Budget Act de 1997 a autorisé une expérience de CEM pour les bénéficiaires du programme Medicare³⁹. Or, une étude réalisée en novembre 2000⁴⁰ souligne qu'aucun assureur privé contractant avec Medicare n'offre de produit de type CEM. Au-delà de problèmes de coût de commercialisation, la réticence des assureurs s'explique par la faiblesse de la demande : compte tenu de leur profil de risque, les bénéficiaires de Medicare (personnes âgées) sont peu intéressés par un produit assuranciel à franchise élevée.

Faiblement développés à l'heure actuelle, les CEM pourraient prochainement connaître un essor important aux Etats-Unis, notamment sous l'influence des cercles de réflexion républicains mais également d'entreprises soucieuses de limiter leur participation au financement des dépenses de santé. Il s'agit en quelque sorte de remplacer les dispositifs de régulation de la demande, qu'ils soient de nature organisationnelle (*gatekeeping*, présélection des offreurs) ou relèvent d'une politique de définition de priorités (panier de soins, autorisation préalables) par des incitations financières censées être tout à la fois plus efficaces et mieux respecter les préférences des consommateurs. De manière révélatrice, aux Etats-Unis, l'intérêt croissant porté aux CEM est concomitant d'un reflux du *managed care* (Cf. encadré 2).

Les comptes d'épargne médicale peuvent en effet permettre d'augmenter la satisfaction des patients à l'égard du système de santé, en leur offrant :

- **une plus grande liberté dans le choix par les patients des offreurs de soins auxquels ils souhaitent recourir.** Cette caractéristique répond à la revendication consumériste selon laquelle ni l'Etat, ni les assureurs ni les employeurs ne sont légitimes pour imposer aux individus des offreurs présélectionnés, des règles destinées à limiter l'accès aux soins spécialisés (*gatekeeping*) ;
- **l'absence d'intrusion d'un tiers, dans la relation médecin-patient.** L'un des objectifs des régulateurs, publics ou privés, est en effet de prévenir la dispensation de soins considérés comme non nécessaires ou inappropriés. Ainsi, les organisations de *managed care* américaine ont développé des procédures d'autorisation préalable pour des traitements coûteux. Dans le cadre des CEM, c'est au patient, gestionnaire d'une allocation santé, de définir, en liaison avec le médecin, les soins qu'il entend consommer. Cette liberté de choix, mise en avant par les promoteurs américains des CEM, n'existe pas toujours dans les dispositifs de compte d'épargne existants. Ainsi, à Singapour, le CEM ne peut être utilisé que pour acheter certains types de soins, principalement hospitaliers.

³⁹ Plus précisément, le programme Medicare donne la possibilité à ses bénéficiaires de s'inscrire auprès d'assureurs privés qui les prennent en charge moyennant une rémunération forfaitaire versée par l'administration fédérale (Medicare + Choice). Parmi les produits que les assureurs peuvent proposer aux bénéficiaires de Medicare figure désormais un dispositif de compte d'épargne médicale avec assurance pour risque catastrophique.

⁴⁰ MEDPAC, *Report to the Congress : Medical Savings Accounts and the Medicare Program*, November 2000.

Encadré 2 – Développement et reflux du *managed care* aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, la fin des années 1980 et le début de la décennie 1990 ont été marqués par le développement du *managed care*, ensemble d'instruments de régulation mis en place par les assureurs affectant l'offre et la demande de soins : du côté de la demande, les patients sont orientés vers des réseaux restreints d'offreurs de soins, se voient imposer un accès filtré aux soins spécialisés (*gatekeeping*), certains traitements coûteux étant en outre soumis à des mécanismes d'autorisation préalable. Du côté de l'offre, la régulation s'exerce principalement par le biais de modes de rémunération transférant le risque financier sur les médecins (capitation).

Ces pratiques, ajoutées à d'autres, telle que la réduction volontariste des durées de séjour hospitaliers ont permis de contenir la dépense de santé, notamment sur l'hôpital, au cours de la décennie 1990.

Depuis quelques années, toutefois, **la limitation dans l'accès aux soins pratiquée par les assureurs est devenue très impopulaire dans une société fortement consumériste** et bénéficiant jusqu'à récemment d'une croissance économique soutenue et prolongée⁴¹. De fait, les HMO - produits d'assurance-maladie imposant aux patients les contraintes du *managed care*- ont vu leur clientèle se replier depuis 1999, passant de 80,5 millions d'assurés au 31/07/99 à 76,1 millions au 31/12/01⁴². Il s'agit d'un renversement de tendance très significatif puisque la clientèle des HMO avait plus que doublé entre 1992 et 1999. Le recul des HMO est surtout manifeste à l'égard de produits assuranciels concurrents, les PPO, qui ne régulent que faiblement la demande⁴³. Entre 1996 et 2001, la part de marché des HMO sur le segment de l'assurance souscrite au travers des employeurs est passée de 31 à 23%, tandis que, parallèlement, la part de marché des PPO progressait de 20 points pour atteindre 48%.

Pour enrayer le déclin des HMO, les assureurs en amodient les caractéristiques (réseaux d'offreurs de soins élargis, suppression du *gatekeeping*) de sorte que la différence entre PPO et HMO s'estompe, de même que le différentiel de prime d'assurance entre ces deux types de produits⁴⁴.

Ce reflux manifeste du *managed care* traduit une crise de l'intermédiation dans l'achat de soins : de manière croissante, l'Etat, les assureurs et les employeurs ne sont plus légitimes aux yeux des patients pour leur imposer des produits d'assurance santé restreignant leur liberté de choix, tant en ce qui concerne les médecins auxquels ils doivent s'adresser que les prestations offertes. Pour autant, la nécessité de procéder à des arbitrages au vu de ressources financières limitées demeure, dans un contexte de très fort accroissement de la dépense (depuis 1999), dépense que les employeurs, principaux contributeurs au financement de la santé, ne souhaitent pas couvrir dans son intégralité. **L'unique solution est de transférer sur les patients la responsabilité de réaliser ces choix⁴⁵.**

⁴¹ Parmi une volumineuse bibliographie sur ce sujet, on retiendra : ZELMAN (W), BERENSON (R), *The managed care blues and how to cure them*. Washington DC, Georgetown University Press, 1998; DRAPER (D), HURLEY (R), LESSER (C), STRUNK (B), "The changing face of managed care", *Health Affairs*, Jan/Feb 2002.

⁴² Source: INTERSTUDY PUBLICATIONS "HMO enrollment decreases, though decline appears to be slowing", Press release, 4 avril 2002.

⁴³ Dans le cadre des PPO (*preferred provider organization*) les clients bénéficient de tarifs préférentiels s'ils consultent des médecins appartenant à un réseau d'offreurs, généralement très large, avec lequel l'assurance a conclu des accords prix/volume. Le patient peut directement consulter des spécialistes sans passer par un médecin de première ligne et il a la faculté de s'adresser à des médecins hors réseau, moyennant un débours supérieur.

⁴⁴ Cf. DRAPER (D), HURLEY (R), LESSER (C), STRUNK (B), "The changing face of managed care", *Health Affairs*, Jan/Feb 2002.

⁴⁵ Cf. ROBINSON (J) « The end of managed care », *JAMA*, May 23/30, 2001 – Vol 285, n°20.

2) Les comptes d'épargne médicale ne constituent pas une solution à privilégier dans le contexte français

a) *L'impact des comptes d'épargne médicale sur les dépenses de santé est incertain*

Les CEM sont susceptibles de favoriser une réduction des dépenses de santé par les canaux suivants⁴⁶ :

- **une réduction forte du risque moral⁴⁷ des consommateurs et donc des dépenses de santé.** L'idée est que le patient a un comportement de consommation plus avisé dès lors qu'il supporte l'intégralité de la dépense : il recherche le meilleur rapport qualité/prix, évite de recourir à des prestations inutiles et veille à développer un comportement de prévention des risques ;
- **une réduction du risque moral des offreurs de soins** confrontés à des acheteurs attentifs à la qualité de prestation de service et aux coûts.

Une simulation de mise en place de comptes d'épargne médicale, parmi de nombreuses autres études, aboutit ainsi à un résultat d'environ 4 à 6% de réduction de la dépense totale de santé lors de l'introduction d'un dispositif de type CEM⁴⁸. Toutefois, plusieurs arguments semblent indiquer que **les CEM ne réduiraient pas les dépenses de santé mais, au contraire, les augmenteraient**

En premier lieu, **une faible fraction de la population engendre l'essentiel des dépenses de santé** (cf. supra). Sauf à ce que le niveau de l'allocation santé attribuée annuellement aux individus soit très bas, **seule une faible fraction de la population serait susceptible de dépenser plus que le montant alloué et donc d'entrer dans la « zone de responsabilisation »**, dans laquelle le patient supporte 100% des coûts.

A titre d'exemple, au Manitoba, 80% de la population a une dépense de santé par tête inférieure à la moyenne : si le montant de l'allocation était fixé à la dépense moyenne par tête constatée historiquement, seuls 20% de la population ressentiraient pleinement l'effet responsabilisant de la franchise comprise entre l'allocation et le seuil de déclenchement de l'assurance contre le risque catastrophique⁴⁹. Ces 20% de patients les plus « dépensiers » ont souvent des pathologies sévères nécessitant une hospitalisation. Or, la consommation de soins hospitaliers n'est que marginalement le résultat de choix discrétionnaires des patients révélateurs d'un aléa moral. **Il apparaît donc improbable que le système de CEM parvienne à réduire la dépense de santé des patients les plus malades, sauf à restreindre l'accès à des soins nécessaires.**

⁴⁶ Cf. CONNOR (R), "Movement toward individual health benefit accounts", *Managed Care*, November 2000, MAZANKOWSKI (Premier's Advisory Council on Health for Alberta), *A framework for reform: report of the Premier's Advisory Council on Health*. Edmonton: The Council, 2001, RAMSAY (C) "Medical Savings Accounts", *Fraser Institute Critical Issues Bulletin* 1998;

⁴⁷ De manière générale, la théorie montre que l'assurance est efficiente pour la couverture d'événements à faible probabilité de survenance mais à forts coûts. Dans le cas des CEM, la limitation de l'assurance aux risques catastrophiques est conforme aux recommandations théoriques. Pour une évaluation plus fine de l'arbitrage entre assurance et aléa moral, voir MANNING (W) et MARQUIS (S), « Health Insurance : the tradeoff between risk-pooling and moral hazard », *Journal of Health Economics*, 1996, 15 : 609-639.

⁴⁸ Cf. NICHOLS (L), MOON (M), WALL (S), *Tax preferred medical savings accounts and catastrophic health insurance plans : a numerical analysis of winners and losers*, Urban Institute, April 1996.

⁴⁹ FORGET (E), DEBER (R), ROOS (L), "Medical Savings Accounts: Will they reduce costs?", *Canadian Medical Association Journal*, July 23, 2002; 167 (2).

Un raffinement de la formule du CEM conduisant à définir une allocation en fonction de l'âge et du sexe ne permettrait pas réellement d'éviter ce problème dès lors que la distribution des coûts est également très concentrée à l'intérieur d'une même classe d'âge pour un sexe donné. Ainsi, toujours au Manitoba, 10% des hommes de 25 à 34 ans engendrent 90% des coûts de cette classe d'âge, tandis que 20% des femmes de plus de 75 ans engendrent 87,5% des dépenses de santé de leur catégorie d'âge⁵⁰.

Par ailleurs, le risque est celui d'un relèvement de la dépense de la fraction majoritaire de la population dont la consommation historique est inférieure au montant de l'allocation. L'impact exact dépend de la formule de CEM retenue. Si les bénéficiaires de l'allocation peuvent dépenser le reliquat en prestations de santé précédemment non couvertes par l'assurance-maladie (soins de confort, par exemple), le risque est que la partie de la population en bonne santé accroisse sa consommation de soins en utilisant la plus grande partie voire la totalité de son allocation. De même, si la règle appliquée est celle de la perte du reliquat d'allocation en cas de non-consommation, le risque est celui d'un accroissement de la dépense de santé de la population bien portante jusqu'à la limite de sa dotation.

Si le reliquat peut être conservé dans le CEM, le citoyen est incité à épargner pour faire face à des dépenses de santé ultérieures. Néanmoins, cette épargne immobilisée est prélevée sur la richesse nationale en sus des financements effectivement utilisés aux fins de dispensation de soins, et ce dans des contextes de finances sociales généralement tendues.

Le risque d'une élévation du niveau de la dépense de la part des personnes les mieux portantes serait particulièrement élevé en cas d'excès d'offre de soins, les praticiens rémunérés à l'acte ayant une capacité à induire la demande qui leur est adressée.

Une deuxième interrogation relative à l'impact des CEM sur les coûts repose sur la capacité des patients à se comporter en acheteurs avisés et à optimiser le rapport qualité/prix des soins dispensés. Même lorsque les prix sont libres, comme c'est le cas à Singapour, la concurrence se fait essentiellement sur la qualité, telle que perçue par les patients. Or, les patients apprécient généralement la qualité des soins à l'aune des prestations hôtelières ou de l'utilisation de technologies de pointe, tous éléments tendant à accroître les coûts⁵¹. De plus, les appréciations portées par les organismes en charge de l'évaluation de la qualité, notamment aux Etats-Unis, ne sont pas nécessairement convergentes⁵².

S'agissant de la capacité des patients à peser sur les prix, elle apparaît incertaine en raison de l'existence d'asymétries d'informations et est en tout état de cause moindre que celle des assureurs de type HMO ou PPO dont la puissance d'achat est importante.

Au total, différents arguments théoriques conduisent à relativiser l'impact positif des comptes d'épargne médicale sur le niveau et l'évolution des dépenses de santé. Quant aux différentes expériences concrètes précédemment mentionnées, elles n'apportent aucun élément de preuve certain.

⁵⁰ FORGET (E), DEBER (R), ROOS (L), *MSAs: Even Less Than Meets The Eye*, September 2002.

⁵¹ HSIAO (WC) « Behind the ideology and theory : what is the empirical evidence for medical savings accounts ? », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, August 2001; 26: 733-7.

⁵² Cf. SIMON (L) et MONROE (A), « California provider group report cards : what do they tell us ? », *American Journal of Medical Quality*, Mar/Apr 2001, vol 16, n°2. Cet article souligne la fragilité des informations relatives à la qualité. L'étude fait ainsi apparaître que selon l'organisme en charge de l'évaluation, un même groupe de médecins peut obtenir des appréciations aussi diverses que « excellent », « bon », « moyen », « ne fait pas partie des meilleurs ».

Dans le cas de Singapour tout d'abord, **l'impact du dispositif sur la dépense de santé est difficile à dresser**. Les données brutes montrent que **l'accroissement annuel de la dépense de santé par tête a augmenté de deux points après l'instauration de Medisave en 1984, passant de 11 à 13%**. Toutefois, Singapour conserve un niveau de dépense de santé rapporté au produit intérieur brut très faible (3 à 4%, contre près de 10% en France). De plus, cette accélération de la dépense s'est produite dans une période de croissance économique et d'investissement dans les infrastructures hospitalières. Néanmoins, l'essentiel de l'inflation des coûts résulte de la libéralisation des prix qui a accompagné la mise en place de Medisave : les patients, loin de se comporter en acheteurs avisés faisant baisser les prix, ont subi les hausses de tarif des médecins et des hôpitaux.

Constatant son incapacité à limiter les coûts par la seule régulation de la demande, l'Etat de Singapour a donc mis en place à partir de 1993 des mesures de régulation de l'offre : restriction de la démographie médicale, contrôle de la diffusion des technologies médicales, contrôle des prix, limitation du nombre de lits dans les hôpitaux publics⁵³.

En ce qui concerne l'Afrique du Sud, une comparaison entre les dépenses des personnes ayant souscrit des assurances traditionnelles et celles ayant **une couverture de type CEM conduit aux constats suivants** :

- **la dépense « discrétionnaire », c'est-à-dire de médecine de ville, est inférieure de 47% dans le cas des CEM ;**
- **cette réduction de la dépense discrétionnaire ne se traduit pas par un transfert de coûts sur le secteur hospitalier**, qui est pris en charge à 100%. Néanmoins, ce résultat est atteint grâce à la mise en œuvre de techniques de *managed care* dans les structures hospitalières ;
- **la consommation de soins préventifs est équivalente selon le type de couverture choisi**. La responsabilisation des patients opérée par les CEM ne les conduit donc pas à rationner leur consommation de soins préventifs.

L'expérience sud-africaine est donc intéressante en ce qu'elle souligne l'ampleur non négligeable de l'aléa moral dans la consommation de soins de ville. Néanmoins, faute d'éléments relatifs aux effets de sélection de clientèle et eu égard au fait que l'assurance privée est en pratique réservée à la fraction la plus favorisée de la population, il est délicat de tirer des conclusions quant à l'impact des CEM sur la dépense nationale de santé et sur l'équité du système de santé.

b) La mise en place des comptes d'épargne médicale est de nature à engendrer des inéquités

Par nature (démutualisation du risque), les comptes d'épargne médicale augmentent l'inéquité face au risque santé. **La suppression de la mutualisation des risques qui constitue l'objectif même des CEM emporte en effet nécessairement une absence de solidarité financière entre biens portant et malades**. Pour les patients les moins fortunés, l'accroissement du reste à charge peut constituer une limitation dans l'accès aux soins.

Ainsi à Singapour le système apparaît fortement inéquitable. Les personnes âgées exposées à des dépenses élevées, les patients atteints de maladies chroniques ou d'autres affections lourdes ne bénéficient d'aucune prise en charge assurancielle des dépenses « catastrophiques ». L'exclusion de l'essentiel de la médecine de ville et des médicaments des

⁵³ Cf. BARR (2001), *art. cit.*

biens et services susceptibles d'être financés par Medisave aboutit à ce que **les CEM ne financent que 8,5% de la dépense totale de santé, près de 57,7% étant directement payés par les patients sur leurs deniers propres** (1995)⁵⁴. Dans ces conditions, l'accès de tous aux soins n'est pas garanti.

Une autre source d'inéquité possible liée aux comptes d'épargne médicale est la sélection des risques. Dans un système où les CEM seraient optionnels et coexisteraient avec des produits d'assurance traditionnels (franchise réduite ou nulle, co-assurance), il est probable que les individus à faible risque, qui représentent 75 à 80% de la population (cf. supra la concentration des dépenses de santé sur une minorité) choisiraient majoritairement le CEM, tandis que les personnes à risque élevé s'orienteraient vers des assurances traditionnelles proposant une meilleure couverture en cas dépenses élevées⁵⁵. Financièrement, la population bien portante serait gagnante car elle verrait sa dépense se réduire.

La conséquence de la concentration des risques élevés dans la clientèle des assureurs traditionnels serait un relèvement significatif des primes : dès lors que la mutualisation des risques ne s'opère qu'au sein de la catégorie des personnes ayant une forte morbidité, un accroissement des primes devient nécessaire et peut engendrer une « spirale de la mort » : l'augmentation des primes conduit à une sélection des seuls patients les plus lourdement atteints, cette sélection rendant nécessaire une nouvelle augmentation des primes. Au total, le risque est celui d'une défaillance de l'assureur et d'un défaut de couverture maladie pour les personnes les plus malades, entraînant une restriction de l'accès aux soins pour les personnes en ayant le plus besoin.

Si les CEM ne constituent pas une alternative à une assurance maladie classique mais la seule couverture offerte à la population, le problème de sélection disparaît, mais **la question de l'inéquité du système demeure**. En effet, l'existence de la franchise contribuera à alourdir le reste à charge pour les patients malades, dans un contexte où la morbidité est généralement fonction inverse du revenu.

Enfin, les dispositifs de type CEM prévoient généralement une défiscalisation des versements réalisés par les salariés, ce qui favorise les hauts revenus.

*

Au total, **un dispositif de CEM complété par une assurance à franchise élevée engendre nécessairement une forme d'inéquité** dans la mesure où il supprime la mutualisation du petit risque et désavantage les personnes chez qui le risque maladie se réalise.

Parallèlement, **la capacité des CEM à freiner la dépense est incertaine et dépend en grande partie de l'attitude de consommation de soins des individus en bonne santé**. Le niveau de dépense sera en effet différent selon que les bien portants capitalisent leurs excédents de dotation santé pour faire face à des besoins futurs ou qu'ils l'utilisent à d'autres fins ou pour consommer des prestations de soins non médicalement nécessaires. Les CEM sont donc davantage susceptibles de contenir les coûts de la santé si les soins éligibles au financement par le compte d'épargne sont strictement définis (panier de soins excluant certains biens et services de « confort ») et si l'épargne déposée sur les CEM ne peut être utilisée à d'autres usages.

⁵⁴ Cité par HSIAO (2001), *art. cit.*

⁵⁵ Cf. NICHOLS, MOON, WALL (1996) *op. cit.* et ZABINSKI (D), SELDEN (T), MOELLER (J), BANTHIN (J) « Medical Savings Accounts : microsimulation results from a model with adverse selection », *Journal of Health Economics*, 1999, 18:195-218.

* * *

*

Dans un contexte de controverse théorique et de rareté des données empiriques, il est difficile d'indiquer si et dans quelle mesure les comptes d'épargne médicale pourraient permettre à la France d'atteindre un meilleur équilibre entre coûts, accès aux soins et qualité des soins.

Les CEM accroîtraient certainement l'inéquité du système de santé. Quant à l'impact sur les coûts, celui-ci reste incertain et semble devoir dépendre de la formule retenue, et notamment des règles relatives aux soins susceptibles d'être financés par les CEM et aux conditions de conservation de l'épargne.

La mission, rejoignant les conclusions d'une récente étude⁵⁶, considère que, au vu des éléments disponibles, **les comptes d'épargne médicale ne constituent pas l'option la plus intéressante pour le financement du système de santé, et ce du double point de vue de l'équité et de l'efficacité.**

C/ Les démarches de restriction du panier de soins pris en charge ne peuvent avoir qu'une ampleur et un impact financier limités

La confrontation d'une demande infinie et de ressources limitées est susceptible de conduire à un rationnement des soins. Plusieurs facteurs sont de nature à aggraver ce phénomène. Au-delà de l'impact, semble-t-il limité, du vieillissement démographique, le développement des technologies médicales et les attentes croissantes du public à l'égard du système de santé constituent des facteurs de coût difficilement maîtrisables.

Face à cette dynamique de la dépense, il n'est pas certain qu'un accroissement des ressources financières du système de santé et une utilisation optimisée de celles-ci, notamment au travers d'une amélioration des pratiques médicales (cf. deuxième partie du rapport), suffisent à éluder le débat sur le rationnement.

Ce débat renvoie à deux problématiques distinctes :

- **la définition de ce que sont les soins médicalement justifiés**, par opposition à ceux dont l'impact positif sur la santé des patients n'est pas avérée. L'idée sous-jacente est de ne faire prendre en charge par la collectivité que des biens et services dont l'utilité médicale est certaine. Les procédures d'évaluation des nouveaux médicaments et des technologies médicales s'inscrivent directement dans cette perspective ;
- **le rationnement de soins susceptibles d'améliorer l'état des patients.** Il s'agit, au vu de contraintes financières, d'exclure de la prise en charge par l'assureur public ou privé des biens et services médicalement utiles, et ce en raison de leur rapport coût/efficacité trop élevé ou de leur nature (médicaments dits de confort). Concrètement, dans des pays

⁵⁶ MOSSIALOS (E), DIXON (A), FIGUERAS (J), KUTZIN (J) ed., *Funding Health Care : Options for Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Londres, 2002.

comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Nouvelle-Zélande, l'objectif est de substituer aux files d'attente pour l'accès à certains traitements un rationnement plus « intelligent ».

La mission n'a pas spécifiquement approfondi ces deux problématiques. Elle n'a notamment pas procédé à des investigations sur le premier volet, dans la mesure où il apparaît que les biens et services de santé inutiles par nature sont peu nombreux et que leur non prise en charge ne soulève pas de problème particulier que ce rapport pourrait contribuer à résoudre.

Les brefs développements qui suivent se concentrent donc sur le rationnement de la gamme de soins pris en charge. Plusieurs enseignements peuvent dans ce domaine être retirés des expériences étrangères, et notamment de celle de l'Etat américain de l'Oregon :

- **une politique de rationnement explicite du panier de soins pris en charge soulève un problème d'acceptabilité qui en limite nécessairement l'ampleur et l'impact financier.** De fait, l'établissement d'un ordre de priorité parmi les biens et services à inclure dans le panier de soins ne peut résulter uniquement de données objectives et procède nécessairement d'un délicat débat éthique associant largement la population (2) ;
- les pays étrangers privilégient un rationnement « au chevet du patient », au cas par cas et au vu de **références médicales** intégrant une dimension d'optimisation du rapport coût/impact des traitements. Les économies engendrées par cette approche sont à ce jour inconnues, et probablement limitées (3).

1) La limitation du panier de soins se heurte à un problème d'acceptabilité, ce qui atténue son ampleur et son impact financier

Plusieurs questions se posent dès lors qu'il s'agit de refuser à la population l'accès à des traitements susceptibles d'améliorer son état de santé :

- qui décide de la composition du panier de soins (l'Etat, le ou les assureurs, les médecins, la population) et selon quelle procédure ?
- ces décisions doivent-elles être explicites ou implicites ?
- au vu de quels critères ces décisions doivent-elles être prises ?

L'expérience la plus aboutie de définition d'un panier de soins conduisant à exclure du remboursement certains biens et services médicaux est celle conduite par l'Etat américain de l'Oregon. Elle permet d'apporter un éclairage sur les différentes questions ayant trait au rationnement du panier de soins.

L'Oregon a lancé en 1989 un plan ambitieux d'extension de la couverture maladie (programme Medicaid) à une large partie de la population pauvre non assurée. Dans un contexte de contrainte budgétaire, les autorités de l'Oregon ont considéré que le prix à payer pour l'extension au plus grand nombre de la couverture maladie devait être une réduction du panier de soins pris en charge.

a) La définition du panier de soins ne peut reposer uniquement sur des techniques de rationalisation du choix des biens et services pris en charge⁵⁷

La voie empruntée par l'Oregon a été de demander à une commission sur les services de santé (Health Services Commission – HSC) d'établir une liste de services médicaux

⁵⁷ Le développement qui suit est très largement repris de MIDY (F), *L'expérience de l'Oregon*, CREDES, novembre 2000.

classant ces derniers par ordre de priorité en fonction de leur bénéfice net pour la société. Il s'agissait de réduire un ensemble d'environ 10 000 actes médicaux à une liste de près de 700 paires reliant une situation clinique au traitement correspondant⁵⁸. Au vu des ressources financières disponibles, le gouvernement devait fixer chaque année les n premières paires de la liste prises en charge par le programme Medicaid.

Au-delà de la définition des paires, dont le nombre a varié dans le temps pour atteindre 743 en 1999, c'est l'établissement d'un ordre de priorité qui a soulevé des difficultés.

Dans un premier temps, la volonté de rationaliser le choix a conduit à adopter une méthode fondée sur des ratios coût/résultat calculés pour chaque paire selon la formule :

$$r = \text{coût du traitement} / (\text{bénéfice du traitement} \times \text{durée du bénéfice})$$

Le coût du traitement a été estimé à partir des coûts directs bruts, sans prise en compte des coûts qui auraient été exposés en l'absence de traitement. Le dénominateur est constitué par le bénéfice net du traitement à cinq ans, c'est-à-dire l'amélioration de la qualité de vie obtenue grâce au traitement.

Le résultat de ces calculs a abouti à un ordre de priorité largement perçu comme incohérent, dans la mesure où, par exemple, le traitement de la migraine était prioritaire par rapport à celui du SIDA.

Plusieurs autres méthodologies de priorisation ont par la suite été élaborées, la dernière d'entre elles ordonnant les paires selon leur capacité à éviter le décès puis classant les paires équivalentes selon le coût moyen du traitement. Néanmoins, l'établissement définitif de la liste a fait l'objet de multiples redressements « à la main », au vu de l'appréciation subjective de la Commission et de l'avis de la population sollicité à l'occasion de multiples enquêtes et forums publics.

Au total, l'approche par le ratio coûts/bénéfice n'a eu qu'un impact très limité sur l'établissement de l'ordre de priorité des paires pathologie/traitement qui reflète principalement les valeurs et les choix éthiques de la société Oregonienne.

La prise en compte limitée de méthodes économiques de type ratio coûts/bénéfice pour procéder à la délimitation du panier de soins remboursés s'observe également dans les pays européens. Ainsi, la plupart de ces pays ont décidé de ne pas rembourser le Viagra en dépit de la forte efficience de ce médicament⁵⁹. Au cas d'espèce, le refus de prise en charge du traitement a généralement été motivé par le fait qu'il s'agirait d'un médicament de confort, reflétant davantage un choix personnel de style de vie que répondant à une nécessité médicale.

De même, l'institut britannique en charge de l'évaluation des technologies médicales et de la rédaction de références médicales (le NICE, national institute for clinical excellence) avait produit à la date de mars 2001 22 évaluations ou références. Dans la moitié des cas où l'utilisation d'un traitement a été recommandée, aucune évaluation précise de l'efficience du traitement n'a pu être réalisée⁶⁰.

⁵⁸ Un exemple de paire pathologie/traitement est ainsi : péritonite/traitement chirurgical.

⁵⁹ Ainsi, une étude néerlandaise (STOLK (E), BROUWER (W), BUSSCHBACH (J), "Rationalising rationing: economic and other considerations in the debate about funding Viagra", *Health Policy* 59 (2002), 53-63) montre que rapporté à un indicateur de bénéfice couramment utilisé (le QALY: *quality adjusted year of life*), le coût du Viagra était moindre qu'une greffe du cœur ou un dépistage du cancer du sein (respectivement 5 097\$/QALY, 46 775\$/QALY et 5 147\$/QALY).

⁶⁰ Cf. Raftery (J), "NICE : faster access to modern treatments? Analysis of guidance on health technologies", *BMJ*, Vol 323, Décembre 2001.

De fait, dans l'ensemble des pays examinés, **les techniques d'analyse économique ne sont que l'un des éléments dans le processus d'établissement des priorités** qui fait largement intervenir l'opinion publique. **L'implication du public dans les choix sur le panier de soins est en effet perçue comme un facteur déterminant** pour assurer la légitimité et l'acceptabilité des décisions prises en la matière.

b) Un rationnement en définitive limité qui engendre des gains financiers mineurs

En 1999, sur un total de 743 paires figurant sur la liste, les 574 premières par ordre de priorité faisaient l'objet d'une prise en charge par le programme public Medicaid de l'Oregon. Etaient notamment exclus du panier de soins :

- les traitements de pathologies qui s'améliorent d'elles-mêmes ;
- les pathologies sans traitement efficace ;
- les traitements le plus souvent inefficaces ;
- la chirurgie plastique. A titre d'exemple, la chirurgie reconstructrice après mastectomie complète n'est pas couverte ;
- le changement de sexe ;
- les traitements destinés à résoudre les problèmes de fertilité ;
- les traitements favorisant la perte de poids.

Le panier de soins ainsi défini est sensiblement plus large que celui proposé à leur clientèle par la plupart des assureurs privés. Cette situation trouve deux types explications⁶¹ :

- lorsque, pour faire face à une crise budgétaire en 1996, l'Oregon a souhaité exclure du panier de soins des biens et services précédemment couverts, l'administration fédérale américaine n'a donné qu'une autorisation partielle et a prévenu qu'elle s'opposerait à toute réduction ultérieure du panier ;
- plus importante est la dynamique citoyenne qui s'est créée autour de la procédure d'élaboration de la liste de paires et de l'ordre de priorité. Les décisions de rationnement des soins étant désormais prises au grand jour et focalisant l'attention du public, ce dernier a pesé pour limiter le rationnement effectif. Comme le soulignent Jacobs, Marmor et Oberlander « *le paradoxe politique du rationnement est que plus les décisions sur la définition de priorité et le rationnement sont publiques, plus il est difficile de rationner le panier de soins à des fins de contrôle des coûts* »⁶².

De fait, l'économie réalisée au cours des premières années d'expérimentation (1994-1997) grâce à l'exclusion de certains biens et services du panier de soins est estimée à 2% et l'extension du programme Medicaid à une population plus large a été financée par un relèvement de la taxe sur les tabacs.

Cet impact financier est d'autant plus limité que les médecins semblent ne refuser que rarement la dispensation de soins au motif que ceux-ci ne seraient pas pris en charge. Ainsi, lorsque les patients sont atteints de plusieurs pathologies dont le traitement de l'une est exclue de toute prise en charge publique, les médecins fournissent aux patients l'ensemble des soins dont ils ont besoin.

⁶¹ JACOBS (L.), MARMOR (T), OBERLANDER (J), "The Oregon health plan and the political paradox of rationing: what advocates and critics have claimed and what Oregon did"; *Journal of health politics, policy and law*, vol 24, N°1, February 1999.

⁶² Citation extraite de JACOBS (L.), MARMOR (T), OBERLANDER (J), "Rationing medical care : rhetoric and reality in the Oregon health plan"; *Canadian medical association journal*, May 2001, 164 (11).

Au total, selon les auteurs précités, « *la plus importante leçon de l'expérience de l'Oregon pour (...) les démocraties industrialisées est qu'une exclusion explicite de biens et services du panier de soins remboursés est peu susceptible d'engendrer des économies substantielles* ». Un point de vue convergent est émis par un autre universitaire : « *la leçon la plus importante à retirer de l'expérience de l'Oregon est qu'une définition explicite des priorités tend à conduire à un accroissement du panier de soins pris en charge*⁶³ ».

Sans s'engager dans une démarche comparable à celle de l'Oregon, les Pays-Bas ont cherché, à partir de 1991, à réduire le panier de soins pris en charge dans le cadre de l'assurance publique (*Ziekenfonds*). Les principales mesures ont porté sur la suppression de la prise en charge des soins dentaires pour les adultes (sauf mesures de prévention) et la limitation des séances de kinésithérapie et de physiothérapie. L'économie réalisée grâce à ces mesures s'est élevée à près de 1 750 millions de florins (chiffres de 1995-1996) soit environ 800 millions d'euros.

2) Une solution alternative, à la portée financière douteuse, consiste à intégrer l'objectif de rationnement dans la définition des références médicales

Aucun autre pays examiné par la mission n'a transposé l'expérience pionnière de l'Oregon de définition d'une liste de services pris en charge⁶⁴. Trois raisons peuvent expliquer cette différence d'approche :

- l'Oregon a pu s'engager dans la voie de l'exclusion de certaines prestations du panier de soins dans la mesure où les économies qui devaient en résulter avaient vocation à financer l'extension de la couverture maladie à des populations pauvres qui en étaient dépourvues. Il est clair qu'**un déremboursement de biens et services ne s'accompagnant d'aucune compensation est moins susceptible de rencontrer l'adhésion populaire**. Si les Pays-Bas ont pu limiter la prise en charge des soins dentaires des adultes aux seuls soins préventifs (cf. supra), un projet de déremboursement des pilules contraceptives a été retiré sous la pression de l'opinion. De même, aux Etats-Unis, faisant écho aux préoccupations de l'opinion publique, les Etats interviennent massivement pour imposer aux assureurs privés la prise en charge de certains traitements et pathologies (*mandated benefits*). Ainsi, l'Etat du Wisconsin a imposé aux assureurs la prise en charge de la chirurgie reconstructrice après mastectomie qui est exclue du panier de soins en Oregon ;
- l'expérience de l'Oregon a mis en évidence les limites d'une méthode de rationalisation des choix sanitaires fondée sur le calcul de ratio coûts/bénéfice. Pour orienter les choix en matière de priorité de financement, des tentatives de définition de critères prenant en compte les valeurs sociales aussi bien que les données économiques ont été menées, notamment aux Pays-Bas. Au vu des éléments recueillis par la mission, il ne semble pas que les critères ainsi définis aient considérablement influé sur les décisions de définition du panier de soins ;
- les pays les plus engagés dans l'optimisation du rationnement – Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni – ont, pour l'essentiel, rejeté le principe d'une liste de traitements classés par ordre de priorité. L'idée mise en avant est que l'on ne saurait exclure a priori, sauf cas particulier, la prise en charge socialisée de traitements dont l'efficience serait limitée : en effet, tel traitement dont les effets bénéfiques sont généralement limités ou inexistant peut être considéré comme approprié pour certains patients.

⁶³ HAM (C), “Retracing the Oregon trail: the experience of rationing and the Oregon health plan”, *BMJ*, vol 316, 27 juin 1998.

⁶⁴Cf. HAM (C), “Priority setting in health care : learning from international experience”, *Health Policy*, 42 (1997), 49-66.

Encadré 3 – les critères proposés par la Commission Dunning (Pays-Bas) pour définir le panier de soins⁶⁵

En 1991, la commission Dunning sur les choix en matière de santé a proposé quatre critères applicables successivement pour apprécier si un acte ou un traitement devait figurer dans le panier de soins pris en charge. Chaque traitement ou acte doit passer ainsi à « l'entonnoir Dunning » :

- ce traitement/acte est-il nécessaire, la nécessité des soins s'appréciant du point de vue de la communauté et non de celui du patient ? Ainsi les traitements de la stérilité peuvent être considérés comme nécessaires par un patient mais ne le sont pas pour la société néerlandaise dans son ensemble ;
- son efficacité est-elle démontrée ?
- son efficience est-elle démontrée ?
- son financement peut-il être laissé à la charge du patient ?

Plusieurs critiques ont été adressées à ces critères :

- la définition de ce qu'est un traitement nécessaire apparaît très délicate ;
- la primauté du point de vue communautaire sur l'appréciation individuelle pour définir ce que sont les soins nécessaires est contestable ;
- le plus souvent, l'efficacité et l'efficience des traitements dépend fortement des indications médicales et ne peut être valablement définie de manière générale ;
- de même, la détermination de ce qui peut être laissé à la charge du patient a davantage vocation à être réalisée au cas par cas.

Pour contenir la dépense, **un pays comme la Nouvelle-Zélande privilégie le recours à des références médicales qui, par pathologie, précisent dans quel cas il convient de refuser la dispensation de soins susceptibles d'améliorer l'état de santé des patients⁶⁶**. Plutôt que d'exclure des biens et services du panier de soins, il s'agit de s'assurer que les biens et services pris en charge par la collectivité sont utilisés de la manière la plus appropriée. Ce rationnement « au chevet du patient », dont la responsabilité de la mise en œuvre incombe *in fine* aux cliniciens ne peut se réaliser dans des conditions satisfaisantes que si deux conditions sont réunies :

- les références médicales guidant l'action des médecins doivent intégrer une dimension d'optimisation de la pratique médicale sous contrainte financière, c'est-à-dire préciser les cas dans lequel il convient de rationner les soins, d'une part, et être conformes aux valeurs et préférences de la société, d'autre part ;
- les praticiens doivent se conformer, dans leur exercice quotidien, aux prescriptions des référentiels ainsi établis.

Sans que la mission ait approfondi ses investigations sur ce point, il ne semble pas que ces deux conditions relatives aux modalités de rédaction des références médicales et à leur application effective soient pleinement remplies dans les pays examinés.

*

Ce survol très rapide des expériences étrangères en matière de restriction du panier de soins pris en charge par la collectivité suggère quelques enseignements utiles pour la France :

⁶⁵ Les informations contenues dans cet encadré sont issues de BURG et VAN DER GRINTEN « Priority setting in Dutch health care », in HAM (ed.), *Priority setting in health care*, University Press, 2001.

⁶⁶ FEEK, MC KEAN, HENNEVELD, BARROW, EDGAR, PATERSON, Experience with rationing health care in New Zealand, *British Medical Journal*, vol 318, 15 mai 1999.

- l'exclusion de certains biens et services du panier de soins remboursés ne peut résulter uniquement d'un choix fondé sur des éléments objectifs, tels des ratios coûts/bénéfices, mais procède nécessairement d'un débat politique, social et éthique impliquant largement l'opinion publique ;
- la quasi-totalité des pays examinés a renoncé à procéder à une réduction drastique de la gamme de biens et services pris en charge par la collectivité⁶⁷. Néanmoins, des aménagements ponctuels du panier de soins, comme ceux réalisés aux Pays-Bas en matière de soins dentaires, sont susceptibles d'être acceptés par l'opinion publique ;
- dans le seul Etat où une définition explicite du paniers de soins a été réalisée (Oregon), le gain financier retiré de l'opération apparaît minime. **En effet, l'implication du public est à la fois nécessaire pour légitimer l'exclusion de biens et services du panier de soins mais conduit, dans les faits, à limiter le rationnement.** L'absence de résultat tangible des démarches de définition de priorités lancées depuis le début des années 1990 trouve dans ce phénomène une grande partie de son explication ;
- faute de pouvoir restreindre au niveau macro le panier de soins remboursés, une solution alternative consiste à intégrer une logique de rationnement dans les références médicales. L'impact financier de ce type de mesures reste à évaluer.

* * *

La régulation de la demande peut elle limiter les coûts sans restreindre l'accès de l'ensemble de la population aux soins ? Au vu des expériences étrangères, il apparaît que :

- les mécanismes de co-assurance et de franchises contribuent incontestablement à modérer la demande adressée au système de soins. Une réelle incertitude existe en revanche sur la capacité des comptes d'épargne médicale à atteindre un tel résultat ;
- ces dispositifs de responsabilisation financière limitent l'accès aux soins des populations les plus pauvres et les plus malades, ce qui a un impact sur l'état de santé de ces personnes ;
- une restriction du panier de soins pris en charge par les assureurs, qu'ils soient publics ou privés, ne semble envisageable que si elle ne prive pas une partie de la population d'un accès à des soins essentiels. Les économies à attendre d'une telle politique sont donc à la mesure de son acceptation par le public.

Au total, **la participation financière des patients apparaît comme une solution de second rang, car elle ne permet pas de progresser sur l'un des trois axes du système de santé (coûts/qualité'accès aux soins-équité) sans reculer au regard de l'un ou des deux autres objectifs poursuivis.** A cet égard, toute sophistication du dispositif de responsabilisation destinée à en limiter les effets pervers, telle que la prise en compte du revenu des assurés ou de leur état de santé, conduit également à limiter son impact financier. En tout état de cause, il s'agit d'un domaine où les exemples étrangers sont de peu d'utilité, dès lors que l'arbitrage entre coûts de la médecine de ville et accès aux soins doit prendre en compte des considérations économiques, sociales et éthiques propres à chaque communauté nationale.

⁶⁷ Pour une présentation du débat réduction du panier de soins vs références médicales, cf. HAM, HONIGSBAUM, « Priority setting and rationing health services », in SALTMAN, FIGUERAS, SAKELLARIDES eds., *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham and Philadelphia, Open University Press, 1998.

*

A la différence de la participation financière des patients, la régulation du mode de rémunération des médecins paraît de nature à limiter des coûts de la médecine de ville tout en préservant l'universalité de l'accès aux soins⁶⁸. C'est à l'examen de ces dispositifs de régulation que sont consacrés les développements qui suivent.

⁶⁸ Voir, en ce sens, ELLIS (R) et Mc GUIRE (Th), "Supply-side cost-sharing and demand-side cost-sharing in health care", *Journal of economic perspectives*, vol 7, n°4, Fall 1993, pp 135-151.

Une régulation optimisée du paiement à l'acte peut s'accompagner d'une experimentation de formules de rémunération mixtes

La rémunération des médecins a un impact sur les trois objectifs poursuivis par le système de santé : offrir des soins de qualité, accessibles à tous, et ce pour un coût le plus limité possible.

En effet, les différents types de rémunération peuvent influencer le comportement des médecins et, selon les cas, les inciter à éléver ou à diminuer le nombre de services ou actes produits ainsi que la qualité des soins dispensés.

On distingue classiquement trois modalités principales de rémunération :

- **le paiement à l'acte** : outre la France, ce mode de rémunération prédomine en Allemagne et au Canada. Il est largement développé aux Etats-Unis, notamment dans le cadre du programme fédéral Medicare destiné aux personnes âgées. Aux Pays-Bas, les assureurs privés, dont la clientèle est composée de la fraction la plus aisée de la population, rémunèrent les praticiens à l'acte ;
- **le salariat** : parmi les pays du panel, seule la Suède y a recours de manière généralisée. Il est néanmoins présent en Grande-Bretagne, ainsi qu'aux Etats-Unis. En France, il existe principalement dans le cadre de la médecine de caisse ;
- **le paiement à la capitation** : il s'agit d'un paiement forfaitaire attribué au médecin pour prendre en charge un patient pour une période de temps définie. Au-delà des seuls actes de médecine de ville, le forfait peut couvrir les médicaments prescrits ainsi que les hospitalisations pour des actes de chirurgie, le médecin assumant un risque financier en cas de dépassement de son enveloppe. De manière croissante, la capitation est assortie de rémunérations annexes, consistant en des paiements dits à la performance, qui relient l'octroi d'un bonus à la réalisation d'objectifs sanitaires (en matière de vaccination ou de dépistage, par exemple) et/ou financiers. La Grande-Bretagne utilise une telle formule mixte dont diverses variantes existent aux Etats-Unis. Aux Pays-Bas, en revanche, les assureurs publics rémunèrent les médecins selon une formule de stricte capitation.

Par souci de réalisme, la mission a retenu comme option de travail principale un maintien en France du paiement à l'acte comme mode de rémunération principal, mais non exclusif, des médecins de ville. Les éléments permettant d'apprécier l'opportunité d'un changement de plus grande ampleur du mode de paiement sont néanmoins présentés.

Dans cet esprit, les expériences étrangères de régulation du paiement à l'acte ont été examinées de manière prioritaire. Il a également paru utile d'étudier les formes de rémunération alternatives susceptibles d'être introduites en France parallèlement au paiement à l'acte.

Au terme des investigations il apparaît que :

- **la régulation du paiement à l'acte doit viser prioritairement à améliorer l'efficience des pratiques individuelles** par une action portant à la fois sur la quantité de soins dispensés et sur le prix des actes (A) ;

- une expérimentation de rémunération mixte fondée sur la capitation apparaît opportune, tant pour les vertus propres de modération de la dépense de ce mode de paiement que parce qu'il constitue un vecteur d'optimisation de l'offre de soins dont la deuxième partie du présent rapport souligne l'intérêt. Le salariat permet également de répondre à des besoins spécifiques (B).

A/ La régulation du paiement à l'acte doit viser à optimiser l'efficience des soins délivrés par les médecins de ville

Les années 1990 ont été marquées en France par le développement des mécanismes destinés à réguler l'activité des médecins de ville, les ordonnances de 1996 introduisant le principe d'enveloppes fermées. Les difficultés qui ont accompagné la mise en œuvre de ces dispositifs de régulation ont abouti à leur amodiation ou à leur suppression, faisant naître un doute sur l'intérêt même de telles mesures.

L'observation des dispositifs en vigueur en Allemagne, au Canada et aux Etats-Unis permet de constater que, dans ces pays, la régulation de l'activité des médecins rémunérés à l'acte est fortement ancrée et ne fait pas l'objet d'un rejet en tant que telle, même si elle suscite des débats permanents.

De fait, une telle régulation apparaît justifiée par la capacité des praticiens à influencer la demande qui leur est adressée par les patients. Il en résulte, au niveau de chaque médecin, que la quantité de biens et services dispensés peut être supérieure à ce qui serait strictement nécessaire, et ce d'autant que la solvabilisation des patients par l'assurance-maladie les rend peu sensibles au prix et au volume de soins consommés. A un niveau agrégé, la conséquence de cette production partiellement inefficiente est une mauvaise allocation des ressources (1).

Dans ce contexte, l'objectif du régulateur est de créer les incitations conduisant à une meilleure efficience des pratiques. Ces incitations peuvent porter tant sur les quantités produites, c'est-à-dire sur le volume des actes, que sur leur prix.

S'agissant de la régulation des quantités, un encadrement du volume d'activité des médecins est nécessaire. Il doit consister moins en un plafonnement en valeur absolue de l'activité de chacun des praticiens qu'en une incitation à ne fournir aux patients que les soins dont ils ont réellement besoin. Une formule de « droit de tirage par cas » apparaît à cet égard particulièrement adaptée (2).

Un contrôle des quantités au moyen d'enveloppes fermées d'honoraires de médecine de ville ne paraît pas devoir être privilégié en raison des effets néfastes dont il s'accompagne. Il peut néanmoins s'avérer nécessaire si les mesures d'encadrement des pratiques individuelles sont impuissantes à contenir la production de soins non médicalement justifiés (3).

En tout état de cause, la sensibilité avérée des médecins aux incitations financières commande de veiller à ce que l'échelle des prix des actes, c'est-à-dire la nomenclature, ne conduise pas à une distorsion de l'offre de soins en faveur des actes et des spécialités offrant les marges les plus élevées (4).

1) La capacité des praticiens à influencer la demande de soins justifie l'intervention du régulateur

a) L'influence des médecins sur la demande qui leur est adressée peut engendrer une production de soins partiellement inefficente

Avant d'examiner les mesures de régulation mises en œuvre à l'étranger, il convient d'en rappeler brièvement le fondement. Celui-ci réside dans la capacité des médecins à influencer la demande de soins exprimée par les patients, phénomène généralement désigné sous le terme d'induction de la demande par les offreurs.

Selon une définition classique⁶⁹, **la demande induite** correspond à la mesure dans laquelle un médecin peut recommander et imposer une prestation de service médical différente de celle que le patient choisirait s'il détenait la même information que lui.

Ce phénomène provient de l'existence d'une asymétrie d'information entre le patient et le médecin, lequel possède une expertise qui fait défaut au patient. Ce dernier ne peut donc pas apprécier, à l'instar de l'assureur qui supportera *in fine* la dépense, si l'action du médecin est appropriée.

La manière dont le médecin peut mettre à profit son avantage informationnel se manifeste différemment selon le mode de rémunération. Dans un contexte de **paiement à l'acte**, le praticien peut être incité à réaliser davantage d'actes qu'il ne serait nécessaire ou à pratiquer des actes plus sophistiqués et donc plus chers. La solvabilisation de la demande par l'intermédiaire de l'assurance-maladie est de nature à amplifier l'effet de l'induction en situation de paiement à l'acte. En revanche, lorsque le médecin est payé à la **capitation ou qu'il est salarié**, l'incitation est inverse puisque le médecin reçoit le même paiement quelque soit son niveau d'effort : le risque est alors celui d'une sous-production de soins.

L'ampleur du phénomène de demande induite et ses contours exacts demeurent un sujet de débats. Deux méthodes sont généralement utilisées pour tester l'existence d'une demande induite :

- la première méthode consiste, dans un contexte de paiement à l'acte avec prix administrés, à examiner dans quelle mesure **une augmentation de la densité médicale conduit les médecins à compenser la réduction de leur « part de marché »** par une augmentation du volume d'actes ou par un report de leur activité sur des actes plus coûteux. Dans leur revue de littérature, Rochaix et Jacobzone (1997) soulignent les obstacles méthodologiques auxquels se heurtent ces estimations et la diversité de résultats qui en découle. On citera ainsi une étude de Delattre et Dormont (2000)⁷⁰ relative au comportement d'offre des médecins français entre 1973 et 1993 qui met en évidence un effet de demande induite significatif : une augmentation de la densité médicale conduit à une réduction moins que proportionnelle (élasticité négative de -0,063 à -0,084) du volume de soins fournis. Inversement, une étude sur les médecins danois ne fait pas apparaître de différence de comportement des praticiens face à un

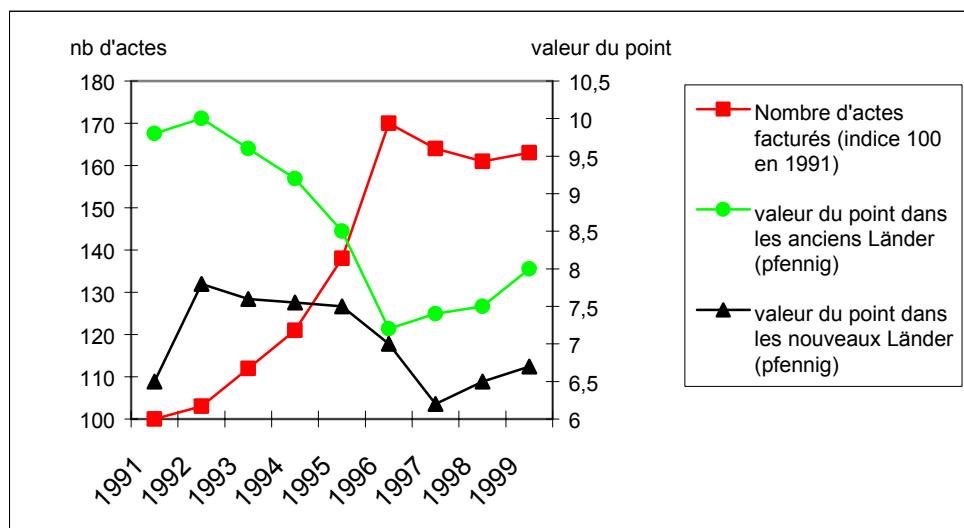
⁶⁹ Cf. ROCHAIX (L) et JACOBZONE (S) « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Economie et Prévision* n°129-130, 1997 3/4. La mission s'est appuyée sur cette contribution, ainsi que sur celle de GRIGNON (M), PARIS (V), POLTON (D) et alii, *L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins*, Contribution à la commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002.

⁷⁰ DELATTRE (E) et DORMONT (B), « Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Etude micro-économétrique sur données de panel », *Economie et Prévision*, n°142, 2000-1, pp 137-161.

accroissement de la densité médicale, que ces derniers soient salariés ou payés à l'acte, et conclut à l'absence d'effet d'induction de la demande⁷¹.

- **la seconde méthode vise à examiner la réaction des médecins à des modifications de leur paiement, ou plus généralement à un événement affectant le niveau de leur rémunération.** Ainsi, une étude⁷² démontre que la réduction de 13,5% de la fertilité observée aux Etats-Unis entre 1970 et 1982 a exercé une pression à la baisse sur le revenu des gynécologues/obstétriciens qui ont réagi en substituant aux accouchements par voie naturelle des césariennes mieux rémunérées. De même, **une tendance à la multiplication et au renchérissement des actes dans un contexte de gel des honoraires peut être mise en évidence.** Ainsi, une étude⁷³ estime que la réduction de certains tarifs opérée en 1989 aux Etats-Unis dans le cadre du programme Medicare a été compensée à hauteur de 37% par un accroissement des volumes. Des analyses plus ciblées conduisent toutefois à nuancer l'ampleur de cet effet de compensation⁷⁴. S'agissant du Québec, Lise Rochaix (1993)⁷⁵ a mis en évidence qu'un gel des tarifs induisait un report de l'activité des généralistes vers les actes les mieux rémunérés : au cours de la période considérée (1979-1982), les consultations ordinaires ont décliné au profit des examens complets et examens complets majeurs, mieux rémunérés. En Allemagne, l'existence d'une enveloppe fermée avec tarif flottant, engendre une compensation entre prix et volumes (cf. graphique 2).

Graphique 2 – Compensation prix/volumes en Allemagne



Source : Union fédérale des médecins conventionnés

⁷¹ GRYTTEN (J) et SORENSEN (R), "Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway", *Journal of Health Economics*, vol 20, pp 379-393, 2001.

⁷² GRUBER (J) et OWINGS (M), *Physician financial incentives and cesarean section delivery*, NBER Working paper n° 4933, novembre 1994.

⁷³ NGUYEN (X), "Physician volume response to price controls", *Health Policy*, 35, 1996, pp 189-204.

⁷⁴ Deux études ciblées sur certains actes montrent que les effets de réductions tarifaires ciblées sont multiples : une baisse de prix peut entraîner une compensation sous la forme d'un accroissement des volumes, ou bien engendrer une diminution plus que proportionnelle des volumes, les praticiens reportant leur activité sur d'autres types d'actes. L'effet net de ces réponses aux modifications tarifaires est délicat à estimer (MITCHELL (J), HADLEY (J), GASKIN (D), « Physicians' responses to medicare fee schedule reductions », *Medical Care*, vol 38, n°10, pp 1029-1039, ainsi que ZUCKERMAN, NORTON, VERRILLI, "Price controls and Medicare spending", *Medical Care and Research Review*, 55 (4), 457-478)

⁷⁵ ROCHAIX, « Financial incentives for physicians : the Québec experience », *Health Economics*, 1993, 2, pp 163-176.

L’induction de la demande n’est pas propre aux médecins. Une étude relative à l’activité des infirmières libérales françaises⁷⁶ met en évidence un fort effet d’offre en ce qui concerne la dispensation de soins d’hygiène (ou actes infirmiers de soins - AIS), par opposition aux actes techniques (injections, chimiothérapie - AMI) dont le volume dépend plus étroitement des besoins sanitaires de la population. Ainsi, on observe une **très forte corrélation positive (coefficients de corrélation de 0,94)** entre la dispensation d’actes en AIS et la densité infirmière départementale : la concurrence entre infirmières liée à une densité importante réduit la part de marché de chacune d’entre elles sur les actes techniques (AMI), sur le volume desquels les infirmières ont peu d’influence, un rattrapage étant réalisé sur les prestations à la personne (toilette, nursing, etc).

*

L’existence d’une demande induite semble au total acquise, même si l’ampleur du phénomène reste difficile à évaluer et apparaît en tout état de cause limitée tant par l’éthique des médecins que par la possibilité offerte au patient de changer de médecin. On n’observe pas, en effet, de pur comportement d’optimisation du revenu ou du profit chez les médecins, mais un arbitrage entre considérations éthiques et professionnelles d’une part, et niveau de revenu, d’autre part⁷⁷. De fait, l’induction est davantage manifeste dans les situations où le traitement le plus approprié pour le patient est incertain.

A l’aide d’un sondage, Victor Fuchs (1996)⁷⁸, président de l'*American Economic Association*, a fait apparaître un large consensus en matière d’induction. 68% des économistes de la santé, 77% des économistes (théoriciens) et 67% des médecins interrogés souscrivent ainsi à la formule suivante : « *Les médecins ont le pouvoir d’influencer l’utilisation de services médicaux par leurs patients (c'est-à-dire de déplacer la courbe de demande), et leur propension à induire cette consommation varie inversement avec le niveau de la demande* ».

Ce phénomène d’induction, ajouté au risque moral du patient, est de nature à engendrer la production de soins inutiles ou peu utile, ce qui plaide pour un encadrement de l’activité individuelle des médecins.

b) *Le risque moral des producteurs de soins se manifeste principalement sous la forme d’un accroissement du coût des épisodes de soins*

Les développements consacrés au risque moral des patients (cf. § I. A) ont mis en évidence que la décision d’initier un épisode de soins est prise par le patient mais que le niveau de consommation de soins par épisode de soins est largement déterminé par le médecin. En d’autres termes, **le médecin n’influence guère la décision d’un patient de venir consulter la première fois mais il peut agir sur le nombre de consultations ultérieures pour la même pathologie et sur les actes réalisés à l’occasion de ces visites**⁷⁹.

Dans ces conditions, un plafonnement du revenu ou de l’activité du médecin n’a de justification que s’il permet de réguler l’intensité des biens et services dispensés par épisode de soins et ne pénalise pas le médecin à raison du nombre d’épisode de soins initiés au cours d’une période donnée.

⁷⁶ « L’activité des infirmières libérales », *Dossier Etudes et Statistiques*, n°52, novembre 2001, CNAMTS.

⁷⁷ Cf. Mc GUIRE (Th) “Physician Agency”, in NEWHOUSE, CULYER eds. *Handbook of health economics*, North-Holland 2000.

⁷⁸ FUCHS (V) “Economics, values and health care reform”, *American Economic Review*, pp 1-24, 1986.

⁷⁹ Cf. BREUIL-GENIER (1998).

Le risque moral des producteurs de soins peut également se manifester sous la forme d'une réduction de l'effort intellectuel fourni, notamment lorsque les praticiens multiplient au-delà du raisonnable les actes : en raison de la situation d'asymétrie d'information entre le médecin et le patient, celui-ci ne percevrait pas l'effort insuffisant fourni par le médecin ou bien en aurait conscience mais hésiterait à rompre la relation privilégiée nouée avec son médecin pour s'adresser à un autre praticien.

La mission n'a pas eu connaissance d'études mettant en évidence ce phénomène d'éventuelle corrélation négative entre le volume d'activité des praticiens rémunérés à l'acte et la qualité des soins dispensés. Il est néanmoins certain qu'au delà d'un niveau d'activité extrêmement élevé, un professionnel de santé ne peut pratiquer conformément aux règles de l'art, ce qui renvoie à une problématique de déontologie professionnelle que le présent rapport n'entend pas traiter.

Pour faire face à cette suractivité potentiellement dangereuse, des normes peuvent être définies dont l'objet n'est pas tant l'efficacité microéconomique que la sécurité des patients et la qualité des soins : il ne peut donc s'agir que de bornes extrêmes, telles que des durées minimales de consultation ou un plafond (très élevé) d'actes sur une période de temps donnée. C'est dans cet esprit qu'ont été définis en France des « seuils d'efficience » pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, et plus récemment, les médecins référents (cf. encadré 4).

Encadré 4 – Le plafonnement de l'activité de professionnels de santé en France

Les infirmiers libéraux, depuis 1992, les masseurs-kinésithérapeutes, depuis 1994, et les « médecins référents », au sens de la convention de 1998, sont soumis à un dispositif de plafonnement de leur activité professionnelle. L'objectif affiché de ces mécanismes est de garantir la qualité des soins dispensés, la finalité de limitation de la dépense étant néanmoins sous-jacente.

Dans un contexte de mise en œuvre d'une enveloppe globale pour les infirmiers libéraux, un quota d'actes par professionnel a été défini. Ce quota, appelé « seuil d'efficience » est exprimé en coefficients, chaque acte réalisé par les infirmiers étant associé à nombre de coefficients : une injection intramusculaire est cotée 1, un pansement d'ulcère 4. Ces actes sont classés en deux catégories : les actes en AIS (actes infirmiers de soins), qui correspondent à des soins d'hygiène (prévention d'escarres, nursing), et les actes en AMI (actes médico-infirmiers) qui sont davantage techniques (injections, par exemple).

Le seuil d'efficience a été fixé par voie conventionnelle à 23 000 coefficients en AMI et/ou AIS, représentant une activité théorique moyenne de 11 heures de travail par jour, 365 jours par an. Ce seuil est à rapprocher de l'activité médiane des infirmiers actifs à temps plein qui s'établissait en 2000 à 14 700 coefficients. En 2000, 2 800 infirmiers, soit 5% de la profession, dépassaient le plafond, le montant des honoraires perçus au-delà du plafond représentant 1% de la dépense totale⁸⁰. Une partie de ce dépassement est reversé par les professionnels concernés. D'un point de vue financier, l'impact du plafonnement de l'activité des infirmiers libéraux est donc limité.

Un dispositif similaire a été instauré pour les masseurs-kinésithérapeutes par la convention de 1994 et révisé en 2000, le plafond correspondant à près de dix fois l'activité moyenne de ces professionnels.

La convention médicale généraliste du 26 novembre 1998 a créé une option « médecin référent » dont l'objet est de redonner au médecin généraliste un rôle prééminent, notamment dans la coordination des soins prodigues aux patients. L'un des éléments de cette option est un plafonnement à 7 500 du nombre de consultations et de visites susceptibles d'être réalisées par le médecin référent au cours d'une année⁸¹. Aux termes de la convention, ce seuil correspond « au nombre d'actes au-delà duquel les

⁸⁰ Cf. « L'activité des infirmières libérales » Dossier Etudes et Statistiques, n°52, novembre 2001, CNAMTS.

⁸¹ Il est intéressant de noter que, aux Pays-Bas, la détermination du tarif de la consultation pour les patients couverts par l'assurance privée fait intervenir une estimation de la charge de travail. La charge de travail « normative » utilisée dans la formule de calcul s'élève à 7 740 consultations par an.

partenaires conventionnels estiment qu'il n'est plus possible d'assurer une médecine de qualité ». La convention et ses avenants permettent une modulation de ce plafond au regard de diverses considérations tenant à la taille de la clientèle des médecins concernés ou à la densité médicale observée au plan local. Le plafond effectif est arrêté par un comité médical paritaire local (CMPL), sauf lorsqu'il excède 7500 actes, auquel cas l'aval du comité médical paritaire national est nécessaire.

A la différence des seuils définis pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, le plafond d'activité des médecins référents apparaît plus contraignant. En effet, en 2000, 15% des généralistes français dépassaient ce seuil.

A ce jour, environ 10% des généralistes ont adhéré à cette option « médecin référent ». La mission n'a pas eu connaissance d'une évaluation de ce dispositif et notamment de l'impact réel de la mesure de plafonnement de l'activité.

* *
*

Dans un contexte marqué par une asymétrie d'information entre le médecin et le patient, le paiement à l'acte incite les praticiens à multiplier les actes, dont certains n'ont pas d'utilité avérée. Cette surproduction d'actes, que favorise l'existence d'une demande solvabilisée par l'assurance-maladie, se matérialise par un accroissement de la dépense par patient, ou plus exactement par épisode de soins. Une intervention du régulateur pour encadrer l'intensité moyenne des services fournis par les médecins aux patients apparaît dans ces conditions nécessaires.

L'existence d'une asymétrie d'information et d'un attachement du patient à son médecin peut également conduire ce dernier à diminuer la qualité des soins fournis dès lors que sa clientèle ne se détournera pas de lui. Ce risque paraît limité en cas de paiement des médecins à l'acte. Néanmoins, on peut considérer qu'au-delà d'un nombre très élevé d'actes, le médecin n'est pas en mesure de pratiquer conformément aux règles de l'art. Dès lors, un plafonnement absolu du volume d'actes des médecins peut être envisagé, dont l'objectif n'est pas de limiter la dépense mais de préserver à minima la qualité des soins dispensés.

2) L'encadrement du volume d'activité des médecins doit s'exercer au niveau individuel

Dès lors que le praticien jouit d'un certain pouvoir discrétionnaire lui permettant, dans un contexte de paiement à l'acte, d'accroître le volume et l'intensité des actes réalisés (cf. supra), il existe un intérêt fort pour le régulateur à mettre en œuvre un dispositif conduisant le médecin à limiter la dispensation de soins au rapport coût-efficacité défavorables, voire inutiles.

Pour atteindre cet objectif, plusieurs types d'instruments d'encadrement peuvent être utilisés pour encadrer l'activité individuelle des praticiens. A cet égard, la deuxième partie du rapport évoque les dispositifs de management médical permettant d'établir et d'analyser le profil d'activité des médecins. Participant également d'une forme d'encadrement de l'activité des praticiens, les procédures de contrôle de la facturation des médecins destinées à détecter d'éventuelles fraudes.

A ce stade, ne seront abordées que les incitations financières susceptibles de diminuer les conséquences défavorables du pouvoir discrétionnaire des praticiens, dans un contexte de paiement à l'acte⁸². Concrètement, il s'agit de **mesures de plafonnement de**

⁸² D'autres modes de rémunération, et notamment les formules mixtes associant paiement à l'acte et capitation, susceptibles de réduire le risque moral sont présentées infra.

l'activité ou du revenu des médecins, dont l'objectif est de restreindre la dispensation de soins non nécessaires, et uniquement de ceux-là, sans engendrer de rationnement de l'offre de soins.

Au niveau international, divers dispositifs de plafonnement de l'activité des professionnels de santé existent, la mission ayant concentré ses investigations sur le Canada et l'Allemagne.

Au terme de l'étude deux conclusions se dégagent :

- **le plafonnement de l'activité ou du revenu des médecins n'est pas l'instrument le plus adapté (a);**
- **une régulation du volume de soins fournis en moyenne aux patients**, comparable à celle mise en œuvre en Allemagne, **apparaît plus efficace et équitable (c)**.

a) Dans un contexte de différenciation du profil d'activité des médecins, un plafonnement du revenu global ou du nombre d'actes est inadapté

Le risque moral des producteurs de soins se manifeste principalement par un renchérissement inutile du coût des épisodes de soins (cf. supra). Divers instruments sont de nature à limiter l'impact potentiel de ce phénomène :

- la mise en oeuvre d'un plafond d'honoraires par médecin au-delà duquel la rémunération des actes supplémentaires est nulle ou très réduite. C'est la formule retenue au Québec et en Ontario ;
- la définition d'un quota d'actes par médecin au-delà duquel la rémunération est nulle ou réduite. La France a ponctuellement recours à ce type d'instruments (cf. encadré 4) ;
- la fixation de taux maximum d'accroissement de l'activité ou du revenu des médecins.

La pertinence de ces dispositifs au regard de l'objectif poursuivi est très incertaine, dès lors qu'un niveau d'activité élevé n'est pas nécessairement la conséquence d'un phénomène de risque moral et que, symétriquement, le risque de dispensation de soins inutiles n'est pas l'apanage des médecins à forte activité. Le consensus énoncé par Fuchs (1996) souligne ainsi que l'induction est d'autant plus forte que la demande, et donc l'activité, est faible. Dès lors la transposition en France d'un système de plafonnement de l'activité ou du revenu comparable à celui en vigueur au Québec ou en Ontario n'apparaît pas opportune.

Les dispositifs de plafonnement du revenu des médecins en vigueur au Québec et en Ontario

A partir de 1970, le Québec a mis en place une régulation du volume global des honoraires reposant sur un ajustement des prix en fonction du nombre d'actes réalisés. Ce mécanisme d'enveloppe globale a abouti à une multiplication des actes compensée par une baisse des tarifs pénalisant l'ensemble de la profession. A partir de 1976 et à la demande des organismes représentant les médecins, un plafonnement trimestriel de la rémunération des omnipraticiens a été mis en place, afin de limiter le volume d'activité de la fraction de la population médicale responsable d'une part importante des dépenses.

Le système est défini de sorte que lorsque l'omnipraticien atteint le revenu plafond déterminé par trimestre, tout acte supplémentaire réalisé par ce praticien n'est rémunéré qu'à 25% de son tarif normal. Selon les calculs de Pereira (2002), le plafond ainsi fixé correspond à environ 135% du revenu moyen des omnipraticiens et conduit à écrêter le revenu d'environ

10% des médecins⁸³. Une telle modulation des tarifs est mise en œuvre dans un contexte de tiers-payant, les médecins étant rémunérés par la régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

L'Ontario a adopté depuis 1991 un dispositif comparable qui concerne non seulement les omnipraticiens mais également les spécialistes. Au-delà d'un seuil de rémunération, les actes réalisés donnent lieu à une rémunération dégressive.

Tableau 4 – Dispositif de plafonnement du revenu en Ontario

Taux de rémunération	66,7%	33,3%	25%
Omnipraticiens – seuils de rémunération	350 000 \$	375 000 \$	400 000 \$
Spécialistes – seuils de rémunération	430 000 \$	455 000 \$	480 000 \$

En Ontario, les médecins implantés dans les zones souffrant d'une insuffisante offre médicale sont exemptés de plafond. Cette mesure vise à ne pas pénaliser les médecins dont l'activité élevée est la conséquence d'une pénurie de praticiens. Une étude portant sur la facturation des médecins ontariens au cours de la période 1991-1995 met en évidence, dans le cas des spécialistes, que les régions les moins bien pourvues en médecins sont également celles dans lesquelles la proportion de praticiens ayant des niveaux de facturation élevés est la plus forte.

Par ailleurs, au Québec et en Ontario certains actes dont la dispensation est encouragée sont exclus du dispositif de plafonnement, afin d'éviter tout rationnement.

L'impact de ces dispositifs de plafonnement n'a pu être précisément évalué par la mission. Dans le cas du Québec, Nassiri et Rochaix (2000) ont montré que l'introduction des plafonds a conduit les médecins les plus actifs à lisser leur activité sur le trimestre et à reporter certains actes sur le trimestre suivant. Ceci confirme l'existence du pouvoir discrétionnaire des médecins mais ne permet pas de conclure sur l'efficacité du plafonnement en l'absence d'évaluation de la justification sanitaire d'un tel report dans le temps des soins dispensés.

Le plafonnement des actes ou du revenu est inadapté à la complexité de l'offre de soins

Le plafonnement en valeur absolue du revenu ou du nombre d'actes n'apparaît pas comme un instrument pertinent de limitation de l'aléa moral des médecins car une éventuelle corrélation positive entre volume global de revenu et/ou d'activité et dispensation de soins inutiles est délicate, voire impossible, à établir. En d'autres termes, un revenu élevé n'est pas le signe infaillible d'un risque moral important, ni une activité faible la conséquence d'une stricte économie de moyens dans la dispensation de soins. **De fait, plusieurs facteurs autres que le pouvoir discrétionnaire du médecin déterminent le volume d'activité des praticiens.**

En premier lieu, **le niveau de densité médicale détermine en partie le volume d'activité et de revenu des praticiens.** Une récente étude de la CNAMTS confirme ainsi l'existence d'une relation inverse entre la densité médicale et les honoraires moyens de

⁸³ PEREIRA (2002) indique que 5 à 10% des médecins seraient touchés par le plafonnement. Une autre source (NASSIRI, ROCHAIX, « L'offre de services médicaux, analyse sur données de panel d'une expérience naturelle au Québec », *Revue d'économie politique*, 110 (4), juillet-août 2000) évoque un pourcentage de 10 à 20% des médecins concernés par le plafonnement.

généralistes⁸⁴. Au vu de ces résultats, on peut présumer que, dans certaines zones géographiques mal desservies, le niveau d'activité élevé des médecins résulte principalement d'une pression de la demande. C'est pour cette raison que l'Ontario a exclu du mécanisme de plafonnement les médecins installés dans des zones où l'insuffisance d'offre médicale est avérée (cf. supra).

En second lieu, **la féminisation de la profession médicale contribue à une dispersion des volumes d'activité**. En effet, le temps de travail des femmes médecins est inférieur à celui des hommes. En 1999, les femmes généralistes travaillaient en moyenne 46,9 heures, contre 58,6 heures pour leurs confrères. L'écart est plus sensible encore pour les spécialistes libéraux (55,1 heures pour les hommes contre 38,6 heures pour les femmes)⁸⁵. Ces écarts de temps de travail reflètent un arbitrage entre activité professionnelle et vie familiale différent entre les hommes et les femmes, lequel aboutit à des niveaux de rémunération variables. Au cas d'espèce, un revenu supérieur résulte d'un arbitrage travail/loisir favorable au premier terme.

Au-delà de choix relatifs au temps de travail global, le revenu libéral est affecté par la possibilité offerte au médecins de ville d'exercer à temps partiel à l'hôpital ou dans des centres de soins. Cette pluralité d'exercice, peu répandue chez les généralistes, est fréquente chez les spécialistes. La pertinence d'un plafonnement de l'activité uniquement libérale est dans ce contexte, incertaine, dès lors que ce dispositif toucherait principalement, sinon exclusivement, les seuls praticiens exerçant à temps complet en ville.

Tableau 5 – Mode d'exercice des médecins libéraux français

	Omnipraticiens	Spécialistes
Libéraux exclusifs	89,6%	60,3%
Libéral et salarié	4,8%	11,5%
Hospitalier à temps partiel	5,5%	19,6%
Hospitalier à temps plein avec activité libérale résiduelle	1,1%	8,6%

Par ailleurs, il existe un cycle de vie de l'activité médicale⁸⁶. Au cours des 5 à 8 premières années d'activité, les médecins ont niveau d'activité faible mais qui s'accroît rapidement, pour se stabiliser à un niveau de croisière conservé jusqu'à l'âge de 55 ans environ, stade à partir duquel l'activité des praticiens décline. Au vu de ces éléments, **un plafonnement du taux de croissance de l'activité ou du revenu des médecins pénaliserait prioritairement les médecins jeunes qui se constituent une clientèle**.

En définitive, de multiples facteurs autres qu'un phénomène de risque moral affectent le niveau du revenu ou de l'activité des médecins libéraux. Il n'est dans ces conditions pas certain qu'un revenu ou une activité élevés reflètent nécessairement un comportement d'induction de la demande. **L'introduction d'un plafonnement de l'activité ou du revenu comparable à celui mis en œuvre au Québec pourrait ainsi pénaliser des médecins dont l'activité élevée répond à des besoins réels de la population.** Une simulation réalisée par Pereira (2002) sur les conséquences d'une transposition en France d'un plafonnement « à la québécoise » confirme l'existence d'un tel risque. Celui-ci peut être minimisé en définissant un plafond très élevé, dont l'impact serait nécessairement réduit.

⁸⁴ FIVAZ, LE LAIDIER, « Une semaine d'activité des généralistes libéraux », Point stat n°33, CNAMTS, 2002.

⁸⁵ Cf. NIEL, SIMON, « Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1^{er} janvier 1999 », *Etudes et Résultats*, n°44, DREES, décembre 1999.

⁸⁶ Cf. DELATTRE, *Comportement d'offre de soins des médecins français*, Thèse, Université Paris-X Nanterre, 2000.

Potentiellement inéquitable vis-à-vis des offreurs de soins, et à ce titre difficilement acceptable par eux, **le plafonnement de l'activité ou du revenu n'est pas nécessairement très efficace du point de vue de la limitation du risque moral**. De fait, un même niveau d'honoraires ou d'actes peut recouvrir des situations très différenciées. A titre d'exemple, une étude réalisée sur les honoraires perçus par les cardiologues français en 1993⁸⁷ fait apparaître que, pour des niveaux d'honoraires annuels comparables (respectivement 691 et 713 KF, pour une moyenne nationale de 683 KF), les cardiologues d'Indre-et-Loire et d'Eure-et-Loir facturaient en moyenne respectivement 439 et 286 F par séance, pour une moyenne nationale de 293 F. Un plafond de revenus fixé par hypothèse à 750 KF annuels ne pénaliserait dans cet exemple ni les cardiologues d'Eure-et-Loir ni ceux d'Indre-et-Loire, alors même que, sous réserve de spécificités épidémiologiques locales non appréhendées par l'étude, le coût très élevé des séances de cardiologie dans ce dernier département nourrit une présomption de distorsion de l'offre de soins au profit d'actes onéreux, illustrant le phénomène de risque moral.

Au total, un plafonnement de l'activité des médecins est susceptible de pénaliser des praticiens dont le volume élevé d'actes est justifié sans atténuer le risque moral des praticiens situés en dessous du plafond.

b) Un dispositif de droits de tirage par cas apparaît comme la formule la plus adaptée

Une solution alternative au plafonnement global du revenu ou de l'activité consiste à **réguler le volume de soins dispensés en moyenne aux patients**, variable sur laquelle s'exerce le pouvoir discrétionnaire du médecin.

Comme indiqué supra, le médecin n'a guère d'influence sur la décision d'un nouveau patient de venir consulter. Il ne peut donc être valablement tenu pour responsable de la partie de son activité directement liée à ces premiers contacts. En revanche, le médecin détermine largement la quantité et la cherté des biens et services qu'il prodigue au patient une fois que celui-ci a fait la démarche de s'adresser à lui. Le régulateur doit donc viser à encadrer le volume de soins dispensés en moyenne à chaque patient.

Deux exemples étrangers de démarche de régulation du coût moyen par patient ont été relevés par la mission :

- le groupe médical de l'Université de Californie à San Francisco (UCSF), composé d'environ 3000 spécialistes exerçant à temps partiel parallèlement à leur activité hospitalo-universitaire, a mis en place un dispositif de régulation fondé sur l'examen du nombre de points de nomenclature (au sens de la nomenclature mise en œuvre dans le cadre de Medicare) « consommés » par patient sur une période donnée. Un indicateur de ce type permet de détecter les médecins prodiguant en moyenne à leurs patients des soins d'un coût anormalement élevé, ce qui est, sauf structure de clientèle particulière, le signe évident d'une induction de la demande par le praticien ;
- un mécanisme similaire existe en Allemagne à grande échelle, puisqu'il est appliqué aux généralistes et à plusieurs autres spécialités. Il s'agit du *praxisbudget*, littéralement « budget par cabinet ». Ce dispositif sera plus particulièrement étudié dans le présent développement.

⁸⁷ Syndicat national des spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux et SANESCO, *Cardiologie 2000, Livre blanc sur la prise en charge des maladies cardiovasculaires en France*, 1996.

Principe et intérêt du praxisbudget

Le praxisbudget consiste à attribuer à un médecin un « droit de tirage », exprimé en points de nomenclature, pour tout patient vu au moins une fois au cours d'un trimestre. Toute personne qui consulte pour la première fois un médecin au cours d'un trimestre est considérée comme un « cas » pour ce médecin. Il est indifférent que la personne ait ou non déjà consulté le médecin au cours de trimestres précédents. Par ailleurs, si la même personne consulte plusieurs fois son médecin au cours du trimestre, elle ne représente qu'un seul cas.

Le droit de tirage attribué au médecin correspond au coût moyen de traitement d'un patient sur une période de trois mois. Les droits de tirage acquis par le médecin pour chaque patient sont fongibles : un médecin qui aurait 100 patients ouvrant droit chacun à 800 points de nomenclature disposerait ainsi d'un droit de tirage global de 80 000 points sur le trimestre considéré.

Concrètement, **le tiers-paiement** - en Allemagne il s'agit de l'union régionale de médecins, gestionnaire d'une enveloppe d'honoraires déléguée par les caisses d'assurance-maladie - **paye les factures présentées par le médecin jusqu'au point où le montant remboursé, exprimé en points de nomenclature, atteint le total des droits de tirage correspondant à la clientèle du médecin.** Dans l'exemple choisi, le médecin sera donc remboursé pour toutes les factures émises au cours du trimestre jusqu'à un plafond de 80 000 points. Le point est affecté d'une valeur monétaire. La multiplication du nombre de points par le facteur de conversion monétaire permet d'obtenir la rémunération du médecin exprimée en euros.

Pour les actes réalisés au-delà de ce plafond, le médecin n'est pas rémunéré. Inversement, si le total de facturation du médecin est inférieur à 80 000 points, le praticien ne percevra que le montant correspondant à son volume d'activité effectif.

Un exemple numérique présenté dans le tableau ci-après permet de saisir l'impact d'un dispositif de type *praxisbudget*, par rapport à celui d'un plafonnement de l'activité globale.

Les formules de *praxisbudget* et de plafonnement de l'activité globale ont des effets très différents.

Tableau 6⁸⁸ – Effets comparés du *praxisbudget* et d'un plafonnement en valeur absolue de l'activité des médecins

	Praxisbudget		Plafonnement	
	Médecin A	Médecin B	Médecin A	Médecin B
Nombre de cas (1)	450	600	450	600
Total activité (en points de nomenclature) (2)	405 000	420 000	405 000	420 000
Points de nomenclature par cas - moyenne (2/1)	900	700	900	700
Droit de tirage par cas (option praxisbudget) (3)	800	800	sans objet	sans objet
Droit de tirage global (option praxisbudget) (3*1= 4)	360 000	480 000	sans objet	sans objet
Plafond d'activité en points (5)	sans objet	sans objet	400 000	400 000
Rémunération exprimée en points (6) (6=4 si 2>4 ; 6=2 si 2<4 dans l'option praxisbudget) (6=5 si 2>5 ; 6=2 si 2<5 dans l'option plafonnement)	360 000	420 000	400 000	400 000
Ecrêtement résultant (7=2-6) du praxisbudget ou du plafonnement	45 000	0	5 000	20 000

Dans une configuration de *praxisbudget*, le médecin B, qui a une activité plus importante que le médecin A, n'est soumis à aucun écrêtement de sa rémunération car le coût des soins qu'il administre à ses patients est en moyenne limité. En revanche, le médecin A, à l'activité plus réduite, est fortement pénalisé car il prodigue en moyenne des soins coûteux à ses patients. Si, comme cela semble être le cas (cf. supra), le risque moral du producteur de soins se matérialise par un coût par patient plus élevé, le *praxisbudget* atteint son objectif de pénalisation des praticiens dispensant des soins inutiles ou présentant un rapport qualité/prix défavorable.

A l'inverse, un mécanisme de plafonnement global de l'activité pénalise le médecin B en raison de son volume d'actes élevé et n'a qu'un impact réduit sur le médecin A, dont la clientèle est plus réduite. Il existe dans ce cas un risque non négligeable que le médecin le plus soucieux du rapport qualité/prix des soins dispensés soit également le plus pénalisé, ce qui va à l'encontre de l'objectif d'efficience de la dépense de santé que le plafonnement de l'activité se propose d'atteindre.

Outre la minimisation du risque de rationnement, un dispositif de « droit de tirage par cas » présente plusieurs avantages :

- à la différence de la capitation, le médecin ne perçoit pas de montant forfaitaire par patient. La rémunération est donc liée à une prestation effective de soins, ce qui constitue **une incitation à la productivité** ;
- inversement, **cette incitation à la productivité pénalise la dispensation de soins inutiles** dès lors que le droit de tirage attribué par patient est fondé sur un coût moyen de

⁸⁸ On considère par hypothèse que dans l'option *praxisbudget*, le droit de tirage par cas est fixé à 800 points de nomenclature. Dans l'option plafonnement, le plafond d'activité exprimé en points de nomenclature est fixé à 400 000 points. Au-delà de ce plafond, la rémunération du praticien est nulle. Enfin, le comportement des deux médecins considérés (médecins A et B) est identique dans les deux options étudiées. La réalité serait sans doute différente, les praticiens modifiant généralement leur comportement en fonction des incitations financières qui leur sont adressées.

traitement d'un patient. Dans cette logique, un ajustement des droits de tirage aux caractéristiques particulières de la clientèle des médecins apparaît souhaitable ;

- **l'attribution d'un droit de tirage pour une période relativement brève (trois mois) est de nature à limiter l'incitation à rationner ou à diminuer la qualité de l'offre de soins de la part de médecins ayant atteint leur volume d'activité cible.** En effet, un renvoi des patients vers d'autres praticiens est susceptible de faire perdre durablement au médecin touché par le plafonnement une partie de sa clientèle. Un correct calibrage des droits de tirage doit toutefois permettre d'éviter qu'une fraction significative de soins médicalement justifiés ne soit dispensée au-delà du plafond.

Définition et ajustement au risque du niveau des droits de tirage

Pour être pleinement efficace et accepté, un dispositif de droit de tirage par cas doit :

- être adapté aux différentes spécialités médicales ;
- prendre en compte le profil de risque de la clientèle des médecins ;
- décourager la « course aux cas ».

Ceci renvoie à la double question du niveau du droit de tirage et de sa modulation en fonction du profil de risque de la clientèle.

S'agissant du niveau du droit de tirage, en Allemagne, un nombre de points par cas est calculé pour chaque spécialité soumise au dispositif de *praxisbudget*⁸⁹. Schématiquement⁹⁰, le calcul est fondé sur l'observation du coût moyen d'un patient au cours d'un trimestre (ou cas), au cours d'une période de référence, en l'occurrence la période 1994-1995. On a ainsi :

$$\text{Nombre de points par cas} = \text{FPZ (Fallpunktzahl)} = \frac{(\text{CA/nombre de cas})}{\text{valeur du point}}$$

Où :

- CA représente le chiffre d'affaires réalisé par les médecins de la spécialité considérée au cours de la période de référence, c'est-à-dire le coût de traitement des patients ;
- Le nombre de cas est fondé sur une observation des nouveaux patients par trimestre vus au cours de la période de référence ;
- La valeur du point est celle résultant du mécanisme de point flottant. Au cours de la période de référence, le point valait 8,82pf.

En Allemagne, le calcul du nombre de points par cas a été réalisé sur une base régionale pour chaque spécialité, la valeur du point étant en outre différenciée entre nouveaux et anciens Länder.

L'allocation d'un nombre de points par cas sur une base historique et régionale offre l'avantage de la simplicité et de l'acceptabilité, dès lors qu'elle prolonge les tendances antérieures. Néanmoins, ce système présente au moins trois lacunes :

⁸⁹ Le *praxisbudget* s'applique aux spécialités suivantes : médecine générale, anesthésie, ophtalmologie, chirurgie, gynécologie, dermatologie, ORL, médecine de famille des pédiatries et des spécialistes de médecine interne, neurologie, psychiatrie, psychothérapie, orthopédie, urologie. Selon l'union fédérale des médecins conventionnés, le *praxisbudget* s'applique à 71 % des actes médicaux.

- en premier lieu, **une formule fondée sur une période de référence n'est pas évolutive** et n'est donc pas en mesure de s'adapter aux mutations des pratiques médicales. Par exemple, la diffusion d'un nouveau médicament peut contribuer à réduire le besoin d'un contact régulier entre une catégorie de patients et leur médecin traitant, ce qui devrait conduire à revoir le nombre de points par cas ;
- en second lieu, **un calcul sur une base historique et régionale est de nature à figer des disparités de coût de la pratique sans fondement sanitaire** : les différences de droit de tirage entre régions peuvent en effet refléter de légitimes spécificités locales tenant aux besoins sanitaires mais également être le résultat de variations non justifiées des pratiques locales, tenant par exemple à des densités médicales différentes. Dans le cas des cardiologues d'Eure-et-Loir et d'Indre-et-Loire évoqué supra, la définition d'un droit de tirage par cas sur une base historique et géographique conduirait à pérenniser des pratiques médicales en Indre-et-Loire potentiellement peu favorables en termes de rapport efficacité-prix ;
- enfin et comme l'illustre le point précédent, le phénomène de risque moral existait déjà au cours de la période de référence. Par conséquent, figurent dans le nombre de points par cas défini par la formule de calcul des points correspondant à des actes inutiles.

Une solution alternative à une méthode de calcul fondée sur l'observation du coût moyen historique de traitement des patients **serait de définir**, au vu notamment des références médicales en vigueur, **ce que devrait être le volume de soins prodigué en moyenne aux patients**. Une approche normative de ce type se heurte néanmoins à des difficultés méthodologiques importantes, mais apparaît souhaitable. Dans un souci de faisabilité, une convergence progressive d'un niveau des droits de tirage défini sur une base historique vers une cible normative pourrait être organisée.

Un second risque lié à un dispositif de *praxisbudget* est l'adoption de comportements stratégiques par les médecins, consistant d'une part à sélectionner les patients afin d'éviter les plus malades d'entre eux et d'autre part à s'engager dans une démarche de course aux cas.

Une formule de *praxisbudget* doit donc **prendre en compte la spécificité de la clientèle des médecins afin de ne pas pénaliser ceux dont les patients requièrent, en moyenne, davantage de soins que le reste de la population**.

Normalement, la fongibilité des droits de tirage doit permettre d'équilibrer sur l'ensemble de la clientèle le coût en honoraires engendré par les patients peu malades et ceux plus lourdement atteints. Il est néanmoins possible que des praticiens aient une clientèle atypique, avec une forte proportion de personnes à forte morbidité, situation requérant la dispensation de soins au-delà du plafond constitué par la somme des droits de tirage. Si cette spécificité n'est pas prise en compte, les médecins sont incités soit à rationner les soins pour lesquels ils ne sont pas rémunérés, soit à dissuader les personnes les plus malades de venir les consulter, ce qui peut pénaliser l'accès de ces patients à des soins de qualité.

Pour répondre à cette difficulté, la solution consiste à **ajuster le niveau du droit de tirage au niveau de risque sanitaire** représenté par les cas traités par les médecins. Cette question de l'ajustement au risque de la dotation se pose également en matière de rémunération des médecins à la capitation. Elle est donc traitée infra. A ce stade, il convient de souligner que l'Allemagne module le nombre de points par cas sur un critère d'âge (retraités/non retraités). Par ailleurs, des procédures d'exception existent qui permettent à un médecin de solliciter le relèvement de son plafond auprès de l'union régionale des médecins. **Enfin, un certain nombre d'actes et de patients souffrant d'affections particulièrement lourdes peuvent être**

exclus du mécanisme de plafonnement afin de ne créer aucune incitation au rationnement des soins ou à la sélection des patients. En Allemagne, divers actes dont la dispensation est encouragée ne sont pas inclus dans le dispositif de *praxisbudget* : il s'agit principalement de prestations de prévention, de vaccinations et d'actes effectués dans le cadre de la médecine d'urgence.

Par ailleurs, pour accroître son volume de droit de tirage, et donc son niveau d'activité rémunérée, un médecin peut être tenté d'entretenir un « vivier » de cas, en incitant des patients peu malades à consulter au cours du trimestre suivant. Un tel procédé est de nature à favoriser la dispensation de soins inutiles par deux canaux :

- la consultation trimestrielle du patient avec qui le contact est ainsi entretenu peut ne pas être nécessaire ;
- les droits de tirage supplémentaires générés par ces patients peu ou pas malades étant fongibles, ils peuvent être utilisés pour dispenser des soins supplémentaires et non nécessairement justifiés au reste de la clientèle.

Pour contenir ce risque, les unions régionales de médecins allemands, qui sont à l'origine du *praxisbudget*, ont élaboré **un mécanisme destiné à éviter un gonflement artificiel du nombre de cas**.

Une modulation du nombre de points par cas est mise en œuvre. Cette mesure a pour effet :

- de majorer de 10 % le nombre de points par cas pour les cas situés en dessous de 50 % de la moyenne régionale du nombre de cas par médecin ;
- de minorer de 10 % le nombre de points par cas pour les cas situés entre 50 et 150 % de la moyenne régionale du nombre de cas par médecin ;
- de minorer de 20 % le nombre de points par cas pour les cas situés au-delà de 150 % de la moyenne régionale du nombre de cas par médecin.

Si la moyenne régionale du nombre de cas par médecin est de 1000, et que le budget par cas est de 800 points, un médecin disposera :

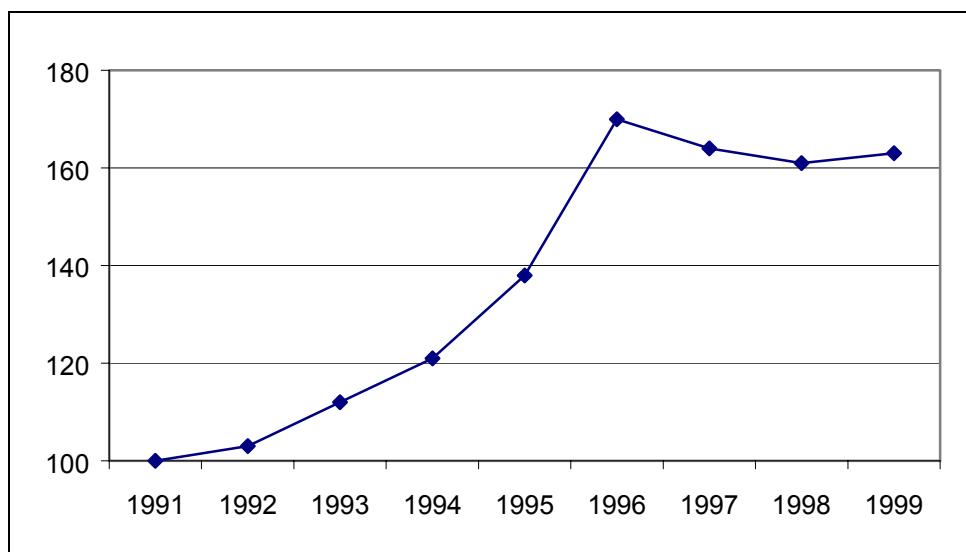
- de 880 points par cas pour les 500 premiers cas traités ;
- de 720 points par cas du 501^{ème} au 1500^{ème} cas ;
- de 640 points par cas pour les cas traités à partir du 1501^{ème}.

Le droit de tirage par cas est également modulé pour inciter les médecins à exercer en cabinet de groupe.

Impact du praxisbudget sur les pratiques médicales

La mission n'a pas connaissance d'évaluations précises de l'impact du *praxisbudget*, et notamment de sa capacité à limiter le phénomène de risque moral du producteur de soins. Néanmoins, on observe un net infléchissement du volume d'actes réalisés en Allemagne à partir de 1997, date d'entrée en vigueur du *praxisbudget* (cf. graphique). Il convient cependant de préciser que la période postérieure à 1997 a été marquée par diverses mesures de régulation, parmi lesquelles il est difficile d'isoler l'impact propre du *praxisbudget*. La pérennité de ce dispositif et sa mise en œuvre par les unions de médecins laissent à penser que le freinage de la production de soins a été obtenu sans engendrer de rationnement de l'offre de soins médicalement justifiés.

**Graphique 3 – Nombre d'actes facturés par les médecins libéraux allemands
(indice 100 en 1991)**



Source : Union fédérale des médecins conventionnés

*

L'intérêt d'une formule de type *praxisbudget* conduit à en recommander la mise en œuvre en France. Le niveau de droit de tirage par cas devrait être défini, au moins partiellement, au vu d'une estimation normative du coût moyen du traitement d'un patient au cours d'une période de trois mois. Un ajustement du nombre de points au profil de risque de la clientèle est également nécessaire, de même qu'une certaine dégressivité des droits de tirage en fonction de la taille de la clientèle.

Il existe un **préalable** important à l'introduction en France de ce type de dispositif. Il s'agit de l'adoption **d'une nomenclature neutre et détaillée** : les droits de tirage étant exprimés en nombres de points de nomenclature, il importe que la valorisation de chaque acte reflète correctement son coût de production (cf. infra).

Par ailleurs, si **l'instauration du tiers-payant** n'est pas strictement indispensable – les rémunérations perçues au-delà du plafond pouvant être récupérées auprès des médecins –, une mesure de cette nature **faciliterait la gestion du *praxisbudget*.**

3) Les enveloppes fermées ne sont utiles que pour pallier d'éventuelles insuffisances des mesures d'encadrement des pratiques individuelles

Dans un contexte de paiement à l'acte, la demande adressée au système de soins est augmentée par les phénomènes de risque moral des médecins et des patients. Pour contenir cette tendance inflationniste, le régulateur peut souhaiter fixer un montant global d'honoraires alloué aux médecins de ville différent de celui qui résulterait du libre jeu de la confrontation des médecins et des patients⁹¹.

⁹¹ Le développement qui suit s'appuie notamment sur deux études publiées récemment: PEREIRA (2002), précitée et ROCHAIX-RANSON, HARTMAN ‘Les mécanismes de régulation par enveloppe’, in ROCHAIX-RANSON ed. *Modes alternatifs de rémunération de la médecine ambulatoire*, rapport pour la direction de la sécurité sociale, octobre 2000.

Tous les pays du panel pratiquant le paiement à l'acte (Canada, Etats-Unis, Allemagne) définissent des enveloppes d'honoraires dont le respect est assuré, en l'absence de plafonnement du volume d'activité, par un ajustement du prix des actes (a).

Ces enveloppes fermées incitent en pratique les médecins à multiplier les actes, et notamment les actes peu utiles, ce qui suscite en retour une baisse des prix dont l'évolution est ainsi déconnectée des coûts de production des médecins. Les dispositifs d'enveloppe, qui conduisent d'une part à accroître un volume d'activité des praticiens qu'il s'agit pourtant de contenir et, d'autre part, à brouiller les signaux-prix, ne paraissent pas devoir être privilégiés. Ils peuvent néanmoins être conçus comme un complément à des mesures d'encadrement de l'activité individuelle de type *praxisbudget*, pour le cas où ceux-ci ne parviendraient pas pleinement à limiter la dispensation de soins inutiles (b).

a) L'emploi des enveloppes fermées d'honoraires est généralisé dans les pays du panel

L'observation internationale aboutit au constat d'une généralisation des enveloppes fermées pour la rémunération des médecins de ville. Diverses formules sont mises en œuvre dans les pays étudiés (Etats-Unis, Canada, Allemagne) qui diffèrent essentiellement par le mécanisme de sanction mis en œuvre en cas de dépassement des enveloppes : le système allemand, permet de garantir un strict respect du budget par un mécanisme de point flottant, tandis que la formule américaine vise un bouclage financier sur moyenne période. Dans le cas des provinces canadiennes, le dispositif à l'œuvre ne permet pas un strict bouclage financier

Depuis 1984, en Allemagne, le respect de l'enveloppe est assuré par un mécanisme de point flottant, c'est-à-dire par un ajustement du prix en fonction des quantités. Au niveau de chaque Land, une enveloppe globale est déléguée par l'union régionale des caisses d'assurance-maladie à l'union régionale des médecins conventionnés, à charge pour celle-ci de rémunérer les prestations accomplies par les médecins conventionnés. Celles-ci sont facturées sur la base d'une nomenclature (Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM, littéralement échelle de cotation unifiée), exprimée en points.

La valeur unitaire du point, c'est-à-dire le prix, est déterminée en fin de trimestre en rapportant le montant de l'enveloppe au nombre de points facturés au cours du trimestre.

Encadré 5 – le mécanisme du point flottant en Allemagne – exemple numérique

Un exemple numérique permet de mieux saisir le mécanisme à l'œuvre. Si, en début de trimestre, l'enveloppe (E) est fixée à 50M€ et que la valeur du point (P_0) à cette date est de 10€, cela équivaut à un nombre de points de nomenclature (Q_0) prévu de 5 millions.

$$Q_0 * P_0 = E \Leftrightarrow 5 \text{ millions} * 10\text{€} = 50 \text{ M€}$$

En fin de trimestre, le nombre de points facturés par les médecins s'établit en fait à 6 millions ($Q_1 = 6$ millions). L'enveloppe étant fixée à 50M€, le prix doit s'ajuster à la baisse pour compenser un volume d'actes réalisés plus élevé que prévu. Au cas d'espèce, la valeur du point (P_1) s'établit à 8,33€ en fin de période.

$$P_1 = E/Q_1 \Leftrightarrow 50\text{M€}/6 \text{ millions} = 8,33\text{€}$$

Cette variation du prix s'applique rétrospectivement aux actes réalisés au cours du trimestre, de sorte qu'il y a un bouclage financier strict faisant converger la

dépense budgétée et celle effectivement réalisée. La conséquence de ce mécanisme est que le prix des actes n'est connu par les médecins qu'a posteriori. De plus, la variation de prix s'applique à l'ensemble des professionnels.

L'application d'un prix défini en fin de période aux actes réalisés au cours de celle-ci est facilitée par le système de tiers-payant en vigueur en Allemagne. En cas de paiement direct du patient au médecin, l'ajustement par les prix ne pourrait s'appliquer pour les actes déjà réalisés qu'au travers d'un reversement des médecins (ou, en cas d'activité moindre que prévu, par un versement de l'assureur aux médecins) correspondant à la différence de prix entre le début et la fin de la période.

Un ajustement du prix au vu des quantités produites s'appliquant uniquement pour le futur ne permet pas un bouclage financier immédiat, mais uniquement sur le moyen terme. C'est le système qui prévaut aux Etats-Unis dans le cadre du programme Medicare (cf. encadré ci-dessous), où les variations de tarif s'appliquent, comme en Allemagne, à l'ensemble des médecins.

Encadré 6 – l'enveloppe de Medicare : un bouclage financier sur le moyen terme

Dans le cadre du programme fédéral américain Medicare, les médecins sont rémunérés à l'acte. A chaque acte est attaché un nombre de points, la valeur monétaire du point étant définie par un facteur de conversion (cf. infra, II. A/4.).

Le facteur de conversion, qui représente le prix du point, est ajusté une fois par an dans le cadre d'un mécanisme d'enveloppe. Le calcul de l'évolution du facteur de conversion, donc du prix, se réalise en deux étapes.

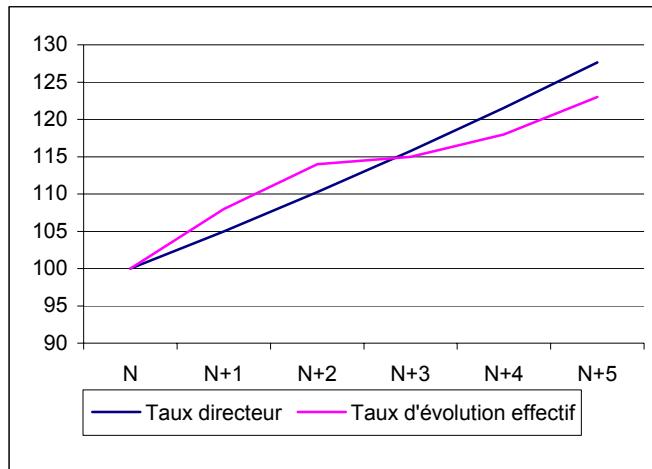
Dans un premier temps, l'administration fédérale calcule un taux de croissance soutenable (*sustainable growth rate – SGR*), qui est le taux directeur de l'enveloppe Medicare. Le SGR est fondé sur une formule définie par le *Balanced Budget Act* (BBA) de 1997 et s'inscrit dans le prolongement d'une précédente formule de taux d'évolution (MVPS) mise en œuvre depuis le début des années 1990. Le taux de croissance soutenable est fonction :

- du taux d'évolution du prix des inputs des actes médicaux. Il s'agit de compenser l'inflation des biens et services consommés par les médecins dans leur pratique professionnelle ;
- de l'évolution du nombre de bénéficiaires du programme ;
- de l'évolution du produit intérieur brut (PIB) par tête ;
- de l'impact sur la dépense occasionné par des modifications de l'environnement réglementaire.

Dans un deuxième temps, est calculée l'évolution du facteur de conversion monétaire. **Cet ajustement du prix est principalement fonction :**

- du taux d'évolution du prix des inputs des actes médicaux ;
- **d'un facteur d'ajustement destiné à aligner la dépense effective, constatée au cours de la période, avec le taux directeur précédemment calculé (SGR).**

En d'autres termes, l'évolution du prix est égale à l'inflation du prix des inputs des actes médicaux lorsque le taux d'évolution de la dépense constatée équivaut au taux directeur. Si l'évolution de la dépense effective est supérieure au SGR, l'ajustement du prix est inférieur à l'inflation. Si le taux directeur de l'enveloppe (SGR) excède la dépense constatée, la revalorisation du prix des actes médicaux est supérieure à l'inflation. Par exemple, en 2001, le prix des actes a été revalorisé de 4,5%, au vu d'une inflation du prix des inputs de 2,1% et d'un évolution du facteur d'ajustement de 3%, la dépense effective ayant été inférieure au SGR. Les autres éléments pris en compte dans l'ajustement du prix ont contribué à hauteur de -0,6 point.



La formule d'ajustement du prix des actes dans le cadre de Medicare doit théoriquement permettre un bouclage financier strict sur moyenne période. Dans l'exemple graphique ci-dessus, l'évolution du prix des actes doit permettre de compenser en N+3, N+4 et N+5, le dépassement de l'enveloppe Medicare observé en N+1 et N+2. En 2002 et 2003, une baisse du prix des actes de respectivement 5,4% et 4,5% est intervenue.

Au Canada, le recours aux enveloppes globales est largement développé dans les différentes provinces, les formules retenues étant variables. Pour l'essentiel, en cas de dépassement du budget, un ajustement à la baisse des tarifs est réalisé qui s'applique uniquement pour le futur et ne permet généralement pas un bouclage financier strict. De plus, une baisse généralisée des tarifs n'est pas l'unique option en cas de dépassement de l'enveloppe : ainsi, dans l'accord conclu en 1992 entre le gouvernement de l'Alberta et les représentants des médecins, des baisses ciblées de tarifs ou tout autre mesure convenue entre les parties peuvent être mises en œuvre⁹².

De même qu'en Allemagne l'enveloppe globale est complétée par le *praxisbudget*, plusieurs provinces canadiennes, dont l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Ecosse ont défini des plafonds individuels d'activité destinés à limiter l'ampleur potentielle des dépassements d'enveloppe au niveau agrégé (cf. supra).

Par-delà leurs différences, les dispositifs d'enveloppe fermée existants à l'étranger créent un lien entre le volume d'activité des médecins et le prix des actes.

b) En raison de leur impact potentiellement négatif, l'intérêt des enveloppes est incertain

La généralisation des politiques d'enveloppe de médecine de ville est en soi une indication de l'intérêt de ces mesures sur le plan financier. Elle ne doit toutefois pas occulter deux difficultés liées à cette dévolution d'un budget d'honoraires :

- loin de limiter le risque moral des producteurs, une enveloppe fermée peut entraîner une multiplication des actes et faire diverger l'évolution des prix de celle que commanderait la prise en compte de l'évolution des coûts ;
- la définition du montant de l'enveloppe le plus approprié est un exercice extrêmement délicat.

⁹² Cf. HURLEY, LOMAS, GOLDSMITH, "Physician responses to global physician expenditure budgets in Canada: a common property perspective", *The Milbank Quarterly*, vol 75, n°3, 1997.

Les enveloppes fermées avec point flottant peuvent en effet conduire à une spirale prix-volumes, en raison de l'intérêt individuel des médecins à adopter un comportement de passager clandestin : dans un contexte d'incertitude sur la valeur du point, chaque praticien a intérêt, pour maintenir ou accroître son revenu, à multiplier les actes. En effet, le bénéfice de cet accroissement du volume et de l'intensité des actes réalisés est entièrement perçu par le praticien alors que le coût en est supporté par l'ensemble de la profession, sous la forme d'une baisse des prix.

Une telle spirale a été observée en Allemagne. Ainsi, entre 1988 et 1995, le nombre d'actes par médecin a augmenté de 30% (dans les Lander de l'ouest) tandis que la valeur des actes diminuait de 9%⁹³.

Un phénomène comparable a été mis en évidence dans le cas d'enveloppes dont le bouclage financier est assuré par un ajustement des prix uniquement valable pour le futur (Etats-Unis, Canada). Sous certaines conditions, toutefois, l'enclenchement d'une spirale prix-volumes peut être prévenu. En effet, on constate que la réaction des médecins à l'instauration d'une enveloppe globale à partir de 1992 a été différente dans les provinces canadiennes d'Alberta et de Nouvelle-Ecosse. Dans cette dernière province, le volume d'activité par médecin en 1994-1995 était supérieur de 6,8% à ce qu'il était avant la mise en place de l'enveloppe (1991-1992), ce qui a nécessité trois ajustements tarifaires à la baisse. En revanche, dans l'Alberta, l'introduction de l'enveloppe s'est accompagnée d'une réduction de 2,2% du volume d'activité par médecin.

Hurley et alii (1997) attribuent la différence de réaction des médecins à plusieurs éléments. En premier lieu, en Alberta, la mise en œuvre de l'enveloppe s'est accompagnée d'une fixation de celle-ci à un niveau supérieur de 5,5% aux coûts constatés l'année précédente, contre une stabilité (0%) en Nouvelle-Ecosse. Or, dans cette dernière province, une densité médicale plus forte qu'en Alberta engendrait un niveau de revenu plus faible : l'introduction de l'enveloppe à niveau de dépense constant était dans ce contexte de nature à alimenter des craintes d'une stagnation ou d'une diminution du revenu, propice à l'enclenchement d'une spirale volumes-prix.

Par ailleurs, en Alberta, l'association des médecins locale, seul interlocuteur des pouvoirs publics et entretenant avec eux une relation confiante, a su convaincre ses membres de l'intérêt de la réforme et de la nécessité de modérer son volume d'activité.

Enfin, il convient de souligner que **l'accroissement des volumes observable en Nouvelle-Ecosse s'est produit alors même qu'un dispositif de plafonnement individuel de l'activité des médecins comparable à celui existant au Québec était mis en place**. A l'inverse, la limitation du volume d'actes produits en Alberta a été obtenue sans plafonnement de l'activité de chacun des praticiens.

Sauf cas de dynamique institutionnelle particulière, telle que celle à l'œuvre en Alberta au début des années 1990, **le phénomène de compensation entre volumes et prix conduit par ailleurs à faire diverger considérablement l'évolution des prix de celle des coûts de production** dans le sens d'une réduction des taux de marge, ce qui rend les politiques d'enveloppe difficilement acceptables par les médecins. L'équilibre économique de l'activité de ces derniers est en effet perpétuellement modifié, voire bouleversé.

De plus, **la baisse des prix engendrée par cette tendance à la multiplication des actes pénalise l'ensemble des praticiens**, y compris ceux dont la pratique est la plus soucieuse du rapport qualité-prix des actes dispensés.

⁹³ Cf. BUSSE, HOWORTH, "Cost-containment in Germany", in Le GRAND, MOSSIALOS eds., *Health Care and cost containment in the EU* Ashgate, Aldershot, 1999.

Une deuxième source d'interrogation porte sur la capacité du régulateur à fixer l'enveloppe d'honoraires au « bon » niveau.

Comme le soulignent Rochaix et Hartmann (2000), « *dans le secteur de la santé, la demande individuelle de services de soins n'est pas nécessairement une fonction décroissante de leur prix, en raison à la fois du rôle de l'assurance-maladie, de l'incertitude et du caractère manipulable de la décision du patient* ». Ces imperfections du marché de la santé empêchent que la demande de soins de médecine de ville ne se fixe à un niveau optimal : c'est la raison pour laquelle le régulateur intervient pour définir un niveau de demande collective de soins qui prend la forme concrète d'une enveloppe.

Au vu des exemples étrangers, **il apparaît que les modalités de fixation des enveloppes généralement utilisées ne garantissent pas une correcte allocation des ressources**. En effet, les enveloppes sont définies sur une base historique (Etats-Unis, Allemagne, Canada). Or, la référence historique est généralement un niveau de consommation de soins résultant de la libre confrontation des médecins et des patients à laquelle le régulateur entend pourtant se substituer.

Par ailleurs, à cette référence de coût historique est appliqué un taux directeur. Dans le cas du programme Medicare, aux Etats-Unis, le calcul de ce taux directeur est défini dans la loi et se fonde sur la croissance du PIB per capita, l'inflation du prix des inputs de la fonction de production de soins de ville, ainsi que sur un facteur d'ajustement destiné à assurer un bouclage financier sur moyenne période (cf. supra).

En pratique, l'évolution des tarifs de Medicare diverge sensiblement de celle des coûts de production. Ainsi, la baisse du facteur de conversion monétaire de respectivement 5,4 et 4,5% en 2001 et 2002 ne reflète pas l'évolution du prix des inputs mais résulte du ralentissement de l'économie américaine et du dépassement de l'enveloppe au cours des années précédentes. Depuis 2001, la formule d'ajustement des prix est critiquée par la *Medicare Payment Advisory Commission (Medpac)*, qui conseille le Congrès en matière de rémunération des médecins. La Commission propose de ne fonder l'ajustement des prix que sur la prise en compte de l'évolution du coût de production des soins, laquelle dépend positivement de l'inflation du prix des inputs et négativement des gains de productivité.⁹⁴. Cette proposition revient à contester le principe même d'une enveloppe pour Medicare, la politique de régulation proposée ne portant que sur le prix et pas sur les volumes.

En Allemagne, la négociation du taux directeur est encadrée par une règle selon laquelle l'évolution de l'enveloppe ne peut être supérieure au taux de croissance des cotisations des assurés, lequel doit être maintenu à un niveau limité pour maintenir la compétitivité économique du pays.

Tant en Allemagne qu'aux Etats-Unis, le taux directeur de l'enveloppe est donc fortement dépendant de variables macroéconomiques et notamment du PIB (soit directement, soit en tant qu'il détermine l'évolution de l'assiette des cotisations). Si l'évolution du PIB est une indication de la capacité de l'Etat ou des assurés à assumer le coût des dépenses de santé, elle n'est en revanche pas corrélée avec l'évolution du coût de production des soins. Il apparaît donc que **ni le niveau initial de l'enveloppe, fondé sur une référence historique, ni le mode de calcul de son taux directeur, où prédominent les éléments extra-sanitaires, ne permettent de garantir la correcte définition de son montant**.

Une modalité alternative de fixation de l'enveloppe pourrait se fonder sur une appréciation des besoins de la population. Un pan entier de la littérature est consacré à cette

⁹⁴ Cf. MEDPAC, *Report to the Congress, Medicare Payment Policy*. Mars 2001 et Mars 2002.

problématique. La mission n'a pas eu la possibilité matérielle de l'explorer. Un rapide examen de ce sujet permet néanmoins de souligner que si des modèles fondés sur l'estimation des besoins existent, au sein du NHS ou de certains comtés suédois, pour **allouer** à l'échelon local les budgets relatifs à l'ensemble des soins (ville et hôpital), **il ne semble pas que soit actuellement mis en œuvre de méthode d'estimation des besoins destinée à déterminer en valeur absolue le montant approprié de la seule enveloppe de soins de ville.**

* * *

Au total, **les mécanismes d'enveloppe fermée n'apparaissent pas de nature à améliorer significativement l'efficience de la médecine de ville** : destinés à limiter la quantité de soins dispensés, ils contribuent au contraire à l'accroître par le biais d'une diminution des prix.

La principale vertu de ces enveloppes est indéniablement de limiter la progression de la dépense qu'engendre naturellement le paiement à l'acte. Néanmoins, les dispositifs d'encadrement individuel de l'activité des praticiens, et notamment une formule de *praxisbudget*, paraissent pouvoir contribuer à un tel objectif sans engendrer par ailleurs de spirale prix-volumes. Il semble donc que **les politiques d'enveloppes globales ne doivent être envisagées qu'en complément de mesures de régulation au niveau de chaque médecin et uniquement si ces dernières ne permettent pas de limiter effectivement la dispensation de soins inutiles.**

De manière plus générale, il apparaît que la maîtrise des volumes doit préférentiellement s'exercer au niveau microéconomique, grâce à des mesures de type *praxisbudget*, mais également par le recours à des mécanismes de management médical présentées dans la deuxième partie du présent rapport.

Dans la continuité des réflexions menées aux Etats-Unis par Medpac, une régulation du niveau général des prix fondée sur la prise en compte des coûts de production paraît constituer une voie intéressante. Elle a vocation à compléter les actions menées par ailleurs pour garantir la correcte fixation des prix relatifs au travers d'une nomenclature neutre (cf. infra).

4) *La nomenclature fixant les prix relatifs des actes doit tendre vers la neutralité*

La grille tarifaire applicable aux médecins de ville, dans un contexte de paiement à l'acte avec prix administrés, est un vecteur essentiel des incitations financières orientant l'action des praticiens.

Un objectif majeur pour le régulateur consiste à définir une nomenclature (ou échelle définissant les actes et leur valeur relative) neutre, c'est-à-dire n'engendrant pas d'incitation à choisir un acte de préférence à un autre pour des raisons uniquement financières. Une nomenclature distordante est susceptible d'avoir deux effets néfastes :

- elle peut biaiser les choix des médecins entre divers actes ressortissant d'une même spécialité, au profit de ceux présentant un taux de marge plus élevé ;
- elle peut également affecter les choix des étudiants en médecine entre les différentes spécialités selon que les tarifs de ces spécialités apparaissent sur ou sous-évalués, ce qui n'est pas neutre du point de vue de la démographie médicale et de son adaptation aux besoins sanitaires de la population.

L'intérêt d'introduire une nomenclature neutre en France a été perçu depuis plusieurs années⁹⁵. La nouvelle nomenclature (CCAM - classification commune des actes médicaux) achevée depuis 2000 et qui porte sur les seuls actes techniques⁹⁶, vise explicitement un tel objectif de neutralité et s'inspire très directement de la nomenclature américaine mise en œuvre dans le cadre du programme Medicare (Medicare Fee Schedule – MFS). De fait, l'observation internationale confirme l'intérêt porté à cette nomenclature américaine : outre la France, l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta ont mené des travaux visant à définir une nomenclature comparable à la MFS.

Dès lors, après avoir brièvement rappelé les principes sous-tendant la MFS et la CCAM, certains spécificités intéressantes de la nomenclature américaine seront examinées :

- la prise en compte du risque judiciaire dans la rémunération des médecins ;
- la prise en compte des variations du coût des facteurs de production sur le territoire national ;
- la procédure de révision de la nomenclature.

a) La prise en compte de l'ensemble des coûts de production et de leur variation sur le territoire permet d'approcher la neutralité tarifaire

Afin d'éviter une distorsion tarifaire, il apparaît nécessaire de fonder l'échelle des prix relatifs des actes sur le volume d'input que la production de ceux-ci requiert. C'est sur ce fondement qu'a été développée l'échelle de prix relatifs utilisée dans le cadre de la MFS, la *resource-based relative value scale* (RBRVS), mise en œuvre à partir de 1992. L'un des objectifs de cette nouvelle échelle tarifaire était de revaloriser les actes cliniques, réalisés notamment par les généralistes, le système de tarification antérieur ayant conduit à des disparités de rémunération importantes en faveur des spécialités à dominante technique. La nomenclature française actuelle, la NGAP, induit ce type de distorsion.

Concrètement, chacun des 7 000 actes de la nomenclature est affecté d'une valeur qui est fonction de la quantité de ressources utilisées pour la réalisation de l'acte en question. L'utilisation de ces ressources est mesurée au travers :

- **du travail du praticien** : celui-ci s'apprécie par la **durée** nécessaire à la réalisation de l'acte, l'**effort intellectuel** qu'il requiert, le niveau de **compétence** nécessaire, ainsi que le **stress** qu'il engendre ;
- **du coût de la pratique (ou frais généraux)** : il s'agit des frais supportés par le praticien pour les locaux où il exerce, pour l'achat des consommables nécessaires à la réalisation de l'acte, pour l'équipement et le personnel paramédical et administratif ;
- **du coût de l'assurance professionnelle destinée à couvrir les erreurs médicales** : ce coût est calculé sur la base des primes d'assurance en responsabilité acquittées par les médecins.

Une difficulté particulière est d'affecter à chaque acte un coût de la pratique ainsi qu'un coût de la responsabilité du médecin au titre d'éventuelles erreurs médicales qu'il pourrait commettre.

⁹⁵ Dans le secteur ambulatoire, la France applique actuellement la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Celle-ci est désormais considérée comme inadaptée, car certains tarifs de spécialités telles que la radiographie, la médecine nucléaire ou la gastro-entérologie apparaissant sur-évalués, un phénomène inverse étant observé pour d'autres spécialités.

⁹⁶ On oppose actes techniques et actes cliniques : ces derniers recouvrent les actes diagnostiques (consultation), c'est-à-dire l'essentiel de l'activité des généralistes.

La prise en compte des inputs consommés par chaque acte permet d'affecter une valeur relative à chacun d'entre eux, valeur exprimée en nombre de points (*relative value units*). Par exemple, une consultation chez un généraliste « vaut », 0,67 point au titre du travail du praticien, 0,69 au titre du coût de la pratique et 0,03 point destiné à couvrir le coût de l'assurance, soit un total de 1,39 point.

Tableau 7 – Exemple de cotation des actes dans la nomenclature Medicare

Valeurs relatives	Travail du praticien	Coût de la pratique	Coût juridique	Total
Consultation chez un généraliste pour un patient habituel	0,67	0,69	0,03	1,39
Visite d'un patient en maison de retraite	0,8	0,59	0,03	1,42

A partir du nombre de points, **une hiérarchisation des actes est obtenue**, d'abord au sein d'une spécialité, puis entre spécialités, de sorte qu'au final les 7000 actes de médecine ambulatoire ressortissant de multiples spécialités, y compris la médecine générale, sont positionnés les uns par rapport aux autres : la revalorisation d'actes d'une spécialité donnée ne peut se faire dans ce contexte qu'en dégradant la position relative des actes des autres spécialités, d'autant que toute révision de la nomenclature doit être neutre d'un point de vue budgétaire.

En moyenne, la valeur totale d'un acte (en points) provient à 55% de la valeur relative du travail du praticien, à 42% de la valeur du coût de la pratique, les frais d'assurance en responsabilité représentant 3% du total.

Pour passer d'une valeur de l'acte exprimée en points à une valeur en unités monétaires, il existe **un facteur de conversion monétaire** qui s'élevait en 2002 à 36,20\$. Dans notre exemple, une visite chez un généraliste a un prix de 1,39*36,20, soit 50,3\$. La variation du facteur monétaire est utilisée pour contenir sur moyen terme la dépense de Medicare dans l'enveloppe votée par le Congrès (cf. infra)

Globalement, la CCAM française est construite sur le même principe que la MFS. Néanmoins, **la CCAM diffère de la MFS sur trois points importants**.

En premier lieu, **il convient de souligner que**, contrairement à la CCAM, **la MFS américaine intègre parmi les coûts de production les frais d'assurance**. Ce mécanisme permet de proportionner très exactement la rémunération au risque juridique encouru par le médecin, lequel dépend en moyenne, du nombre et de la nature des actes réalisés.

En second lieu, les nomenclatures française et américaine diffèrent sur l'évaluation des coûts de la pratique.

Enfin, et surtout, **la valeur relative des trois composantes du tarif est ajustée pour refléter les disparités de prix des inputs sur le territoire national**. Le territoire américain a ainsi été découpé en 89 aires géographiques, un Etat comme le Texas peut ainsi être divisé en 8 zones, le North Dakota n'en formant qu'une. Trois coefficients (*geographic practice cost index – GPCI*) modulant la valeur relative des inputs pour chacune des aires géographiques ont ainsi été définis :

- le coefficient relatif au coût du travail du praticien est le reflet du coût d'opportunité de l'exercice de la médecine. Concrètement, le coefficient est fondé sur le niveau de salaire des professions hautement qualifiées, avocat, ingénieur ou architecte, tel qu'appréhendé au niveau de chacune des 89 aires lors du recensement décennal. Le Congrès a limité l'ampleur de la correction effectuée par le coefficient à 25% de ce qui résulterait de son

application stricte. Le coefficient varie de 0,881 pour Porto-Rico à 1,094 pour Manhattan ;

- le coefficient relatif au coût de la pratique prend en compte les différences de coût de la vie. Il se fonde sur le prix de l'immobilier, le niveau de salaire des personnels paramédicaux et administratifs, ainsi que sur le prix des fournitures médicales. Le coefficient varie de 0,71 dans le Delaware à 1,46 dans l'Iowa ;
- le coefficient relatif au coût de l'assurance en responsabilité est fixé au vu des primes pratiquées par les assureurs sur les différentes aires géographiques. Les variations de primes observées résultent de deux facteurs : la propension des patients à poursuivre les médecins en justice et l'attitude des tribunaux en termes de niveau de dommages-intérêts versés aux plaignants. Le coefficient varie de 0,275 dans le Vermont à 2,738 à Detroit).

Un exemple numérique permet d'illustrer l'impact des coefficients : selon que la consultation chez le généraliste a lieu à Manhattan ou dans le Sud Dakota, la rémunération du médecin s'élève à 61,9\$ ou 45,25\$.

Tableau 8 – Exemple de différenciation géographique du prix des actes dans la nomenclature Medicare

	Valeur relative (1)	Coefficient géographique Manhattan (2)	Coefficient géographique Sud Dakota (3)	Valeur relative ajustée Manhattan (1*2)	Valeur relative ajustée Sud Dakota (1*3)
Travail du praticien	0,67	1,09	0,94	0,73	0,63
Coût de la pratique	0,69	1,35	0,88	0,93	0,61
Coût de l'assurance	0,03	1,67	0,41	0,05	0,01
			Total valeur relative (a)	= 1,71	= 1,25
			Facteur de conversion monétaire (b)	* 36,20\$	* 36,20\$
			Rémunération de l'acte (a*b)	61,90\$	45,25\$

L'échelle de valeur relative des actes retenue dans le cadre de Medicare apparaît comme un moyen intéressant de tendre vers l'objectif de neutralité de la nomenclature. Il est donc heureux que la nouvelle nomenclature française, la CCAM, s'en inspire : néanmoins, celle-ci n'était toujours pas mise en œuvre à la date de la mission, principalement en raison des difficultés liées à la suppression des rentes tarifaires dont bénéficient certaines spécialités dans le cadre de la nomenclature actuelle.

Par ailleurs, l'objectif de neutralité paraît mieux pris en compte dans la nomenclature américaine, en particulier grâce aux coefficients géographiques. **Il serait intéressant d'examiner en détail l'opportunité d'introduire en France une différenciation comparable des tarifs**, notamment au vu d'une estimation de la dispersion du coût de la pratique. Une telle mesure pourrait éventuellement permettre de répondre au problème spécifique de médecins installés dans des zones urbaines où le coût de la vie, et notamment du foncier, est élevé.

La poursuite d'un objectif de neutralité au travers d'une différenciation des tarifs reflétant la variation géographique du coût des inputs n'est pas incompatible avec une politique d'incitation financière à l'installation des médecins dans certaines aires géographiques : ainsi, dans le cadre de la grille tarifaire de Medicare, la valeur de l'acte est majorée de 10% pour les

médecins installés dans les zones de pénurie d'offre, *les health professional shortage areas* (HPSAs).

b) La procédure américaine d'adaptation permanente de la nomenclature transfère la charge des arbitrages sur les médecins eux-mêmes

Au-delà de sa structure même, la nomenclature américaine présente un intérêt eu égard à son mode d'adaptation.

Classiquement, chaque acte de la MFS se voit attribuer un code. Cette codification est mise à jour de manière permanente par l'*American Medical Association (AMA)*. Chaque année, des centaines de codes sont créés, d'autres correspondant à des actes obsolètes étant supprimés.

Un comité spécialisé de l'*AMA*, le *relative value update committee (RUC)* est chargé d'attribuer une valeur relative aux nouveaux actes. Le RUC regroupe **un panel de médecins représentant l'ensemble des spécialités médicales**, l'administration fédérale de la santé (CMS, Center for Medicare and Medicaid Services, ex-HCFA) assistant aux débats. Le RUC propose ensuite à l'administration fédérale une valeur relative pour chacun des nouveaux actes, proposition acceptée dans 90% des cas.

Cette procédure d'adaptation de la nomenclature apparaît particulièrement adéquate. En effet, chaque spécialité à intérêt à revendiquer une valorisation élevée de ses actes afin d'accroître son niveau de revenu. Mais, dans un contexte d'enveloppe fermée (cf. infra), un accroissement de la valeur moyenne des actes d'une spécialité est susceptible de conduire à une baisse du facteur de conversion monétaire, subie par l'ensemble des praticiens, quelle que soit leur spécialité. Dans un tel contexte, une déformation vers le haut de la structure tarifaire d'une spécialité médicale se fait au détriment des autres spécialités. **De par sa composition, le RUC permet de garantir que la valorisation des nouveaux actes préserve le caractère neutre de la nomenclature.**

Par ailleurs, la loi fait obligation de procéder à une révision générale de la nomenclature tous les 5 ans. Il y a été procédé en 1997 et en 2001.

*

En définitive, si la France a déjà beaucoup emprunté à la nomenclature de Medicare pour définir une CCAM qui reste à mettre en oeuvre, elle pourrait utilement étudier l'opportunité de transposer d'autres caractéristiques de cette échelle tarifaire :

- la prise en compte des coûts d'assurance en responsabilité ;
- la différenciation des tarifs destinée à refléter les disparités géographiques de coût de la vie ;
- la procédure d'adaptation de la nomenclature, dont la responsabilité incombe au premier chef aux professionnels de santé, et ce dans un contexte d'enveloppe fermée.

*

*

*

Dans un contexte de paiement à l'acte, la régulation de l'offre de soins est une nécessité, afin tout à la fois de prévenir la dispensation de soins inutiles et de rémunérer correctement les soins nécessaires.

L'observation des pratiques étrangères permet de dégager les éléments d'une stratégie applicable à la situation française. Elle consisterait à réguler les quantités produites au niveau de chaque praticien, afin de supprimer la dispensation des soins inutiles, tout en veillant à tarifer correctement les actes médicaux.

En ce qui concerne la régulation des quantités, **la suppression des soins inutiles requiert la mise en œuvre d'un encadrement des pratiques individuelles**, éventuellement accompagné de dispositifs de responsabilisation de la demande. En sus des mesures de management des pratiques médicales évoquées en deuxième partie du rapport, **l'instauration de « droits de tirage par cas » semble particulièrement pertinente**. Cette formule offre l'avantage de diminuer le risque moral des praticiens, sans pour autant conduire à un rationnement des soins nécessaires.

Pour que ce dispositif soit pleinement efficace, le niveau des droits de tirage individuels doit :

- se fonder, à terme, moins sur une base historique que sur une approche concertée permettant d'établir une approximation du coût moyen de traitement des patients ;
- prendre en compte le profil de risque de la clientèle des médecins ;
- être dégressif, afin d'éviter une « course aux cas ».

S'agissant de la régulation des prix, **l'objectif est double :**

- assurer une évolution des prix en phase avec l'évolution des coûts de production, par la prise en compte de l'inflation du prix des inputs et des gains de productivité. Ceci exclut de faire dépendre le prix des actes des quantités produites, et conduit donc à rejeter des mécanismes d'enveloppe globales d'honoraires avec point flottant ;
- mettre en place une nomenclature des actes reflétant de manière adéquate leurs prix relatifs.

Le recours à une enveloppe globale pour les honoraires de médecine de ville doit néanmoins être envisagé dans le cas où le dispositif des droits de tirage par cas serait, en pratique, impuissant à pleinement limiter la dispensation de soins inutiles.

B/ Les formules de rémunération mixtes fondées sur la capitation pourraient utilement être expérimentées en France

Le paiement à l'acte n'est pas l'unique modalité de rémunération des médecins. Le paiement à la capitation et, dans une moindre mesure, le salariat sont en effet présents dans de nombreux pays étrangers.

A la lumière de ces expériences étrangères, la mission a tenté d'apprécier l'opportunité, pour la France, d'introduire des formes de rémunération alternatives et notamment la capitation⁹⁷.

⁹⁷ L'option du salariat n'a pas été retenue dans le champ de l'étude. Il apparaît néanmoins que cette forme de rémunération est susceptible de répondre aux aspirations d'une fraction croissante des médecins français.

Si des recherches à caractère théorique permettent, sous certaines hypothèses, de définir des formules de rémunération optimales, **il est extrêmement délicat de prouver, parmi les modes de rémunération existant dans la pratique, la supériorité de l'un sur l'autre**. Tous ont leurs avantages et leurs inconvénients que l'état de la recherche ne permet guère de pondérer avec précision⁹⁸. De plus, ils sont mis en œuvre dans des contextes organisationnels spécifiques où prévalent des valeurs professionnelles et des normes (références médicales, par exemple) variables d'un pays à l'autre. **Il n'existe donc pas de lien mécanique entre le mode de rémunération des praticiens et leur comportement dans le cadre de leur activité professionnelle.**

L'objectif du présent développement sera, dès lors, moins de mettre en avant une formule de rémunération intrinsèquement supérieure au paiement à l'acte, que de présenter les avantages et les limites de la capitation (1)⁹⁹, ainsi que les conditions dans lesquelles ce mode de rémunération est susceptible d'être le plus efficient (2).

Du point de vue de la mission, il serait intéressant d'expérimenter une formule de capitation en France, autant pour les vertus de modération de la dépense attachées à ce mode de rémunération que parce qu'il est généralement le vecteur ou le complément des formes d'organisation de la médecine de ville les plus performantes en matière d'efficience des pratiques médicales (cf. deuxième partie du rapport).

Dans les développements qui suivent, l'intérêt du paiement à la capitation est étudié uniquement pour les généralistes.

1) La capitation permet de contrôler la dépense de rémunération des médecins mais est susceptible d'engendrer des effets pervers

A la différence du paiement à l'acte, la capitation est un mode de rémunération qui incite les médecins à minimiser le coût de production des soins (a). Mais en déconnectant le paiement perçu par le médecin du nombre et de la nature des actes réalisés, et donc de la morbidité des patients, elle peut conduire les praticiens à réduire leur effort et à sélectionner leur clientèle au profit des personnes bien portantes (b).

⁹⁸ La principale revue de littérature consacrée au sujet et sur laquelle le présent développement se fonde en large partie (GOSDEN, FORLAND, KRISTIANSEN et alii, « Impact of payment method on behaviour of primary care physicians : a systematic review », *Journal of Health Service Research Policy*, vol 6, n°1, January 2001) souligne ainsi que « les preuves disponibles ne permettent pas de valider les opinions tranchées parfois émises sur les mérites respectifs des différents modes de rémunération ».

⁹⁹ Une présentation plus détaillée de cette question figure dans une récente revue de littérature disponible en français (GRIGNON, PARIS, POLTON et alii, *L'influence des modes de rémunération sur l'efficience du système de soins*, contribution pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002).

a) *La capitation permet de maîtriser la dépense de rémunération des médecins*

Dans de nombreux pays développés, tout ou partie des généralistes sont payés au moins partiellement à la capitation. C'est notamment le cas du Danemark, de l'Irlande, des Pays-Bas, du Royaume-Uni et des Etats-Unis. L'intérêt de ce mode de rémunération est qu'il **permet de limiter, davantage que le paiement à l'acte, le coût de production des soins.**

Dans le cadre d'une capitation, **les médecins perçoivent un forfait pour chaque personne inscrite auprès d'eux au cours d'une période donnée.** En échange, les praticiens s'engagent à fournir à leurs patients les soins dont ils ont besoin. Aux Pays-Bas, un généraliste reçoit 72,20€ par personne inscrite et par an et sa rémunération ne dépend que du nombre de personnes inscrites. Toute la population est inscrite auprès d'un généraliste, qu'elle soit ou non malade.

Dans ce contexte, **le médecin supporte l'intégralité du coût marginal des soins qu'il délivre** : le coût des ressources matérielles engagées par le praticien pour dispenser les soins viennent en déduction du montant de sa rémunération, tandis que le temps passé au travail ne bénéficie d'aucune contrepartie financière directe. Dès lors, **le médecin a un intérêt objectif à minimiser les ressources financières et humaines engagées dans son activité de dispensation de soins**, c'est-à-dire à ne pas multiplier les actes. La situation est donc inversée par rapport au paiement à l'acte.

Encadré 7 - La rémunération des médecins à la capitation aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas, les généralistes sont rémunérés à la capitation pour les patients assurés auprès de caisses publiques (65% de la population) et à l'acte pour les personnes bénéficiant d'une couverture privée (35%).

Le montant de la rémunération par patient ou par acte est calculé à partir d'une formule commune : un revenu de référence additionné à un coût de la pratique de référence est rapporté à un niveau de charge de travail standard.

$$(\text{Revenu} + \text{coûts}) / \text{Charge de travail} = \text{montant du tarif (per capita ou par acte)}$$

Le revenu de référence a été défini en 1994 par accord entre le gouvernement et les généralistes. Il est issu d'une comparaison avec les niveaux de revenu d'autres professions hautement qualifiées. En 2002, ce revenu de référence s'établissait à 86 977 euros.

Les coûts de référence prennent en compte les coûts de déplacement (véhicule pour les visites à domicile), l'immobilier, le téléphone, le personnel assistant le médecin, l'amortissement du matériel, ainsi que divers coûts annexes. Le total s'élevait en 2002 à 82 694€.

La charge de travail de référence est fixée à 2 350 patients inscrits dans le cas de la capitation et à 7 740 consultations par an, s'agissant du paiement à l'acte. Pour la capitation, la formule de calcul aboutit à un per capita de 72,20 €.

Revenu de référence (1)	86 977 €
Coûts de référence (2)	82 694 €
Total (3 = 2+1)	169 671 €
Charge de travail de référence (4)	2 350
Rémunération par patient inscrit (5 = 3/4)	72,20 €

Au per capita ainsi défini il convient d'ajouter un forfait complémentaire pour l'informatique et la participation à des groupes de pairs. De même, le travail de nuit et le week-end fait l'objet d'une tarification spéciale.

Enfin, le per capita est modulé de manière à tenir compte de la morbidité probable des personnes inscrites. Cet ajustement au risque prend en compte l'âge des individus et leur lieu de résidence. Une majoration de la capitation est ainsi accordée pour les personnes résidant dans des zones défavorisées, celles-ci étant définies au regard de critères de revenu moyen et d'origine ethnique/géographique des habitants.

En pratique, en 2002, quatre niveaux de per capita existaient :

Patients jusqu'à 64 ans	73 €
Patients au-delà de 64 ans	86,2 €
Patients jusqu'à 64 ans vivant en zone défavorisée	80,4 €
Patients au-delà de 64 ans vivant en zone défavorisée	93,6 €

Conformément aux prédictions de la théorie économique, la propension des médecins rémunérés à l'acte à réaliser davantage d'actes que les médecins à la capitation est avérée (cf. tableau 9).

A un niveau agrégé, une étude de l'OCDE (1995)¹⁰⁰, fait apparaître que les pays dans lesquels la capitation domine ont un niveau de dépense totale de santé inférieur de 17 à 21% à ceux où le paiement à l'acte est en vigueur. La méthodologie utilisée pour ce type d'études économétriques fragilise considérablement leur portée. De fait, l'impact le plus significatif de la capitation serait sur la consommation hospitalière et sur celle de médicaments les médicaments, ce mode de paiement affectant peu les actes réalisés, ce qui est assez largement contre-intuitif.

Des études portant sur des situations très spécifiques et des échantillons réduits confirment l'impact attendu de la capitation.

Une expérience américaine a consisté à affecter aléatoirement à deux groupes, l'un payé à la capitation, l'autre à l'acte, 80 médecins traitant des enfants bénéficiaires du programme Medicaid¹⁰¹. Ces deux groupes tests bénéficiaient de niveaux de rémunération supérieurs à ceux perçus normalement (à l'acte) par les médecins dans le cadre de Medicaid. Dans le cadre de l'étude, l'ensemble des médecins acceptant des patients de Medicaid constituent le groupe de contrôle. L'étude fait apparaître que les enfants traités par des médecins rémunérés à la capitation bénéficiaient de davantage de consultations que les enfants du groupe de contrôle, cette augmentation étant toutefois moindre que celle enregistrée pour les enfants du groupe test rémunéré à l'acte. Au-delà de l'impact propre du niveau de rémunération sur l'activité des médecins, **il apparaît que le paiement à l'acte a pour conséquence la réalisation de davantage d'actes que la capitation.**

Une question importante est de savoir si, au cas d'espèce, le nombre d'actes des médecins payés à l'acte est excessif ou si celui des médecins rémunérés à la capitation est insuffisant. Au regard des références médicales de l'Académie américaine de pédiatrie, le volume d'activité le plus pertinent est en l'occurrence celui des médecins rémunérés à l'acte.

¹⁰⁰ GERDTHAM, JONSSON, « Déterminants des dépenses de santé : une analyse économétrique par pays », in *Nouvelles orientations dans la politique de santé*, OCDE, 1995.

¹⁰¹ DAVIDSON, MANHEIM, WERNER, HOLHEN, YUDKOWSKY, FLEMING, « Prepayment with office-based physicians in publicly funded programs: results from the Children's Medicaid Program », *Pediatrics*; 89, 761-767, 1992.

Au Danemark, jusqu'en octobre 1987, les médecins étaient rémunérés exclusivement à la capitation. A compter de cette date, les généralistes de la ville de Copenhague, ont reçu des paiements à l'acte pour un certain nombre de services (consultations, consultations téléphoniques, actes préventifs et de dépistage). Une étude comparant les pratiques de ces médecins avec leurs confrères des environs restés à un mode de rémunération entièrement à la capitation a fait apparaître que **le volume d'actes réalisés par les médecins de Copenhague a fortement augmenté à la suite du passage au paiement à l'acte**¹⁰². Dans le cas des seules consultations, on observe toutefois que cette augmentation n'a été que passagère.

Tableau 9 – Résumé des incitations véhiculées par les différents modes de paiement

Capitation	Salariat	Paiement à l'acte
<ol style="list-style-type: none"> 1. Limite les coûts financiers et humains (temps passé et effort intellectuel) par patient par le biais de : <ul style="list-style-type: none"> o Une sélection des patients à faible risque (écrémage), sauf à ce que le per capita soit ajusté aux risques ; o La prescription de médicaments et l'adressage à des spécialistes, sauf à ce que le médecin soit responsabilisé sur ses prescriptions de médicaments et de soins secondaires ; o La dispensation de soins préventifs ; 2. Le médecin attire et retient les patients par une action sur la qualité des soins (ou par les prix, si ceux-ci ne sont pas administrés). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limite les coûts humains (temps passé et effort intellectuel) pendant les heures de travail par le biais de : <ul style="list-style-type: none"> o Une sélection des patients à faible risque ; o La prescription de médicaments et l'adressage à des spécialistes ; o La minimisation du nombre de consultations. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limite les coûts de production de chaque acte facturé 2. Induit la demande quand : <ul style="list-style-type: none"> o Il y a incertitude sur le traitement le plus approprié ; o La charge de travail est faible ; o La densité médicale est forte en entraîne de la concurrence ; o Le tarif des actes baisse 3. Accroît la quantité de soins délivrés tant que le gain marginal est supérieur au coût marginal (pour les médecins optimisant leur revenu), notamment au moyen d'un allongement de la durée du travail et de la distorsion de l'offre au profit des actes les plus rentables

Source : GOSDEN, FORLAND, KRISTIANSEN, SUTTON, LEESE, GIUFFRIDA, SERGISON, PEDERSEN, « Impact of payment method on behaviour of primary care physicians : a systematic review », *Journal of Health Service Research Policy*, vol 6, n°1, January 2001.

Au total, par rapport au paiement à l'acte, la rémunération des professionnels à la capitation tend à limiter la quantité de soins dispensée par patient, et donc à niveau de qualité donné, les coûts de production. Mais il n'est pas certain que cette moindre quantité d'actes soit neutre sur la qualité de la prise en charge des patients.

b) La capitation peut induire une sélection des patients par les médecins ainsi qu'une prescription excessive de soins secondaires et de médicaments

Bien qu'elle aboutisse à une limitation des coûts, la capitation peut s'avérer inefficiente si elle doit conduire à la dispensation de soins en quantité et en qualité insuffisantes. Or, ce risque ne peut être écarté.

¹⁰² KRASNIK, GROENWEGEN, PEDERSEN et alii, « Changing remuneration systems : effects on activity in general practice », *BMJ*, 300, 380-382, 1990.

La capitation favorise le renvoi des patients vers les médecins spécialistes

En faisant supporter par le praticien l'intégralité du coût marginal des soins qu'il délivre, la **capitation l'incite à minimiser non seulement le nombre d'actes réalisés, mais également l'investissement personnel** (en temps, en effort intellectuel) dans chacun de ces actes. Il est délicat d'apprécier dans quelle mesure cette incitation est susceptible de conduire à un rationnement entraînant une dégradation de la qualité des soins et/ou un report de l'activité sur les soins spécialisés.

La durée des consultations pourrait constituer une indication intéressante de l'impact du mode de rémunération sur l'effort des médecins. Mais, les comparaisons internationales sur données agrégées sont au cas d'espèce d'une faible utilité car elles ne permettent pas de distinguer l'effet propre du mode de rémunération dans un contexte où la densité médicale conditionne largement le temps que les praticiens peuvent consacrer à chaque patient. De manière quelque peu contre-intuitive, une étude norvégienne¹⁰³ aboutit à la conclusion que les médecins payés à l'acte ont un temps de consultation plus bref que les médecins salariés¹⁰⁴.

La minimisation du coût (financier et humain) des soins qu'il dispense aux personnes inscrites peut conduire le généraliste capitonné à adresser ses patients à des spécialistes ou à compenser un effort diagnostique insuffisant par une prescription excessive de médicaments. Comme le soulignent Grignon et alii (2002), « *une théorie simple, mais robuste, du comportement du médecin montre que les modes de paiement à la capitation ou le salariat incitent le médecin à se défausser sur d'autres de son propre travail et à augmenter le volume prescrit pour diminuer l'effort non rémunéré* ».

Dans le cas des médecins de Copenhague, l'étude de Krasnik et al. (1990) montre que **l'introduction d'éléments de paiement à l'acte a permis de diminuer significativement le nombre de renvoi (ou adressage) des patients vers des spécialistes**.

L'impact de la capitation sur l'adressage des patients vers les spécialistes a également été étudié dans le cas de la Norvège. En 1993, quatre municipalités regroupant 250 000 habitants ont modifié le mode de rémunération des généralistes. Auparavant ces derniers bénéficiaient d'une somme forfaitaire couvrant leurs coûts fixes et étaient pour le surplus payés à l'acte. La réforme a consisté à remplacer l'allocation de prise en charge des coûts fixes par un système de capitation : pour chaque patient inscrit, le généraliste reçoit désormais une dotation forfaitaire. Parallèlement, la part du paiement à l'acte a été réduite.

A partir d'un modèle économétrique, **une étude estime que le changement de mode de rémunération a induit entre 1993 et 1996 un accroissement de 42% du taux d'adressage des patients vers les spécialistes**¹⁰⁵. Ce comportement de « défausse » des généralistes capitonnés aurait deux origines :

¹⁰³ KRISTIANSEN, MOONEY, « The General Practitioner's use of time : is it influenced by the remuneration system ?» *Social science and Medicine*, 37, 393-399, 1993.

¹⁰⁴ Au cas d'espèce, on peut assimiler le salariat et la capitation, puisqu'il s'agit tous deux de paiements forfaitaires.

¹⁰⁵ IVERSEN (T), LURAS (H), « The effect of capitation on GP's referral decisions », *Health Economics*, 9, 199-210, 2000.

- par rapport à une dotation forfaitaire destinée à couvrir les coûts fixes, la capitation incite à accroître le nombre de patients inscrits pour augmenter le nombre de per capita. La multiplication des patients réduit le temps que le médecin consacre à chacun d'entre eux. Pour maintenir une bonne qualité de soins et compenser la baisse de son effort en matière de diagnostic, le praticien recourt plus fréquemment à un second diagnostic réalisé par un médecin spécialiste ;
- la réduction de la part du paiement à l'acte rend moins profitable pour le médecin la dispensation de soins, ce qui l'incite à reporter l'activité sur les spécialistes.

Il n'est pas certain que le résultat obtenu par l'étude soit généralisable, compte tenu du très faible échantillon (27 médecins) sur lequel elle s'appuie.

Le renvoi plus fréquent des patients vers les spécialistes dans un contexte de capitation des généralistes traduit un déplacement de la frontière entre médecine de première ligne et soins spécialisés dans le sens d'un réduction du champ de la première. Les gains liés à la minimisation des coûts de la médecine générale peuvent ainsi être contrebalancés par un recours injustifié à la médecine spécialisée.

En ce qui concerne le volume de prescriptions de médicaments, la mission n'a pas eu connaissance d'études reliant le comportement des médecins en la matière à un changement de mode de rémunération¹⁰⁶.

La capitation favorise la sélection par les médecins des patients les mieux portants

Dès lors que la rémunération d'un médecin capitonné n'est pas indexée sur la morbidité de ses patients, **le praticien a un intérêt à ce que ses patients soient en bonne santé et ne viennent pas consulter**. On peut dans ces conditions estimer que la capitation favorise la dispensation de soins préventifs, mais, en pratique, ce point n'est guère confirmé par la littérature scientifique. De manière plus significative, **la capitation est de nature à induire un comportement de sélection des patients par le praticien**, le conduisant à privilégier l'inscription de personnes présentant un faible risque de morbidité. Le résultat de ce phénomène de sélection peut être la difficulté ou l'incapacité de personnes gravement malades et/ou atteintes de pathologies chroniques à s'inscrire auprès d'un médecin.

La sélection des patients en fonction de leur risque (ou « écrémage ») fait l'objet d'une littérature théorique considérable¹⁰⁷, mais les études empiriques demeurent rares et se concentrent principalement sur le comportement des assureurs et non celui des médecins. Ainsi, au cours de ses investigations, la mission n'a pu recueillir d'éléments précis sur l'existence et l'ampleur éventuelles de pratiques d'écrémage par les médecins des pays du panel et les interlocuteurs rencontrés par la mission en Angleterre ou aux Pays-Bas n'ont pas mentionné l'existence d'un problème spécifique de sélection des patients.

* * *

¹⁰⁶ Si un problème de surprescription était avéré, une extension de la capitation à ce domaine pourrait être envisagée. Ce point n'est pas traité dans le présent rapport.

¹⁰⁷ Voir, notamment, NEWHOUSE (J) « Reimbursing health plans and health providers : selection versus efficiency in production », *Journal of Economic Literature*, vol XXXIV, n°3, pp 1236-1263, septembre 1996.

Parcellaires, peu représentatives et n'établissant jamais de lien entre le mode de paiement des médecins et l'état de santé des patients, les études relatives aux pratiques étrangères de capitation ne permettent pas de conclure à la supériorité de cette forme de rémunération sur une autre. Néanmoins, en mettant en évidence les effets pervers que la capitation est susceptible d'engendrer, tels que la dispensation de soins en quantité ou en qualité insuffisantes ou la sélection des patients, elle invite à concevoir des formules limitant ces incitations non souhaitables.

2) La capitation doit être ajustée au risque, intégrée dans un ensemble d'incitations financières et s'appliquer à des groupes de médecins

De nombreuses expériences étrangères de rémunération des médecins cherchent à conserver les bénéfices de la capitation tout en atténuant les effets potentiels les plus néfastes comme la sélection des risques ou la dispensation de soins en quantité et en qualité insuffisantes.

De manière générale, les formules retenues sont dites « mixtes » en ce qu'elles consistent à réduire la part de la capitation dans la rémunération totale des praticiens en intégrant des éléments de paiement à l'acte ou à la performance.

Pour la mise en œuvre des ces rémunérations mixtes, deux grandes approches se dégagent :

- la première vise à intégrer l'ensemble des incitations financières dans la rémunération individuelle des médecins ;
- la seconde repose sur la capitation non pas d'individus mais de groupes organisés de praticiens qui définissent, à leur niveau et pour chacun de leurs membres, un ensemble d'incitations financières et non financières permettant de concilier la contrainte financière et la nécessité de dispenser les soins appropriés aux patients.

La pertinence de ces deux approches sera examinée au regard de deux objectifs que sont, dans un contexte de capitation, la prévention de la sélection des patients et l'optimisation des soins délivrés.

A l'issue de ses investigations, la mission conclut à l'intérêt d'appliquer la capitation à des groupes de médecins, chaque praticien continuant à être rémunéré à l'acte.

a) La difficulté d'ajustement de la capitation au risque plaide pour une application de ce mode de rémunération à des groupes de médecins

L'absence d'ajustement au risque de la capitation est de nature à favoriser les pratiques d'écrémage de la clientèle par les médecins et, parallèlement, à pénaliser les praticiens dont la clientèle présente un profil de risque supérieur à la moyenne (cf. supra). Pour limiter ce phénomène, il y a lieu de moduler le montant de la capitation versée au médecin en fonction du niveau de dépense que, de manière prévisible, chacun des patients est susceptible d'engendrer. Or, il apparaît **qu'aucune des méthodes d'ajustement de la capitation au risque mise en l'œuvre à l'étranger n'est satisfaisante**.

Pour moduler le per capita versé au médecin afin de le porter au niveau de la dépense de santé prévisible de chaque individu¹⁰⁸, il importe de cerner les besoins de soins des patients et donc d'**isoler les variables affectant le niveau de ces besoins**.

Rice et Smith (2001)¹⁰⁹ identifient, à partir d'un examen des pratiques en vigueur dans une vingtaine de pays, sept grandes catégories de variables censées expliquer la variance des dépenses de santé entre les individus. Il s'agit :

- des **variables démographiques**, à savoir l'âge et le sexe des patients. Ces données sont largement utilisés dans les formules d'ajustement des capitulations ;
- de **l'appartenance à un groupe ethnique** : un tel facteur est utilisé en Australie pour tenir compte de la spécificité du profil de consommation de soins des populations aborigènes. Il en va de même en Nouvelle-Zélande pour les Maoris ;
- du **statut au regard de l'emploi** ;
- de **la localisation géographique** ;
- de **la mortalité** : les taux de mortalité sont utilisés en tant qu'indicateurs des besoins de soins de la population dans de nombreux pays (Belgique, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, etc) ;
- de **la morbidité** : cet indicateur est le plus pertinent pour estimer les besoins des patients en matière de soins, mais il est très peu utilisé en pratique (cf. infra) ;
- de **divers facteurs sociaux** : personnes sans-abri, niveau d'étude, niveau de revenu, etc.

Parmi l'ensemble de ces variables, **seule les données relatives à la morbidité ont une réelle capacité à expliquer la variance dans les dépenses de santé**. A ce titre, Newhouse et al. (1999)¹¹⁰ estiment que l'observation des dépenses passées des individus expliquerait 20 à 25% de la variance des dépenses sur une année donnée. En comparaison, les variables démographiques (âge, sexe) n'expliqueraient que 1% de cette variance.

Un problème important est que **les données qui permettent le mieux de prévoir la dépense de santé future, à savoir celles relatives à l'état de santé passé et actuel des patients, sont difficiles à obtenir**. En effet, leur collecte suppose un codage des pathologies, peu fréquent dans un contexte de paiement à la capitation. De plus, **ces données sont sujettes à manipulation** : un médecin a intérêt à coder des diagnostics sévères pour bénéficier d'un relèvement des per capita qui lui sont attribués.

Au vu des expériences étrangères, il apparaît que l'utilisation de méthodes d'ajustement des capitulations en fonction de la morbidité des patients¹¹¹ est très peu développée. L'ajustement de la capitation des médecins néerlandais est ainsi réalisé uniquement sur l'âge des patients et leur lieu de résidence (majoration en cas de résidence dans une zone défavorisée). Une pratique similaire prévaut en Angleterre.

Dans un contexte où la capacité à ajuster les capitulations au risque est limitée, une option envisageable est de rémunérer à l'acte le traitement des patients les plus lourds.

¹⁰⁸ C'est-à-dire le niveau de dépense d'une personne ayant certaines caractéristiques et une probabilité normale d'être malade.

¹⁰⁹ RICE, SMITH, « Capitation and risk adjustment in health care financing ; an international progress report », *The Milbank Quarterly*, vol 79, n°1, 2001. Le présent développement s'appuie fortement sur cet article.

¹¹⁰ NEWHOUSE, BUNTIN, CHAPMAN, *Risk adjustment and Medicare*, The Commonwealth fund, juin 1999.

¹¹¹ Pour une présentation du modèle développé par l'université américaine Johns Hopkins : WEINER, BINDMAN, MAJEEED, « Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care », *BMJ*, vol 323, pp 604-610, 15 septembre 2001.

Par ailleurs, dans la mesure où le risque pour un médecin d'avoir une clientèle à la morbidité supérieure à la moyenne ne peut être convenablement pris en compte dans la formule de rémunération, il paraît intéressant de diluer ce risque en **appliquant la capitation non pas à des médecins pris individuellement, mais à des groupes de médecins** : plus la clientèle couverte par la capitation est importante, plus est élevée la probabilité que le profil de risque des patients inscrits soit proche de la moyenne.

*

Au total, la méconnaissance des phénomènes de sélection de leur clientèle par les médecins rémunérés à la capitation (cf. supra) ne permet guère de mesurer les conséquences concrètes de la difficulté d'intégrer le profil de risque des patients dans le niveau de la capitation. Il convient de souligner à cet égard que le caractère fruste des méthodes d'ajustement au risque utilisées pour la rémunération des généralistes néerlandais et anglais ne paraît pas soulever de problème majeur.

Dans ce contexte où les techniques d'ajustement au risque sont peu satisfaisantes, il paraît toutefois souhaitable d'appliquer la capitation à des groupes de médecins davantage qu'à des praticiens pris individuellement, à charge pour ces groupes de médecins de définir le mode de rémunération le plus approprié pour chacun de leurs membres.

b) Les groupes de médecins sont plus aptes à mettre en œuvre les modalités de rémunération mixtes permettant d'optimiser les soins délivrés

La capitation peut conduire à une délivrance de soins non optimisés. Les manifestations les plus tangibles de ce phénomène sont un renvoi excessif des patients sur les médecins spécialistes ou sur l'hôpital, ainsi qu'une possible augmentation du volume de prescription de médicaments (cf. supra).

Pour limiter les incitations néfastes attachées au paiement à la capitation, deux grands canaux d'action non exclusifs sont envisageables :

- **étendre la capitation aux médicaments prescrits et aux soins secondaires**, en transformant le généraliste en acheteur de soins pour ses patients. L'objectif est d'éviter un comportement de « défausse » de la part du médecin capitonné ;
- **introduire des éléments de paiement à l'acte**, pour favoriser la dispensation de certains soins que la rémunération à la capitation pourrait conduire les médecins à produire en quantité insuffisante.

Une présentation et une analyse des divers mécanismes mis en œuvre à l'étranger qui s'inscrivent dans cette double démarche figurent dans la deuxième partie du rapport. S'agissant du point spécifique de la régulation de la prescription de médicaments, il est renvoyé à la lecture d'un récent rapport consacré à ce sujet¹¹².

A ce stade, on soulignera uniquement que **la mise en œuvre d'une double approche fondée sur l'extension de la capitation et l'introduction d'éléments de paiement à l'acte est plus aisée dans le cadre d'un groupe de médecins** qu'au niveau de la rémunération individuelle des praticiens.

¹¹² STORCH (O), *Rapport particulier relatif à la régulation de la prescription des médicaments : analyse comparative des pratiques internationales*, Inspection générale des finances, octobre 2002.

En effet, **le problème d'ajustement de la capitation au risque mentionné supra demeure quel que soit le périmètre de cette capitation**. Si celle-ci est étendue aux médicaments, le risque est qu'un médecin dont la population présente une morbidité supérieure à la moyenne ne dépasse son budget et ne soit financièrement pénalisé. Pour les mêmes raisons que celles énoncées plus haut, il apparaît donc **que l'attribution d'un budget de prescription de médicaments ou de soins secondaires devrait plutôt concerter des groupes de médecins que des individus**.

L'introduction d'éléments de paiement à l'acte dans la rémunération individuelle des médecins capités ne peut être que limitée, sauf à perdre l'avantage de la capitation en termes de diminution des coûts.

En revanche, dans le cadre de groupes de médecins capités, il est envisageable que chacun des médecins soit rémunéré à l'acte, à charge pour le groupement de concilier capitation collective et rémunération individuelle à l'acte. A cet égard, toutes les modalités de bouclage financier évoquées à l'occasion de l'examen de la régulation du paiement à l'acte sont envisageables : mécanisme de point flottant, instauration d'un droit de tirage par cas (cf. supra), pratique des bonus/malus au regard du volume individuel d'activité. **Mis en œuvre dans le cadre d'une collectivité comportant un nombre limité de médecins, ces mécanismes de régulation du paiement à l'acte sont moins susceptibles d'engendrer les phénomènes de passager clandestin** mentionnés supra.

Ce modèle de capitation collective d'une organisation de médecins associé à une rémunération individuelle de ses membres fondée au moins partiellement sur le paiement à l'acte est largement développé en Californie¹¹³.

* *
*

Pour limiter au mieux les effets négatifs de la rémunération à la capitation, ce mode de paiement doit concerner des groupes organisés de médecins et non pas des médecins en tant que tels.

Une solution dont l'expérimentation en France apparaît souhaitable consisterait à attribuer une capitation à des groupes de médecins constitués sur une base volontaire, chacun des médecins continuant à percevoir une rémunération fondée, pour l'essentiel, sur le paiement à l'acte. Cette formule permettrait, semble-t-il, de conjuguer les avantages du paiement à l'acte et de la capitation, sans nécessairement en subir les contreparties négatives.

On ne peut garantir a priori qu'un tel dispositif conduirait nécessairement à une efficience accrue de la médecine de ville par rapport à une situation dans laquelle le mode de rémunération des médecins français serait inchangé. Il convient néanmoins de souligner que, à l'étranger, les groupes de médecins rémunérés à la capitation constituent le vecteur privilégié d'initiatives destinées à améliorer la qualité des pratiques médicales dont la deuxième partie du rapport souligne l'intérêt.

* *
*

¹¹³ Cf. ROSENTHAL (M), FRANK (R), BUCHANAN (J), EPSTEIN (A), „Transmission of financial incentives to physicians by intermediary organizations in California”, Health Affairs – vol 21, n°4, 2002.

La première partie du rapport a permis de mettre en évidence que, compte tenu de la spécificité du « marché » de la santé, le niveau adéquat de la dépense de médecine de ville ne résulte pas naturellement de la simple confrontation de la demande exprimée par les patients et de l'offre de soins proposée par les médecins. Une régulation est nécessaire dont l'objectif est de contenir les coûts tout en garantissant un accès universel à des soins de qualité.

Pour atteindre un tel objectif, le régulateur a la possibilité de recourir à des incitations financières qui s'appliquent tant aux patients qu'aux médecins.

L'observation internationale permet d'appréhender l'impact de ces incitations financières sur l'efficience de la médecine de ville, même si un tel exercice est rendu difficile par le fait que ces dispositifs à caractère financier s'insèrent dans des systèmes de régulation où les règles organisationnelles et les normes sociales et professionnelles orientent fortement l'action des médecins et des patients.

En ce qui concerne la participation financière des patients, les expériences étrangères conduisent à considérer qu'elle n'est de nature à contenir la dépense de santé de manière significative qu'au prix d'une limitation de l'accès aux soins d'une partie de la population.

De fait, **la mise à la charge des patients d'une fraction du coût des soins** qu'ils consomment permet de modérer la demande adressée au système de santé, notamment en réduisant la consommation de soins peu utiles. Néanmoins, une telle participation financière peut se réaliser au détriment de l'accès à des soins nécessaires pour la partie la plus défavorisée de la population et conduire à opérer des prélèvements financiers conséquents sur les personnes les plus malades. L'arbitrage entre efficience de la dépense de santé et équité qu'implique nécessairement tout dispositif de responsabilisation des patients, est par nature délicat. Dans le cas de la France, cet arbitrage est rendu d'autant plus difficile que la protection de base fournie par l'assurance-maladie laisse à la charge des patients une fraction des coûts sans doute excessive, alors que les bénéficiaires des assurances complémentaires n'encourent quasiment aucun coût du fait des soins qu'ils consomment.

Les formules de compte d'épargne médicale mises en œuvre à l'étranger ont également été examinées. Leur intérêt en termes de limitation de la dépense est apparu incertain, cependant que la suppression de la mutualisation du risque qu'elles instaurent est porteuse d'inéquités. Dès lors, l'introduction de comptes d'épargne médicale en France ne paraît pas opportune.

La limitation du panier de soins pris en charge par l'assurance-maladie constitue un troisième vecteur de responsabilisation qui suscite un grand intérêt tant en France qu'à l'étranger. L'étude des expériences étrangères met nettement en évidence que toute forme de rationnement de la gamme des soins pris en charge par la collectivité se heurte à un problème d'acceptabilité par la population, ce qui explique la modestie des économies réalisées à ce jour, pour autant qu'elles puissent être appréhendées. Ce constat n'exclut naturellement pas la possibilité de procéder à des ajustements ponctuels du panier de soins.

En définitive, le principal enseignement de l'observation internationale est que la participation financière des patients peut certes contenir les coûts, mais de manière vraisemblablement limitée compte tenu de la prégnance des considérations d'équité dans le contexte français.

La régulation de l'offre de soins peut recourir à plusieurs types d'instruments, dont la politique de démographie médicale. Dans le cadre de première partie du rapport, seules les incitations financières, c'est-à-dire les modalités de rémunération, ont été examinées.

Le paiement des médecins à l'acte peut conduire à une production excessive de soins à l'utilité parfois incertaine. Pour limiter les inefficiencies engendrées par le paiement à l'acte, la mission propose :

- la mise en œuvre d'**une nomenclature neutre** comparable à celle mise en œuvre aux Etats-Unis dans le cadre du programme Medicare ;
- **l'encadrement de l'activité individuelle des médecins par l'instauration d'un dispositif de droits de tirage par cas**, inspiré de l'exemple allemand de *praxisbudget*. L'objet de cette mesure n'est pas de plafonner en valeur absolue l'activité des médecins libéraux, mais d'éviter que le volume et l'intensité des soins délivrés en moyenne par les praticiens à leur clientèle ne soit excessif. Le volume des droits de tirage attribués pour chaque patient devrait tenir compte du profil de risque de la clientèle, être dégressif et se fonder sur une estimation de la quantité et de la nature des soins requis en moyenne pour le traitement efficient des patients ;
- l'instauration d'une enveloppe globale pour la rémunération des médecins de ville ne constitue pas une option à privilégier, dans la mesure où elle conduit à un flottement des prix susceptible d'enclencher une multiplication des actes et qui déstabilise en tout état de cause l'équilibre économique de la médecine libérale. Néanmoins, s'il apparaissait que la formule de droits de tirage par cas ne parvenait pas à pleinement limiter la dispensation de soins inutiles, la mise en œuvre d'une enveloppe globale pourrait utilement être envisagée.

Par ailleurs, l'examen des pratiques étrangères a mis en évidence l'intérêt du paiement à la capitation. Ce dernier incite en effet les praticiens à minimiser le coût de production des soins. Il peut néanmoins engendrer des effets pervers, et notamment la production de soins en qualité et en quantité insuffisantes. Pour atténuer ces incitations néfastes, il paraît préférable d'appliquer la capitation à des groupes organisés de médecins, dont chacun des membres peut individuellement continuer à être rémunéré, pour l'essentiel, à l'acte. **Une expérimentation** en ce sens serait souhaitable. La deuxième partie du rapport, qui met en évidence l'intérêt des initiatives étrangères de management des pratiques médicales dont les groupes de médecins sont le vecteur, précisera davantage cette proposition d'expérimentation.

* *
*

PARTIE II :
UNE ORGANISATION RATIONALISEE DE LA MEDECINE AMBULATOIRE
POURRAIT PERMETTRE D'AMELIORER LA QUALITE DES SOINS SANS POUR
AUTANT AUGMENTER LES COUTS

Pour reprendre une distinction classique en économie de la santé, la première partie du présent rapport a examiné les moyens d'améliorer l'**efficacité allocative** du système de santé : est-il possible de contenir la progression des sommes allouées par la collectivité au secteur de la santé, tout en préservant la qualité des soins et l'accès aux soins ?

Cette partie s'intéresse à l'**efficacité productive** : est-il possible, en agissant sur le processus de production des soins, d'améliorer la qualité des soins sans pour autant augmenter les coûts de manière significative ? Quelles sont les pistes d'amélioration de l'organisation de l'offre de soins, à la lumière des expériences étrangères ? Un réengineering du processus de soins est-il possible et souhaitable ?

Les marges de progrès en matière d'efficacité des pratiques médicales ainsi que les impacts sanitaires et financiers d'une réorganisation de l'offre de soins sont très difficiles à mesurer précisément. Les expériences concrètes qui ont pu être observées par la mission au cours de ses investigations sont le plus souvent récentes et de ce fait peu documentées. De plus, la littérature économique est parfois controversée et peu conclusive. Dans ce contexte, **la mission ne prétend ni avoir pu embrasser la totalité des problématiques, ni avoir recueilli une information exhaustive et parfaitement fiable** sur l'ensemble des sujets.

Néanmoins, l'organisation de l'offre de soins dans la plupart des pays étudiés évolue aujourd'hui fortement et de manière convergente, quel que soit le contexte (modèle concurrentiel ou administré). Plus précisément, **deux conclusions** ressortent de l'étude des expériences menées en France et dans les pays étrangers, ainsi que de l'analyse de la littérature existante¹¹⁴ :

- l'efficacité de l'offre de soins peut être accrue en optimisant les pratiques médicales et en assurant une meilleure articulation entre les différents acteurs (I) ;
- ces initiatives en faveur d'une plus grande efficacité de l'offre de soins supposent une pratique de la médecine de ville plus collective et intégrée ainsi que l'émergence « d'entrepreneurs de soins » (II).

¹¹⁴ Les développements ci-après se fondent notamment sur les revues de littérature existantes, et tout particulièrement sur la *Cochrane library, issue 4, 2002*. Cochrane est un réseau international associant différents centres de recherche, qui établit des revues de littérature sur la question de l'efficacité des pratiques médicales.

I.L'efficacité de l'offre de soins ambulatoires requiert une optimisation des pratiques médicales et une organisation des filières de soins

L'amélioration de l'efficacité productive de l'offre de soins ambulatoires passe par deux canaux :

- l'optimisation des pratiques de la médecine de ville (A) ;
- une réorganisation des filières de soins assurant notamment une meilleure articulation entre la médecine de ville et les autres producteurs de soins (B).

* * *

*

A/ Une optimisation des pratiques de la médecine de ville est possible

L'étude des pratiques médicales actuelles semble indiquer que **des marges de progrès existent** quant à leur efficience (1). En théorie, deux solutions sont envisageables pour optimiser le comportement des producteurs de soins : un contrôle direct (encadrement contraignant des pratiques médicales) ou des incitations financières permettant d'orienter le praticien vers la pratique la plus efficiente.

Au-delà de cette opposition entre contrôle et incitation financière, les exemples étrangers et les expérimentations menées récemment en France, ainsi que la littérature disponible, conduisent à considérer que **l'optimisation des pratiques de la médecine de ville doit passer par un ensemble de dispositifs** : lignes directrices acceptées et mises en œuvre au plan local (2), retour d'information et audit des pratiques (3), incitations financières (4).

Pour être efficace, la mise en œuvre de ces différents outils doit **s'appuyer sur un dialogue structuré entre praticiens, sous la forme de groupes de pairs**.

1) L'existence avérée de marges de progrès quant à l'efficience des pratiques médicales souligne la nécessité d'une optimisation de l'organisation de la médecine de ville

L'hétérogénéité des pratiques médicales constatées est un phénomène bien documenté depuis de nombreuses années (cf. encadré ci-après).

La question de l'origine de ces variations est toutefois très débattue¹¹⁵. A priori, elles peuvent être dues aussi bien aux caractéristiques de la population soignée (état de santé, consumérisme...), aux praticiens eux-mêmes (expérience, style de pratique), ainsi qu'à la structure de soins (pratique de groupe ou exercice solitaire). L'hétérogénéité des pratiques n'est donc pas nécessairement synonyme de mauvaises pratiques (diagnostics et thérapeutiques médicalement inappropriés) et donc d'une inefficience du système de soins.

¹¹⁵ Cf. pour une synthèse PHELPS, *Information diffusion and best practice adoption*, in CULYER et NEWHOUSE ed., *Handbook of health economics*, Elsevier, 2000.

Encadré 8 – des pratiques médicales fortement hétérogènes

De nombreuses études ont mis en évidence, depuis le début des années 1980, une forte variance géographique des pratiques médicales, notamment aux Etats-Unis. Les plus célèbres sont celles dites « du groupe de Wennberg »¹¹⁶. Ainsi, dans un article de 1984, Wennberg a montré que suivant les régions, la proportion des femmes de plus de 70 ans ayant subi une hysterectomy variait dans le Maine de 20 à 70%.

D'autres études ont été conduites plus récemment. La Harvard medical school a ainsi trouvé en 1995 une très forte variation dans les opérations de cardiologie parmi les patients de Medicare suivant les régions. Il a également été montré que les pontages coronariens étaient 8 fois plus fréquents dans l'Etat de New York qu'en Ontario¹¹⁷, apparemment sans conséquences en termes de mortalité.

Ces variations dans les pratiques s'accompagnent de différences importantes dans les coûts moyens de traitement des patients. Ainsi le groupe de Wennberg a démontré qu'en 1978 le coût moyen de traitement, corrigé des différences dans les structures de risque, variait aux Etats-Unis de 215 \$ par an et par tête à New Haven, à 448 \$ à Boston.

Dans le cas du système de santé britannique, une étude¹¹⁸ a mis en évidence, sur un échantillon de 201 médecins généralistes, des taux de renvois à des spécialistes par consultation allant de 1 à 24%. Ces différences ne s'expliqueraient pas par un contexte différent (état de santé de la population soignée), mais par des **variations dans le style de pratique**. Elles seraient sans effet notable sur l'état de santé des patients.

L'identification précise de l'origine de ces variations est très difficile, pour plusieurs raisons :

- il est souvent délicat de définir précisément ce qui est médicalement approprié, notamment en ce qui concerne les variables les plus facilement observables comme les durées de consultation ou les taux de renvois aux spécialistes ;
- les études relatives à ce sujet présentent souvent des problèmes méthodologiques importants¹¹⁹.

Il n'est donc pas possible aujourd'hui de déduire directement des nombreuses études mettant en évidence d'importantes variations dans les pratiques une preuve d'une qualité insuffisante des soins ambulatoires.

¹¹⁶ Cf. WENNERG, « Dealing with medical practice variations : a proposal for action », *Health affairs*, 1984 ; cf. également WENNERG, « Unwarranted variations in health care delivery : implications for academic medical centers », *BMJ*, 2002 325 : 961-964.

¹¹⁷ Cf. TU et alii, « Use of cardiac procedures and outcomes in elderly patients with myocardial infarction in the United States », *New England journal of medicine*, 1997, cité dans SMITH ed., *Measuring up, improving health system performance in OECD countries*, OCDE, 2002.

¹¹⁸ Cf WILKIN et alii, *Patterns of referral : explaining variation*, in ROLAND et COULTER ed., *Hospital referrals*, Oxford university press, 1992, cité dans KUHN, *Quality in primary care*, à paraître (2003) .

¹¹⁹ Pour une revue de littérature, cf. CASPARIE, « The ambiguous relationship between practice variation and appropriateness of care : an agenda for further research », *Health policy* 35 (1996) 247-265, ainsi que CHASSIN et alii, « The national roundtable on health care quality. The urgent need to improve health care quality », *JAMA*, 1998, vol 280, n°11, pp 1000-1005, et CHASSIN et alii, « Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health services ? » *JAMA*, 1987.

Néanmoins, il est possible d'affirmer sans ambiguïté que les systèmes de santé des pays développés ne sont pas pleinement efficents. En effet, l'existence de mauvaises pratiques, d'une fréquence relativement importante, est démontrée. Ainsi, différentes études¹²⁰ menées depuis le début des années 1990 à partir de la méthode développée par la RAND Corporation, ont mis en évidence des taux de pratique inappropriée¹²¹ variant de 2 à 33% suivant les échantillons considérés.

Ces données concernent le plus souvent le secteur hospitalier et reposent essentiellement sur des observations réalisées aux Etats-Unis. Toutefois, des études existent également concernant le système de soins français et le secteur ambulatoire. Le CREDES a ainsi montré¹²² pour l'hyperlipidémie que si les variations de pratique étaient largement liées aux caractéristiques des patients, plus de 30% des prescriptions suite à un diagnostic d'hypertriglycéridémie étaient inadaptées.

Par ailleurs, les enquêtes menées par le Service médical (SM) de la CNAMTS donnent des éléments intéressants sur les mauvaises pratiques¹²³.

Elles mettent tout d'abord en évidence **l'importance des prescriptions non justifiées**. Elles montrent ainsi, sur la base d'échantillons, que la mise en œuvre d'un traitement médicamenteux hypolipémiant se fait sans connaître le taux de LDL-cholestérol dans 26 à 44% des cas, alors que ce taux conditionne la nécessité et l'efficacité de ce traitement. Cette question du traitement de l'hypercholestérolémie a pourtant fait l'objet d'une référence médicale opposable (1993), ainsi que de trois guides de l'ANAES (1996 et 2000) et de l'AFSSAPS (2000).

Ces études illustrent également **l'ampleur des prescriptions formellement contre-indiquées et dangereuses**. A titre d'exemple :

- sur 5 millions d'ordonnances délivrées en Nord-Pas-de-Calais, 3 145 associations formellement contre-indiquées sans réserve ont été recensées en 1999, soit 0,63%¹²⁴ ;
- une étude réalisée en Poitou-Charentes par le centre régional de pharmacovigilance et l'Assurance maladie a montré qu'en mars 1999, sur les 719 patients âgés de plus de 70 ans admis dans les services d'urgence des établissements publics de la région, 3% des hospitalisations étaient liées directement à une prise médicamenteuse comportant une contre-indication ou une association déconseillée ;
- il a également été mis en évidence sur échantillon que, pour certaines benzodiazépines, 20 à 40% des prescriptions dépassaient les posologies usuelles maximales recommandées et 30 à 50% dépassaient les durées de traitement recommandées ;
- enfin, chez la femme enceinte, une étude réalisée en Alsace en 2001 sur 19 360 patientes a montré que 13 d'entre elles, soit 0,7%, avaient reçu des traitements pouvant entraîner des conséquences irrémédiables pour l'enfant.

¹²⁰ Cf. CASPARIE (1996), ainsi que INSTITUTE OF MEDICINE, *To err is human : building a safer health system*, National academy press, 1999.

¹²¹ Est considérée comme appropriée une pratique dont les bénéfices sanitaires (mortalité et morbidité) excèdent les inconvénients, en comparaison avec d'autres procédures ou avec le fait de ne rien faire.

¹²² Cf. MOUSQUES et alii, « La variabilité des pratiques médicales en médecine générale : le cas de l'hyperlipidémie », *Questions d'économie de la santé*, n°42, octobre 2001, CREDES.

¹²³ Cf. Caisse nationale d'assurance maladie, *Faits marquants, des soins de qualité pour tous*, édition 2002 ; cf. également ABADIE et alii, « Cancer du sein II. Evaluation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques en Aquitaine, en 1999 », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2002, vol 33, n°4.

¹²⁴ Sur les risques iatrogènes, cf. notamment CNAMTS, *Délivrance d'associations médicamenteuses formellement contre-indiquées*, 2003.

En outre, ces études semblent montrer que les comportements inadaptés sont assez concentrés : en matière de rhino-pharyngite, dans une étude citée par le SM, 26% des généralistes étaient à l'origine de 80% des prescriptions contre-indiquées recensées.

L'impact de ces mauvaises pratiques, tant sur le plan financier que sanitaire, peut être très significatif. Ainsi la surprescription d'antibiotiques pour les affections virales bénignes, si elle n'a pas directement de conséquence significative sur l'état de santé des patients, conduit à des surcoûts importants et est pour partie responsable de l'augmentation des taux de résistance.

Au-delà des controverses sur les causes des variations dans les pratiques, l'existence de marges de progrès dans l'efficience des soins ambulatoires est avérée, ce qui justifie la mise en œuvre d'actions correctrices.

2) Des référentiels de bonne pratique acceptés et mis en œuvre au plan local peuvent permettre d'améliorer les pratiques

L'application de références médicales sans acceptation des praticiens et sans accompagnement au plan local est d'une efficacité très limitée. En revanche, des dispositifs reposant sur un petit nombre de références médicales discutées au plan local ainsi que sur un contact direct, régulier et structuré entre le praticien et ses confrères, peuvent avoir des effets significatifs.

a) La mise en œuvre de références médicales sans accompagnement auprès des médecins est d'une efficacité très limitée

A priori, le moyen le plus simple pour améliorer l'efficacité des pratiques médicales est de les contrôler directement, c'est-à-dire de définir, de manière centralisée, des références médicales, positives (traitements à suivre impérativement dans certains cas) ou négatives (actes ou prescriptions à proscrire) encadrant les traitements à prescrire pour les affections les plus courantes. Ceci permettrait notamment d'éliminer toutes les pratiques qui ne reposent pas sur des bases scientifiques clairement établies et de promouvoir les pratiques les plus efficientes.

Toutefois, la mise en œuvre d'une telle solution se heurte à plusieurs difficultés. Tout d'abord, **elle peut susciter des phénomènes de rejet collectif** si les lignes directrices sont contraignantes et si elles ne se contentent pas de prohiber les pratiques inutiles et dangereuses, mais qu'elles opèrent également une sélection parmi les différentes pratiques utiles envisageables pour une même pathologie¹²⁵.

¹²⁵ Pour des exemples de rejet de ces dispositifs dans le cas des organisations de *managed care* américaines, cf. BERENSON et ZELMAN, *The managed care blues and how to cure them*, Georgetown university press, 1998, pages 102 et suivantes.

Par ailleurs, elle pose la question de la possibilité de réaliser des références médicales pour l'ensemble des activités médicales les plus courantes, encadrant réellement de manière efficace les pratiques individuelles. Il n'est ni dans le mandat de la mission, ni dans ses compétences, d'apprécier le champ couvert par les références médicales édictées dans les différents pays, leur qualité sanitaire, ou leur capacité à être facilement mises en œuvre. Toutefois, il est assez communément admis que le champ potentiel des références médicales, tant positives que négatives, est relativement restreint : peu de pathologies se prêtent à un traitement unique et le nombre d'exceptions et de paramètres à prendre en compte est le plus souvent très élevé¹²⁶. Peu de références peuvent donc être aussi simples que celle, souvent citée en France à titre d'exemple, de l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES) pour le diabète¹²⁷.

Le nombre de références qu'il est possible de définir est donc nécessairement limité et ne saurait encadrer précisément l'ensemble des pathologies courantes¹²⁸. Le nombre de références simples et faciles à appliquer pour les praticiens, est certainement encore plus réduit.

Enfin, en ce qui concerne l'**application de ces références médicales**, deux grandes options existent : donner à ces références un caractère contraignant et contrôler directement leur application, ou uniquement les diffuser et inciter les praticiens à les mettre en œuvre de manière volontaire.

Donner un caractère contraignant à des références médicales semble extrêmement difficile en pratique. Du fait du grand nombre d'exceptions que comportent la plupart des références, les objectifs fixés de manière centralisée aux praticiens ne peuvent être au mieux que des taux statistiques maximaux de déviance par rapport aux références.

Cette voie a été explorée en France notamment avec les références médicales opposables (RMO) définies par l'ANAES. Plusieurs autres pays se sont également engagés dans cette direction, notamment la plupart des organisations de *managed care* aux Etats-Unis, la Nouvelle-Zélande, ainsi que l'Allemagne¹²⁹ avec les directives médicales (« *Richtlinien* »).

Ce type de dispositif d'encadrement reste très difficile à mettre en œuvre concrètement (cf. encadré ci-après) car il peut toujours être contesté sur des bases médicales difficiles à expertiser sans étude au cas par cas. Leur impact potentiel apparaît dans ces conditions très restreint.

L'autre option consiste à **diffuser ces références au sein du corps médical et à en promouvoir la mise en œuvre**. Différentes revues de littérature présentes dans la *Cochrane library* documentent cette question. D'après ces revues¹³⁰, qui reposent sur les évaluations de différentes expériences étrangères, **la simple diffusion de références médicales sans**

¹²⁶ Cf. pour les *Richtlinien* allemandes PARIS et alii, *Comparaison internationale des processus d'évaluation des comportements individuels de prescription des médecins et utilisation dans les relations avec les professionnels*, CREDES juillet 2002. Ces références médicales, qui définissent l'utilisation appropriée de différents groupes de médicaments (limitation des prescriptions à certaines indications, schémas thérapeutiques) ne couvriraient qu'une part très faible des volumes et des coûts de prescription.

¹²⁷ L'ANAES recommande essentiellement (*Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications*, ANAES, 1999) de remplacer, pour contrôler l'équilibre du diabète, un test (les glycémies) par un autre plus efficace (dosage de l'HbA1c).

¹²⁸ L'ANAES réalise une trentaine de références par an. Le *National institute for clinical excellence* britannique (NICE) s'est quant à lui vu assigner comme objectif par le National Health Service la réalisation de 20 références par an.

¹²⁹ Cf. PARIS et alii (2002).

¹³⁰ Cf. FREEMANTLE et alii, *The effectiveness of printed educational materials in improving the behaviour of health care professionals ans patient outcomes*, Cochrane Review 1997, in the Cochrane library, issue 4, 1997. Pour une revue de littérature plus récente, cf. CONTENCIN, *L'évaluation des pratiques professionnelles à l'étranger en médecine ambulatoire*, thèse du doctorat de l'université Paris VII, 2001.

acceptation et appropriation par les médecins au plan local n'a pas d'impact concret sur les pratiques et ce quel que soit le support de diffusion utilisé.

Encadré 9 – les références médicales opposables : la difficile mise en œuvre de références médicales contraignantes¹³¹

Les Références médicales opposables (RMO) ont été introduites par la **loi du 4 janvier 1993**. Leur caractère contraignant a été suspendu suite à la dénonciation de la convention médicale de 1998 par les syndicats de médecins et à son annulation par le Conseil d'Etat.

Au nombre de 243, **les RMO sont des références médicales dites négatives en ce qu'elles définissent des comportements prohibés**. Elles portent sur les prescriptions pharmaceutiques, les prescriptions de biologie et les actes diagnostiques. Leur non-respect, au-delà d'un certain seuil, peut être sanctionné, par une décision prise par une instance paritaire (Comités médicaux paritaires locaux), après un contrôle conduit par un médecin-conseil de l'assurance maladie sur une période de deux mois. La sanction est de nature financière (non-prise en charge, par les caisses maladie, de tout ou partie des cotisations sociales des médecins).

Concrètement, le rapport annuel de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale de 1997 mentionne que sur 23 254 médecins contrôlés entre 1994 et 1997 (soit 20,6% des médecins généralistes français), 48% ont dérogé au moins à une RMO sans forcément atteindre le seuil déclenchant les sanctions. Par ailleurs, 462 médecins ayant dépassé ces seuils ont été soumis aux commissions médicales paritaires locales ; 118 ont fait l'objet d'une retenue financière, 72 ont obtenu un sursis, 167 n'ont pas fait l'objet d'une retenue, et 105 étaient en cours d'instruction à cette date. La proportion finale des médecins examinés ayant fait l'objet d'une sanction financière est donc de 0,5%.

En pratique, deux études seulement¹³² ont étudié **l'impact sanitaire et financier des RMO**. Elles concluent toutes deux à l'absence d'impact financier, alors même que les gains attendus initialement étaient considérables (estimations de 1,5 Md€). Par ailleurs, la première étude, qui porte uniquement sur 18 RMO pharmaceutiques en 1994 et 1995, constate une modification du comportement des médecins dans 26% des cas. En revanche la seconde conclut à l'absence d'impact des RMO thérapeutiques. La connaissance des références médicales par les praticiens français resterait faible¹³³.

Ces faibles résultats des RMO ont été le plus souvent expliqués par **l'impossibilité pratique de rendre contraignantes un grand nombre de références médicales**¹³⁴. Plus de la moitié des RMO ne seraient pas contrôlables rapidement sans investigation longue, du fait du grand nombre d'exceptions, de l'imprécision du libellé des références, notamment au sujet de la pathologie, et de la nécessité de faire porter le contrôle sur une période suffisamment longue (souvent plus d'un an) pour que les résultats soient significatifs.

Ce constat reste valable lorsque les références servent de support à des actions de formation médicale continue¹³⁵ (conférences, ateliers éducatifs) sans implication des praticiens au plan local (appropriation des références, choix des thèmes, suivi régulier de la mise en

¹³¹ Cf. ORGIEN, « RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle », *RFAS* n°4, 2001.

¹³² Cf. LE PAPE et SERMET, *Les RMO sur le médicament : bilan de trois années d'application*, Credes 1998, et OR, *Improving the performance of health care systems : from measures to action*, Labour market and social policy – occasional papers n°57, OCDE, 2002.

¹³³ Cf. DURIEUX et alii, « Despite financial penalties, french physicians' knowledge of regulatory practice guidelines is poor », *Archives of family medicine*, 2000.

¹³⁴ Cf. notamment DGR-ENSM – *Mission codage, Etude de l'apport du codage des actes, des prestations et des pathologies*, cité dans ORGIEN (2001).

¹³⁵ Cf. O'BRIEN et alii, *Continuing education meetings and workshops : effects on professional practice and health care outcomes*, Cochrane Review 2000, in the Cochrane library, issue 4, 2002. Cf. également DAVIS et alii, « Evidence for the effectiveness of CME », *JAMA* 1992, « Impact of formal continuing medical education : do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes », *JAMA*, 1999, ainsi que l'expérimentation menée à l'APHP citée in RAVAUD, *Les actions d'encadrement des pratiques*, in JOLLY ed., *Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale*, 1998, Flammarion.

œuvre), ou lorsqu'elles sont relayées par des leaders d'opinion¹³⁶.

Ce faible impact sur les pratiques malgré les campagnes de diffusion et de sensibilisation trouverait plusieurs types d'explications : la faible réceptivité des praticiens¹³⁷, leur difficulté à appréhender concrètement les références médicales et à les intégrer à leur pratique, et l'absence d'incitation à les mettre en oeuvre. Plusieurs études ont par ailleurs mis en évidence le caractère potentiellement démotivant et déresponsabilisant de lignes directrices définies et imposées par une instance extérieure, sans appropriation locale¹³⁸.

Le développement de supports informatiques d'aide à la décision pourrait permettre d'apporter une réponse à une partie de ces difficultés. Le déploiement de ce type d'outils à grande échelle ne semble toutefois pas envisageable à moyen terme (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 10 – l'aide à la décision en matière médicale : le *decision support*

Il est possible d'envisager que des logiciels d'aide à la décision proposent automatiquement, une fois le diagnostic effectué par le praticien, le traitement adapté. Concrètement, ces outils, qui pourraient avoir un impact important sur les pratiques¹³⁹, reposent sur des techniques d'intelligence artificielle et ne sont pas au point à l'heure actuelle. Leur réalisation est d'autant plus difficile que les références médicales existantes s'avèrent souvent très complexes et donc difficiles à modéliser (cf. les démarches actuelles de l'ANAES pour traduire ses recommandations sous forme d'algorithmes).

Par ailleurs, les quelques expérimentations de mise en œuvre conduites actuellement aux Etats-Unis (*Henry Ford foundation* à Salt Lake City notamment ; *Kaiser Permanente* a prévu d'introduire de tels dispositifs à moyen terme) butent sur le coût de ces technologies et leur impact sur l'organisation de la pratique médicale (nécessité de saisir de manière informatique le diagnostic...).

De fait, à court terme, malgré les avancées technologiques récentes, seule une mise à disposition informatisée des références médicales est envisageable¹⁴⁰. Celle-ci pourrait être d'après certaines études assez efficace et permettre dans certaines conditions une réduction des interactions médicamenteuses et des prescriptions dangereuses et une diminution des coûts de prescription¹⁴¹. Encore ces dispositifs sont-ils très lents à se déployer. Ainsi, en Californie, en 2001 seuls 11% des médecins utilisent régulièrement des références médicales en ligne¹⁴². Et seulement 16% des 30% de médecins qui ont un assistant électronique personnel l'utilisent pour avoir accès à des références médicales.

Au total, la simple diffusion de références médicales sans acceptation et appropriation par les médecins au plan local n'a pas d'impact concret sur les pratiques.

¹³⁶ Cf. O'BRIEN et alii, *Local opinion leaders : effects on professional practice and health care outcomes*, Cochrane Review 1998, in the Cochrane Library, issue 4, 2002.

¹³⁷ Cf. l'étude de la Harvard medical school de 1995 citée par BERENSON et ZELMAN (1998) : 20% des internes et des médecins généralistes américains ne connaissent pas le rôle des beta-bloquants.

¹³⁸ Cf. HAM et alii, « The medical profession, the public and the government », *BMJ*, 2002, WEINER et alii, *US managed care and PCTs*, King's fund, 2001, qui insiste sur l'importance de la légitimité des références médicales.

¹³⁹ Cf. EVANS et alii, « A computer-assisted management program for antibiotics », *New England journal of medicine*, 1998 cité in RAVAUD (1998) et HUNT et alii, « Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes, a systematic review », *JAMA*, 1998.

¹⁴⁰ Cf. METZGER et alii, *Clinical decision support for the independent physician practice*, First consulting group, California healthcare foundation, octobre 2002.

¹⁴¹ Cf. WALTON et alii, *Computerised advice on drug dosage to improve prescribing practice*, 2000, in the Cochrane library, issue 4, 2002 ; cf. également BUCKLEY, *Improving drug prescribing practices in the outpatient setting : a market analysis*, California healthcare foundation, octobre 2002.

¹⁴² Cf. GIVEN et alii, *Taking the pulse : physicians and emerging information technologies*, Deloitte research & Fulcrum analytics, 2002

b) Toutefois, des dispositifs reposant sur un petit nombre de références acceptées et mises en œuvre au plan local peuvent avoir des effets significatifs

Il existe de nombreuses expériences documentées où la mise en œuvre de références médicales a eu des effets significatifs sur les pratiques médicales¹⁴³. **Le succès de ces dispositifs repose essentiellement sur l'existence d'une structure locale associant le praticien et ses confrères** et assurant à la fois :

- le **choix des priorités** en termes de références médicales, l'**explicitation** de celles-ci, leur **appropriation** par les praticiens, voire leur adaptation au contexte local ;
- le **suivi régulier de leur mise en œuvre**¹⁴⁴, qui peut prendre la forme de réunions (cercles de qualité) rassemblant les pairs et/ou d'entretiens confraternels durant lesquels les recommandations sont expliquées par un confrère.

La formule des **cercles de qualité** se développe aujourd’hui rapidement en Europe, de manière spontanée, à l’initiative des médecins ou de leurs représentants, ou du fait d’une politique volontariste des pouvoirs publics¹⁴⁵. Toutes les expériences menées reposent sur des groupes de discussion autour d’un thème ou d’une étude de cas encadrés par des animateurs ou des spécialistes cliniciens. Dans un tel cadre, il semble plus facile de faire émerger un consensus autour de références de bonne pratique et d'aider les praticiens à les intégrer à leur activité quotidienne.

Ainsi, en **Belgique**, ont été créés les Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) sur incitation du Ministère de la santé et de l'Institut national d'assurance maladie invalidité. Ces groupes locaux de pairs assurent, sur des thèmes identifiés comme prioritaires, la diffusion et l'explicitation de références médicales. Ils bénéficient d'animateurs spécialement formés.

Plus de 80% des médecins généralistes belges participent à ces groupes. La participation est rémunérée (forfait annuel et augmentation des honoraires de 5%) et elle est indispensable pour être accrédité. La mission n'a pas eu connaissance d'évaluation de ce dispositif.

En **Angleterre** également, la prescription pharmaceutique fait l'objet d'un dispositif de ce type (cf. encadré ci après) : un groupe de travail mêlant praticiens et consultants extérieurs détermine au niveau local des priorités, définit des référentiels, le cas échéant en adaptant des normes nationales, et assure le suivi de leur mise en œuvre.

Encadré 11 - l'amélioration des comportements de prescription en Angleterre : groupes de travail, consultants spécialisés et association des pharmaciens¹⁴⁶

¹⁴³ Pour une revue de littérature, cf. O'BRIEN et alii, *Educational outreach visits : effects on professional practice and health care outcomes*, Cochrane Review 1997, in the Cochrane Library, issue 4, 2002.

¹⁴⁴ Cf. CONTENCIN (2001) ; cf. également DURIEUX, *Les actions de diffusion et de formation*, in JOLLY ed (1998). Selon cette revue de littérature, la mise en œuvre de visites confraternelles entraîne une amélioration des indicateurs cliniques de 15 à 68% suivant les études. Cet article cite également une étude (KARUZA et alii, 1995), montrant l'efficacité de petits groupes locaux de consensus.

¹⁴⁵ Cf. CONTENCIN (2001) : en Norvège, la participation à des groupes de pairs conditionne l'accréditation, qui elle-même donne droit à 15 à 20% de revenus supplémentaires, ce qui en fait un dispositif quasi-obligatoire.

¹⁴⁶ Cf. WILKIN et alii, *The national tracker survey of Primary care groups and trusts*, University of Manchester, 2001, 2002 ; cf. également MERRY, *The pocket guide to the NHS in England*, 2002, The NHS Confederation.

Les *Primary care groups* (PCG) et les *Primary care trusts* (PCT), structures qui regroupent une centaine de généralistes (cf. *infra*), ont pratiquement tous (98%) mis en place des **groupes de travail chargés d'améliorer les comportements de prescription de médicaments** (« *working groups* »).

Ces groupes rassemblent un ou plusieurs conseillers pharmaceutiques (« *pharmaceutical adviser* ») employés par le PCG/T (56 heures par semaine en moyenne), différents responsables du PCG/T (CEO, responsable de la santé publique...), ainsi que des représentants des médecins généralistes (jusqu'à un par cabinet). Dans 76% des PCG/T, des pharmaciens locaux, ainsi que des consultants extérieurs (microbiologistes...) sont également associés dans certains cas.

Concrètement, ces groupes de travail déterminent localement un petit nombre de **priorités** : les antibiotiques (52% des PCG/T), les inhibiteurs de pompe à protons (50%), les traitements des maladies coronariennes (31%), les statines (27%)...

Dans la détermination de ces priorités, 75% des PCG/T disent être influencés par les lignes directrices édictées par le *National institute for clinical excellence* (NICE ; 42 études d'efficacité d'ores et déjà publiées), ainsi que par les *National Service Frameworks* (NSF ; priorités de santé publique ; il en existe trois aujourd'hui : santé mentale, maladies coronariennes, personnes âgées). Toutefois, l'échelon local opère un choix au sein de ces lignes directrices nationales. Ainsi, seulement 15% des PCG/T ont inclus dans leurs priorités la réduction des benzodiazépines, qui fait pourtant partie du NSF sur la santé mentale. Par ailleurs, **les PCG/T se plaignent de la contrainte que font peser ces lignes directrices dans la détermination de leur propre politique**.

Sur ces thématiques et sur la base des lignes directrices nationales, les groupes adoptent des **références** (75% d'entre eux), voire des listes de médicaments conseillés (48%).

En **Allemagne**, des cercles de qualité (« *Qualitätszirkel* ») ont été créés depuis 10 ans dans certains Länder par les médecins généralistes et certaines caisses régionales d'assurance maladie. 50% des médecins généralistes concernés participent volontairement à 1 à 4 réunions par an. Ces groupes choisissent des thèmes prioritaires, définissent des bonnes pratiques sur la base des recommandations existantes et organisent des échanges entre confrères. Ces groupes ont permis une amélioration des pratiques, notamment pour le diabète¹⁴⁷.

Très peu d'études d'évaluation sont disponibles à ce jour sur ces dispositifs européens et l'essentiel des revues de littérature citées précédemment reposent sur des expériences américaines. Néanmoins, il semble possible à partir de ces différents exemples de déterminer quels sont les **facteurs de succès de telles démarches** :

- l'utilisation de leaders d'opinion, leur légitimité dans un tel dispositif n'étant pas diminuée par des lignes directrices imposées de manière extérieure ;
- la qualité de l'animation des groupes et leur structuration. A ce titre, l'expérience des Pays-Bas (cf. encadré ci-après) montre que lorsque les structures support sont peu intégrées, les résultats sont faibles (réduction de la variance des pratiques, mais pas de diminution sensible des coûts).

Encadré 12 – les cercles de qualité aux Pays-Bas : des structures de support faibles, des résultats peu significatifs

¹⁴⁷ Cf. HARTMANN *alii*, « Structured public health quality circle on the topic of diabetes management in general practice », *Z Arztl Fortbild*, 1995, cité dans CONTENCIN (2001).

Les Pays-Bas ont officialisé depuis 1992 des **groupes de pairs locaux** (FTO) qui se réunissent régulièrement et sont chargés de définir des lignes directrices au plan local. Centrés sur les prescriptions de médicaments, ces groupes se rencontrent 6 à 8 fois par an, pour des durées comprises entre 1 heure et demi et 2 heures. Ils regroupent 8 à 12 généralistes, et 1 à 3 pharmaciens. Il existe aujourd’hui 827 groupes, qui regroupent 90% des médecins généralistes et des pharmaciens. La participation à ces groupes fait l’objet pour les médecins d’une rémunération forfaitaire (100€ par séance).

Ces groupes procèdent en théorie à des **échanges d’information** entre praticiens ainsi qu’à la **réalisation de références locales**. Sur le plan méthodologique, ils utilisent la littérature scientifique, des études de cas, des questionnaires, ainsi que des simulations.

Une association a été créée en 1996 pour encadrer le fonctionnement de ces groupes et leur apporter un soutien méthodologique (DGV = *Netherlands institute for safe drugs*). Elle compte 35 équivalents temps plein (ETP), pour un budget de 2,8 M€ par an. Elle est organisée en 23 équipes régionales regroupant un médecin, un pharmacien et un animateur (formation sociologue). Ces équipes coordonnent le programme de travail des groupes, en assurent l’animation, mais ne les évaluent pas.

Une récente étude¹⁴⁸ a permis de quantifier à la fois la réalité du travail de ces groupes et son impact. Le **niveau de professionnalisme**, apprécié au regard de treize critères, serait relativement bas : sur 3 médicaments prioritaires (benzodiazépines, traitements gastro-intestinaux, insuffisances respiratoires), respectivement 23%, 24% et 41% des groupes avaient adopté des lignes directrices, un quart des groupes évaluaient l’impact de leur action et 17% utilisaient cette information pour adapter leur stratégie. Seuls 14% des groupes utilisaient des données de prescription pour déterminer leurs priorités et seuls 38% déterminaient leurs sujets à partir de problèmes quotidiens mentionnés par les praticiens.

Par ailleurs, cette étude a permis de montrer le **faible impact de ces groupes sur les volumes et coûts globaux de prescriptions**.

Enfin, elle illustre l'**impact de la structuration sur l’efficacité du groupe**. Ainsi, la comparaison de deux familles de groupes, caractérisés par des niveaux de professionnalisme différents n’a pas fait apparaître d’impact sur les coûts et les volumes totaux de prescription, mais a mis en évidence que la variabilité des comportements individuels des praticiens est sensiblement moindre pour les groupes les plus actifs. Par ailleurs, elle cite des études spécifiques menées sur des groupes plus structurés qui ont montré qu’il pouvait avoir un impact fort, y compris sur les niveaux de prescription et sur les coûts.

Dans le cas de la France, une expérience (« Groupama partenaires santé ») suit ce modèle¹⁴⁹. Des cercles de qualité locaux d’une dizaine de praticiens, animés par des médecins extérieurs, ont été créés afin de définir, sur les pathologies identifiées comme prioritaires compte tenu du contexte local, des références de bonne pratique médicale (cf. encadré ci après).

Les résultats de cette expérience sont très significatifs, avec notamment, après 18 mois de fonctionnement, une réduction de 3,1% des prescriptions des généralistes pour le groupe expérimental, à comparer avec l’augmentation de 16,8% de ces mêmes prescriptions constatée sur le groupe témoin.

Encadré 13 - l’expérience « Groupama partenaires santé » : une réduction significative des prescriptions

Des médecins généralistes ont été recrutés sur la base du volontariat dans 25 cantons ruraux des départements de l’Allier, des Côtes d’Armor et des Pyrénées Atlantiques. Il a été proposé à leurs

¹⁴⁸ Cf. VAN DIJK et alii, « Professionalization of Dutch PRGs and volume and costs of frequently prescribed drugs », Z. f. *Gesundheitswiss*, à paraître.

¹⁴⁹ Les données sur l’expérience « Groupama partenaires santé » mentionnées ici ont été transmises par le Professeur Robert Launois, du Réseau d’évaluation en économie de la santé (REES France), ainsi que par le Docteur Richard Guédon, directeur médical à la direction santé individuelle de Groupama. Cette expérience a reçu un avis favorable de la Commission Soubie, et a été validée par le Ministère de la santé.

patients, lorsqu'ils étaient affiliés à la MSA et assurés ou ayant droit à Groupama, de participer à l'opération.

Les médecins généralistes se sont engagés à faire une pratique médicale de qualité et à participer à des cercles de progrès. Leur participation a été rémunérée à hauteur de 45 consultations, soit 780 € pour les 18 mois de l'expérimentation. Ces groupes de progrès, constitués de 10 à 12 médecins, ont tenu des réunions thématiques une fois par mois, sur des pathologies ou sur des questions d'organisation des soins. Les thèmes ont été choisis par les médecins eux-mêmes.

Groupama et la MSA ont fourni des **animateurs médecins extérieurs**, ainsi que des données médicales support. Les médecins-conseils de Groupama et de la MSA étaient observateurs. Dans plusieurs de ces groupes, ces réunions ont été l'occasion de définir des références médicales partagées, qui ont ensuite été appliquées par les praticiens et diffusées aux patients.

Quant aux **assurés**, ils s'engageaient à suivre les prescriptions ainsi que les opérations de prévention. Par ailleurs, ils bénéficiaient d'un tiers payant intégral et recevaient une revue et des fiches de conseil sur certaines pathologies.

L'expérience des Pyrénées Atlantiques est celle pour laquelle les données semblent présenter la meilleure fiabilité. 56 médecins généralistes et 1 373 patients ont participé à l'opération pendant 18 mois (1^{er} février 2000 – 31 juillet 2001) ; un groupe témoin de 1 116 patients, de structure de risque comparable, a également été suivi. Par ailleurs, les consommations de ces deux groupes ont également été suivies pendant les 10 mois précédant l'opération. Les résultats sont les suivants (évolutions des consommations par an et par patient, avant et après l'expérimentation) :

	Groupe témoin	Groupe expérimental	Différence
Soins ambulatoires	+7,5%	-2,5%	-10
Honoraires	-4,1%	-6,6%	-2,5
Généralistes	+7,9%	-10,1%	-18
Spécialistes	-9,7%	-5%	+4,7
Prescriptions	+15,6%	0%	-15,6
Généralistes	+16,8%	-3,1%	-19,9
65%	+13,6%	+3,4%	-10,2
35%	+14,6%	-9,9%	-24,5
Spécialistes	+11,6%	+12,6%	+1

Il convient de noter que la réduction de prescriptions est plus forte pour les médicaments faiblement remboursés, qui sont *a priori* les moins utiles médicalement.

Parallèlement, toujours dans les Pyrénées Atlantiques, l'expérience s'est traduite par une augmentation des ALD (affections de longue durée) déclarées, qui sont passées de 22 à 28%. De même, la proportion d'adhérents déclarant, suite à un questionnaire téléphonique, « avoir au moins un problème », est passée de 82% à 92%. **Ceci suggère que les différentes affections sont désormais mieux dépistées et la vigilance plus grande.** Par ailleurs, 31% des patients ont déclaré consommer des génériques plus qu'auparavant. La proportion de patients déclarant que le médecin généraliste ne tient pas compte de leur avis est en revanche passée de 3,3% à 6,6%.

En termes de **satisfaction des patients**, 95% des adhérents ont trouvé utile ou très utile de ne pas avancer les frais. Seuls 6% se sont sentis contraints de ne pas pouvoir consulter un autre médecin. 65% des patients se sont déclarés satisfaits et 31% très satisfaits. 98% ont déclaré vouloir rester dans ce dispositif, dont 76% qui considèrent que c'est très important. En ce qui concerne les praticiens, 80% se sont déclarés satisfaits par le fonctionnement des groupes et 75% souhaitent continuer l'expérience.

Différentes critiques ont été émises quant à la fiabilité des résultats de cette expérience :

- l'absence d'approche « en coût complet », c'est-à-dire en tenant compte également des soins hospitaliers. Les gains au niveau de la médecine générale pourraient en effet être compensés par des coûts hospitaliers plus importants (effet report). Les données de la MSA ne permettaient pas de mesurer ce point. Néanmoins, l'évolution modérée des frais de spécialistes (+12,6% contre +11,6% pour le groupe témoin) laisse penser que les effets reports sont limités ;
- l'existence d'un biais de sélection, le volontariat ayant certainement conduit à sélectionner les médecins et les patients les mieux disposés à l'égard de l'optimisation des pratiques. Toutefois 48% des généralistes des zones concernées ont participé au dispositif et plus du tiers des patients répondant aux critères de sélection ;
- l'incertitude quant aux effets de long terme d'un tel dispositif. Il convient à cet égard de noter que les groupes n'ont, la plupart du temps, pu aborder en 18 mois qu'une ou deux pathologies, ce qui laisse penser que des économies potentielles restent envisageables dans le futur en appliquant la même méthodologie à d'autres pathologies ;
- l'importance du contexte local : les zones rurales en France seraient dans des situations de sous-offre incitant les médecins à rationaliser leurs pratiques. Cette critique est très certainement pertinente mais n'enlève rien au constat de l'importance des gains potentiels susceptibles de d'être réalisés grâce à l'optimisation des pratiques.

Au total, ces critiques ne remettent pas en cause le constat de **l'efficacité de la définition locale de références médicales, appuyées par des structures de type cercles de qualité.**

3) Le retour d'information et l'évaluation individuelle peuvent avoir un impact important sur les pratiques médicales

Un **retour d'information** (*feedback*) sur les pratiques individuelles et leur évaluation constituent des instruments intéressants, tout particulièrement lorsqu'ils viennent renforcer les outils d'encadrement des pratiques présentés précédemment (références médicales s'appuyant sur des groupes de pairs).

En revanche, une **diffusion au public** d'informations sur les pratiques individuelles ne semble pas pertinente.

a) Le retour d'information et l'évaluation des pratiques ont un impact important lorsqu'ils s'accompagnent d'un véritable dialogue individuel avec les médecins

En matière d'évaluation des pratiques individuelles¹⁵⁰, différents dispositifs, plus ou moins approfondis, peuvent être envisagés :

¹⁵⁰ Dans toute la suite, il ne sera pas question des problématiques spécifiques liées à l'accréditation, qui peuvent constituer l'aboutissement d'une procédure d'évaluation des pratiques. Pour un panorama européen des dispositifs d'accréditation, cf. notamment CONTENCIN (2001).

- un **simple retour d'information** permettant au praticien de connaître exactement les caractéristiques de sa propre pratique et de s'auto-évaluer ;
- une véritable **évaluation des pratiques**, mettant en jeu des groupes de pairs et/ou des intervenants extérieurs ;
- un **cycle d'audit complet** (analyse de la pratique individuelle actuelle, justification des comportements considérés comme anormaux, pistes d'amélioration, suivi régulier de leur mise en œuvre).

Cette évaluation des pratiques peut porter plus spécifiquement sur le volume de consultations et de prescriptions du praticien (« *profiling* »), et/ou sur ses renvois à des producteurs de soins secondaires (spécialistes et hôpital – « *utilization review* »).

Une efficacité démontrée

Les études analysant l'efficacité de ces dispositifs sont souvent insatisfaisantes d'un point de vue méthodologique. Elles mettent néanmoins en évidence, à partir d'expériences pour la plupart américaines, plusieurs éléments :

- **le retour d'information et l'audit des pratiques individuelles peuvent avoir un effet fortement positif¹⁵¹** ; les 37 études considérées dans la revue de la *Cochrane library* mentionnent ainsi des variations des indicateurs de qualité des pratiques allant de -16% +152% ;
- **ils permettent de réduire la variabilité des pratiques et de diminuer le coût moyen de la pratique¹⁵² ;**
- l'effet peut être particulièrement important sur les prescriptions de médicaments et les examens de laboratoire ;
- aucune étude comparative avec d'autres stratégies d'optimisation de la pratique médicale n'a démontré la supériorité de celles-ci sur le retour d'information et l'audit des pratiques individuelles¹⁵³ ;
- dans la plupart des cas, le retour d'information est rentable : les coûts (système d'information, notamment) sont inférieurs aux économies effectuées sur la pratique médicale.

Différentes études ont également cherché à préciser dans quelles conditions ces dispositifs étaient les plus efficaces¹⁵⁴ :

¹⁵¹ Cf. O'BRIEN et alii, *Audit and feedback : effects on professional practice and health care outcomes*, Cochrane review 1997, in the Cochrane library, issue 4, 2002. Ces études ne démontrent toutefois pas la supériorité du *feedback* individuel sur le *feedback* collectif, alors même que ce résultat paraît intuitif. Cf. également MUGFORD et alii, « Effects of feedback of information on clinical practice : a review », *BMJ*, 1991.

¹⁵² Cf. RAVAUD, et HUTTIN, *L'influence de l'organisation des soins sur la pratique médicale*, in JOLLY ed. (1998).

¹⁵³ Cf. O'BRIEN et alii, *Audit and feedback versus alternative strategies : effects on professional practice and health care outcomes*, Cochrane review 1997, in the Cochrane library, issue 4, 2002.

¹⁵⁴ Cf. les études citées par HUTTIN (1998), notamment KOSECOFF et alii, « Effects of the national institute of health consensus development program on physician practice », *JAMA* 1987, et GRIMSHAW et alii, « Effects of clinical guidelines on medical practices : a systematic review of rigorous evaluations », *Lancet*, 1993. Cf. également DAVIS et alii, « Changing physician performance : a systematic review of the effect of continuing medical education strategies », *JAMA*, 1995, vol 274, n°9.

- l'impact est minimal lorsque des références sont diffusées avec des séances d'information et/ou un retour d'information ponctuel, sans régularité et sans suivi (cf. § I.A.2) ;
- l'impact est plus important lorsque le retour et la diffusion d'information sont **réguliers** et s'appuient sur **des structures locales** (leaders d'opinion, groupes de pairs...) ;
- **l'impact est maximal lorsque les différents outils** (retour d'information régulier, diffusion d'outils d'aide à la décision, formation des leaders d'opinion, audit des pratiques individuelles par un groupe de pairs) **sont mis en œuvre conjointement et lorsque cette action est ciblée** sur les questions médicales les plus simples, les plus consensuelles et les plus importantes pour les praticiens.

Le retour d'information et l'audit des pratiques, pour être efficaces, doivent donc **s'inscrire dans un dispositif de définition consensuelle de références médicales et de dialogue régulier entre le praticien et ses pairs** (cercle de qualité). Lorsque ces différents facteurs sont réunis, les résultats peuvent être très significatifs.

Ainsi un dispositif complet de définition de lignes directrices par un groupe local multidisciplinaire, de séances d'information, de retour d'information mensuel sur les pratiques et d'audit des pratiques par un groupe de pairs a donné des résultats substantiels en termes financiers (diminution des prescriptions) et sanitaires (augmentation du taux de prescriptions véritablement appropriées) dans le cas des analyses sanguines au Royaume-Uni¹⁵⁵. Une autre étude¹⁵⁶ fait état, avec un dispositif du même type et toujours au Royaume-Uni, de résultats également très significatifs dans le cas des inhibiteurs de pompe à protons (diminution des analyses en laboratoire de 60%, réduction des coûts de prescription de 13,5%).

En revanche, **dès lors que le retour d'information sur les pratiques et l'audit ne s'accompagnent pas d'un dialogue entre le praticien et ses pairs, les résultats sont beaucoup plus faibles**¹⁵⁷, voire nuls. Une étude¹⁵⁸ a ainsi montré qu'un retour d'information non sollicité par les médecins, centralisé, et effectué par un simple courrier sans suivi ni accompagnement individualisé n'avait aucun effet sur les pratiques, même sur les très gros prescripteurs.

Le fort impact des structures de support locales sur les résultats des évaluations des pratiques s'explique par plusieurs facteurs :

- l'émulation entre praticiens constitue un facteur important de leur motivation (cf. *infra* § I.A.4.a) ;
- dans le cas où cette structure correspond à un cabinet de groupe, chacun a intérêt à s'assurer de la qualité et de l'efficience des pratiques des autres membres du cabinet ;

¹⁵⁵ Cf. MERLANI et alii, « Linking guideline to regular feedback to increase appropriate requests for clinical tests : blood gas analysis in intensive care », *BMJ*, 2001.

¹⁵⁶ Cf. CUNINGHAM et alii, « Rational prescribing : proton pump inhibitor audit and re-audit using pharmacist support in one primary care group », *The journal of clinical governance*, (2002)10, 127-132.

¹⁵⁷ Cf. DORMUTH et alii, « Influences of educational interventions and adverse news about calcium channel blockers on first-line prescribing of anti-hypertensive drugs to elderly people in British Columbia », *Lancet*, 1998.

¹⁵⁸ Cf. O'CONNELL et alii, « Randomised controlled trial of effect of feedback on general practitioners' prescribing in Australia », *BMJ*, 1999.

- l'implication des pairs (confrères en exercice de la même région, voire de la même structure médicale) est particulièrement importante pour assurer la légitimité tant des normes utilisées pour évaluer les pratiques que de l'évaluation elle-même¹⁵⁹. Ceci est d'autant plus important que ces mesures d'évaluation sont en général mal acceptées par les praticiens qui craignent que des effets sanitaires négatifs résultent de tels dispositifs¹⁶⁰.

Des dispositifs mis en œuvre principalement aux Etats-Unis et au Royaume-Uni

C'est essentiellement aux Etats-Unis, dans le cadre du *managed care*, que le retour d'information et l'audit des pratiques adossés à des groupes de pairs se sont développés.

Ce type de dispositif est également mis en œuvre au sein du système de santé britannique, dans le domaine des prescriptions de médicaments. Ainsi, en Angleterre¹⁶¹, 87% des PCG/T utilisent un outil informatique (PACT) qui permet d'analyser les comportements de prescription individuels et de réaliser du retour d'information. Par ailleurs, dans 74% des PCG/T (contre 58% en 1999), les performances individuelles ainsi mesurées ont été communiquées à l'ensemble des praticiens du PCG/T considéré et non aux seuls individus concernés.

Le système PACT ayant déjà été décrit dans un précédent rapport administratif¹⁶² ainsi que dans diverses études¹⁶³, son fonctionnement ne sera pas détaillé ici. Il convient toutefois de noter que cette démarche s'articule parfaitement avec la détermination de priorités et des références médicales effectuée au sein des *working groups* : les PCG/T choisissent en effet dans PACT les indicateurs de performance correspondant aux priorités sanitaires définies (prescriptions d'antibiotiques, de statines...). Par ailleurs, si la mission n'a pas eu connaissance d'études évaluant précisant l'efficacité de ce dispositif pourtant mis en œuvre depuis 1988, il convient de noter que les taux de génériques et de prescription en DCI (dénomination commune internationale), qui sont depuis plus de dix ans les principales priorités en matière de prescription de médicaments, sont particulièrement élevés au Royaume-Uni.

En revanche, au sein des autres systèmes de santé, le retour d'information et l'audit des pratiques, lorsqu'ils existent, ne mettent le plus souvent pas en jeu des groupes de pairs mais sont mis en œuvre à l'initiative des assureurs, sans suivi régulier, ce qui rend *a priori* leur efficacité moindre voir nulle (cf. *supra*). Ces procédures¹⁶⁴ s'apparentent plus à des procédures de contrôle centralisées proches des RMO précédemment décrites. Elles se heurtent le plus souvent à une forte opposition des médecins et sont d'un impact très limité, pour les mêmes raisons que celles déjà exposées pour les RMO : faible légitimité du contrôle et notamment des références utilisées pour sa mise en œuvre ; difficile appréciation, en l'absence de contact direct avec le praticien, des éventuels éléments justifiant des pratiques « anormales ».

¹⁵⁹ Entretien avec Ronald Bangasser, président de la California Medical Association.

¹⁶⁰ Cf. BLENDON et alii, « Physicians' views on quality of care : a five-country comparison », *Health affairs* 2001, vol 20, n°3, pp 233-243. En 2000, dans les pays anglo-saxons, une minorité des médecins généralistes pensaient que des lignes directrices (51% au Canada, 45% en Australie, 34% aux Etats-Unis, 33% en Nouvelle-Zélande, 30% au Royaume-Uni) ou une revue des pratiques (31% en Nouvelle-Zélande, 26% aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, 25% en Australie et au Canada) améliorent la qualité des soins.

¹⁶¹ Cf. WILKIN et alii (2002).

¹⁶² Cf. STORCH, *Rapport particulier relatif à la régulation de la prescription des médicaments*, mission interministérielle d'enquête sur la régulation de l'industrie et du marché du médicament, 2002.

¹⁶³ Cf. PARIS et alii (2002), pour le détail du contenu de ces informations. Il s'agit d'un retour d'information trimestriel (8 pages sur les caractéristiques générales du comportement de prescription – coût total, par classe, médicaments les plus coûteux, les plus prescrits –, et 4 pages thématiques).

¹⁶⁴ Pour plus de détails, cf. CONTENCIN (2001) et PARIS et alii (2002), ainsi que BAS-THERON, *Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne*, Inspection générale des affaires sociales, 2002.

C'est le cas notamment en **Allemagne**, où les médecins sont soumis depuis 1977 à un contrôle d'efficacité économique de leur pratique mise en œuvre par les unions professionnelles de médecins et les caisses régionales d'assurance maladie. Les profils individuels (nombre d'actes par code de nomenclature, montant des honoraires par feuille de soins...) sont comparés à des profils moyens (contrôles automatiques par seuils et contrôle trimestriel aléatoire de 2% des médecins). En cas de dépassement de plus de 40% par rapport à la moyenne, la commission paritaire peut demander au praticien de s'expliquer. Si ces explications sont jugées insuffisantes, des sanctions financières peuvent être prises. Par ailleurs, dans le cadre des budgets de prescription de médicaments mis en application depuis 1993, une surveillance des prescriptions a également été instaurée.

En pratique, ces dispositifs sont peu mis en œuvre, car ils se heurtent à d'importantes résistances du corps médical. Par ailleurs, lorsqu'ils ont été appliqués, il ne semble pas avoir permis une amélioration substantielle de l'efficience des pratiques médicales. L'Allemagne envisage aujourd'hui de mettre en place un retour mensuel d'information sur les pratiques. Celui-ci ne devrait toutefois pas s'accompagner d'une diffusion de ces informations aux pairs, ni d'une évaluation des pratiques au sein de cercles de qualité.

De même, au **Canada**, le retour d'information sur les pratiques et leur évaluation sont conduits directement par l'assureur public. Le dispositif est concentré sur quelques pathologies jugées prioritaires et s'organise en trois niveaux : retour d'information simple (1), détection des praticiens déviants par rapport aux références et mise au point de formations spécialisées (2), entretiens avec les médecins conseils des caisses d'assurance maladie, éventuellement au cabinet, pour les cas les plus graves (3). Ces procédures peuvent déboucher sur d'éventuelles restrictions d'exercice voire des suspensions.

En ce qui concerne le **système de santé français**, dans le cadre de l'expérience « Groupama partenaires santé », la plupart des groupes de progrès ont réalisé des audits des pratiques individuelles qui ont permis :

- d'identifier les questions prioritaires devant faire l'objet de références médicales ;
- puis de suivre la mise en œuvre de ces références.

En dehors de cette expérimentation ponctuelle, plusieurs dispositifs s'apparentent en France au retour d'information et à l'audit des pratiques : les RMO précédemment décrites, les entretiens confraternels et les visites des médecins conseils dans le cadre des programmes de santé publique (cf. *infra* § I.B.3.b), les relevés individuels d'activité des praticiens (RIAP), ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en médecine libérale (cf. encadré ci après).

Ces différents dispositifs ne correspondent *a priori* pas aux modèles les plus efficaces (cf. *supra*). En effet, ils ne donnent pas lieu à un contact régulier avec les médecins et ne s'intègrent pas dans une démarche générale d'amélioration des pratiques mettant en jeu des groupes locaux de pairs.

Encadré 14 – l'amélioration des pratiques de la médecine de ville française : relevés individuels d'activité des praticiens et évaluation des pratiques professionnelles

1 - Les Relevés individuels d'activité des praticiens (RIAP¹⁶⁵).

Depuis 1971, les caisses d'assurance maladie fournissent aux médecins des relevés individuels d'activité des praticiens (auparavant tableaux statistiques d'activité des praticiens – TSAP) qui permettent d'établir un profil d'activité individuel d'un praticien et de le comparer à la moyenne régionale.

Ces **tableaux envoyés chaque trimestre** reprennent l'ensemble des éléments figurant sur les feuilles de soins (actes produits et prescrits – base de données SNIR-PS, commune à tous les régimes) ainsi que les principales caractéristiques de la clientèle du praticien. Ils comportent aujourd'hui le nombre de consultations, de visites, les prescriptions (kinésithérapie, biologie, IJ, pharmacie...), le taux de génériques et le coût total de la pratique du médecin considéré. Ils mentionnent également, en tant qu'éléments de contexte, la structure de risque de la population soignée (âge, sexe, part de CMU).

Si un médecin a une activité considérée comme anormale, il doit être convoqué devant une instance paritaire pour s'expliquer (cf. système allemand). Si ses explications ne sont pas jugées convaincantes, il peut être déconventionné pour une durée déterminée.

Ce dispositif est critiqué pour plusieurs raisons : les sanctions ne seraient pas crédibles et les RIAP donneraient une information insuffisante pour détecter les comportements véritablement anormaux (absence de codage des actes et des pathologies notamment). Sur ce dernier point, il convient tout d'abord de rappeler que le codage des actes et des pathologies est en théorie obligatoire aux termes de la loi Teulade du 4 janvier 1993 et de l'ordonnance du 24 avril 1996 sur la mise en place d'un système informatisé sur les actes, les pathologies et les prescriptions. Par ailleurs, il semble que plus qu'une insuffisance dans la qualité des informations disponibles (cf. *infra* les systèmes d'information dont disposent les groupes médicaux américains), le principal blocage dont souffre le RIAP est l'absence de contact direct avec le praticien, qui ne permet pas d'appréhender les éventuels éléments de contexte pouvant expliquer les pratiques individuelles.

En tout état de cause, avec la base de données ERASME (base régionale spécifique à la CNAMTS), il est possible d'effectuer un grand nombre d'extractions statistiques, par praticien, notamment sur les prescriptions (combinaisons dangereuses, fréquences par classe...), mais également sur les consultations et les actes de biologie. Par ailleurs, avec le nouveau système d'information SNIIR-AM, une base de données multirégimes encore plus complète sera disponible, qui permettra notamment de suivre les coûts induits hospitaliers (cf. expérience « Groupama partenaires santé ») et ainsi de calculer un coût induit complet de la pratique de chaque médecin généraliste.

2 – L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine libérale (EPP¹⁶⁶).

L'EPP a été prévue par la loi du 23 décembre 1998 et le décret du 28 décembre 1999. Il s'agit d'une procédure d'évaluation volontaire, sans sanction.

Les évaluateurs sont des médecins libéraux en exercice formés et habilités par l'ANAES, qui a défini la méthodologie d'évaluation (il s'agit essentiellement des référentiels médicaux de l'ANAES et de l'AFSSAPS). L'évaluation est ensuite organisée par les Unions régionales de médecins libéraux (URML). Il existe aujourd'hui trois régions pilotes.

L'évaluation peut être collective ou individuelle. Dans le premier cas, l'URML sélectionne des thèmes et constitue des groupes thématiques. Un recueil de données sur les pratiques individuelles est ensuite effectué, qui donne lieu à une auto-évaluation des médecins et une analyse par les évaluateurs. Une restitution est ensuite réalisée devant le groupe, de manière anonymisée, et les éventuelles voies d'amélioration sont recherchées collectivement. Dans le second cas, le praticien réalise son auto-évaluation à l'aide des guides de l'ANAES, sur la base de ses dossiers médicaux. 2 médecins habilités examinent ensuite sur place cette auto-évaluation, ainsi que, le cas échéant, des dossiers anonymisés.

¹⁶⁵ Cf. notamment PEREIRA, *La régulation économique de la médecine de ville*, thèse pour le doctorat de sciences économiques, Université Panthéon-Assas, juillet 2002.

¹⁶⁶ Cf. ANAES et Conférence nationale des présidents des URML, *10 questions sur l'EPP*, 2001.

b) La diffusion en direction du public d'informations sur les pratiques médicales ne semble pas apporter un surcroît d'efficacité significatif

L'efficacité avérée de l'évaluation des pratiques et du retour d'information tient pour partie à l'importance pour les praticiens des facteurs réputationnels (cf. *infra* § I.A.4.a).

Lorsqu'un retour d'information à destination des praticiens et de leurs pairs a été mis en place, la question se pose naturellement de **l'éventuelle valeur ajoutée d'une diffusion plus large au public de ces informations**. Ceci pourrait permettre d'accroître la stimulation pour les praticiens (sensibilité à la réputation et au statut professionnel) et également de réduire les asymétries d'information entre les producteurs de soins et les patients. La demande serait ainsi plus sensible à la qualité, ce qui augmenterait la concurrence par la qualité.

Certains auteurs défendent cette thèse, qui paraît assez intuitive¹⁶⁷. Par ailleurs, **la diffusion d'informations dans le public se développe fortement dans certains pays**¹⁶⁸, à l'initiative des pouvoirs publics ou d'organismes privés. Ainsi aux Etats-Unis de nombreux organismes diffusent des informations sur les producteurs de soins (« *report cards* »), à des niveaux plus ou moins agrégés (groupe médical ou plan d'assurance) : HEDIS, *Health plan employer data and information set*, développé par la NCQA (*National committee for quality assurance*) ; CAHPS, *Consumer assessment of health plans*, indicateurs de la *California healthcare foundation*, etc.

Certains assureurs américains se sont engagés dans une diffusion très large d'information sur leurs propres producteurs de soins. Ainsi l'assureur Wellpoint propose à ses clients un service Internet permettant de sélectionner les producteurs de soins, primaires et secondaires, au regard de différents critères tels que la taille de la structure, les technologies employées, la réputation ou les résultats cliniques. Cette forte implication du patient (« *patient empowerment* ») s'inscrit dans le cadre d'une judiciarisation importante des rapports entre les assurés et les assureurs et d'une désintermédiation de l'achat de soins visant à reporter sur le patient le choix du producteur de soins.

Le gouvernement britannique s'est également orienté ces dernières années vers une publication large d'indicateurs sur les producteurs de soins (cf. encadré ci-après). Par ailleurs, différents organismes privés (Site Internet « Dr Foster » notamment) rendent publiques des informations sur les producteurs de soins britanniques.

La diffusion d'informations dans le public concernant les pratiques des producteurs de soins et leur efficacité ne semble toutefois pas constituer une solution intéressante, au vu des expériences récentes et des rares éléments de littérature existants.

Tout d'abord, une telle diffusion pose **la question de la possibilité de définir des indicateurs fiables** et donnant réellement une bonne information au public. Cette question est traitée *infra* (cf. § I.A.4.b) : il apparaît que, tout particulièrement dans le cas de la médecine ambulatoire, la définition de tels indicateurs pose problème.

¹⁶⁷ Cf. CHASSIN et alii, « Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly » *The New England journal of medicine*, 1996, cité dans SMEE, *Improving value for money in the United Kingdom National health service : performance measurement and improvement in a centralised system*, in OCDE (2002) ; cf. également COULTER et alii, *Measuring and improving patients' experiences : how can we make health care systems work for patients ?* in OCDE (2002).

¹⁶⁸ Cf. pour un panorama complet HURST et alii, « Performance measurement and performance management in OECD health systems », *Labour market and social policy – occasional papers n°47*, OCDE, 2001.

Encadré 15 – les indicateurs de performance en Angleterre : des hôpitaux au secteur ambulatoire

En Angleterre, **les hôpitaux** du National health service (NHS) sont jugés sur leurs performances depuis le début des années 1990. Ces informations sont communiquées au public depuis le milieu des années 1990. Depuis leur création en avril 2002, ce sont les *Strategic Health Authorities* (SHA, structures régionales du NHS) qui assurent le suivi du *reporting* des hôpitaux et la diffusion au public.

Dans **le secteur ambulatoire**, depuis avril 2002, les PCG/T doivent faire un *reporting* mensuel aux SHA, suivant une batterie d'indicateurs définis au plan national. Ces indicateurs sont utilisés à la fois dans la relation contractuelle qui unit les SHAs et les PCG/Ts (cf. *infra*) et comme élément d'information du public qui a accès aux indicateurs de son PCG/Ts ainsi qu'à ceux des PCG/Ts voisins.

Dans le cas de la *North West London SHA*, les PCG/Ts sont jugés essentiellement sur trois champs :

- l'état de santé de la population : taux de vaccination et de dépistage, fréquence de certaines maladies, mortalité ;
- l'accès à des services de qualité : durée des files d'attente, nombre d'interventions chirurgicales relatives à certaines affections ;
- la pratique : taux de génériques prescrits, taux de recours aux urgences, taux de prescription d'antibiotiques, de médicaments contre les ulcères, qualité de l'équipement des généralistes...

Quant aux hôpitaux (les NHS Trusts), ils sont jugés suivant trois types de critères, résumés de manière synthétique par un nombre d'étoiles :

- la satisfaction des patients : listes d'attente (longueur et durée moyenne) et sondages ;
- la performance clinique (réadmissions, mortalité) ;
- l'organisation (qualité du reporting et des relations de travail, gouvernance).

Cette difficulté peut être levée dans le cadre d'une revue individuelle entre pairs, où les éléments de contexte et les éventuels problèmes de fiabilité des données peuvent être abordés et pris en compte dans l'évaluation des pratiques¹⁶⁹. En revanche, vis-à-vis du public, des indicateurs peu fiables peuvent entraîner des distorsions et être manipulés facilement par les producteurs ; il semble que cela ait été le cas notamment avec les données de file d'attente pour les hôpitaux anglais¹⁷⁰. Par ailleurs, ces problèmes de fiabilité des données peuvent causer, dans le cas où plusieurs organisations diffusent de l'information, des contradictions, comme c'est le cas aujourd'hui aux Etats-Unis¹⁷¹.

Par ailleurs, **des études récentes¹⁷² ont montré dans le domaine hospitalier que les consommateurs étaient très peu sensibles à ces informations**. Ainsi, la diffusion d'informations sur la performance des hôpitaux de l'Etat de New York en matière de pontage coronarien a entraîné une diminution du taux de mortalité sur ce type d'opération, pour atteindre un niveau largement en dessous de la moyenne nationale. Toutefois, **ces bons résultats résulteraient uniquement du comportement des praticiens eux-mêmes**, et non d'une pression des patients :

¹⁶⁹ Pour Harold Luft, professeur à l'Université de Californie à San Francisco (UCSF) rencontré par la mission, les informations sur les pratiques doivent être réservées à un usage interne (retour d'information et revue par les pairs).

¹⁷⁰ Cf. SMEE in OCDE, 2002 : la diminution des files d'attente constatée résulterait d'une optimisation du comportement des producteurs par rapport à l'indicateur, et non à une amélioration de la qualité des soins. Cf. également FERRIMAN, « Trusts fail to discipline those who manipulate waiting lists », *BMJ*, 2002.

¹⁷¹ Cf. SIMON et alii, « California provider group report cards : what do they tell us ? », *American journal of medical quality*, vol 16, n°2, 2001, ainsi que HOFER et alii, « The unreliability of individual physician « report cards » for assessing the costs and quality of care of a chronic disease », *JAMA*, 1999.

¹⁷² Cf. MARSHALL et alii, « The public release of performance data : what do we expect to gain ? a review of the evidence », *JAMA*, 2000, vol 283, n°14, pp 1866-1874, ainsi que SCHNEIDER et EPSTEIN, « Use of public performance report », *JAMA* vol 279, n°20, pp 1638-1642. Ces deux articles, ainsi que d'autres revues de

- les médecins généralistes, réceptifs à l'information sanitaire ainsi diffusée, ont rapporté avoir changé leurs comportements de renvoi vers l'hôpital pour 38% d'entre eux ;
- les praticiens hospitaliers ont été sensibles au regard porté par leurs confrères sur leurs pratiques et ont amélioré leurs pratiques.

Au total, l'impact significatif de ce dispositif relève essentiellement de l'efficacité déjà démontrée du retour d'information sur les pratiques et du partage de cette information entre pairs. Le résultat de cette étude pourrait conduire à préconiser une diffusion large des informations sur les pratiques individuelles dans la communauté médicale, mais pas au public. L'analyse d'expériences similaires en Nouvelle Angleterre confirme cette thèse¹⁷³.

D'autres études sont venues confirmer dans le domaine hospitalier que les patients n'étaient pas sensibles aux informations diffusées sur la qualité des pratiques. Il a ainsi été montré¹⁷⁴ que les patients choisissaient essentiellement leurs hôpitaux par information anecdotique (rumeurs et réputations rapportées, cas médiatisés de mauvaise pratique), ou en fonction d'indicateurs facilement observables mais imparfaitement corrélés avec la qualité réelle des pratiques. Les patients sont dans certains cas sensibles à des informations sur les coûts, mais très rarement à des indicateurs de qualité sanitaire des pratiques¹⁷⁵.

La diffusion d'informations au public pourrait donc même avoir des effets négatifs, par la manipulation des données par les producteurs (cf. *supra*), et par la mauvaise capacité des patients à lire les informations sur les producteurs de soins (surpondération du critère financier, incompréhension des indicateurs sanitaires) qui pourrait les conduire à favoriser les producteurs qui ne sont pas les plus efficaces.

En tout état de cause, dans le cas du secteur hospitalier, aucun élément de littérature ne documente des effets positifs sur les pratiques attribuables spécifiquement à la diffusion d'information dans le public¹⁷⁶. Ainsi aux Etats-Unis le programme fédéral Medicare, qui a diffusé de 1986 à 1992 les données de mortalité pour les hôpitaux, a interrompu cette diffusion du fait de protestations contre la qualité de la méthodologie, et suite à plusieurs études qui ont montré que cette campagne d'information n'avait eu que très peu d'impact¹⁷⁷. De même, en Ecosse, la diffusion publique des indicateurs de gestion des hôpitaux n'a pas eu d'impact mesurable¹⁷⁸. Enfin, en Angleterre, la diminution des listes d'attente consécutive à la publication d'indicateurs serait principalement due à une manipulation des données¹⁷⁹.

littérature sur le sujet (MUKAMEL et alii, 2001 ; SCHAUFLER et alii, 2001) sont cités dans NAYLOR et alii, HURST, et REILLY et alii, in OCDE (2002).

¹⁷³ Cf. NAYLOR et alii, in OCDE (2002).

¹⁷⁴ Cf. MARSHALL et alii (2000).

¹⁷⁵ Cf. pour les Etats-Unis REILLY et alii, *Providing performance information for consumers : experience from the United States*, in OCDE (2002) ; cf. également HIBBARD et alii, « Will quality report card help consumers ? », *Health affairs*, 1997.

¹⁷⁶ Pour une revue des études existantes dans le secteur hospitalier, cf. de POUVOURVILLE et alii, *Measuring the quality of hospital care : the state of the art*, in OCDE (2002).

¹⁷⁷ Cf. MENNENMEYER et alii, « Death and reputation : how consumers acted upon HCFA mortality information », *Inquiry*, 1997, vol 34, n°2, p 117-128.

¹⁷⁸ Cf. MANNION et alii, 2001, « Impact of published clinical outcomes data », *BMJ*, 2001, 323 : 260-263.

¹⁷⁹ Cf. GRAVELLE et alii, « The impact of performance measurement in the NHS, report for the department of health », York, 2000.

La plupart des arguments présentés ci-dessus dans le cas du secteur hospitalier restent valables en ce qui concerne **le secteur ambulatoire**. Les quelques études existantes concluent toutes à l'inefficacité des mesures de diffusion auprès du public de l'information relative aux pratiques¹⁸⁰, ces mesures étant en outre très mal acceptées par les médecins généralistes. De fait, dans le cas des soins ambulatoires, les patients sont principalement sensibles au facteur relationnel, à l'équipement du cabinet et, de manière très imparfaite, à la qualité ressentie *a posteriori*¹⁸¹, et non aux éventuelles informations diffusées.

Au total, si le retour d'information sur les pratiques et leur exploitation au sein de groupes de pairs au service de l'évaluation des pratiques individuelles semble un instrument très intéressant, la diffusion de ces informations au public paraît devoir être écartée.

4) Des incitations financières convenablement définies constituent un moyen efficace pour améliorer les pratiques individuelles

La première partie du rapport a mis en évidence que les modes de paiement traditionnels des médecins (paiement à l'acte, capitation) étaient de nature à inciter les médecins à adopter des comportements sous-optimaux du point de vue la qualité des soins. Les développements ci-dessus ont également souligné que des pratiques médicales non conformes à l'état de l'art pouvaient provenir d'une mauvaise connaissance des références médicales. Quelle que soit l'origine de ces inefficiencies dans la dispensation de soins, celles-ci peuvent être limitées grâce à des schémas d'incitations financières reposant sur le principe du **paiement à la performance** (sanitaire et/ou financière) des praticiens.

Toutefois, les études empiriques sur cette question du paiement à la performance sont rares, ces modes de rémunération étant relativement récents dans le secteur ambulatoire, et peu conclusive, du fait de la difficulté méthodologique à isoler l'impact de la rémunération. Par ailleurs, le paiement à la performance pose le problème de la définition d'indicateurs fiables, permettant d'inciter les producteurs à une pratique véritablement plus efficiente sans qu'il y ait d'effets pervers.

Il semble néanmoins possible de conclure ici, au vu de la littérature existante ainsi que d'exemples étrangers de plus en plus nombreux, à **l'intérêt et à la faisabilité pratique de paiements à la performance** des producteurs de soins.

a) Les incitations financières peuvent avoir un impact important sur les pratiques

A priori, les incitations financières peuvent porter sur :

- **les performances sanitaires**, qui peuvent être mesurées à partir¹⁸² :
 - o du résultat final, c'est-à-dire de l'impact sur la santé des patients : évolution de la morbidité, enquête de satisfaction... ;

¹⁸⁰ Cf. MARSHALL et *alii*, « Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care : qualitative study », *BMJ*, 2002.

¹⁸¹ Cf. KUHN (2003, à paraître) : les soins ambulatoires sont un bien d'expérience, dont on ne constate la qualité qu'*a posteriori*, et de manière imparfaite du fait des asymétries d'information. La qualité perçue diffère le plus souvent de la meilleure pratique.

¹⁸² Cf. ANAES, *Les indicateurs en santé : typologie et caractéristiques principales*, 2001 ; cf. également KUHN (2003, à paraître) qui distingue trois types de qualité sanitaire : de structure (équipement, qualification du personnel, organisation), de procédure (caractère approprié du diagnostic et du traitement), et de résultat (satisfaction du patient et amélioration de l'état de santé).

- des résultats intermédiaires : taux de vaccination et de dépistage, caractère approprié des diagnostics et des prescriptions, utilisation des ressources de soins (hôpital, médicaments)… ;
 - de l’organisation et de la structure de production de soins : équipement, qualification des personnels…
- **les performances financières**, en intéressant les praticiens au résultat financier du processus de production de soins.

Quelle qu’en soit la nature, **les incitations financières semblent avoir un impact significatif sur le rapport qualité/prix des pratiques**¹⁸³.

Une efficacité démontrée

En ce qui concerne tout d’abord les incitations liées aux performances sanitaires, les modes de rémunération dépendant directement de **la santé des patients apparaissent très peu développés**. La seule expérience documentée de rémunération partiellement liée à l’impact final de la pratique médicale est celle menée par l’assureur américain AETNA. Celui-ci a lié la rémunération des médecins (bonus) à leur score sur un index de qualité intégrant notamment la satisfaction du patient et l’adéquation des traitements aux diagnostics. L’évaluation menée met en évidence une amélioration sensible de tous les indicateurs de qualité.

Les paiements à la performance portant sur **les résultats sanitaires intermédiaires**, notamment dans le domaine de la prévention primaire et secondaire (taux de vaccination ou de dépistage), peuvent être de deux types :

- paiements proportionnels aux nombres d’actes effectués (nombre de vaccination, de tests de dépistage...) : il s’agit dans ce cas d’un paiement à l’acte, dont les effets positifs en terme de production ont déjà été évoqués *supra* ;
- paiements conditionnés à la réalisation d’objectifs.

Le fait d’inciter financièrement les praticiens à développer certains actes est souvent très efficace. L’exemple le plus connu est celui du paiement des médecins généralistes anglais (cf. encadré ci-après), qui semble confirmer l’impact de ces modes de paiement, même si les évaluations restent peu nombreuses et posent souvent des problèmes méthodologiques.

Différents autres exemples peuvent être cités :

- si certaines revues de littérature sont peu conclusives¹⁸⁴, d’autres¹⁸⁵ mettent en évidence une augmentation, grâce aux incitations financières, des effets sur les pratiques des dispositifs étudiés précédemment (définition de références médicales localement acceptées, retour d’information et audit des pratiques) ;

¹⁸³ Pour une revue de littérature, cf. CHAIX-COUTURIER et alii, « Effects of financial incentive on medical practice : results from a systematic review of the literature and methodological issues », *International journal for quality in health care*, vol 12, n°2, 2000.

¹⁸⁴ Cf. GIUFFRIDA et alii, *Target payments in primary care : effects on professional practice and health care outcomes*, Cochrane review 1999, in the Cochrane library, issue 4, 2002. Cette revue, qui montre un impact sur les taux de vaccination, ne porte toutefois que sur deux études et 149 cabinets de médecins. Une autre revue de littérature (ARMOUR et alii, « The effect of explicit financial incentives on physician behaviour », *Archives of internal medicine*, 2001, cité par GRIGNON et alii (2002)) ne conclut pas.

¹⁸⁵ Cf. DAVIS et alii (1995).

- une expérience d'incitation à la vaccination grippale¹⁸⁶, associant une rémunération par vaccin (8\$), et une prime à chaque vaccin au-dessus d'un certain objectif de taux de vaccination (0,8\$), aurait conduit à une augmentation du taux de vaccination de 7% ;
- les *Health service organisations* (HSO) sont des schémas de rémunération de certains cabinets de groupe mis en place en Ontario depuis les années 1970. Ils prévoient, outre un passage à la capitation pour certains patients, des primes lorsque les praticiens substituent des soins ambulatoires à des soins hospitaliers et lorsque leur taux de renvoi à l'hôpital devient inférieur à la moyenne régionale. Il a été démontré que ces dispositifs avaient permis de diminuer les taux d'hospitalisation¹⁸⁷.

Encadré 16 – le paiement à la performance des médecins généralistes anglais : des résultats parfois difficiles à interpréter

Le mode de paiement actuellement le plus répandu parmi les médecins généralistes anglais¹⁸⁸ (**GMS – general medical services**) mêle une **allocation de base** destinée à prendre en charge une fraction des coûts de fonctionnement (18%¹⁸⁹), une **capitation** (56%), des **paiements à l'acte** (visites de nuit, vaccinations, urgences, soins de maternité, prévention, chirurgie mineure, contraception... ; 7%), et des **paiements sur objectifs sanitaires** (taux de dépistage du cancer du col de l'utérus, suivi des actes de grossesse et couverture vaccinale des très jeunes enfants – 19%).

En ce qui concerne les **paiements à l'acte**, l'impact positif sur la production de soins est avéré (cf. *supra*). Ainsi la revalorisation du tarif des visites de nuit a été suivie d'une augmentation de 33% de leur fréquence et d'une chute de 19% du renvoi des patients vers d'autres professions de santé¹⁹⁰. De même, la différenciation dans les paiements des visites de nuits entre les médecins et leurs assistants (paiement moindre) a encouragé les médecins à se substituer aux assistants dans cette tâche¹⁹¹.

Pour les **paiements sur objectif**, en ce qui concerne les actes de cytologie cervicale, l'effet positif semble prouvé¹⁹². De même, selon le NHS, la proportion de médecins généralistes atteignant les objectifs sanitaires est passée, cinq mois après la mise en place des paiements sur objectif, de 55 à 70% pour la couverture vaccinale des très jeunes enfants, et de 53 à 67% pour les frottis. Toutefois, isoler l'impact de la rémunération de l'évolution des pratiques et des demandes des patients est difficile. Dans le cas de ces paiements incitatifs au dépistage et à la vaccination, le lien direct entre rémunération et résultat n'est aujourd'hui pas clairement établi. Dans une expérience similaire sur les taux de vaccination en Irlande du Nord, la hausse des taux de vaccinations semble ne pas devoir être imputée au mode de paiement.

Par ailleurs, en Angleterre, les **comportements de prescription** font également l'objet de paiements sur objectif. Ainsi tous les PCG/Ts ont mis en place des objectifs de prescription avec des paiements associés¹⁹³; 76% des PCG/Ts ont ainsi fixé un objectif en matière de traitement médicamenteux des maladies coronariennes. Aucune étude d'évaluation de ces dispositifs n'a été portée à la connaissance de la mission. L'impact de ces dispositifs semble d'autant plus difficile à apprécier qu'ils sont souvent couplés avec des mécanismes d'intérressement au résultat financier (cf. *infra*), dont les modalités varient suivant les PCG/Ts, mais qui tous reposent sur le principe d'un budget de médicaments, qui peut être dépassé mais pour lequel les éventuelles économies réalisées peuvent être conservées par les médecins, dans une certaine limite.

¹⁸⁶ Cf. GRIGNON et *alii* (2002).

¹⁸⁷ Cf. HUTCHISON et *alii*, « Health service organizations : the evolution of capitation-funded physician care in Ontario », CHEPA working papers, 1996, cité par PEREIRA (2002).

¹⁸⁸ Cf. *Redbook, List of fees and allowances*, NHS, 2002.

¹⁸⁹ Chiffres de la *British medical association* (BMA).

¹⁹⁰ Cf. DURAND-ZALESKI et CHAIX, *Les incitations financières*, in JOLLY (2002), mentionnant BAKER et *alii*, 1994.

¹⁹¹ Cf. GIUFFRIDA et *alii*, « Inducing or restraining demand », *Journal of health economics*, 2001.

¹⁹² Cf. HUGHES et YULE, « The effect of per-item fees on behavior of general practitioners », *Journal of health economics*, 1992.

¹⁹³ Cf. WILKIN et *alii* (2002).

En ce qui concerne enfin les incitations portant sur **les résultats financiers**, les impacts sont beaucoup mieux documentés. L'exemple le plus connu et le plus étudié est celui du **Fundholding** au Royaume-Uni¹⁹⁴ : entre 1991 et 1999, les généralistes britanniques qui se sont portés volontaires ont été intéressés à leur résultat financier en matière de médicaments prescrits, de tests de laboratoire, de chirurgie élective, voire de chirurgie non élective et de soins communautaires (*total purchasing* introduit en 1994). Cet intérêsement prenait la forme d'un budget attribué en début de période, sur lequel les praticiens (*General practitioner fund holders* – GPFH) pouvaient conserver les éventuelles économies réalisées. En 1997, 40% des généralistes, traitant 50% des patients, étaient gestionnaires de ces capitations globales.

Malgré l'absence d'évaluation officielle de ce dispositif, son impact est relativement bien connu :

- les médecins ont réalisé des **économies sur leurs coûts de prescription**, à la fois sur les prix unitaires – substitution de médicaments moins coûteux – et les volumes ;
- si les médecins gestionnaires de budget n'ont pas réalisé d'économies sur leurs renvois à l'hôpital (taux d'hospitalisation, durée des séjours et coûts unitaires), c'est essentiellement du fait de la situation de quasi-monopole des hôpitaux britanniques, qui les a empêchés de négocier de meilleurs prix ;
- les cabinets de médecins ont réalisé des **gains de productivité** grâce à l'amélioration de l'utilisation du personnel non médical, à la structuration du cabinet et au développement des systèmes d'information ;
- d'un point de vue financier, ces économies ont été supérieures aux coûts liés à la nécessité d'embaucher du personnel qualifié et de mettre en place des systèmes d'information permettant de connaître la qualité et la quantité de services consommés ;
- si l'impact sur la qualité des soins est difficile à estimer, **aucune détérioration de la qualité n'a été documentée**. Par ailleurs, il ne semble pas que cette formule de capitation élargie ait donné lieu à des phénomènes d'écrémage de la clientèle.

D'autres études ont confirmé, dans le cas des Etats-Unis, l'influence de l'intérêsement aux résultats financiers. Grignon et *alii* (2002) citent ainsi une expérience dans l'Illinois¹⁹⁵, entre 1985 et 1987, où des incitations portant sur les résultats financiers dans 35 organisations de *managed care* ont permis de faire baisser le taux d'admission à l'hôpital de 16% et ont diminué de moitié le nombre de consultations par bénéficiaire.

En revanche, la mission n'a pas eu connaissance d'études évaluant les impacts des dispositifs de responsabilisation sur les coûts de prescription mis en place en Allemagne à partir de 1993¹⁹⁶.

¹⁹⁴ Pour un bilan de cette expérience, cf. LE GRAND et *alii*, *Learning from the NHS Internal market*, 1998, King's Fund. Les développements consacrés au Fundholding dans le présent rapport s'appuient en grande partie sur cette source.

¹⁹⁵ Cf. DEBROECK et *alii*, 1992, « Utilisation control in HMOs », *Quarterly review of economic finance*.

¹⁹⁶ Cf. PARIS et *alii* (2002), pour une description de ces dispositifs. Ce document met en évidence une diminution transitoire des coûts de prescription (-25% en janvier 1993 par rapport à janvier 1992), sans préciser si cette variation doit être attribuée aux budgets médicaments mis en place.

Par ailleurs, une récente étude économétrique¹⁹⁷ a tenté d'évaluer, dans différents pays (Etats-Unis, Allemagne, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas), l'impact de la responsabilisation financière des praticiens sur les dépenses du secteur ambulatoire, ainsi que sur les prescriptions. Une telle étude pose des problèmes méthodologiques, du fait de la difficulté à isoler l'impact des modes de rémunération. Elle semble toutefois indiquer que la mise en œuvre de dispositifs de responsabilisation financière a eu un impact significatif sur les coûts dans tous les pays.

Au total, la responsabilisation sur les résultats financiers semble avoir un impact réel sur les pratiques. Cet impact est durable, ce qui n'est pas le cas avec des dispositifs prévoyant uniquement une sensibilisation des praticiens aux paramètres financiers de leur pratique, sans responsabilisation pécuniaire¹⁹⁸.

En revanche, la question du niveau à partir duquel les incitations financières sont efficaces reste très peu documentée. La mission peut uniquement citer les exemples qu'elle a pu étudier en Californie (paiements à la performance représentant 10% de la rémunération chez *Hill Physicians medical group*, 30% chez *Healthcare Partners*). Une étude mentionne également un sondage effectué auprès des directeurs de groupes médicaux selon lequel, pour être efficaces, les incitations doivent porter sur 20 à 30% de la rémunération¹⁹⁹.

Un développement rapide

Encadré 17 – paiement à la performance des médecins généralistes américains : exemples

Pacificare (Californie) : 80% des médecins sous contrat sont aujourd'hui responsabilisés sur leurs dépenses de prescriptions à hauteur de 50% (ils conservent 50% des économies et contribuent aux dépassements à hauteur de 50%) ;

Wellpoint (Californie) : les médecins sous contrats se voient attribuer des points (sur 100 points) : 40 points pour la qualité clinique (dépistage de certains cancers, examens ophtalmologiques pour les diabétiques, suivi des asthmatiques...), 22 points pour l'accès aux soins et la continuité des soins, 20 points pour la prescription de génériques par classe thérapeutique et 18 points pour la qualité des procédures (facturation...). Des bonus sont ensuite distribués suivant un barème progressif : entre 41 et 60 points, 2% de bonus jusqu'à 2 000 \$; entre 61 et 80 points, 4% jusqu'à 3 000 \$; entre 81 et 90 points, 7% de bonus jusqu'à 4 000 \$; et entre 91 et 100 points, 10% de bonus jusqu'à 5 000 \$;

Independent Health association (HMO à but non lucratif de l'Etat de New York) : des incitations financières (jusqu'à 1,5 \$ par mois et par patient) sont accordées aux producteurs de soins suivant 5 critères : la satisfaction des patients, l'utilisation des urgences, l'accès aux soins, le dépistage du cancer du sein, et le dépistage du cancer du col de l'utérus ;

CIGNA (Atlanta), qui propose trois niveaux de rémunération pour ses médecins généralistes, selon les critères suivants : la satisfaction des patients, le taux de prescription de génériques, la gestion des attaques cardiaques, l'utilisation des antibiotiques, le taux de réadmission, le nombre de mammographies et le taux de dépistage du cancer de la prostate.

¹⁹⁷ Cf. WILTON et alii, « Devolved budgetary responsibility in primary care, a cross-country assessment of the impact on efficiency », *European journal of health economics* n°1, 2002, pp 17-25.

¹⁹⁸ Cf. DURAND-ZALESKI et CHAIX (2002) : l'affichage du prix des examens complémentaires lors de la prescription a diminué de 14% les demandes d'examen, mais cet effet a seulement été transitoire.

¹⁹⁹ Cf. BURNS et alii, « Responding to a consolidating healthcare system : options for physician organizations », *Advances in healthcare management*, vol 1 pp 273-335, 2000.

Ces paiements à la performance se développent aujourd’hui rapidement, notamment pour les prescriptions de médicaments. Ainsi aux Etats-Unis les paiements à la performance (sanitaire et financière) sont aujourd’hui très répandus (cf. encadré ci-dessus). En 1999 seuls 23% des médecins américains en secteur ambulatoire n’avaient aucune incitation financière²⁰⁰. En 1998, 7% du revenu des médecins était lié à la performance²⁰¹.

Devant l’ampleur de ce mouvement, l'*Integrated healthcare association* (IHA), association californienne qui rassemble 6 assureurs (AETNA, *Blue Cross of California*, *Blue Shield of California*, CIGNA, *Health net*, *Pacificare*) couvrant 8 millions d’assurés en Californie, a annoncé le 29 octobre 2002 la mise en place d’un programme unifié de paiement à la performance des producteurs de soins primaires. Ces incitations seront liées à la qualité clinique (50% - traitement de l’asthme, du diabète et des maladies coronariennes, dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l’utérus et vaccination des enfants), à la satisfaction des patients (40%) et aux investissements dans le domaine des technologies de l’information (10%).

En Angleterre également, le PMS – *personal medical services*, schéma de rémunération introduit en 1997 et concurrent du GMS (*General medical services* – contrat national de rémunération des médecins généralistes britanniques), comprend le plus souvent des éléments de paiement à la performance. Il concerne aujourd’hui plus de 20% des médecins généralistes britanniques. Par ailleurs, le nouveau contrat GMS en cours de négociation devrait accorder une place plus importante aux paiements à la performance.

Il convient toutefois de remarquer qu’aujourd’hui de tels dispositifs n’existent pas en France :

- le système de sanction financière associé aux RMO n’est plus appliqué (cf. encadré *supra*) ; par ailleurs, il s’agit uniquement d’un dispositif de sanction et non d’un mécanisme positif valorisant les meilleures pratiques ;
- les accords de bon usage des soins (ACBUS), les contrats de bonne pratique des soins et les contrats de santé publique, créés par la LFSS 2000 et repris et étendus dans leur champ d’application par la loi du 6 mars 2002 n’ont connu que très peu d’applications pratiques à ce jour (un ACBUS signé sur le cancer du sein, deux autres ACBUS régionaux en préparation). Par ailleurs, ces accords ouvrent droit uniquement à des rémunérations forfaitaires complémentaires qui ne sont pas directement liées à la performance individuelle du praticien²⁰².

²⁰⁰ Cf. STODDARD et alii, « Physicians more likely to face quality incentives than incentives that may restrain care », Center for studying health system change, *Issue brief* n°48, 2002, ainsi que STRUNK et alii, « Kinder and gentler : physicians and managed care, 1997 – 2001 », *Tracking report* n°5, novembre 2002, Center for studying health system change, et MAYS et alii, « Consumers face higher costs as health plans seek to control drug spending », *Issue brief* n°45, novembre 2001, Center for studying health system change ; cf. également PEDERSEN et alii, « Primary Care Physician Incentives in Medical Group Practices », *Archives of family medicine*, 2000.

²⁰¹ Cf. GRUMBACH et alii, « Primary care physicians’ experience of financial incentives in managed care systems », *New England journal of medicine*, 1998, cité dans GRIGNON et alii (2002).

²⁰² Un ACBUS signé le 28 mars 2002 par la MGF et l’URCAM Centre sur l’optimisation de la prescription des médicaments prévoit toutefois un investissement dans la formation professionnelle continue à hauteur des économies réalisées.

b) La mise en place d'incitations financières pose toutefois la question de la définition d'indicateurs pertinents

Les incitations financières permettent d'influencer la pratique des médecins. Toutefois, **un effet positif sur l'efficience des pratiques n'est pas garanti *a priori*.**

Les effets pervers potentiels des incitations financières

D'après la théorie économique, les incitations doivent vérifier deux principes pour orienter les médecins vers une pratique efficiente : elles doivent assurer l'adéquation entre les intérêts financiers du praticien et les intérêts sanitaires et financiers du patient et de la collectivité, et elles doivent correctement prendre en compte les efforts réels du producteur.

Des incitations à la production de certains soins surestimant l'effort nécessaire de la part du praticien peuvent conduire à des phénomènes de **surproduction** (cf. *supra* l'étude du paiement à l'acte). Inversement, des incitations à la production sous-estimant l'effort nécessaire, ou une responsabilisation financière prenant imparfaitement en compte la composante sanitaire peuvent avoir pour conséquence un **rationnement des soins**, une **diminution de la qualité** et des **reports de charge** sur d'autres producteurs. Enfin, des incitations indexées sur l'état de santé des patients ou sur les résultats financiers, qui ne prendraient pas en compte l'état de santé initial des patients, pourraient inciter les producteurs à **sélectionner les risques**.

Encadré 18 – les incitations financières vues par les patients et les praticiens américains : des inquiétudes vis-à-vis de la qualité de la prise en charge et de la liberté de prescription

Aux Etats-Unis, où 77% des généralistes reçoivent des paiements à la performance, 34% des praticiens pensaient en 2001 que leur pratique était affectée par les indicateurs d'utilisation des ressources de soins (médicaments, soins secondaires) et 62% par les résultats des enquêtes de satisfaction des patients²⁰³.

Par ailleurs, selon une enquête²⁰⁴ réalisée en 1998 auprès de 766 médecins américains, dont 58% étaient rémunérés en partie à la performance, 57% ressentaient une pression pour limiter leurs renvois aux soins secondaires et 17% pensaient que ces dispositifs affectaient négativement la qualité des soins. D'autres études conduites par HADLEY et alii²⁰⁵ montrent que la responsabilisation sur le coût de la pratique augmente le sentiment des médecins d'avoir une incitation à diminuer le temps de consultation et à réduire les services. Elle augmente également chez les praticiens le sentiment (existant déjà avec des dispositifs de retour d'information et d'audit des pratiques) de ne pas prescrire les soins secondaires nécessaires et d'être confrontés à un conflit d'intérêt. La responsabilisation financière suscite enfin chez les médecins l'impression d'une perte d'autonomie et une insatisfaction vis-à-vis de leur pratique.

Par ailleurs, selon une étude citée par ZELMAN et BERENSON (1998), 25% des praticiens estimaient en 1997 qu'ils ne pouvaient faire la meilleure prescription dans l'intérêt du patient sans réduire leur revenu, et 18% qu'ils ne pouvaient pas toujours proposer des soins secondaires en quantité et qualité suffisantes.

²⁰³ Cf. STRUNK et alii (2002), et REED et alii, *Who do you trust ? Americans' perspectives on health care, 1997-2001*, Tracking report n°3, Center for studying health system change, 2002.

²⁰⁴ Cf. GRUMBACH et alii (1998).

²⁰⁵ HADLEY et alii. « Effects of HMO market penetration on physicians' work effort and satisfaction », *Health affairs* 1997 ; « Perceived financial incentives, HMO market penetration, and physicians' practice styles and satisfaction », *Health services research* 1999 ; « Measuring the effects of managed care on physicians' perceptions of their personal financial incentives », *Inquiry* 2000 ; « The growth of managed care and changes in physicians' incomes, autonomy, and satisfaction, 1991-1997 », *International journal of health care finance and economics*, 2002 ; « Financial incentives and physicians' perception of conflict of interest and ability to arrange necessary services », *Journal of ambulatory care management*, à paraître.

En ce qui concerne **les patients**, certaines études ont montré que les incitations diminuaient la confiance des patients en leur praticien²⁰⁶. Toutefois, **ces effets sont faibles** : 92% des patients des HMO font confiance au docteur pour placer au premier rang leur santé, contre 94% parmi les non-HMO²⁰⁷.

Il existe quelques rares études, notamment dans le domaine hospitalier, tendant à prouver que certains paiements à la performance ont entraîné un rationnement des soins ou une sélection des risques²⁰⁸. Elles concernent notamment l'expérience britannique de rémunération des hôpitaux en fonction des files d'attente²⁰⁹. Par ailleurs, ces risques sont clairement ressentis par les médecins et dans une moindre mesure les patients (cf. encadré ci-dessus). Ceci explique que dans certains Etats américains des lois ont obligé à publier les schémas d'incitation et ont interdit les incitations pouvant conduire à une limitation de soins considérés comme nécessaires.

Dès lors, face à ces différents effets pervers potentiels²¹⁰, comment définir un « bon » schéma de rémunération à la performance ? En pratique (cf. les nombreux exemples cités précédemment), un tel dispositif repose essentiellement sur un jeu d'indicateurs²¹¹ sanitaires (mesurant le résultat final et/ou les résultats intermédiaires et/ou la qualité de l'organisation des soins) et financiers (indicateurs de productivité), sur lesquels une partie de la rémunération est indexée. **L'enjeu est donc de définir un jeu d'indicateurs mesurant correctement l'effort du producteur et permettant d'assurer la convergence des intérêts.**

Des principes à respecter

Le présent rapport n'a pas pour ambition de définir précisément quel est le schéma de rémunération optimal. Toutefois, un certain nombre de principes à respecter peuvent être mis en évidence à partir d'éléments de recherche récents ainsi que des exemples étrangers.

Tout d'abord, **il semble que l'indexation des rémunérations sur le résultat de sondages de satisfaction des patients doit être écartée**, pour les raisons déjà évoquées *supra* (cf. § I.A.3.b) : la qualité et l'efficience réelles des pratiques ne sont que très imparfairement mesurées par les patients. Dès lors, les résultats des enquêtes de satisfaction peuvent être très fortement déconnectés de la situation objective.

Ainsi le sentiment des patients quant à la durée de la visite peut être corrélé négativement avec la durée effective de la visite²¹². D'autres études ont montré de manière plus générale que la satisfaction des patients était liée à des paramètres autres que la qualité objective des pratiques²¹³, comme par exemple aux Etats-Unis le sentiment d'être client d'un HMO²¹⁴.

²⁰⁶ Cf. GALLAGHER et alii, « Patients' attitudes toward cost control bonuses for managed care physicians », *Health Affairs*, 2000.

²⁰⁷ Cf. REED et alii (2002).

²⁰⁸ Cf. DRANOVE et alii, *Is more information better ?*, NBER Working paper 8697, 2002.

²⁰⁹ Cf. NAYLOR et alii, in OCDE (2002).

²¹⁰ Les rémunérations du secteur hospitalier directement indexées sur les performances ont été supprimées en Angleterre alors même qu'elles se sont accompagnées d'une augmentation de productivité (sur cinq ans, augmentation de l'activité pondérée par les coûts de 18%, et augmentation des ressources de seulement 9,6%), du fait de soupçons, non démontrés, de baisse de qualité et de diminution de l'accès aux soins.

²¹¹ Cf. SMEE in OCDE (2002).

²¹² Cf. l'étude réalisée en 1998 par le Commonwealth fund international policy health survey sur cinq pays (Etats-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Canada), reprise dans DONELAN et alii, « The cost of health system change : public discontent in five nations », *Health affairs* vol 18, n°3, 1998.

²¹³ Cf. LUFT et MILLER, « HMO plan performance update : an analysis of the literature », *Health affairs*, 2002 : la qualité dans les HMO est supérieure à celle des autres assureurs, mais la satisfaction des patients est moindre.

²¹⁴ Cf. RESCHOVSKY et alii, « Consumer beliefs and health plan performance : it's not whether you are in an HMO but whether you think you are », *Journal of health politics, policy and law*, 2002.

Un tel dispositif pourrait notamment conduire à une distorsion des pratiques dans le sens d'une plus grande utilisation des nouvelles technologies et des nouveaux médicaments, sans que ceci soit nécessairement médicalement justifié. La satisfaction des patients est pourtant fréquemment utilisée aujourd'hui, notamment aux Etats-Unis²¹⁵.

Par ailleurs, il semble que, tout particulièrement dans le domaine de la médecine ambulatoire, **une indexation des rémunérations sur les résultats finaux** (impact sur l'état de santé des populations suivies) **doit également être écartée**. Un tel dispositif semble à première vue une solution intéressante pour limiter les risques de rationnement des soins et de diminution de la qualité induits par la responsabilisation financière. Néanmoins, cette solution ne paraît pas envisageable en pratique, étant donné les problèmes de définition et de fiabilité posés par les indicateurs d'impact (cf. encadré ci après).

Encadré 19 – les indicateurs d'impact : un outil peu adapté à la médecine ambulatoire

Différentes études ont montré que les indicateurs d'impact couramment utilisés (mortalité évitée, hospitalisation évitée...) évaluent plus les caractéristiques de la population soignée (état de santé initial, caractéristiques socioéconomiques...) que la performance des producteurs de soins. Ainsi au Canada la fréquence des ruptures du myocarde varie du simple au triple selon le décile de revenu. Même les évolutions de ces indicateurs restent très dépendantes de paramètres exogènes aux pratiques médicales.

Dès lors, une solution pourrait être de tenir compte d'éléments de contexte et d'ajuster au risque les résultats donnés par les indicateurs d'impact. Ceci est toutefois en pratique très difficile, tout particulièrement dans le secteur ambulatoire.

Par ailleurs, il semble impossible de définir un unique indicateur synthétique d'impact. **Seules des mesures d'impact pathologie par pathologie sont donc envisageables**²¹⁶. Pour être efficaces, elles doivent se focaliser sur des processus médicaux pour lesquels les évolutions sont rapides et les relations entre le traitement prodigué et l'état de santé univoques. Ces conditions peuvent être réunies dans certains cas pour le secteur hospitalier, mais **beaucoup plus difficilement dans le secteur ambulatoire**²¹⁷.

En effet, dans le secteur ambulatoire, l'état de santé des populations soignées dépend souvent également des interventions des autres producteurs de soins (spécialistes, hôpital...). Dès lors, il est très difficile, même en considérant des pathologies spécifiques, d'identifier un lien direct entre les interventions préventives, cliniques ou thérapeutiques des médecins généralistes et la qualité de vie et l'état de santé de leurs patients. Une mesure d'impact ne fait véritablement sens qu'en considérant une filière de soins (primaires et secondaires) dans son ensemble.

Les mesures d'impact, lorsqu'elles sont possibles, nécessitent donc d'étudier les résultats de filières de soins sur certaines pathologies. Ceci nécessite le plus souvent de travailler sur la base de données individuelles, patient par patient, ce qui rend ces mesures **extrêmement coûteuses**²¹⁸, **sans nécessairement garantir leur fiabilité** du fait des difficultés méthodologiques (cf. aux Etats-Unis les discordances entre les *report cards* mentionnées *supra*).

Au total, la plupart des auteurs concluent à la faible utilité pratique des indicateurs d'impact. A la lumière de l'exemple du Royaume-Uni, où un effort très important a été fourni ces dernières années pour développer des indicateurs, Smee²¹⁹ conclut ainsi que les indicateurs d'impact, s'ils peuvent être utilisés pour la planification des moyens alloués aux très grosses structures hospitalières, ne sont pas adaptés à la responsabilisation des producteurs individuels.

²¹⁵ Cf. les exemples précédemment cités, ainsi que STRUNK et alii (2002), selon lequel 24% des praticiens américains sont payés en fonction de la satisfaction des patients, mesurée par des sondages.

²¹⁶ Cf. SMITH, *Developing composite indicators for assessing health system efficiency*, et JACOBZONE et alii, *Opening the black box : what can be learned from a disease-based approach ?* in OCDE (2002).

²¹⁷ Mc COLL et alii, « Clinical governance in PCGs » et « Evidence-based performance indicators in primary care », *Quality in health care*, 2000.

²¹⁸ Cf. MEDPAC, *Report to the Congress : selected Medicare issues*, 1999 : chaque mesure de performance d'un plan d'assurance par HEDIS a coûté entre 20 000 \$ et 700 000 \$.

²¹⁹ Cf. SMEE, in OCDE (2002).

En définitive, il semble donc préférable de se limiter aux indicateurs de résultats intermédiaires, d'organisation ainsi qu'aux indicateurs financiers, en veillant aux points suivants :

- en ce qui concerne les indicateurs de résultats intermédiaires et les indicateurs financiers, la rémunération ne doit *in fine* pas dépendre du risque du patient ; il est donc préférable autant que possible de :
 - o les **ajuster au risque** ;
 - o considérer uniquement les **valeurs relatives** (écart à la moyenne locale par exemple) ;
 - o se concentrer sur les **progressions**²²⁰ ;
- parmi les indicateurs de résultats intermédiaires, **les variables les plus facilement observables** doivent être privilégiées (taux de dépistage, de vaccination, volumes de prescription...) ; le caractère approprié des diagnostics et des traitements, s'il constitue un meilleur indicateur de qualité *a priori*, pose d'importants problèmes méthodologiques ;
- **les indicateurs les plus simples** doivent être privilégiés, tout en essayant de couvrir l'ensemble de l'activité de production de soins afin de ne pas amener les praticiens à délaisser certains aspects de leur pratique.

Même en prenant de telles précautions, il reste très difficile de définir un jeu d'indicateurs ne comportant aucun effet pervers. Ceci ne doit pas conduire à rejeter les incitations financières, mais invite à **les associer à un audit des pratiques** (cf. *supra*), pour plusieurs raisons :

- l'audit des pratiques permet de **mesurer les efforts réellement faits par les praticiens**, qui ne se traduisent pas nécessairement immédiatement sur les indicateurs de performance sanitaire et financière ;
- il permet également de **s'assurer le cas échéant qu'il n'y a pas de rationnement des soins ou de diminution de la qualité** ; ainsi par exemple dans le programme Medicare, lorsque les hôpitaux ont été responsabilisés sur leurs résultats financiers, ont été créés des groupes de pairs (*Peer review organization – PRO*²²¹) pour s'assurer de l'absence de rationnement des soins ou de pratiques moins bonnes que pour les patients non-Medicare.
- l'audit des pratiques permet en outre de **mieux rentabiliser les coûts informationnels** liés à la mise en place des indicateurs nécessaires aux incitations financières.

Différents cas concrets de schémas d'incitations financières portés à la connaissance de la mission répondent de manière assez satisfaisante à ces critères (cf. encadrés ci-après).

Encadré 20 – les indicateurs de gestion mis en œuvre par *Hill Physicians*

²²⁰ Cf. GIUFFRIDA et *alii*, « Measuring quality of care with routine data : avoiding confusion between performance indicators and health outcomes », *BMJ*, 1999, 319 : 94-98

²²¹ Organisations composées de représentants des praticiens, de statisticiens et d'experts de la qualité clinique chargées d'une revue de cas *a posteriori* ; aujourd'hui appelées des *Quality improvement organizations* (QIO), elles ont évolué vers l'audit des pratiques ; cf. MEDPAC (1999).

Le groupe médical californien *Hill Physicians*²²² a mis en place un système d'indicateurs de gestion, qui servent à la fois à réaliser un retour d'information pour les praticiens, à discuter et à évaluer les pratiques individuelles par les pairs, et qui permettent de calculer le bonus (10% de la rémunération). Ce dispositif comporte trois types d'indicateurs :

- les indicateurs sanitaires : dépistage (cancer du sein, cancer du cerveau, diabète) et vaccination ; le nombre de tests et de vaccins est rapporté à la population cible parmi les patients inscrits soignés par le praticien (femmes entre 52 et 69 ans pour le cancer du sein...) ;

- les indicateurs de responsabilisation financière :
+ coût de la pratique (coût des visites, des examens de laboratoires et des visites de spécialistes prescrites) ajusté en fonction du profil des patients (âge, sexe, part de clients Medicare, part de nouveaux patients) ;
+ types de renvois au secteur secondaire et coût (types d'examens de laboratoire, spécialités auxquelles les patients sont renvoyés) ;
+ coût des prescriptions de médicaments (proportion de génériques, prescriptions dans les principales classes thérapeutiques) ;
+ coût hospitalier induit.

Seul le coût de la pratique intervient dans le calcul de la rémunération.

- les indicateurs de présence aux réunions de management et d'évaluation des pratiques.

Encadré 21 – les indicateurs de qualité en médecine générale proposés par M. Roland

Martin Roland, du National primary care research and development center de l'Université de Manchester a proposé en 2001 un tableau de bord afin d'évaluer la qualité de soins des cabinets médicaux britanniques. Aucune valeur cible n'a été fixée, car selon Martin Roland ces indicateurs doivent être considérés en variation et non dans l'absolu. Ils sont regroupés en plusieurs domaines :

- accès aux soins : RV en urgence dans la journée, RV ordinaire sous trois jours, accès handicapés, durée de consultation minimale de 10 minutes, information sur les remplaçants ;

- efficacité des soins cliniques : taux de frottis, couverture vaccinale, taux de prescriptions dangereuses et inefficaces, conformité des prescriptions aux lignes directrices (diabète, HTA...) ;

- relation avec le patient : suivi des plaintes, justification des pertes de patients ;

- organisation du cabinet : existence de réunions d'équipe, d'un programme de formation des infirmières, d'une évaluation annuelle des personnels du cabinet, d'un classement des dossiers médicaux, de protocoles pour les prescriptions répétées et les maladies chroniques, d'un registre des maladies chroniques, d'une évaluation interne des comportements de prescription ; qualité de l'équipement ;

- efficience de la pratique : prescriptions (taux de génériques, coût total des prescriptions, coût des prescriptions d'antibiotiques...), évaluation interne des taux de transfert aux soins secondaires ;

- équité : justification des refus d'inscription de patients.

Au total, il semble bien possible d'améliorer l'efficience des pratiques par une conjonction d'instruments :

- la réalisation, la diffusion et le suivi, au plan local (cercles de qualité notamment), d'un petit nombre de lignes directrices ;
- un retour d'information sur les pratiques individuelles et un audit de celles-ci, s'appuyant sur des groupes de pairs ;
- des incitations financières convenablement définies.

²²² Entretien avec Steve Mc Dermott ; indicateurs proches de ceux décrits par ENTHOVEN et alii « Managed competition and California's health care economy », *Health affairs* 1998.

* * *

*

B/ Une meilleure organisation des filières de soins est susceptible d'améliorer la qualité des soins sans pour autant générer de surcoûts

Au-delà de l'optimisation des pratiques médicales dans le secteur ambulatoire, l'amélioration de l'efficience de la production de soins passe également par **une meilleure organisation des filières de soins**, dans un double objectif :

- diminuer le coût du service rendu aujourd'hui par des transferts de charge vers des professions et des structures moins coûteuses ;
- améliorer la qualité du service rendu, notamment en assurant une meilleure continuité de la prise en charge des patients et un meilleur accès aux soins, sans nécessairement augmenter les coûts.

Sur ces questions d'organisation des filières de soins, la littérature est en général peu fournie quant aux impacts des différentes solutions envisageables. Néanmoins, **les expériences étrangères permettent de dégager trois conclusions** :

- le *gatekeeping* ne constitue pas une piste de réforme prioritaire en France (1) ;
- une meilleure continuité de la prise en charge et un meilleur accès aux soins peuvent en effet être obtenus par d'autres voies (2) ;
- la structure des dépenses de santé invite à mettre en œuvre un suivi spécifique des pathologies les plus lourdes, notamment les maladies chroniques (3).

1) Confier au médecin généraliste une fonction d'orientation dans le système de soins (gatekeeping) ne paraît pas une solution à privilégier

La continuité des soins et la coordination entre les différents producteurs de soins peut être recherchée en confiant au médecin généraliste **un rôle de porte d'entrée dans le système de soins (gatekeeping)**. Celui-ci est alors chargé d'effectuer un examen et de porter un premier diagnostic sur tous les patients voulant recevoir des soins, avant de décider de traiter le patient lui-même ou de le renvoyer sur un producteur de soins secondaires (médecin spécialiste ou service hospitalier). Tout accès direct d'un patient au secteur secondaire, sans examen initial par le *gatekeeper* est alors prohibé.

Au vu des expériences étrangères, il est difficile de conclure sur l'efficacité économique et sanitaire de ce dispositif. De plus, la mise en œuvre d'une telle mesure apparaît peu pertinente en France aujourd'hui.

a) Les expériences étrangères ne permettent pas de conclure quant à l'efficacité de ce dispositif

Le *gatekeeping* vise essentiellement à :

- **confier au médecin généraliste un rôle d'orientation** au sein du système de soins, afin d'augmenter la qualité de service, dans un contexte de spécialisation de la médecine ;

- rationaliser les pratiques et éviter des consultations de spécialistes et des hospitalisations inutiles, et donc diminuer, lorsqu'elles existent, les files d'attente chez les spécialistes et à l'hôpital, et diminuer les coûts.

A priori, l'impact du gatekeeping sur la qualité des soins dispensés semble devoir être positif, à condition que les médecins généralistes aient la formation nécessaire pour assumer ce rôle d'orientation. **En revanche, l'impact global sur les coûts est incertain**. Cette mesure peut diminuer le recours à l'hôpital et les consultations de spécialistes, voire celles de généralistes grâce à une meilleure prise en charge, mais elle peut également augmenter mécaniquement le nombre de consultations de généralistes, sans nécessairement diminuer à due proportion celles de spécialistes et le recours à l'hôpital.

Des études économétriques développées à partir des années 1980 ont toutefois laissé entendre que le **gatekeeping permettrait de diminuer les dépenses de santé**. Une étude portant sur les pays de l'OCDE trouve ainsi que le recours obligatoire au généraliste, s'il est neutre sur les dépenses de médecine ambulatoire et de médicaments, permet de diminuer les dépenses de santé globales de 18%, grâce à une réduction des coûts hospitaliers²²³.

Suite à ces études, **l'utilisation du gatekeeping s'est développée** ces vingt dernières années. Traditionnellement mis en œuvre au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Australie et en Nouvelle-Zélande, il a en effet été adopté par une grande partie des assureurs privés américains, ainsi que par plusieurs pays européens (Portugal, Espagne, Italie...).

Le Québec, sans introduire de *gatekeeping* strict, a également mis en place une mesure incitative au recours au généraliste : lorsque les spécialistes ou les services hospitaliers interviennent sans que le patient ne soit envoyé par un généraliste, et hors situations d'urgence, ils se voient uniquement rembourser le prix d'une consultation de généraliste, moins onéreuse. Par ailleurs, l'Allemagne pourrait adopter le *gatekeeping* à moyen terme.

Toutefois ces études sur données macroéconomiques posent d'importants problèmes méthodologiques (difficulté à isoler l'effet du *gatekeeping* notamment²²⁴), et leurs résultats semblent incertains. Ainsi une étude économétrique récente²²⁵ sur données européennes semble montrer que le *gatekeeping* n'a pas d'effet sur les dépenses totales de santé.

Une évaluation fiable de l'impact sanitaire et financier du *gatekeeping* nécessite donc une approche microéconomique, sur la base d'expériences concrètes. La littérature de cette nature rassemblée par la mission est relativement pauvre²²⁶. Ceci s'explique essentiellement par le fait que le *gatekeeping* est en pratique le plus souvent associé à d'autres mesures d'organisation des soins et de maîtrise des coûts (fidélisation des patients, autorisations préalables avant renvoi à des soins secondaires...), ce qui rend ses effets propres très difficiles à isoler. Néanmoins, les quelques études existantes indiquent assez clairement que l'impact sur la qualité est très limité, et que l'impact sur les coûts n'est pas démontré.

²²³ Cf. GERDTHAM et alii, *Déterminants des dépenses de santé, une analyse économétrique par pays*, in OCDE, *Nouvelles orientations dans la politique de santé*, Etudes de politique de santé n°7, 1995.

²²⁴ Cf. GERDTHAM et alii, *International comparisons of health expenditure : theory, data and econometric analysis*, in CULYER et NEWHOUSE eds. (2000).

²²⁵ Cf. DELNOIJ et alii (Institut néerlandais NIVEL), « Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure ? », *Journal of health services research & policy*, vol 5 n°1, 2000 : 22-26.

²²⁶ Cf. pour une revue de littérature récente, SCOTT, in CULYER, NEWHOUSE eds. (2000).

En ce qui concerne **la qualité**, une étude mentionne, sur la base des expériences américaines, un effet positif (qui n'est pas précisément quantifié) du *gatekeeping*, dû à une spécialisation des médecins généralistes dans le diagnostic, l'appréciation des soins secondaires véritablement nécessaires, et l'évaluation des différents producteurs de soins secondaires. Dans certains cas, les médecins généralistes *gatekeeper* pourraient donc véritablement avoir un rôle actif d'orientation dans le système de soins secondaires²²⁷.

Une autre étude mentionne également un effet positif du *gatekeeping* sur la satisfaction des patients et la qualité des soins pour les malades légers. Toutefois, cet effet serait dû uniquement, dans les expériences examinées, au fait que le *gatekeeping* favorise les relations de long terme entre le patient et le praticien, dans la mesure où il est généralement associé à une inscription des patients auprès d'un médecin de référence.

Par ailleurs, cette étude fait également état d'une **forte insatisfaction des personnes atteintes de maladies chroniques**, qui ne peuvent plus voir directement leur spécialiste. Il convient toutefois de noter que certaines formes de *gatekeeping* sont plus évoluées que le schéma décrit précédemment et ne requièrent le passage devant un médecin généraliste que lors du premier épisode de soins dû à une même pathologie²²⁸.

D'autres études dressent un bilan très mitigé du *gatekeeping* en termes de qualité des soins²²⁹. Ainsi il semblerait que pour les maladies cardiaques, tout au moins aux Etats-Unis, les cardiologues sont mieux à même que les généralistes de traiter l'ensemble des affections, même si elles sont classiques et relativement bénignes. Dès lors, le *gatekeeper* ne peut traiter à son niveau aucune pathologie, et ne joue qu'un rôle de renvoi automatique vers le spécialiste sans grande valeur ajoutée, d'autant que les maladies cardiaques sont en général facilement identifiables par le patient lui-même, et pour la plupart chroniques²³⁰.

De même, en Angleterre, l'impact sur la qualité d'un rééquilibrage de la production des soins en faveur des médecins généralistes (« *primary care led NHS* ») n'est pas démontré²³¹.

Enfin, même dans des systèmes avec *gatekeeping*, une insuffisance de coordination entre soins primaires et secondaires a pu être démontrée (Angleterre notamment²³²).

Au total, **il semble que le *gatekeeping* ne présente pas, en soi, d'intérêt significatif en matière de qualité des soins dispensés.**

Quant à **l'impact sur les coûts**, il est peu évident au vu de la littérature existante. Des revues de littérature semblent montrer que le *gatekeeping* ne réduit pas le coût des soins hospitaliers, mais diminue sensiblement ceux des spécialistes en ville, sans pour autant augmenter les coûts de médecine générale²³³.

²²⁷ Cf. DRANOVE et *alii* (2000).

²²⁸ Cf. JOSEFSON « Gatekeeping may not be cost effective », *BMJ*, 2002.

²²⁹ Cf. YOUNG et *alii*, « Adverse outcomes of managed care gatekeeping », *Academic emergency medicine*, vol 4, 1997.

²³⁰ Cf. ZELMAN, BERENSON (1998).

²³¹ Cf. SCOTT in CULYER et NEWHOUSE ed., 2000.

²³² Cf. JANKOWSKI, « Implementing national guidelines at local level : changes in clinicians' behaviour in primary care need to be reflected in secondary care », *BMJ*, 2001.

²³³ Cf. BLUMENTHAL, « Effects of market reforms on doctors and their patients », *Health affairs*, 1996, ainsi que FRANKS et *alii*, « Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience », *Journal of family practice*, 1998, 47(2) : 105-9.

Toutefois, la méthodologie de ces études est largement contestée. Les économies constatées ne seraient pas toujours dues au *gatekeeping* et il existerait, aux Etats-Unis, un biais de sélection, l'introduction d'un filtrage de l'accès aux soins spécialisés permettant de sélectionner les patients dont le profil de risque est inférieur à la moyenne. Par ailleurs, deux études récentes semblent contredire ces résultats :

- une étude de la RAND²³⁴ a comparé les performances de différents contrats d'assurance américains : dans tous les cas, les patients devaient s'inscrire auprès d'un médecin, mais certaines polices imposaient un filtrage de l'accès aux soins secondaires (HMO), les autres se limitant à inciter fortement à consulter en première intention un médecin de soins primaires (« *point-of-service plans* » – POS). Cette étude montre que, quel que soit le montant du ticket modérateur, les coûts de médecine ambulatoire (généralistes et spécialistes) avec un *gatekeeping* sont au mieux égaux, et au pire 7% plus chers que dans le cas d'un POS. Ce résultat reste valable lorsque le HMO et le POS utilisent le même réseau de médecin ;
- plus intéressantes encore, deux études²³⁵ ont analysé l'expérience d'un groupe médical américain (*Harvard Vanguard Medical Associates*), regroupant des spécialistes et des généralistes, qui a décidé en avril 1998 de supprimer son système de *gatekeeping*. Suite à cette évolution, il n'y a pas eu de variation des taux de visites aux spécialistes, mais uniquement une hausse de la proportion des consultations de spécialistes sans adressage par un médecin généraliste (de 30,6% à 34,8%). Par ailleurs, les taux de consultations des généralistes ont diminué très faiblement (de 1,21 fois par personne et par semestre à 1,19). Cette différence s'explique essentiellement par une diminution des visites aux généralistes pour les maux de dos, pour lesquels certaines personnes ont parfois recours directement aux orthopédistes en l'absence de *gatekeeping*.

Les effets positifs du filtrage de l'accès aux soins secondaires en tant qu'instrument de réduction des coûts ne semblent donc pas avérés. Le *gatekeeping* pourrait même occasionner une augmentation des dépenses de santé, sans gain significatif en matière de qualité.

En réaction aux études portant sur le groupe médical Harvard Vanguard Medical Associates, certains commentateurs ont toutefois avancé que cette absence de changement dans les coûts lors de l'abolition du *gatekeeping* serait due en grande partie au fait que ce groupe était très intégré et disposait notamment d'un système d'audit des pratiques et d'incitations financières très perfectionné. Ces outils incitent déjà très fortement les praticiens à une pratique efficiente, ce qui expliquerait le faible gain marginal résultant du filtrage de l'accès aux soins spécialisés.

La validité de ces arguments n'a pas été démontrée. En tout état de cause, quand bien même ils seraient fondés, ils plaident plus pour la mise en place de dispositifs d'audit des pratiques et d'incitations financières, dont l'effet positif sur l'efficience est avéré (cf. *supra*, § I.A), que pour le *gatekeeping*, dont l'impact reste incertain.

²³⁴ Cf. ESCARCE et alii, « Expenditures for physician services under alternative models of managed care », *Medical care research and review*, juin 2000, et ESCARCE et alii, « Medical care expenditures under gatekeeper and point-of-service arrangements », *Health services research*, n°36(6), 2001, pp 1037-1057.

²³⁵ Cf. BLUMENTHAL et alii, « Effects of removing gatekeeping on specialist utilization by children in a health maintenance organization », *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002, et JOSEFSON « Gatekeeping may not be cost effective », *BMJ*, 2002.

En l'absence d'impact prouvé du *gatekeeping* sur la qualité des soins, celui-ci apparaît plus comme **un substitut, moins efficace, aux outils d'optimisation des pratiques** examinés au § I.A que comme un instrument complémentaire²³⁶.

b) *Un tel dispositif n'apparaît pas une voie à privilégier dans le contexte français actuel*

La mise en œuvre du *gatekeeping*, dont l'efficience n'est pas démontrée de manière certaine, apparaît **peu pertinente en France aujourd'hui** au regard des difficultés posées en termes d'acceptabilité, ainsi que des enjeux réels, sanitaires et financiers, du système de santé.

En ce qui concerne son **acceptabilité** tout d'abord, le *gatekeeping* apparaît bien ancré au Royaume-Uni et aux Pays-Bas (respectivement depuis 1948 et 1941). Toutefois le champ de compétence du médecin généraliste semble y être plus étendu qu'en France : les généralistes hollandais réalisent ainsi des actes chirurgicaux et 45% des accouchements.

Par ailleurs, l'exemple des Etats-Unis, où le *gatekeeping* a été récemment introduit, montre que **ce dispositif peut être rejeté par les patients**. Le filtrage de l'accès aux soins spécialisés fait en effet partie, aux côtés des autorisations préalables, des réseaux sélectifs de producteurs de soins et des rémunérations fondées sur la capitation, des principaux outils utilisés à partir du milieu des années 1980 par les organisations de *managed care* américaines, aujourd'hui en reflux²³⁷.

Le *gatekeeping* est même devenu le symbole du *managed care* le plus visible pour les patients, et l'un des plus décriés, à tort ou à raison (cf. supra), quant à son impact sur la **qualité des soins**. Le filtrage de l'accès aux soins secondaires, couplé le plus souvent à des mesures d'autorisation préalable à l'accès aux spécialistes²³⁸, suscite ainsi de fortes craintes parmi les assurés : en 2001, 16% des clients des HMO avaient le sentiment que leur accès au spécialiste était restreint au-delà de ce qui est médicalement nécessaire, contre 10% pour les autres assurés²³⁹.

Pour répondre à ces inquiétudes, certains Etats américains ont dû passer des lois anti-*gatekeeping* pour certaines spécialités comme les obstétriciens-gynécologues, sous la pression des patients.

Le filtrage de l'accès aux soins secondaires a également été rejeté en tant qu'**atteinte à la liberté du patient**. Ainsi, selon un sondage de 1998²⁴⁰, 40% des américains ne voulaient pas d'une restriction de leur liberté de consultation, même si celle-ci devait permettre de diminuer les coûts.

²³⁶ Cf. BODENHEIMER et alii, « Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers », *JAMA* 1999 : « PCPs should be transformed from gatekeepers into coordinators of care, in which the goal of the PCP is to integrate both primary and specialty care to improve quality [...] Financial incentives would be needed, to encourage PCPs to discourage both overreferral and underreferral to specialists, [and to] encourage specialists to control costs ».

²³⁷ Cf. première partie, encadré intitulé « Développement et reflux du *managed care* aux Etats-Unis » ; cf. également GLIED, *Managed care*, in CULYER et NEWHOUSE ed., 2000.

²³⁸ Cf. GIVEN et alii (2002) : 40% des producteurs de soins californiens ont un système électronique d'autorisation des renvois au secteur secondaire.

²³⁹ Cf. REED et alii (2002).

²⁴⁰ Cf. STRUNK et alii (2002).

Le *gatekeeping* a enfin suscité un **mouvement de rejet de la part des médecins américains eux-mêmes**.

Au total, le **développement du *gatekeeping***, tenu par certains comme un des principaux instruments de la baisse spectaculaire des taux d'utilisation des soins secondaires obtenue par les organisations de *managed care* au début des années 1990²⁴¹, semble aujourd'hui **enrayé aux Etats-Unis**. En effet, après avoir connu une croissance rapide dans les années 1990, la pénétration du *gatekeeping* reste stable aux Etats-Unis depuis 1999. Ainsi en 2001, 44,6% des patients étaient dans un système de filtrage de l'accès aux soins secondaires, et 36,9% des médecins généralistes pratiquaient le *gatekeeping* avec au moins 50% de leurs patients, contre 36,5% en 1999²⁴².

Certains des principaux assureurs américains ont annoncé ces derniers mois leur intention de **supprimer le filtrage de l'accès aux soins secondaires**. Ainsi Blue Cross of California va, à titre expérimental, supprimer le *gatekeeping* dans le Comté d'Orange et ne donner au médecin généraliste qu'un rôle beaucoup moins contraignant de « *medical concierge* » (coordination des différents producteurs de soins par centralisation du dossier médical des patients).

Dans le cas de la France, en l'absence d'expérimentation pratique, il n'existe pas de preuve formelle qu'un tel dispositif engendrerait des difficultés en termes d'acceptabilité. Toutefois, le faible succès, tant du côté des praticiens que des patients, du **médecin référent**, qui s'apparente par certains aspects à du *gatekeeping*, ainsi que l'exemple américain, semblent indiquer que le *gatekeeping* serait mal accepté en France (cf. encadré ci-après).

Par ailleurs, la **mise en oeuvre d'un filtrage de l'accès aux soins secondaires semble aujourd'hui d'un intérêt incertain au regard des enjeux du système de santé français**.

En premier lieu, il apparaît qu'en France, tout comme dans la plupart des pays développés, les dépenses de santé sont fortement concentrées sur un petit nombre de personnes affectées de pathologies lourdes (maladies chroniques essentiellement – cf. *infra* § I.B.3.a). Dès lors, appliquer un **dispositif de *gatekeeping* uniforme à tous les patients**, y compris la grande majorité d'entre eux dont les consommations sont faibles et proviennent essentiellement d'affections bénignes, serait certainement peu efficace et comporterait un coût politique disproportionné du fait de son acceptabilité faible. Par ailleurs, le *gatekeeping* est particulièrement **peu adapté aux maladies chroniques** (cf. *supra*).

De plus, l'**accès direct au spécialiste semble aujourd'hui peu courant en France**, malgré la présence de nombreux médecins spécialistes dans le secteur ambulatoire. A cet égard, une récente étude de l'INSEE²⁴³ a permis de mieux cerner quels sont les comportements des français en la matière.

Encadré 22 – le **médecin référent : un développement limité, un impact non évalué**

²⁴¹ Cf. LUFT et MILLER (2002) : le *managed care* aurait permis une diminution de l'utilisation de l'hôpital de 14%, et une réduction de 20% des actes et investigations coûteux.

²⁴² Cf. STRUNK et *alii* (2002).

²⁴³ Cf. BREUIL-GENIER et RUPPRECHT, « Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent », *INSEE Première*, n°709, avril 2000.

Le dispositif de médecin référent a été institué par la convention médicale pour les généralistes du 26 novembre 1998, dans un objectif de rénovation des modes d'accès aux soins. Il s'agit d'une **option conventionnelle**, qui résulte du libre choix du praticien et du patient. La mise en œuvre d'un tel dispositif avait déjà été proposée en 1990 avec les « contrats de santé », option conventionnelle prévue par l'avenant n°1 de la convention nationale 1990-1992, qui n'a en pratique pas été appliquée.

Le médecin référent prend la forme d'un **contrat de suivi médical entre le médecin et le patient**, qui comporte des droits et des devoirs réciproques.

Le patient bénéficie du tiers payant intégral, mais il s'engage à passer par son médecin référent pour toute demande de soins primaires, sauf cas d'urgence ou situation exceptionnelle. Pour les soins secondaires, le patient doit faire appel à des praticiens choisis en concertation avec son médecin référent.

Le médecin référent quant à lui s'engage à suivre la santé de son patient dans sa globalité, en valorisant la prévention. Il doit limiter le nombre total de ses actes (7 500 consultations et visites par an), prescrire un niveau minimal de génériques et d'équivalents thérapeutiques, assurer la permanence et la continuité des soins (sans engagements concrets précis), respecter les tarifs conventionnels, et tenir un document médical de synthèse. En échange, il reçoit un forfait de 45,73 € pour le suivi général du patient, en plus du paiement à l'acte.

Le médecin référent a été mis en œuvre à la fois pour assurer une meilleure continuité des soins et rationaliser l'accès aux soins secondaires. Toutefois, **il n'existe pas d'évaluation précise du dispositif**, tant sur le plan sanitaire que financier. Le respect des différentes obligations du patient et du praticien, notamment la limitation annuelle du nombre d'actes, n'est pas contrôlé en pratique. Certaines de ces obligations ont d'ailleurs été assouplies. Ainsi l'avenant n°2 à la convention de décembre 1999 définit des possibilités de dérogation au seuil de 7 500 C+V, notamment en cas d'importance de la clientèle et de faible densité des médecins.

En tout état de cause, le système du médecin référent n'a été choisi que par 10% des praticiens et 1% des patients, malgré les incitations financières.

Cette étude montre que **dans 70% des cas les patients se dirigent en premier lieu vers un généraliste**. Cette première visite est suivie dans les quinze jours d'une seconde visite chez le généraliste dans 11% des cas, et chez un spécialiste dans 3% des cas (6% après deux mois).

Dans 30% des cas, les patients vont directement en premier recours chez un spécialiste. Cette visite est suivie dans les quinze jours d'une seconde visite chez le spécialiste dans 13% des cas, et d'une visite chez un généraliste dans 4% des cas.

Au total, moins de 30% des visites de premier recours sont des visites à des spécialistes qui sont susceptibles d'être remplacées par des visites à des médecins généralistes. Dans 4% des cas (visite au spécialiste, puis au généraliste), un *gatekeeping* aurait sans doute permis de réaliser des économies. Pour les 26% restants en revanche, **il n'est pas prouvé que le médecin généraliste aurait pu se substituer efficacement au spécialiste en premier cours**.

De plus, cette étude montre que **les accès directs aux spécialistes sont concentrés sur quelques spécialités** : les ophtalmologues, les gynécologues, les pédiatres, et les dermatologues représentent plus de la moitié des accès directs au spécialiste. Les gynécologues sont ainsi choisis en premier recours par les femmes de 20 à 39 ans dans 22% des cas.

Tout au moins pour les ophtalmologistes et les gynécologues, une substitution avec un généraliste semble peu probable dans la majorité des cas. Dès lors, **il semblerait raisonnable d'accorder le statut de gatekeeper également à ces spécialités**, voire également aux pédiatres. Toutefois, si cette solution devait être retenue, l'impact potentiel du *gatekeeping* deviendrait encore plus réduit ; les éventuelles substitutions de généralistes aux spécialistes se limiteraient en effet à environ 15% des visites de premier recours.

Au total, **la mise en œuvre du *gatekeeping* apparaît peu pertinente en France aujourd'hui**. En tout état de cause, l'impact du *gatekeeping* et sa faisabilité dépendent de la formation des médecins généralistes français, point qui n'a pas été étudié par la mission.

2) Un meilleur accès aux soins et une meilleure efficience dans la prise en charge du patient peuvent néanmoins être obtenus par d'autres voies

Si le *gatekeeping* ne semble pas constituer une solution à retenir pour mieux articuler l'intervention des différents producteurs de soins, l'amélioration de la continuité de la prise en charge et de l'accès aux soins peut être envisagée par d'autres voies, sans nécessairement augmenter les coûts ni restreindre de manière excessive la liberté des patients.

A ce titre, à la lumière des expériences étrangères récentes, deux pistes de réflexion doivent être considérées :

- **une inscription des patients** auprès de structures de soins ;
- **le développement de nouveaux acteurs** (centres ouverts de premiers soins et /ou centres téléphoniques de télétriage), assumant à la fois un rôle de production de soins primaires et d'orientation dans le système de santé.

a) Une inscription des patients auprès de structures de soins peut être envisagée

Une relation plus pérenne entre le médecin généraliste et le patient semble intuitivement de nature à améliorer l'efficience de la production de soins, en permettant de prendre en compte l'état de santé du patient dans sa globalité. Notamment, elle devrait conduire à éviter les redondances (consultations, examens de laboratoires, prescriptions) et à limiter les interactions médicamenteuses.

Les dispositifs d'inscription sont assez largement pratiqués dans les pays étudiés par la mission, avec des modalités variables. Ainsi par exemple au Royaume-Uni les patients doivent s'inscrire pour une durée de six mois auprès d'un généraliste (procédure dite de « *lock in* »). Des dispositifs équivalents existent dans d'autres pays européens (inscription pour un an aux Pays-Bas pour les caisses publiques ; Italie, Espagne, Portugal). Aux Etats-Unis également certains plans d'assurance pratiquent l'inscription.

Au Québec, un tel dispositif n'existe pas aujourd'hui. Toutefois, dans le cadre des **Groupes de médecins de famille** (GMF ; cf. *infra*), il est prévu qu'à moyen terme les patients s'inscrivent auprès d'un médecin pour une période déterminée (le rapport Clair²⁴⁴ propose six mois). En Ontario également, l'expérimentation des ***Family health networks*** (FHN – cf. *infra*) s'accompagne de l'obligation, pour les patients, de ne pas changer de médecin généraliste plus de deux fois par an.

²⁴⁴ Cf. *Solutions émergentes*, 2000, rapport de la Commission québécoise d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par Michel Clair.

Malgré la diffusion assez large de ce type de dispositifs, la littérature qui a pu être recueillie par la mission sur les impacts financiers et sanitaires de l'inscription des patients auprès d'un médecin généraliste est assez peu fournie. Plusieurs études montrent néanmoins que **la pérennité de la relation entre le patient et le praticien permet de réduire les coûts, d'augmenter la satisfaction des patients et d'améliorer la qualité des soins** du fait d'une meilleure connaissance de l'historique du patient par le praticien, et d'une mise en œuvre plus fidèle des prescriptions du médecin par le patient²⁴⁵.

Toutefois, trois arguments sont généralement avancés à l'encontre des dispositifs d'inscription. Tout d'abord, il est souvent soutenu qu'ils seraient **d'un impact très limité, du fait du faible nomadisme médical constaté.**

Il est vrai que le nomadisme médical est relativement faible dans les systèmes de santé étudiés par la mission. Les changements d'inscription en Angleterre seraient ainsi de seulement 1 à 1,5% par an, hors effet de changement de domicile, et ce dans un contexte d'insuffisance d'offre prononcée et de difficulté à trouver des généralistes acceptant de nouveaux patients.

Toutefois, aux Etats-Unis, les taux de rotation sont sensiblement plus élevés. Ainsi, en 2001, 11% des patients américains auraient changé de médecin généraliste (donnée stable depuis 1997), et seulement 24% de ces mouvements seraient dus à un changement de plan d'assurance²⁴⁶.

En France également, alors même que l'existence d'un réel nomadisme médical n'a jamais été constatée, différentes études montrent que la pérennité des relations entre le praticien et le patient pourrait être encore améliorée. La CNAMTS estime ainsi que **les consultations de deux médecins différents de même spécialité dans une même année concernaient 15% des patients**²⁴⁷. Ces changements de médecin ne s'expliqueraient pas uniquement par le recours à un deuxième examen pour une même pathologie, qui ne concernerait que 2 à 4% des épisodes de soins²⁴⁸.

Au vu de ces différentes études, il semble donc que l'impact d'une inscription pourrait être significatif.

Il est également avancé que **l'inscription serait difficilement acceptable pour les patients**, du fait de la restriction de liberté de choix induite, qui ne permettrait notamment pas d'avoir recours à un deuxième examen pour confirmation du diagnostic. Ceci expliquerait en partie le rejet en France du mécanisme de médecin référent précédemment décrit.

Cependant, il semble possible, au vu des expériences étrangères, de **concevoir des mécanismes d'inscription plus souples** permettant de concilier les avantages de cette formule en termes d'efficience des pratiques et un bon niveau d'acceptation de la part tant des patients que des praticiens. Notamment il est envisageable de :

- définir une durée limitée d'inscription, comme dans la plupart des exemples étrangers mentionnés *supra* ; des propositions ont été faites en ce sens pour améliorer le dispositif français du médecin référent ;

²⁴⁵ Cf. pour une revue de littérature SCOTT in CULYER, NEWHOUSE eds. (2000) et GUTHRIE et *alii*, « Does continuity in general practice really matter ? », *BMJ*, 2000.

²⁴⁶ Cf. REED et *alii* (2002).

²⁴⁷ Cf. PEREIRA (2002).

²⁴⁸ Cf. BREUIL-GENIER et RUPPRECHT (2002).

- mettre en place, comme en Angleterre, des dispositifs d'exception permettant à un patient, le cas échéant, de changer de médecin traitant avant la durée limite d'inscription ;
- faire porter l'inscription sur un groupe de médecins plutôt que sur un médecin individuellement ; c'est la direction qui semble être prise aujourd'hui au Québec et en Ontario ; ceci autorise en particulier plus facilement les deuxièmes examens de confirmation du diagnostic.

Enfin, il est parfois mis en avant que **l'introduction d'un dossier médical électronique pour chaque patient** serait un outil plus facile à mettre en œuvre et à faire accepter et aussi efficace que l'inscription des patients pour améliorer l'efficience de la qualité des soins, et éviter les redondances et les interactions médicamenteuses. Le dossier médical permettrait d'assurer la continuité des soins sans relation exclusive avec un praticien.

Certaines études ont montré que **la mise en place d'un tel dispositif pouvait améliorer sensiblement l'efficience des pratiques**. Plus précisément, le dossier médical électronique permettrait de diminuer le nombre de visites, le recours aux soins secondaires et les volumes de prescriptions médicamenteuses, et s'accompagnerait d'une plus grande satisfaction des patients²⁴⁹.

Il n'appartient pas à cette mission de se prononcer sur la pertinence et la faisabilité du dossier médical électronique en France²⁵⁰. Néanmoins, à la lumière des expériences étrangères étudiées par la mission, **il semble que le dossier médical électronique ne constitue pas une option crédible à court terme**, du fait à la fois de son coût et du changement dans les méthodes de travail et les pratiques médicales qu'il implique.

Ainsi au **Royaume-Uni**, malgré un bon degré d'informatisation des cabinets depuis la fin des années 1980, et de nombreux plans d'action gouvernementaux (le NHS va investir 250 M£ supplémentaires en 2003-2004 pour les technologies de l'information), très peu de cabinets ont d'ores et déjà mis en place un dossier médical électronique. Le gouvernement britannique a affiché des objectifs très volontaristes dans ce domaine (mise en œuvre du dossier médical électronique en 2004, transférabilité électronique de ces dossiers et accessibilité 24H/24 en 2005), dont la réalisation semble aujourd'hui très peu probable²⁵¹. En effet, seuls 38% des PCG/Ts estimaient en 2001 que le dossier médical électronique serait mis en place en 2004.

De même, aux **Etats-Unis**, le dossier médical électronique (« *electronic medical record* » – EMR) reste **d'une utilisation marginale**, alors même que ses vertus sont assez largement admises, et que différents produits sont disponibles depuis de nombreuses années²⁵². Ainsi parmi les grands plans d'assurance, seul *Kaiser Permanente* a mis en place un EMR dans certains Etats américains (Californie et Colorado notamment). Aucune évaluation de son impact en termes sanitaires et financiers n'a été portée à la connaissance de la mission.

²⁴⁹ Cf. MEYBOOM, *Patient recordings : what did the GP note down*, Nijmegen : KUN, 1993, cité dans HOMBERGH (1998).

²⁵⁰ Sur ce point, cf. notamment le récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales intitulé *Evaluation du système d'information des professionnels de santé* (2002).

²⁵¹ Cf. WILKIN et alii (2002).

²⁵² Cf. LUFT et MILLER (2002).

Au niveau des producteurs de soins eux-mêmes (groupes de médecins regroupant jusqu'à plusieurs centaines de praticiens), les expériences de mise en place d'EMR sont très rares²⁵³. Ainsi en 2001 seuls 16% des producteurs de soins californiens disposaient d'un EMR²⁵⁴. Encore plus rares sont les systèmes qui permettent également de suivre les médicaments effectivement achetés par les patients, les résultats des tests de laboratoire ainsi que les épisodes de soins dans le secteur hospitalier (« *workflow tracking* »). Seul *Kaiser Permanente* semble avoir commencé à expérimenter un tel dispositif dans le Colorado.

Cette très faible pénétration des EMR aux Etats-Unis s'expliquerait essentiellement par **leur impact sur les pratiques**, qui rendrait leur acceptation difficile par les médecins, et par **leur coût**²⁵⁵. D'après certains observateurs, l'effet sur l'efficience des pratiques pourrait même être négatif les premiers mois (perte de productivité due au doublonnage des dossiers papier et électronique). Le retour sur investissement serait très long, y compris pour des structures de plusieurs centaines de médecins²⁵⁶.

Au total, faute d'alternative crédible à court terme, **des dispositifs d'inscription des patients auprès d'un praticien, pour des périodes relativement limitées, ne doivent pas être écartés**, surtout dans le cadre d'un exercice plus collectif de la médecine de ville (cf. *infra*).

b) De nouvelles modalités de production de soins primaires pourraient être développées à l'image des walk-in centres britanniques

De nouvelles modalités de production de soins primaires sont apparues ces dernières années : **des centres de soins ouverts, en dehors de l'hôpital, composés le plus souvent d'infirmières et prenant en charge, avec des horaires élargis, les maladies et les blessures mineures**.

Ces centres sont apparus au début des années 1970 aux Etats-Unis, initialement pour soulager les services d'urgence des hôpitaux et créer une structure intermédiaire pour les « petites urgences », entre l'hôpital et les cabinets médicaux classiques. Ces centres se sont ensuite développés dans de nombreux pays, suite à des politiques volontaristes des pouvoirs publics (Angleterre), ou de manière spontanée, à l'initiative des producteurs de soins eux-mêmes (Etats-Unis, Australie et Canada), et ont évolué vers des centres de soins primaires.

L'exemple le plus connu, mais dont l'impact reste aujourd'hui relativement peu analysé, est celui des **walk-in centres anglais**. En avril 1999, le *Department of Health* a autorisé le financement d'un projet pilote de 40 centres de soins, situés dans les 30 plus grandes villes. Le premier centre a ouvert en janvier 2000. A fin 2001, une quarantaine de centres étaient opérationnels en Angleterre ; ils couvrent environ 11 millions de personnes.

Ces centres sont **composés essentiellement d'infirmières** (entre 6 et 14 équivalents temps plein), et sont dirigés par des infirmières. Dans certains centres, des médecins généralistes et/ou des spécialistes font également des vacations. Le conseil d'administration regroupe les PCG/Ts concernés, ainsi que les associations locales de médecins constituées pour réaliser les tours de garde (« *out of hours GPs' cooperatives* »).

²⁵³ Cf. GIVEN et alii (2002).

²⁵⁴ Cf. pour des exemples concrets en Californie (Palo Alto medical foundation notamment) KILBRIDGE, *Crossing the chasm with information technology : bridging the quality gap in health care*, First consulting group, California healthcare foundation, juillet 2002.

²⁵⁵ Cf. KILBRIDGE (2002).

²⁵⁶ Entretien avec Cal James, chief operating officer de UCSF Medical group.

Ces centres offrent des consultations gratuites et **traitent les affections mineures** ; pour ce faire, les infirmières utilisent des systèmes informatiques d'aide au diagnostic. Ils dispensent également de l'information en matière de santé publique et de prévention, et renseignent sur les services médicaux, les services dentaires et les pharmacies disponibles. Les *walk-in centres* sont ouverts de 7 heures à 22 heures (semaine et week-end), sans rendez-vous.

Les objectifs poursuivis avec la mise en place de ces centres sont le **renforcement de l'accès aux soins des patients, ainsi que l'amélioration de l'efficience des soins**, par une meilleure articulation et une meilleure répartition des tâches entre les différents producteurs de soins.

Lors de leur création, ces centres ont suscité de **nombreuses critiques** mettant en cause leur capacité à atteindre ces objectifs ; selon ces critiques, les *walk-in centres* pourraient :

- **s'avérer très coûteux**, l'objectif d'accès immédiat sans temps d'attente nécessitant une main d'œuvre importante ; par ailleurs, les infirmières ne seraient pas nécessairement moins coûteuses que les médecins, du fait de leurs durées de consultations en général plus longues ;
- **accroître les coûts globaux de la médecine ambulatoire**, en créant une nouvelle demande, sans pour autant soulager les autres points d'entrée dans le système de soins (cabinets de médecins et *NHS Direct* – cf. *infra*) ;
- **diminuer la qualité des soins** en confiant aux infirmières un rôle ne correspondant pas à leurs compétences réelles ;
- **renforcer les inégalités** dans l'accès aux soins du fait de leur nombre limité ;
- **mettre en danger la continuité des soins** (duplication des soins, difficulté à renseigner le dossier médical électronique) en introduisant un nouvel intervenant dans le système de soins.

L'évaluation indépendante²⁵⁷ commandée par le *Department of Health* permet aujourd'hui de mesurer l'impact de ces structures. Cette étude constate tout d'abord une grande **hétérogénéité** tant dans la taille des centres, leur fonctionnement, le degré de formation de leur personnel (*nurses* ou *nurse practitioners*), et la nature de leur activité principale (simple orientation dans le système de soins ou diagnostic et prescriptions complètes).

Malgré cette hétérogénéité, cette étude permet de dégager un certain nombre de constats généraux quant à **la place prise par ces centres au sein du système de soins britannique**, un peu plus d'un an après leur création :

- le nombre de visites est en augmentation rapide (82 visiteurs par centre et par jour en août 2001), mais les temps d'attente restent courts (temps d'attente médian : 10 minutes) ;
- les visites durant le week-end sont nombreuses, mais l'essentiel des visites, en semaine comme en week-end, se situe sur la plage 9 heures – 19 heures ;

²⁵⁷ Cf. SALISBURY et *alii*, « What is the role of walk-in centres in the NHS ? », *BMJ*, février 2002, 324 : 399-402.

- en proportion, les jeunes hommes adultes consultent plus auprès des *walk-in centres* que des cabinets de médecins généralistes ;
- **les consultations sont relativement longues** (durée médiane : 14 minutes) ;
- **78% des cas peuvent être traités intégralement au niveau du centre**, sans renvoi à un autre producteur de soins ;
- les motifs de consultations sont très variés ; les affections virales constituent le cas le plus fréquent (5% des consultations), puis viennent la contraception d'urgence (3%) et les blessures mineures.

Au total, la mise en place des *walk-in centres* n'a donc pas abouti à la création d'un étage supplémentaire dans le système de soins assurant uniquement un rôle d'aiguillage et de triage. Ces centres sont en effet aujourd'hui des **producteurs de soins primaires à part entière**.

Par rapport au premier objectif initial d'**accès aux soins**, il semble que le bilan soit assez largement positif ; notamment, les *walk-in centres* paraissent avoir réussi à attirer une population qui jusqu'à présent fréquentait peu les cabinets des médecins généralistes.

Par ailleurs, en termes d'efficience, les évaluations actuelles sont assez largement insuffisantes. **En ce qui concerne les coûts, il n'existe pas d'évaluation précise à ce jour**. Les faibles temps d'attente et les consultations relativement longues laissent supposer que les **coûts unitaires sont élevés**, et pourraient même être proches de ceux des cabinets de médecins généralistes. Par ailleurs, **les taux de renvois à des producteurs de soins secondaires sont plus élevés** dans les *walk-in centres* que dans les cabinets de généralistes²⁵⁸. Les coûts unitaires pourraient toutefois diminuer à l'avenir avec l'augmentation progressive de la fréquentation des centres.

Quant à la **qualité**, il a déjà été prouvé que, dans les domaines traités par les *walk-in centres*, des infirmières anglaises pouvaient réaliser un travail de qualité comparable à celui des médecins²⁵⁹.

De plus, une étude²⁶⁰ a comparé les performances de 20 *walk-in centres* et de 20 cabinets de médecins généralistes, à partir de patients standardisés pour cinq types de pathologies (contraception d'urgence, problèmes ORL, sinusite, mal de tête, asthme). Les **performances sanitaires**, mesurées à partir de guides de bonnes pratiques, sont significativement meilleures dans les *walk-in centres*, tout particulièrement en ce qui concerne la contraception d'urgence et l'asthme. Ces résultats sont d'autant plus significatifs que certains auteurs ont souligné le caractère partiellement inadapté des outils informatiques d'aide à la décision utilisés à la date de l'étude par les infirmières des *walk-in centres*²⁶¹.

²⁵⁸ Cf. GRANT et alii, « An observational study comparing quality of care in walk-in centres with general practice and *NHS Direct* using standardised patients », *BMJ*, 2002.

²⁵⁹ Cf. première partie *supra*, ainsi que LATTIMER et alii, « Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care : randomised controlled trial », *BMJ*, 1998.

²⁶⁰ Cf. GRANT et alii (2002).

²⁶¹ Cf. SALISBURY et alii (2002).

Des *walk-in centres* privés se sont également développés dans toutes les provinces canadiennes depuis la fin des années 1970. Comme les centres britanniques, **les centres canadiens** sont ouverts sur de larges plages horaires, sans rendez-vous. Toutefois, ils s'en diffèrentient par leur lien beaucoup plus faible avec les médecins généralistes locaux (qui ne sont pas présents au conseil d'administration), leur périmètre d'action plus large (certains proposent des soins secondaires, des services sociaux et des services de pharmacie), et le fait que leur direction est assumée le plus souvent par des médecins.

Une récente revue de littérature²⁶² dresse un **bilan de cette expérience**. Les études sont à la fois peu nombreuses et en général assez peu fiables ; les points suivants peuvent toutefois être notés :

- **l'utilisation de ces centres est importante**, notamment durant le week-end ; ils constituent le point d'entrée dans le système de soins pour environ 2,5% des patients, essentiellement des enfants et des adultes de moins de 35 ans ; plus du quart des patients ont utilisé un *walk-in centre* dans les six derniers mois ; les centres sont essentiellement utilisés en raison de leur plage horaire d'ouverture élargie, lorsque le patient ressent une urgence, ou lorsqu'il s'agit d'affections mineures ; dans la plupart des cas, les clients des centres n'ont pas cherché à contacter leur médecin traitant au préalable ;
- **les taux de satisfaction des patients sont très élevés** ;
- **un risque de manque de continuité dans les soins** semble exister entre les *walk-in centres* et la médecine ambulatoire traditionnelle : ainsi à Toronto, seulement 47% de ces centres informent le médecin traitant du résultat de la visite ; toutefois, il n'existe pas de preuve avérée de l'existence de redondances et de duplications de soins ;
- l'impact sur la demande des autres producteurs de soins ambulatoires n'a pas été étudié de manière exhaustive ; il apparaît toutefois que les renvois aux soins secondaires par les *walk-in centres* sont peu fréquents : 1% en direction des urgences, 4% vers les soins secondaires ; par ailleurs, le fait d'aller dans un *walk-in centre* augmente légèrement la probabilité d'une seconde visite par rapport à la médecine générale traditionnelle (27% contre 22,7% 72 heures après la première visite) ;
- ces centres représentent environ 3% de la dépense de soins primaires, y compris les urgences.

Au total, si les études existantes à ce jour sont insuffisantes pour en dresser un bilan complet et parfaitement fiable, les *walk-in centres*, tout particulièrement dans leur version britannique, apparaissent comme une **piste de réflexion intéressante pour assurer un meilleur accès aux soins et une plus grande efficience des pratiques**. En tout état de cause, l'intérêt de ce type de dispositif dépend du contexte général de la médecine ambulatoire, et notamment de la facilité d'accès aux médecins généralistes.

c) *Des mécanismes de télétriage peuvent améliorer à la fois l'accès aux soins et la répartition des tâches entre les différents producteurs de soins*

Un autre dispositif a été largement mis en œuvre ces dernières années dans différents pays : **les centres d'appels téléphoniques 24H/24**, qui donnent des conseils médicaux et le cas échéant renvoient sur d'autres producteurs de soins.

L'objectif de ces centres d'appel est double :

²⁶² Cf. JONES, « Walk-in primary medical care centres : lessons from Canada », *BMJ*, 2000.

- améliorer l'accès aux soins en assurant une veille 24H/24 avec un numéro unique ;
- renforcer l'efficience du système de soins par une meilleure répartition des tâches entre les différents producteurs de soins (consultations téléphoniques, cabinets de médecine ambulatoire, médecins de garde, services d'urgences).

De même que les *walk-in centres*, ces dispositifs de télétriage se sont développés aussi bien dans des contextes concurrentiels (Etats-Unis notamment), que de manière plus volontariste à l'initiative des pouvoirs publics (Australie, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni).

Le plus souvent, ces centres d'appel sont **composés essentiellement d'infirmières**, qui s'appuient sur des systèmes informatisés d'aide à la décision²⁶³. Eventuellement, des médecins sont présents pour traiter les cas les plus complexes.

Une expérience de ce type réalisée au **Danemark** a été documentée²⁶⁴. Auparavant, les appels en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux étaient traités par les médecins de garde eux-mêmes. Un dispositif de télétriage plus centralisé a été mis en place pour prendre en charge les appels 24H/24 et réaliser des consultations téléphoniques. Dans cette expérience, les appels sont traités directement par des médecins.

L'évaluation de ce dispositif cinq ans après son introduction est très positive :

- le nombre de visites à domicile a diminué fortement, au profit des consultations téléphoniques (dont le part a doublé pour atteindre 48%) et des consultations sur rendez-vous ;
- la charge de travail des médecins en dehors des horaires d'ouverture a très sensiblement diminué ; ainsi, la part des médecins qui travaillent plus de cinq heures par semaine en dehors de leurs horaires d'ouverture est passée de 70% à 50% environ.

Dans le même temps, la satisfaction des patients vis-à-vis de la prise en charge en dehors des horaires d'ouverture n'a pas diminué. Toutefois, **le bilan complet en termes de coût n'a pas été réalisé**.

L'expérience britannique du **NHS Direct** constitue aujourd'hui le dispositif le plus intéressant, même si son impact sanitaire et financier reste imparfaitement documenté. *NHS Direct* est un centre d'appel téléphonique fonctionnant 24H/24. **Les appels sont traités par des infirmières** (aidées par un système d'aide au diagnostic), qui le cas échéant prennent le conseil d'un médecin. De même que les *walk-in centres*, *NHS Direct* constitue un point d'entrée dans le système de soins à part entière, qui peut soit traiter l'intégralité de la demande (conseils, consultation téléphonique), soit renvoyer le patient sur d'autres producteurs de soins (consultation d'un médecin généraliste, médecin de garde ou service d'urgences).

²⁶³ Cf. KILBRIDGE (2002).

²⁶⁴ Cf. CHRISTENSEN et *alii*, « Out of hours service in Denmark : evaluation five years after reform », *BMJ*, 1998.

NHS Direct a été créé en mars 1998 sous la forme de trois projets pilotes régionaux, couvrant environ 1,3 millions de personnes. Ce service a ensuite été étendu rapidement et **couvre depuis fin 2000 l'ensemble du territoire de l'Angleterre et du pays de Galles.** *NHS Direct* est constitué aujourd’hui de plusieurs dizaines de centres d’appel régionaux, dont l’interopérabilité est assurée par un système unique de gestion des appels. Son coût annuel est de 90 M£.

NHS Direct coexiste aujourd’hui avec les numéros d’appel mis en place par chaque *GPs’ cooperative*. Toutefois, **d’ici à 2004, NHS Direct doit devenir l’unique point d’entrée téléphonique de la médecine de garde.**

Une étude réalisée en 2000²⁶⁵ a montré qu’au Royaume-Uni les associations de médecins de garde répondaient à 60% des appels en moins d’une demi-heure et à 83% des appels en moins d’une heure. Par ailleurs, 45,4% des appels étaient traités par un conseil téléphonique, 23,6% débouchaient sur une visite à domicile, et 29,8% sur une consultation en cabinet. Compte tenu de cette situation initiale, les objectifs poursuivis avec la mise en place de *NHS Direct* sont **d’améliorer la rapidité et la qualité de la prise en charge** en dehors des heures d’ouverture des cabinets, et également **d’augmenter l’efficience de la structure de soins en évitant les recours inutiles** à d’autres producteurs de soins primaires.

Du fait du caractère très récent de ce service, les études sont encore peu nombreuses. Néanmoins, elles permettent d’en **dresser un premier bilan**.

Il convient tout d’abord de mentionner une étude²⁶⁶ qui a évalué une première expérience de télétriage (antérieure à *NHS Direct*) assuré par des infirmières au Royaume-Uni au milieu des années 1990. Cette étude a montré que **les infirmières pouvaient répondre sans intervention d’un médecin à la moitié des appels**, sans que la qualité (mesurée par le nombre d’admissions aux urgences et la mortalité aux urgences) ne soit diminuée. Cette expérience a permis de réduire le temps de conseil par un médecin, en dehors des horaires d’ouverture du cabinet, de 69%, le nombre de consultations dans un cabinet médical de 38%, et le nombre de visites à domicile de 23%.

Au total, **la charge de travail du médecin de garde a été diminuée de moitié**, et l’accès des patients aux informations nécessaires a été rendu plus rapide. Cette étude rejoint l’appréciation portée par Zelman et Berenson (1998) selon lesquels, à la lumière des différentes expériences menées aux Etats-Unis, des dispositifs de télétriage gérés par des infirmières peuvent permettre de **diminuer le nombre de consultations et de visites, sans augmenter le recours aux urgences**. Le dispositif de télétriage par des infirmières mis en place par l’assureur américain Sharp health care permettrait ainsi de **traiter 60% des appels sans diminution significative de la qualité**²⁶⁷.

En ce qui concerne spécifiquement *NHS Direct*, une étude²⁶⁸ a évalué en 2001 les trois sites pilotes régionaux. Elle a montré que le nombre d’appels augmentait rapidement, pour atteindre en mars 2000, soit deux ans après le lancement de ces centres, 5% de l’ensemble des épisodes de soins non programmés (130 appels par mois pour 1 000 habitants), contre 3,6% après un an de fonctionnement.

²⁶⁵ Cf. SALISBURY et alii, « Out-of-hours in England and Scotland : observational study based on routinely collected data », *BMJ*, 2000.

²⁶⁶ Cf. LATTIMER et alii (1998).

²⁶⁷ Cf. BOCOGNANO et alii (1998).

²⁶⁸ Cf. MUNRO et alii, *Evaluation of NHS Direct first wave sites : final report of the phase I research*, Medical care research unit, University of Sheffield, juillet 2001.

Le coût moyen d'un appel à NHS Direct est estimé, début 2000, à **15 £**, dont environ $\frac{3}{4}$ de coûts de main d'œuvre (dont deux tiers de rémunération des infirmières). Cette étude estime que des économies d'échelle encore à réaliser pourraient ramener le coût d'un appel à 11 £, voire **10 £ à moyen terme** avec un logiciel d'aide à la décision plus perfectionné.

Les coûts sont donc constitués pour moitié par des rémunérations de personnels infirmiers, ce qui pourrait laisser supposer que *NHS Direct* est moins coûteux que les associations de médecins. Toutefois, **cet effet coût unitaire est en partie contrebalancé par un temps moyen de prise en charge téléphonique très largement supérieur** (14 minutes, comme dans les *walk-in centres*, contre 5 minutes pour les associations de médecins de garde). Il n'a pas été évalué si ces temps d'appel plus longs étaient associés à un service de meilleure qualité.

Par ailleurs, **l'impact de NHS Direct sur la demande des autres services** (possibles effets de substitution) **semblait en 2000 relativement réduit**, avec uniquement une stabilisation des appels aux médecins de garde²⁶⁹. Ce faible effet induit s'explique notamment par les taux d'utilisation de *NHS Direct* relativement réduits à cette époque.

Cette étude effectue également des estimations, à partir de calculs d'élasticité, des **économies potentielles** qui pourront être réalisées à terme grâce à *NHS Direct* par réduction de la demande des autres producteurs de soins. Ces gains potentiels ne seraient d'après les auteurs que de 75% des coûts de *NHS Direct*. Mais une véritable analyse en coûts complets reste à faire.

En ce qui concerne la **qualité des prestations**, un bilan complet est très difficile à dresser. L'étude note que plus de 90% des personnes qui appellent suivent les conseils qui leur sont prodigues. Par ailleurs, pratiquement aucune erreur médicale grave imputable à *NHS Direct* n'a été rapportée.

Toutefois, il semble²⁷⁰ que des tests sur patients standardisés réalisés sur 11 centres téléphoniques de *NHS Direct* démontrent **une qualité pour NHS Direct légèrement inférieure aux walk-in centres ainsi qu'aux cabinets de médecine ambulatoire**. Par ailleurs, *NHS Direct* renvoie une proportion trois fois plus importante de patients vers d'autres producteurs de soins.

Les résultats de cette étude sont confirmés et complétés par celle menée par le National audit office²⁷¹. Celui-ci a notamment examiné le cas de certaines régions anglaises, où *NHS Direct* intègre d'ores et déjà, à titre expérimental, les services de réponse téléphonique des médecins de garde, comme ce sera le cas sur l'ensemble du territoire en 2004. Le National audit office observe que dans ces régions, les consultations de médecin généraliste ont rapidement baissé de manière sensible, et il estime que ***NHS Direct* sera rentable lorsque cette intégration sera réalisée sur l'ensemble du territoire**.

²⁶⁹ Cf. également MUNRO et alii, « Impact of NHS Direct on demand for immediate care : observational study », *BMJ*, 2000, 321 : 150-153, ainsi que CHAPMAN et alii, « Impact of NHS Direct on general practice consultations during the winter of 1999-2000 : analysis of routinely collected data », *BMJ*, 2002, qui montre qu'en 1999 et 2000 *NHS Direct* n'a eu aucun effet sur le nombre de consultations de généralistes pour des cas de grippes ou d'infections respiratoires.

²⁷⁰ Cf. GRANT et alii (2002).

²⁷¹ Cf. The Controller and Auditor General. *NHS Direct in England*, London : Stationery Office, 2002.

Au total, malgré l'insuffisance des études actuellement disponibles, les expériences existantes de télétriage indiquent assez clairement que **ces dispositifs permettent de diminuer sensiblement la charge de travail des médecins généralistes** en dehors des horaires d'ouverture des cabinets, voire même celle des services d'urgence. Par ailleurs, en ce qui concerne la qualité sanitaire des prestations, elle semble pouvoir être d'un niveau sensiblement équivalent à celle des dispositifs traditionnels (cabinets médicaux et services d'urgence), tout en assurant une plus grande rapidité de réponse.

Enfin, sur le plan financier, les études ne permettent pas de conclure sur la rentabilité d'un tel dispositif. Elles semblent toutefois indiquer que lorsqu'il s'accompagne d'une utilisation importante de personnels infirmiers, ainsi que d'une bonne intégration dans le système de production de soins (suppression des permanences téléphoniques des médecins de garde), **le télétriage est susceptible de diminuer les coûts du système de santé dans son ensemble**²⁷².

3) La structure des coûts, très déséquilibrée, invite à mettre en œuvre un suivi spécifique des pathologies les plus lourdes

Les centres de soins ouverts de type *walk-in centres* ainsi que le télétriage, s'ils s'adressent en théorie à l'ensemble de la population, jouent un rôle important principalement pour les affections mineures et les petites urgences, et s'adressent donc essentiellement en pratique aux **populations jeunes et peu malades** (cf. *supra*).

Une étude de la structure des coûts révèle cependant que **les coûts proviennent en majorité des personnes atteintes de maladies chroniques**, pour lesquelles les pistes de réflexion présentées au § I.B.2 apparaissent peu adaptées. Pour cette population, qui représente de très forts enjeux sanitaires et financiers, **un suivi spécifique peut permettre d'améliorer la qualité des soins et de réduire les coûts de prise en charge**.

- b) *Les coûts proviennent en grande partie d'un petit nombre d'assurés, pour la plupart atteints de maladies chroniques, dont la prise en charge reste insuffisante aujourd'hui*

De nombreuses études ont mis en évidence **la forte concentration des coûts** sur une fraction très réduite de la population (cf. *supra*). Les **ordres de grandeur sont très stables sur moyenne et longue période** : le premier décile des patients représentait ainsi 69% des dépenses de santé en 1996 contre 70% en 1980²⁷³.

Cette concentration reflète une forte dispersion dans les coûts unitaires de prise en charge. Celle-ci provient principalement de la **forte concentration des dépenses hospitalières**, qui sont les plus coûteuses, sur un petit nombre d'assurés : chez *Kaiser Permanente North California* par exemple, 22% des assurés génèrent 47% des visites médicales et 74% des séjours à l'hôpital²⁷⁴. Les ordres de grandeur sont très certainement relativement similaires en France.

²⁷² A ce jour, les plates-formes d'appel des assureurs privés existant en France offrent uniquement des services d'information générale sur la santé et de contre-expertise des devis réalisés par les chirurgiens-dentistes et les opticiens.

²⁷³ Cf. BERK et MONHEIT, « The concentration of health care expenditures, revisited », *Health Affairs*, March/April 2001 pp. 9-18.

²⁷⁴ Cf. WAGNER et alii, « Improving primary care for patients with chronic illness », *JAMA*, 2002, vol 288, n°14.

Ce petit nombre d'assurés à fort coût de prise en charge n'est pas uniquement constitué de personnes âgées. Ainsi aux Etats-Unis la majorité des personnes du premier centile a moins de 65 ans²⁷⁵. En revanche, ce sont principalement **des personnes atteintes de maladies chroniques** : **75% des dépenses de santé aux Etats-Unis proviennent de maladies chroniques**²⁷⁶. Le premier décile des dépenses serait aux Etats-Unis pratiquement intégralement attribuable à des personnes atteintes d'affections chroniques : chez Blue cross of California par exemple, 8% des assurés représenteraient 70% des coûts et seraient composés à 90% de personnes atteintes d'une ou moins des maladies chroniques les plus courantes²⁷⁷.

De même en France les affections chroniques sont nombreuses (près de 2 millions de diabétiques²⁷⁸) et représentent une part très importante des coûts : les personnes en affection de longue durée (ALD²⁷⁹) sont responsables d'environ 50% des dépenses de médecine de ville²⁸⁰, et la prise en charge du diabète a coûté en 2000 2,4 Md€ contre 2,0 Md€ en 1998²⁸¹.

Il apparaît par ailleurs que **ces maladies chroniques semblent aujourd'hui très imparfaitement diagnostiquées et prises en charge**²⁸² (cf. tableau ci-après). Ainsi la moitié des patients américains atteints de maladies chroniques ne recevraient pas des soins satisfaisants aujourd'hui²⁸³.

Tableau 10 – qualité de la prise en charge des maladies chroniques aux Etats-Unis²⁸⁴

	Maladies cardiaques	Asthme	Diabète	Hypertension
Diagnostiqué et contrôlé	15%	30%	42%	24%
Diagnostiqué et non contrôlé	35%	20%	23%	46%
Non diagnostiqué	50%	50%	35%	30%

Une revue de littérature récente²⁸⁵, qui a analysé près d'une centaine d'études portant sur la qualité des soins en matière de pathologies chroniques (asthme, diabète, maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle) au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et en Australie, conclut de même à l'insuffisance de la prise en charge de ces pathologies. La prise en charge en France semble également imparfaite (cf. *infra* pour le diabète de type 2).

²⁷⁵ Cf. BERK et MONHEIT (2001).

²⁷⁶ Cf. WAGNER et alii (2002).

²⁷⁷ Asthme, maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes, dépression essentiellement. Entretien avec Michael Belman, *medical director*, Blue cross of California.

²⁷⁸ Cf. Caisse nationale d'assurance maladie, *Faits marquants, des soins de qualité pour tous*, édition 2002.

²⁷⁹ Les affections de longue durée comprennent notamment le diabète, l'hypertension artérielle grave et les insuffisances respiratoires. Elles ouvrent droit à une exemption de ticket modérateur.

²⁸⁰ Source CNAMETS.

²⁸¹ Cf. RICORDEAU et alii, « Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2002, vol 33, n°4.

²⁸² Cf. WAGNER et alii (2002), ainsi que dans le cas du diabète aux Etats-Unis OSWALD, *Improving quality of care for californians with diabetes*, California healthcare foundation, 2002, et OSWALD et alii, *Overview of five white papers on improving quality of care*, California healthcare foundation, 2002.

²⁸³ Cf. ROBINSON et alii, « As good as it gets ? Chronic care management in nine leading US physician organisations », *BMJ*, 2002.

²⁸⁴ Source : Deloitte consulting, 2002, d'après sociétés savantes.

²⁸⁵ Cf. SEDDON et alii, « Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand », *Quality in health care*, 2001(10), pp 152-158.

La stabilité dans la répartition des coûts aux Etats-Unis, alors que la part de marché des organisations de *managed care* a doublé entre 1985 et 1996, et que les outils d'amélioration de l'efficience des pratiques et de l'organisation des soins (cf. § I.A et I.B.1 à 3) se sont rapidement développés²⁸⁶, suggère que **ces outils n'apportent pas de réponse parfaitement adaptée au problème spécifique des pathologies chroniques.**

Dès lors, compte tenu de l'importance des enjeux financiers et sanitaires des maladies chroniques, **une intervention spécifique sur ces pathologies est très certainement justifiée**, pour améliorer l'efficience de leur prise en charge. Ce raisonnement est à la base des évolutions récentes du *managed care* aux Etats-Unis (cf. encadré ci-après).

Encadré 23 – le *managed care* aujourd’hui : une action focalisée sur les sources de coûts

L’adoption de **stratégies différencierées** suivant les sources de coûts est l’idée centrale du « *managed care* de deuxième génération »²⁸⁷ :

- pour **les petites pathologies non récurrentes**, il convient d’abandonner les dispositifs mal acceptés par les patients (*gatekeeping* et procédures d’autorisation notamment) et de se concentrer sur les procédures d’amélioration de l’efficience des pratiques les plus efficaces (retour d’information, revue des pratiques par les pairs, incitations financières ; cf. *supra* § I.A) ;
- pour **les pathologies chroniques**, il est souhaitable de mettre en œuvre des stratégies et des moyens véritablement en rapport avec les enjeux.

Il apparaît en effet que **l’efficience allocative du système de santé américain est aujourd’hui très largement imparfaite**, car une très faible proportion des dispositifs et des ressources mis en œuvre par les acheteurs et les producteurs de soins pour s’assurer de l’efficience des pratiques est destinée à la maîtrise des sources de coûts les plus importantes que constituent les pathologies chroniques.

Ainsi, après plus de quinze ans de *managed care*, Deloitte consulting estime qu’aujourd’hui aux Etats-Unis seules 40% des ressources consacrées par les acheteurs de soins à l’optimisation des pratiques sont consacrées aux 80% des coûts causés par les deux premiers déciles de la population.

Il convient toutefois de remarquer que **l’impact sur les dépenses totales de santé est incertain à court terme**. En effet, une telle stratégie devrait certainement dans un premier temps s’accompagner d’un effet de ratrappage sur les coûts, du fait de l’augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques traités, et, pour les patients déjà identifiés, de l’amélioration de la prise en charge se traduisant très certainement à court terme par une augmentation des prescriptions médicamenteuses.

Ainsi le rapport Wanless²⁸⁸ estime à plusieurs centaines de millions d’euros par an le surcoût à court terme d’une meilleure couverture médicamenteuse (statines) des patients présentant des pathologies coronariennes. A moyen terme toutefois, ceci devrait permettre de diminuer les hospitalisations et les recours aux services d’urgences de manière significative.

²⁸⁶ Cf. BERK et MONHEIT (2001) : les niveaux de concentration sont pratiquement indépendants du type de plan d’assurance et des instruments d’amélioration de l’efficience des pratiques mis en œuvre.

²⁸⁷ Entretien avec Michael Belman. Cf. Également, DRAPER et *alii*, « The changing face of managed care », *Health Affairs*, 2002.

²⁸⁸ Cf. WANLESS, *Securing our Future Health : taking a long-term view*, 2002.

b) Un suivi spécifique des pathologies les plus lourdes peut permettre d'améliorer la qualité des soins et de réduire les coûts unitaires de prise en charge

Des stratégies destinées spécifiquement aux cas les plus lourds, et notamment les pathologies chroniques, sont mises en œuvre depuis de nombreuses années aux Etats-Unis, et se diffusent aujourd’hui dans la plupart des pays étudiés. Une importante littérature a été publiée, qui démontre leur **impact positif sur la qualité des soins**, et qui permet d’identifier un certain nombre de facteurs clés de succès. Toutefois, en ce qui concerne leur impact sur les coûts, les conclusions sont plus incertaines, même **s'il semble que ces dispositifs peuvent permettre de diminuer les coûts à moyen terme.**

Principe général

Ces dispositifs (regroupés aux Etats-Unis sous le terme générique de « *medical management* » ou « *health management* ») reposent tous sur les mêmes principes :

- **l'identification** des cas les plus lourds, sur des critères individuels (« *case management* ») ou par pathologie, essentiellement pour les maladies chroniques (« *disease management* ») ; le plus souvent, cette identification est effectuée conjointement par les médecins traitants et par des procédures informatiques en analysant les données individuelles de prescriptions et de consommation de soins secondaires ;
- **la mise en place de stratégies** qui visent principalement, par un suivi et un traitement (médicamenteux notamment) des patients plus réguliers que dans le cadre de la médecine de ville traditionnelle, à réduire la probabilité des hospitalisations ainsi que les durées de séjour ; concrètement, ces stratégies consistent à :
 - **définir des protocoles** pour les types de cas ou les pathologies considérés et les faire accepter par les praticiens (cf. § I.A.2) ;
 - s’assurer de leur mise en œuvre par l’un au moins des dispositifs suivants :
 - **action sur le praticien** du secteur ambulatoire ; il peut s’agir d’une simple formation sur ces protocoles, ou d’un retour d’information, d’une évaluation de la pratique, voire d’incitations financières centrées spécifiquement sur les cas et les pathologies faisant l’objet du programme (cf. § I.A.3 et 4) ;
 - **action sur le patient** : ces programmes peuvent comprendre une formation des patients afin de leur permettre d’évaluer leur propre état de santé et de réaliser à bon escient de l’automédication, des dispositifs pour leur rappeler les traitements nécessaires, voire des incitations financières à respecter les protocoles (« *self-management* ») ;
 - **action organisationnelle** : des équipes en général composées de personnel infirmier peuvent être mises en place pour s’assurer que les praticiens et les patients appliquent bien les protocoles (courriers de rappel, appels téléphoniques...).

Le case management

Le case management, ou suivi au cas par cas, est très peu documenté car de mise en œuvre relativement récente. Les exemples de *case management* rencontrés par la mission au cours de ces investigations concernent essentiellement les Etats-Unis, où ce dispositif est utilisé pour les patients en phase terminale de maladies très graves (« **terminal case management** »²⁸⁹), ainsi que pour la coordination des soins et le suivi des patients après des hospitalisations lourdes (« **clinical case management** »)²⁹⁰.

Il consiste principalement à éviter les (ré)hospitalisations, en **mobilisant des équipes multidisciplinaires pour un suivi quotidien des patients**, notamment sur le plan de l'accompagnement psychologique dans le cas du *terminal case management*, et en favorisant les hospitalisations à domicile, la bonne articulation avec les services sociaux, et les soins palliatifs.

Il n'entre ni dans les compétences, ni dans le mandat des rédacteurs du présent rapport d'évaluer **la pertinence sanitaire de ce type de programmes**. Il semble toutefois qu'ils permettent de diminuer les coûts, essentiellement en réduisant les hospitalisations, sans nécessairement s'accompagner d'une dégradation de la qualité²⁹¹.

Les quelques exemples concrets qui ont pu être étudiés par la mission semblent également illustrer **les économies potentielles permises par ces programmes**. Ainsi, selon le groupe médical *Health care partners*, qui suit de manière individuelle 2 000 de ses 300 000 patients (soit 6,7%)²⁹², le *case management* a permis de diminuer très fortement le nombre de patients qui finissent leur vie dans des structures hospitalières (10% contre 90% pour les assurés du programme fédéral Medicare). De ce fait, d'après les responsables de ce groupe médical, le *case management* serait aujourd'hui très rentable. Le groupe médical californien *Hill physicians* compte également 1 000 patients en *case management* sur 255 000 (soit 4%). Son objectif²⁹³ à moyen terme est de suivre 1% de ses patients de manière individuelle.

Toutefois, le *case management* peut s'avérer extrêmement coûteux pour des résultats faibles lorsqu'il est mal ciblé et disproportionné par rapport aux enjeux sanitaires et financiers. Ainsi, une expérience en faveur de la vaccination des populations à risque menée à Los Angeles (diagnostic initial de chaque enfant, visites à domicile régulières, éducation des familles...) n'a conduit qu'à une augmentation de 13% du taux d'enfants vaccinés, soit 12 000 \$ par enfant vacciné supplémentaire²⁹⁴.

²⁸⁹ L'assureur Wellpoint a mis en place des programmes « members at risk » et « seniors at risk ».

²⁹⁰ Le terme de *case management* est également utilisé en psychiatrie pour désigner le suivi individuel des patients atteints de troubles psychiatriques graves ; cf. notamment MARSHALL et alii, *Case management for people with severe mental disorders*, Cochrane Review 1997, in the Cochrane library, issue 4, 2002. Ce sujet très spécifique ne sera pas abordé ici.

²⁹¹ Cf. Mc INTYRE et alii, « Hospital in the home is cost saving for appropriately selected patients : a comparison with in hospital care », *International journal for quality in health care*, vol 14, n°14, 2002 ; cf. également BERNABEI et alii, « Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community », *BMJ*, 1998, ainsi que OSWALD et alii (2002).

²⁹² Entretien avec Robert Margolis, CEO de Health care partners.

²⁹³ Entretien avec Steve Mc Dermott, CEO de Hill physicians.

²⁹⁴ Cf. WOOD et alii, « Increasing immunization rates among inner-city, african american children : a randomized trial of case management », *JAMA*, vol 279, n°1, janvier 1998, pp 29-34.

Le développement du disease management

L'impact du *disease management* est mieux documenté car il est **mis en œuvre depuis de nombreuses années aux Etats-Unis** à grande échelle. Ainsi 13% des assurés de Wellpoint sont aujourd'hui suivis au titre du *disease* ou du *case management* (soit 2 millions de personnes environ), et sur les 25 plus grosses organisations de médecins en Californie, 10 mettent en œuvre des programmes de *disease management* pour le diabète²⁹⁵. Par ailleurs, 75% des groupes de *pharmacy benefit management* proposent des fonctions de *disease management*²⁹⁶.

Ce développement du *disease management* aux Etats-Unis s'explique notamment par la **pression du secteur pharmaceutique**²⁹⁷, qui y voit un facteur d'augmentation de la consommation de médicaments, par l'amélioration du diagnostic des pathologies chroniques et le renforcement de leur prise en charge²⁹⁸.

La participation à ces programmes nécessite en général l'accord des patients. Elle est parfois associée à des incitations financières (réductions de ticket modérateur). Par ailleurs, le *disease management* est perçu favorablement par les médecins américains²⁹⁹.

Encadré 24 – un exemple concret de programme de disease management

Robinson et *alii* (2002) ont étudié les programmes de *disease management* mis en place par les principaux groupes médicaux américains (organisations de 100 à 2 500 médecins). Dans cette étude, **un exemple (anonymisé) de programme de disease management relativement complet** consacré à l'asthme est présenté. Le groupe médical concerné a commencé par élaborer (en interne) des références médicales sur cette pathologie, et a établi un registre des patients asthmatiques.

Les médecins traitants du secteur ambulatoire ont ensuite déterminé si les patients relevaient d'un asthme de niveau 1 (contrôlé), de niveau 2 (non contrôlé simple) ou de niveau 3 (non contrôlé avec combinaison de plusieurs pathologies).

Les patients de niveau 1 sont traités par les médecins généralistes et spécialistes du secteur ambulatoire classique. Les patients de niveau 2 sont renvoyés à un professionnel de santé spécifique (« *asthma case manager* »), dont la mission est de dispenser des soins intensifs à chaque patient pour permettre, sous six mois, de passer à un asthme contrôlé. Enfin, les patients de niveau 3 sont suivis au cas par cas par un professionnel de santé (« *case manager* »), en général une infirmière, le plus souvent assistée par un travailleur social.

Par ailleurs, les patients de niveau 1 et 2 doivent suivre des **programmes de formation**. Les patients peuvent **suivre leurs progrès** sur un dossier médical accessible par Internet (« *self-management* »), avec différents indicateurs (utilisation des corticostéroïdes et des broncho-dilatateurs...). Ces informations sont également envoyées aux professionnels de santé concernés tous les six mois.

Dans les autres pays étudiés, le *disease management* reste peu développé et passe essentiellement par des **politiques de santé publique** définies par les pouvoirs publics, qui reposent principalement sur la diffusion de lignes directrices sur les pathologies chroniques.

²⁹⁵ Cf. OSWALD (2002).

²⁹⁶ Cf. PARIS et *alii* (2002).

²⁹⁷ Cf. MAYNARD et *alii*, « Disease management. A global cost-containing initiative ? », *Pharmacoeconomics*, June 1, 2000, 17(6) : 539-44.

²⁹⁸ Cf. MAYS et *alii* (2001).

²⁹⁹ Cf. FERNANDEZ et *alii*, « Primary care physicians' experience with disease management programs », *Journal of general internal medicine*, 2001.

Ainsi au **Royaume-Uni**³⁰⁰ l'action en faveur des pathologies lourdes se traduit essentiellement au travers des *National services frameworks* (NSF). Ces programmes, centrés sur les pathologies (cancers, maladies coronariennes, insuffisance rénale, diabète...) et les populations (enfants et personnes âgées) prioritaires, définissent des recommandations médicales, ainsi que des indicateurs pour évaluer les progrès, et des conseils de mise en œuvre. Sur la base de ces recommandations, certains PCG/Ts ont introduit ces dernières années des dispositifs de *disease management* proches de ceux mis en œuvre aux Etats-Unis, le cas échéant avec des incitations financières (dans le cadre du GMS³⁰¹ ou des PMS ; cf. *infra*).

En France, la prise en compte des pathologies lourdes passe essentiellement par :

- **la majoration du prix de la visite à domicile** (50%) pour les patients en ALD de plus de 75 ans, qui s'est accompagnée d'une augmentation des demandes d'admission en ALD ;
- **les réseaux de soins** ; il n'est pas dans l'objet de ce rapport de traiter en détail des réseaux de soins ; il n'existe pratiquement aucune littérature sur la nature exacte de ces réseaux et leur impact tant sanitaire que financier ; il convient toutefois de remarquer que seule une très faible part de ces réseaux semble avoir trait à des pathologies spécifiques (cf. toutefois *infra* l'exemple du réseau Résalis) ;
- **les programmes de santé publique**, qui sont des programmes développés conjointement par les organismes d'assurance maladie et les services médicaux des trois régimes obligatoires principaux, CNAMTS, MSA et AMPI (cf. encadré ci-après).

Encadré 25 – les maladies chroniques en France : les programmes de santé publique

Deux programmes de santé publique ont été mis en œuvre récemment en France, concernant le diabète de type 2 ou diabète non insulinodépendant (90% des cas de diabète, soit 1,6 millions de personnes en France), et l'hypertension artérielle sévère exonérée (HTA).

En pratique, ces programmes ont consisté à **diffuser auprès des médecins généralistes les recommandations** de l'ANAES et de l'AFSSAPS sur ces pathologies par différents moyens :

- supports écrits divers : guides, posters, visites de prescription ;
- entretiens entre les services médicaux et les praticiens (« entretiens confraternels ») à l'occasion des demandes d'exonération du ticket modérateur ; ainsi sur le deuxième semestre 1999, 23 000 médecins ont été rencontrés ou contactés par les médecins-conseils.

En ce qui concerne le **diabète**, la recommandation de l'ANAES préconisait tout d'abord de substituer les tests HbA1c à la glycémie pour le suivi de l'équilibre glycémique des diabétiques de type 2. En pratique, le taux de diabétiques ayant bénéficié au cours des 6 derniers mois d'un dosage HbA1c est passé de 41,3% en 1998 à 60,6% en 2000. Par ailleurs, les disparités régionales ont été réduites, la différence de taux entre les Caisses primaires d'assurance maladie extrêmes passant de 37,8 points à 23,2 points. Durant la même période, le taux de malades ayant été remboursés d'une glycémie, procédure jugée non indispensable par l'ANAES sauf dans des cas très particuliers, est passé de 79,1% à 72%.

La recommandation de l'ANAES préconisait également pour les diabétiques de type 2 la réalisation de plusieurs tests de dépistage des complications et des facteurs de risque (ophtalmologie...) selon une périodicité annuelle. Entre 1998 et 2000, on constate une augmentation de la proportion de diabétiques ayant subi ces tests de +1,8% à +5%, suivant les tests.

Au total, le programme de santé publique sur le diabète semble donc avoir produit des effets. Toutefois, il convient de remarquer que de nombreuses publications sur le diabète ont été réalisées à la

³⁰⁰ Cf. PARIS et alii (2002).

³⁰¹ Cf. *Redbook, List of fees and allowances*, NHS, 2002, § 30.1 et suivants.

même période ; il n'est donc pas certain que les évolutions mentionnées *supra* puissent être entièrement attribuées au programme. Par ailleurs, les résultats restent insuffisants, tout particulièrement pour les tests de dépistage, qui ne sont aujourd'hui réalisés que par 30 à 71% des diabétiques de type 2 suivant les tests.

Pour l'**HTA**, une évaluation complète du programme reste à faire. Toutefois, il semble qu'aucune modification significative des pratiques n'a été constatée au bout d'un an.

En **Allemagne**, quelques exemples existent de réseaux locaux de médecins constitués pour mettre en œuvre des dispositifs de *disease management*. Ainsi en Thuringe, un programme de *management* du diabète a été mis en place, qui prévoit notamment que la rémunération des médecins dépend de leur respect des références médicales correspondantes.

De même, en Rhénanie du nord, 10% des médecins libéraux ont souscrit un contrat avec les caisses qui prévoit une formation des praticiens et des patients ainsi que la mise en place d'un carnet de santé spécifique, et qui impose aux médecins le respect de normes quantitatives et qualitatives. En échange, les praticiens reçoivent des rémunérations spécifiques (par examen, par diabétique dépisté...)³⁰².

Enfin, au **Canada**, le *disease management* est peu pratiqué et sa mise en œuvre fait partie des priorités définies par les différentes commissions qui ont récemment proposé des pistes de réforme du système de santé³⁰³.

L'impact sanitaire du *disease management*

Il n'est pas dans l'objet du présent rapport de réaliser une revue de littérature exhaustive sur le sujet. Néanmoins, il paraît intéressant de citer les analyses de l'efficacité sanitaire de ces programmes de *disease management* aujourd'hui les mieux documentées. Elles mettent en évidence en général **une modification sensible et rapide des pratiques et une amélioration significative des principaux indicateurs de suivi sanitaire** (résultats intermédiaires, cf. *supra*) relatifs à ces pathologies :

- pour les 4 programmes de *disease management* étudiés par Wagner et *alii* (trois programmes sur le **diabète** et un programme sur **l'asthme**)³⁰⁴, dans tous les cas **les résultats sont très positifs sur le plan sanitaire** :
 - chez *Premier health partners* la part des diabétiques dont le taux de HbA1c est inférieur à 7% est passé de 42% à 70% entre 1998 et 2001 ;
 - chez *HealthPartners medical group*, la part des diabétiques dont le taux de HbA1c est inférieur à 8% est passé en 1999 de 60,5% à 68,3% ;
 - chez *Clinica campesina*, le taux moyen de HbA1c chez les patients diabétiques est passé de 1998 à 2000 de 10,5% à 8,6% ; par ailleurs, la proportion de patients diabétiques ayant reçu dans l'année un examen ophtalmologique et un examen des pieds est passé respectivement de 7% à 51% et de 15 à 76% ;

³⁰² Cf. PARIS et *alii* (2002).

³⁰³ Cf. par exemple la province d'Alberta, où le récent rapport (*A framework for reform, Report of the Premier's advisory council on health*, 2001) qui sert aujourd'hui de base à la réforme du système de santé propose notamment : « Faire des nouveaux modèles d'organisation des soins, notamment la prise en charge globale au niveau des soins primaires et le *disease management*, la règle générale et non l'exception. »

³⁰⁴ Cf. WAGNER et *alii*, *JAMA* (2002).

- chez *Kaiser Permanente*, le programme pour les asthmatiques (400 000 patients) a permis de faire passer la proportion d'asthmatiques risqués (déterminée à partir du nombre de visites récentes aux urgences, du nombre d'hospitalisations récentes, et du volume de prescriptions) de 13,5% en 1998 à 9,1% en 2001.
- un programme pour **l'asthme** (*HMO Harvard Pilgrim*) très complet (identification des patients par un système d'information, réalisation de lignes directrices, éducation des médecins traitants et des patients, recrutement de personnels infirmiers pour effectuer un suivi individuel des cas les plus lourds) a permis de **diminuer de 86% les hospitalisations et de 79% le recours aux urgences** ; ce programme a toutefois un coût annuel estimé de 1 M\$, pour 3 000 patients³⁰⁵ ;
- pour le **diabète** de type 2, plusieurs études font état de résultats sanitaires positifs³⁰⁶ :
 - dans le cas d'un dispositif de *disease management* assez complet (responsabilisation individuelle des praticiens du secteur ambulatoire sur des indicateurs sanitaires – mortalité, morbidité, évaluation du risque, éducation des patients, suivi du comportement des patients), il a été constaté une **réduction des facteurs de risque et des complications** ; ces gains ne sont pas transitoires et persistent à moyen terme (six ans)³⁰⁷ ;
 - la mise en œuvre d'un programme également très complet (groupes de pairs spécifiques sur le sujet, réalisation de lignes directrices, éducation des patients et distribution de kits de tests, retour d'information simplifié, équipes multidisciplinaires de suivi) a entraîné une **amélioration significative du contrôle du taux de glycémie**, associée à une augmentation des consommations d'insuline et d'autres médicaments³⁰⁸ ;
- dans le cas des **maladies cardiovasculaires** :
 - Mc Allister et alii³⁰⁹ ont montré dans une revue de littérature que le *disease management* pouvait **améliorer significativement la qualité des prescriptions, diminuer les admissions à l'hôpital des patients et améliorer la qualité de vie des patients** ; trois revues de littérature³¹⁰ mettent également en évidence une diminution des hospitalisations ;

³⁰⁵ Cf. MILLENSON, *Beyond the managed care backlash*, Progressive policy institute, Washington, 1997, cité par ZELMAN et BERENSON (1998).

³⁰⁶ Pour une revue de littérature, cf. WAGNER, BODENHEIMER et GRUMBACH, « Improving primary care for patients with chronic illness, part 2 », *JAMA*, vol 288, n°15, 2002.

³⁰⁷ Cf. ANDREASEN et alii, « Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus », *BMJ*, 2001.

³⁰⁸ Cf. SIDOROV et alii, « Disease management for diabetes mellitus : impact on hemoglobin A1c. », *American journal of managed care*, vol 6, 2000.

³⁰⁹ Cf. Mc ALISTER et alii, « Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease : systematic review », *BMJ*, 2001.

³¹⁰ Cf. Mc ALISTER et alii, « A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure », *American journal of medicine*, 2001, ainsi que AHMED, « Quality and outcomes of heart failure care in older adults : role of multidisciplinary disease-management programs », *Journal of the american geriatric society*, vol 50, 2002, et WALSH et alii, « Do disease management programs for patients with coronary heart disease make a difference ? Experiences of nine practices », *American journal of managed care*, 2002.

- le programme mis en place par l'assureur Wellpoint semble avoir produit rapidement des résultats très significatifs, grâce à un dispositif très complet : sondages et envois d'information réguliers aux patients (fréquence variant suivant la gravité des pathologies), appels téléphoniques par des infirmières, intervention à la fois du médecin traitant, de cliniciens, de psychologues, de pharmaciens et de diététiciens pour s'assurer du respect des prescriptions et de l'hygiène de vie nécessaires d'après les références médicales ; après 12 mois, le taux de prescriptions respectant les références médicales serait passé de 57 à 89%, **les admissions à l'hôpital auraient diminué de 49%, le nombre de journées d'hôpital de 54%** ; par ailleurs, la qualité de vie aurait progressé de 36% en 18 mois.
- le *disease management* semble également efficace pour les **dépressions** ; un programme d'éducation des patients et de suivi individualisé par des infirmières pendant 24 mois a permis d'accroître le taux de rémissions de 33%, et d'améliorer l'état de santé moyen (émotionnel et physique) des patients³¹¹.

Il existe très certainement un **biais de sélection** sur ces études : les praticiens et les groupes médicaux qui mettent en œuvre ce type de dispositifs sont les plus motivés et les plus innovants, et ceux qui sont d'ores et déjà les plus efficaces et les plus intégrés. Toutefois, la nature de son impact semble difficile à déterminer.

L'efficience du disease management

En ce qui concerne l'**impact sur les coûts et la rentabilité** de ce type de programme de soins, les études sont rares³¹² et difficiles à réaliser. L'impact financier doit en effet être mesuré en coûts complets (médecine ambulatoire, prescriptions, hôpital), et sur une période de temps suffisamment longue pour que le *disease management* puisse produire ses effets.

Par ailleurs, il n'est pas possible d'utiliser le constat de la rapide diffusion du *disease management* aux Etats-Unis, dans un univers concurrentiel, comme une preuve indirecte de la rentabilité de ces programmes. Le *disease management* est en effet également utilisé par les producteurs de soins comme facteur de différenciation vis-à-vis de leurs concurrents.

Néanmoins, les différentes études existantes semblent illustrer que le *disease management*, s'il engendre des surcoûts (investissements matériels et humains pour mettre en œuvre le programme, amélioration du dépistage des maladies chroniques et de la qualité de la prise en charge), permet dans la plupart des cas à moyen terme de **diminuer les coûts unitaires de prise en charge des patients**, et qu'il est **rentable**. Cette rentabilité provient d'une déformation de la structure de coûts, l'augmentation des coûts de traitement thérapeutiques étant plus que compensée par la diminution des coûts hospitaliers.

L'objet des développements qui suivent n'est pas de donner une vision exhaustive de l'évaluation de l'impact financier du *disease management*, mais de **présenter différents éclairages**, à partir des recherches les plus récentes.

³¹¹ Cf. ROST et alii, « Managing depression as a chronic disease : a randomised trial of ongoing treatment in primary care », *BMJ*, 2002 ; cf. également SIMON et alii, « Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care », *BMJ*, 2000.

³¹² Cf. OSWALD et alii (2002).

Plusieurs études ont tout d'abord mis en évidence la **rentabilité à moyen terme du disease management**. Ainsi il a été montré, dans le cas du **diabète**, grâce à l'étude d'un programme de *disease management* optionnel, que les coûts unitaires de prise en charge diminuaient de manière significative, alors que la qualité des soins (mesurée à partir des indicateurs HEDIS) augmentait³¹³.

Une expérience semble confirmer ce résultat dans le contexte du système de santé anglais³¹⁴. Un programme de *disease management* visant à réduire le taux de glucose dans le sang et la tension artérielle parmi les diabétiques de type 2 apparaît rentable en coût complet (coût du programme, des traitements et des prescriptions, coûts hospitaliers), malgré un coût très élevé (environ 100 M€ par an).

Dans le cas des **maladies cardiovasculaires** également, deux études précédemment citées³¹⁵ ont montré que le *disease management* permettait de diminuer les coûts de prise en charge des patients.

Dans le cas de **l'asthme**, deux études françaises mettent en évidence la possibilité d'une diminution des coûts complets grâce à une meilleure prise en charge :

- **L'expérience du réseau de soins Résalis** (cf. encadré ci-après), qui s'apparente à une opération de *disease management* tel qu'il est pratiqué actuellement aux Etats-Unis : la sensibilisation et l'éducation à la fois des praticiens et des patients, sur la base de référence médicale, a permis de **réduire le coût global de prise en charge de 24%** en 24 mois, alors que dans le même temps il augmentait de 13% pour le groupe témoin ;
- **une étude du Credes³¹⁶ sur les asthmatiques persistants** d'Ile-de-France, réalisée à la demande de l'URCAM ; cette étude n'évalue pas les résultats d'un dispositif de *disease management*, mais étudie, de manière statique, s'il existe aujourd'hui une corrélation entre la qualité du traitement et le coût complet de prise en charge (consultations, prescriptions, hospitalisations) ; cette étude met en évidence deux résultats :
 - le fait d'avoir un traitement de fond (médicaments requis d'après le consensus international) ou de recevoir un traitement adapté (selon le jugement du médecin conseil après examen du patient ; suivant les classes de risque, de 13 à 96% des traitements sont jugés insuffisants) diminue les hospitalisations de 60% ; toutefois, ceci ne suffit pas à compenser le coût plus important des consultations et des prescriptions dues aux traitements adaptés : au total, les coûts globaux augmentent respectivement de 28 et 10% ;
 - toutefois, lorsque le traitement est adapté et que la posologie médicamenteuse permet de diminuer la gravité des symptômes, le risque d'hospitalisation est diminué d'un facteur 2,5, et les coûts globaux de prise en charge diminuent alors de 24%.

Enfin, une récente revue³¹⁷ des programmes de *disease management* mis en œuvre aux Etats-Unis par les principaux assureurs et producteurs de soins conclut à leur rentabilité, au moins pour le diabète, l'asthme et les maladies cardiovasculaires.

³¹³ Cf. SIDOROV et alii, « Does diabetes disease management save money and improve outcomes ? », *Diabetes care*, vol 25, 2002.

³¹⁴ Cf. ALASTAIR et alii, « Implementing intensive control of blood glucose concentration and blood pressure in type 2 diabetes in England : cost analysis », *BMJ*, 2002.

³¹⁵ Cf. Mc ALISTER et alii, *American journal of medicine*, 2001, et AHMED (2002).

³¹⁶ Cf. COM-RUELLE et alii, « Les déterminants du coût de l'asthme persistant en Ile-de-France », *Questions d'économie de la santé*, n°58 novembre 2002, CREDES.

³¹⁷ Cf. OSWALD et alii (2002).

En revanche, **la dynamique des coûts** (délai avant retour sur investissement) est très peu documentée. Une étude montre³¹⁸ qu'une diminution du taux de HbA1c permet de diminuer de manière significative les coûts de prise en charge sous deux ans, ce qui implique que le délai avant retour sur investissement est d'au moins trois ans.

Par ailleurs, les différents entretiens de la mission avec les équipes dirigeantes de groupes médicaux californiens semblent indiquer que ce délai est inférieur à cinq ans pour les principales pathologies chroniques, le programme le plus rapidement rentable étant le diabète.

Les facteurs clés de succès du disease management

Au-delà du constat global de l'efficience du *disease management*, certaines études ont cherché à déterminer quel était **l'impact des différents instruments du disease management** (intervention auprès des patients, des praticiens, et amélioration de la structure de soins) ainsi que **les facteurs clés de succès**.

Tout d'abord, **l'action sur les patients est primordiale** :

- plusieurs revues de littérature³¹⁹ ont montré que des programmes de suivi actifs (courriers, appels téléphoniques enregistrés ou personnalisés à destination des patients), afin de rappeler aux patients notamment les tests à faire et les prescriptions à suivre, ont un **impact important**, mais transitoire, sur les comportements et suffisent à améliorer la qualité des soins ainsi que les résultats sanitaires ;
- **les appels téléphoniques** constituent le moyen de suivi le plus efficace ; ainsi le fait de téléphoner régulièrement à des patients cardiaques à propos de leur traitement permet de réduire les complications, les hospitalisations et le nombre de visites à domicile³²⁰ ;
- en revanche, une simple distribution de supports éducatifs n'est pas efficace³²¹.

En ce qui concerne **les praticiens** :

- des interventions mêlant acceptation par les médecins de références médicales, séances de formation, action de suivi (courriers, appels téléphoniques) et incitations financières sont efficaces³²² ;
- la simple mise à disposition de références médicales sans accompagnement et sans incitation d'aucune nature³²³, ou sans acceptation des médecins³²⁴, est d'un impact très limité.

³¹⁸ Cf. WAGNER et alii, « Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization » *JAMA*, 2001.

³¹⁹ Cf. SZILAGYI et alii, *Interventions Aimed at Improving Immunization Rates*, Cochrane Review 2002, in the Cochrane library, issue 4, 2002, et BODENHEIMER et alii, « Patient self-management of chronic disease in primary care », *JAMA*, vol 288, n°19, 2002.

³²⁰ Cf., parmi une littérature abondante, HUNKELER et alii, « Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care », *Arch fam med*, 2000.

³²¹ Cf. LITTLE et alii, « Randomised controlled trial of self management leaflets and booklets for minor illness provided by post », *BMJ*, 2001.

³²² Cf. WEINGARTEN et alii, « Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work ? Meta-analysis of published reports », *BMJ*, 2002.

³²³ Cf. GRIMSHAW et alii, « Effect of computerised evidence based guidelines on management of asthma and angina in adults in primary care : cluster randomised controlled trial », *BMJ*, 2002, et CABANA et alii, « Barriers paediatricians face when using asthma practice guidelines », *Arch of ped & ad med*, 2000.

³²⁴ Cf. SCOTT et alii, « Effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care », *BMJ*, 2002.

Encadré 26 - Résalis : une prise en charge de l'asthme moins coûteuse³²⁵

Alliance Médica, filiale à 100% du groupe Glaxo Smeethkline, et la Caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure se sont associées pour expérimenter un **programme de suivi spécifique de l'asthme**. L'opération a visé à **élaborer et à diffuser parmi les praticiens un référentiel** sur cette pathologie (évaluation de la sévérité de la maladie, techniques de contrôle, diffusion des référentiels de l'ANAES en matière de traitement...), et à **éduquer les patients**. Ceci a pris la forme, pour chaque patient, d'un entretien individuel avec le médecin traitant pour déterminer le profil du malade et ses connaissances, et de deux séances d'éducation, sur différents sujets (prévention, identification des symptômes, auto-surveilance et auto-prise en charge...).

Parallèlement, un **dispositif d'information ad hoc** a été mis en place, avec un dossier médical spécifique à l'asthme, renseigné par les médecins ainsi que par les hôpitaux.

Les médecins et les patients ont été recrutés sur base volontaire, sans incitation financière. Les médecins se sont engagés à suivre les séances de formation (deux séances au total), et les patients à participer aux séances d'éducation ainsi qu'à l'évaluation. La population suivie comptait 313 personnes, et 43 généralistes volontaires. Un groupe témoin de 137 personnes a également été suivi.

L'opération a été menée entre octobre 2000 et octobre 2002. **Elle a été jugée selon trois critères :** médical (contrôle de l'asthme), qualité de vie (échelle Juniper) et financier (coût complet : soins ambulatoires – médecins, auxiliaires, analyse –, médicaments, frais hospitaliers et arrêts de travail).

Sur le plan médical, en termes de contrôle, le taux moyen de contrôle trimestriel de l'asthme est passé de 54% à 65%. Le temps médian avant non-contrôle est quant à lui passé de 142 jours (+/- 40,5 jours, $R^2=0,95$) à 404 jours (+/- 143 jours, $R^2=0,95$).

En termes de qualité de vie, 46% des patients de l'expérimentation ont vu au cours de la période leur qualité de vie globale s'améliorer significativement, contre 38% des patients du groupe témoin.

En termes de coûts, les résultats sont les suivants :

	Groupe expérimental	Groupe témoin	Différence
Coût direct	-24%	+36%	-60
Ambulatoire	-7%	-10%	+3
Médicaments	-11%	+77%	-88
Hospitalisation	-67%	+74%	-131
Coût indirect	-16%	-4%	-12
Coût global	-24%	+13%	-37

Cette forte diminution dans les coûts, qui s'accompagne d'une amélioration de la qualité, doit être rapprochée du coût annuel global de la prise en charge de l'asthme en France, évalué à 1,07 Md € (7 millions de journées d'arrêt de travail, 604 000 journées d'hospitalisation en court séjour, 236 000 en moyen séjour).

Par ailleurs, la structure de coût des patients a largement été modifiée :

	Avant	Après	Différence
Ambulatoire	27%	27%	0
Médicaments	38%	59%	+21
Hospitalisation	32%	7%	-25
Arrêts de travail	3%	7%	+4

³²⁵ Les données mentionnées ici ont été transmises par le Professeur Robert Launois, du Réseau d'évaluation en économie de la santé (REES France) ; cf. LAUNOIS *et alii*, *Expérimentation de la prise en charge de l'asthme en réseau de soins coordonnés : bilan de l'expérience Résalis dans l'Eure, 18 mois avant et 12 mois après intervention*, à paraître.

En termes d'organisation, il apparaît que :

- les **équipes multidisciplinaires** permettent d'assurer le suivi individuel du comportement de chaque patient et de chaque praticien³²⁶ ;
- les **infirmières peuvent jouer** dans l'éducation des patients et dans le respect des protocoles de traitement un rôle important³²⁷ ;
- les équipes de soins à domicile ont un impact positif³²⁸.

Encadré 27 – le « *chronic care model* »

Ed Wagner a développé, à partir de l'analyse de plusieurs expérimentations concrètes (notamment celle de *Group health cooperative of Puget sound* à Washington), un modèle de mise en œuvre du *disease management*, le « *chronic care model* », aujourd'hui largement adopté par la littérature³²⁹, et qui s'applique très largement aux autres types de *health management*.

Selon ce modèle, un programme de *disease management*, pour être le plus efficace, doit être comprendre à la fois :

1 - **des références médicales facilement accessibles et partagées** ; l'enjeu est ici l'acceptation (cf. § I.A.2) plus que la définition, les principales pathologies chroniques étant déjà bien documentées ;

2 - **l'implication forte du patient** (« *self-management support* ») dans son propre traitement, ce qui suppose de lui fournir les connaissances ainsi que les équipements nécessaires ;

3 - **la mise en œuvre de systèmes d'information** pour identifier les patients susceptibles de participer au *disease management*, adapter le programme à leurs spécificités individuelles, et servir, par l'intermédiaire d'indicateurs, de support au retour d'information à destination des professionnels de santé et à l'évaluation des pratiques ;

4 - **des incitations financières** à participer à ce type de programmes (cf. § I.A.4) ;

5 - **une organisation adaptée** ; notamment, il convient selon Wagner de séparer clairement dans les structures de soins le travail classique de médecine ambulatoire (consultations ponctuelles lors de nouveaux épisodes de soins) du *disease management* ; par ailleurs, cette organisation doit utiliser au mieux les différentes catégories de professionnels de santé, notamment les infirmières ;

6 - **une bonne articulation** des programmes de *disease management* avec l'intervention des autres producteurs de soins, notamment les hôpitaux et les maisons de retraite.

A ce modèle correspondent des **indicateurs** (« *Assessment of chronic illness care* » - ACIC) qui permettent de mesurer le degré de mise en œuvre du *disease management* par une organisation³³⁰.

Les principaux enseignements issus de ces recherches ont été synthétisés par Ed Wagner dans le « *chronic care model* », qui constitue la structure cible du *disease management* (cf. encadré ci-dessus).

³²⁶ Cf. WALSH et alii (2002) , et Mc ALISTER et alii, art cit. *American journal of medicine* (2001).

³²⁷ Cf. THOMAS et alii, *Guidelines in professions allied to medicine*, Cochrane Review 1998, in the Cochrane library, issue 4, 2002.

³²⁸ Cf. STEWART et alii, « Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure : a randomised controlled study », *Lancet*, 1999, 354 : 107783.

³²⁹ Cf. pour une synthèse WAGNER et alii, « Improving chronic illness care : translating evidence into action », *Health affairs*, vol 20, n°6. Sur le consensus actuel autour de ce modèle, cf. OSWALD (2002).

³³⁰ Cf. WAGNER et alii, « Assessment of chronic illness care (ACIC) : a practical tool to measure quality improvement », *Health services ressources*, juin 2002.

Peu de programmes de *disease management* correspondent d'ores et déjà au modèle défini par Ed Wagner. Les **obstacles** le plus souvent rencontrés³³¹ à une mise en œuvre efficace du *disease management* sont le manque de simplicité des protocoles et leur faible acceptation par les praticiens, l'absence d'incitations pour les médecins généralistes à participer à ce type de programmes (du fait notamment du paiement à l'acte), le manque d'organisation support, notamment pour la mise en œuvre du *self-management*, ainsi que l'insuffisance des **systèmes d'information**, qui jouent un rôle très important (cf. encadré ci-après).

Encadré 28 – les supports informatiques du *disease management*³³²

Un système d'information est **indispensable à toutes les étapes** du *disease management*, pour :

- définir les populations cibles, à partir des consommations ;
- mettre à disposition des médecins généralistes les protocoles de soins ;
- détecter les patients qui ne suivent pas les protocoles ;
- assurer un retour d'information aux médecin traitant ;
- mettre en place éventuellement un carnet médical spécifique, comme dans l'expérience Résalis.

Dans le **contexte français**, le repérage des patients du régime général atteints de maladies chroniques est d'ores et déjà possible avec le système ERASME, à partir des consommations de médicaments ; c'est ce système d'information qui a été utilisé pour l'enquête du Credes sur les asthmatiques d'Ile-de-France.

Par ailleurs, lorsque le système **SNIIR-AM** sera pleinement opérationnel, les patients atteints de maladies chroniques pourront être directement identifiés, grâce aux déclarations d'affections de longue durée (ALD). Ce nouveau système d'information rendra également plus facile le suivi en coûts complets (y compris les coûts hospitaliers) des patients.

* * *

*

Au total, l'analyse des expériences étrangères met en évidence que l'amélioration de l'efficience de la production de soins passe à la fois par une optimisation des pratiques de la médecine de ville et une meilleure organisation des filières de soins (inscription auprès de structures de soins, création de centres de soins ouverts ou de structures de télétriage, suivi spécifique des pathologies lourdes).

La mise en œuvre de ces différents instruments implique pour certains d'entre eux un rééquilibrage dans la répartition des tâches entre les différentes professions médicales, et notamment suppose de donner une place plus grande aux personnels infirmiers.

Plus généralement, l'optimisation des pratiques de la médecine de ville et l'organisation des filières de soins semble nécessiter, au vu des différents exemples étrangers, une modification de l'organisation de la médecine ambulatoire.

³³¹ Cf. OSWALD et alii (2002) et ROBINSON et alii (2002).

³³² Cf. METZGER et alii (2002), et KILBRIDGE (2002).

II. Une intervention des pouvoirs publics est souhaitable afin de promouvoir une pratique de la médecine plus collective et intégrée ainsi que l'émergence d'entrepreneurs de soins

Les développements précédents ont permis d'identifier différentes **pistes pour l'amélioration de l'efficience du système de soins** :

- définition de références médicales mises en œuvre par des cercles de qualité locaux ;
- retour d'information et évaluation des pratiques individuelles par des groupes de pairs ;
- mise en œuvre d'incitations financières à l'efficience ;
- inscription des patients auprès de structures de soins ;
- développement de centres de soins ouverts et de dispositifs de télétriage ;
- prise en charge adaptée des pathologies les plus lourdes.

Dans un contexte où la prise en charge des patients est une tâche de plus en plus complexe et où la médecine est de plus en plus spécialisée, les marges de progrès dans l'efficience des pratiques proviennent essentiellement **d'améliorations dans la gestion et l'organisation des processus de soins, ainsi que dans la coordination des différents professionnels de santé**.

L'industrie est confrontée depuis longtemps **à des problématiques semblables** : complexification des procédés, nécessité de mieux les coordonner et de mieux les gérer, spécialisation des tâches. L'économie industrielle et les sciences de gestion ont cherché à déterminer quelle est, dans ce contexte, l'organisation optimale :

- les recherches ont mesuré **les avantages des unités de production de grande taille**³³³ :
 - **l'intégration horizontale** est bénéfique dès lors que les coûts d'organisation sont inférieurs aux économies de gamme (synergies existant entre les procédés de production de deux biens distincts) et aux économies d'échelle ; celles-ci peuvent provenir du processus de production lui-même (rendements croissants, rationalisation du processus de production), ainsi que d'effets d'apprentissage, de l'acquisition de connaissances permise par une taille plus importante, de l'augmentation du pouvoir de marché... ;
 - **l'intégration verticale** est justifiée lorsque les coûts d'organisation sont inférieurs aux économies de gamme le long de la chaîne de valeur et aux coûts de transaction évités³³⁴ .
- en ce qui concerne **l'organisation interne** de ces unités de production, ont notamment été mis en évidence **les effets positifs d'une décentralisation des responsabilités**, l'autonomie de gestion accordée aux unités de production (centres de responsabilité) devant être associée à une responsabilisation forte des gestionnaires sur leurs résultats³³⁵ .

³³³ Cf. TIROLE, *Théorie de l'organisation industrielle*, Economica, Paris, 1995.

³³⁴ Cf. COASE, « The nature of the firm », *Economica*, vol 4, 1937, pp 386-405.

³³⁵ Cf. notamment CHANDLER, *The visible hand. The managerial revolution in American business*, Harvard university press, Cambridge, Mass., 1977, ainsi que MINTZBERG, « Une synthèse de la recherche sur les formes organisationnelles », *Management science*, 26(3), 322 : 341.

Ces analyses sont-elles transposables à la médecine ambulatoire ? **Quelle est aujourd’hui l’organisation de la médecine ambulatoire la plus efficiente ?**

- une **intégration horizontale** (regroupement de médecins de même spécialité) est-elle souhaitable du fait de l’augmentation des coûts fixes nécessaires à une médecine de qualité : équipements médicaux et informatiques, structures permettant d’assurer les gardes ainsi que les réponses téléphoniques, acquisition et partage des connaissances médicales, évaluation des pratiques individuelles, développement d’équipes spécialisées sur certaines pathologies... ?
- une **intégration verticale** (regroupement de praticiens de spécialités différentes, et/ou des soins primaires et de l’hôpital) doit-elle être favorisée pour permettre une meilleure continuité de la prise en charge, dans un contexte de spécialisation ?
- si l’apparition de structures plus intégrées est souhaitable, comment doivent-elles être organisées ? en particulier, quel doit être le **degré de décentralisation des responsabilités** ? quelles sont les incitations qui doivent être mises en œuvre ?

Ces questions sont peu fréquemment posées, tout au moins en ces termes, la pratique médicale n’étant que très rarement appréhendée comme un processus de production. De fait, comparer l’efficacité sanitaire et financière des différents modèles d’organisation est en pratique impossible, l’impact des paramètres organisationnels ne pouvant être isolé toutes choses égales par ailleurs.

Néanmoins, les différentes pistes d’amélioration identifiées précédemment fournissent **une grille de lecture permettant d’apprécier la pertinence de différents types d’organisation** à partir d’un critère simple : quels sont les modes d’organisation les mieux à même de mettre en œuvre ces pistes d’amélioration et ainsi d’optimiser l’efficience de l’offre de soins ?

L’objectif des développements qui suivent n’est donc pas, faute d’analyses assez fournies et précises, de déterminer de manière certaine et incontestable quelle est l’organisation optimale de la médecine ambulatoire, mais de mettre en évidence que :

- les évolutions spontanées constatées dans différents pays illustrent les avantages liés à une **structure à deux niveaux**, comprenant à la fois **des cabinets de groupe intégrant des personnels non-médecins** et **un échelon supérieur de management médical** agissant comme un **véritable entrepreneur de soins (A)** ;
- les évolutions volontaristes dans l’organisation des soins primaires engagées dans plusieurs pays montrent qu’**une intervention des pouvoirs publics peut permettre de faire émerger une organisation mieux à même de promouvoir l’efficience de la médecine ambulatoire (B)**.

* * *

*

A/ Une structure à deux niveaux comprenant à la fois des cabinets de groupe et un échelon supérieur de *management* médical permet d'améliorer l'efficience de la production de soins

L'étude des évolutions spontanées des systèmes de santé étrangers met en évidence les points suivants :

- **une pratique plus collective et intégrée**, organisée autour de cabinets rassemblant plusieurs médecins ainsi que d'autres professionnels de santé, est de nature à améliorer l'efficience du système de soins primaires (1) ;
- l'existence d'**un échelon supérieur de management médical** pilotant plusieurs unités de soins ambulatoires permet une rationalisation du processus de production de soins (2).

1) Une pratique plus collective et intégrée organisée autour de cabinets rassemblant plusieurs médecins ainsi que d'autres professionnels de santé est de nature à améliorer l'efficience des pratiques

Les cabinets de groupe, aujourd'hui très développés dans les pays étudiés par la mission, permettent de **mieux intégrer les autres professionnels de santé à la pratique médicale**.

Par ailleurs, les cabinets de groupe facilitent la mise en œuvre d'**une médecine plus efficace et de meilleure qualité, tout en prenant mieux en compte les attentes des professionnels de santé**.

a) L'exercice collectif permet d'intégrer plus efficacement les autres professionnels de santé à la pratique médicale

Le développement d'une pratique collective et intégrée de la médecine générale

Tableau 11 – taux de pratique isolée en médecine générale

Etats-Unis ³³⁶	25%
Québec ³³⁷	16%
Royaume-Uni ³³⁸	8,5%
Île-de-France ³³⁹ (pour mémoire)	58%

³³⁶ Source : American medical association, données 1999.

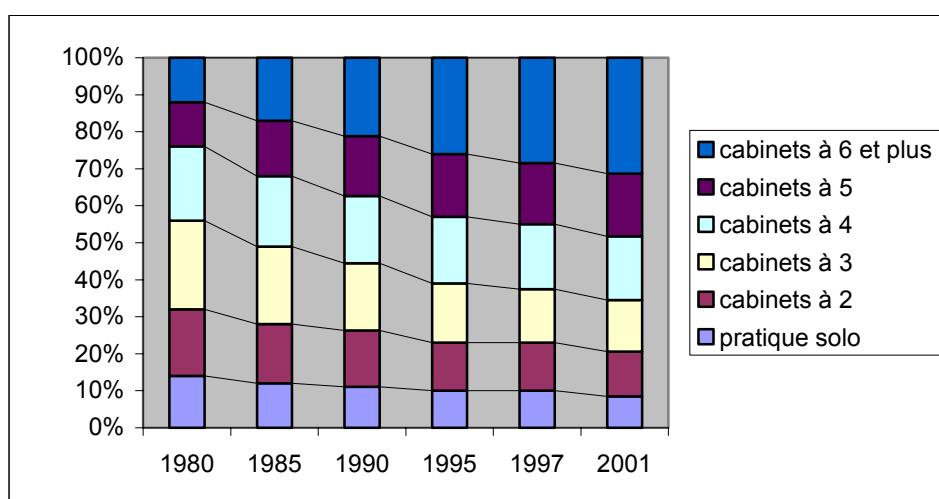
³³⁷ Source : DEMERS et alii, *Répertoire des cliniques médicales d'omnipratique au Québec en 2002*, Ministère de la santé et des services sociaux, octobre 2002.

³³⁸ Source : Royal college of general practitioners, *Profile of UK practices*, RCGP Information sheet n°2, juin 2002. Les données se rapportent à l'année 2001.

³³⁹ Source : enquête de l'URML Île-de-France, sur données datant de juin 2000, par sondage auprès d'un échantillon représentatif de médecins libéraux (404).

La pratique de groupe est aujourd’hui très importante dans les différents pays étudiés (cf. tableau ci-dessus). Dans certains pays comme l’Angleterre, la pratique collective est ancrée de longue date, et continue à progresser. En 1980 déjà, seuls 14% des praticiens exerçaient de manière isolée (cf. graphique ci-après). Dans d’autres pays, en revanche, **la pratique de groupe s'est développée plus récemment**, mais à un rythme très rapide. C'est le cas des Pays-Bas, où la proportion de cabinets de groupe est passée de 5 à 55% en 25 ans³⁴⁰, sans incitation publique, ou des Etats-Unis (40% de pratique isolée en 1980).

Graphique 4 – répartition des médecins généralistes en Angleterre et au Pays de Galles par type d'exercice³⁴¹



En ce qui concerne **la taille des cabinets**, elle reste assez faible : la majorité des cabinets compte ainsi moins de 5 médecins (cf. tableau ci-après) et le nombre moyen de praticiens par cabinet est de 5,2 au Québec contre 4 environ en Angleterre.

Tableau 12 – taille des cabinets de médecine générale

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 et plus
Québec (% des cabinets)	25%	12%	13%	11%	10%	6%	6%	4%	3%	10%
Angleterre et pays de Galles (% des cabinets)	26%	19%	17%	14%	8%				6%	
Angleterre et pays de Galles (% des médecins en cabinets)	14%	15%	18%	19%				34%		
France pour mémoire (% des médecins en cabinets)	19%	35%	15%	12%	5%	6%			8%	

Toutefois, **la taille moyenne des cabinets tend à augmenter**. Ainsi, en Angleterre, la proportion de médecins généralistes exerçant en cabinets d’au moins 6 praticiens est passée en 20 ans de 12 à 31% (cf. ci-dessus). Cette évolution se poursuit aujourd’hui, alors que les incitations financières (primes aux cabinets de plus de 3 praticiens) ont été supprimées.

³⁴⁰ Source : Institut NIVEL.

³⁴¹ Source : Royal college of general practitioners (2002).

Cette pratique plus collective est associée à une intégration accrue de personnels administratifs mais également d'autres professionnels de santé. Ainsi, en Angleterre, entre 1992 et 2001 le nombre d'employés des médecins généralistes britanniques a augmenté de 27,4% en équivalents temps plein (cf. tableau ci-après). Le « cabinet moyen » de médecine générale en Angleterre est ainsi constitué aujourd'hui de trois à quatre généralistes associés, d'une infirmière à temps plein et de cinq personnels administratifs³⁴².

Tableau 13 – professionnels de santé employés par les médecins généralistes anglais³⁴³

	1992		2001		Evolution 1992 / 2001	
	ETP	ETP par médecin généraliste	ETP	ETP par médecin généraliste	ETP	ETP par médecin généraliste
Infirmière (Practice nurse)	9 121	0,29	11 163	0,33	+22%	+15%
Direct patient care (*)	1 210	0,04	2 090	0,06	+73%	+62%
Personnels administratifs	38 040	1,19	51 390	1,51	+35%	+27%
Total	48 371	1,51	64 643	1,90	+27%	+26%

(*) : physiothérapeutes, chiropraticiens...

De même aux Etats-Unis, chez *Kaiser Permanente*³⁴⁴, où la taille moyenne des cabinets est de 5 à 6 médecins généralistes, chaque généraliste emploie en équivalent temps plein 0,36 professionnel de santé non-médecin. Une autre étude de HMOs *staff model* (assureurs disposant d'un réseau exclusif de production de soins) trouve un ratio plus faible de 0,22³⁴⁵.

L'exercice en cabinet de groupe favorise de fait l'emploi d'autres personnels de santé, plus difficile à organiser (nécessaire temps partiel) et à rentabiliser dans le cadre d'une pratique isolée. Ceci a été documenté en détail dans le cas du système de santé hollandais³⁴⁶ : le fait d'être un médecin exerçant seul diminue la probabilité de déléguer une tâche à une infirmière ou un auxiliaire médical de 17 points pour les actes médicaux techniques, de 18 points pour les analyses et de 10 points pour les activités d'information des patients et de prévention.

L'impact positif de l'intégration de personnels non-médecins sur l'efficience des pratiques

Il n'entre pas dans les compétences des rédacteurs du présent rapport d'**apporter une appréciation définitive quant à la pertinence, en termes sanitaires et financiers, d'une plus grande association de professionnels de santé non-médecins** (personnel infirmier et auxiliaires médicaux) dans les cabinets de médecine générale.

³⁴² Cf. PARIS et alii (2002).

³⁴³ Source : Royal college of general practitioners (2002).

³⁴⁴ Kaiser (fondation sans but lucratif) est le premier assureur santé en Californie (6 millions d'assurés) ; il contracte uniquement avec deux groupes médicaux : *Southern California Permanente medical group*, où les médecins sont associés, et *Permanente medical group*, qui est une entreprise.

³⁴⁵ Cf. HART et alii, « Physician staffing ratios in staff-model HMOs : a cautionary tale », *Health affairs*, 1997 ; données 1992-1993.

³⁴⁶ Cf. GROL et alii, « Tasks of the dutch practice assistant », *Huisards Wet*, 1997, 40(5) : 193-198.

En tout état de cause, le résultat d'une telle analyse dépend des niveaux de formation et du domaine de compétence de ces professionnels de santé, qui varient largement entre les pays, et notamment de la capacité des personnels infirmiers à prescrire. Ainsi aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et dans les provinces canadiennes de l'Ontario, d'Alberta et de Nouvelle Ecosse, les *nurses practitioners*, infirmières ayant reçu une formation scolaire plus poussée et une spécialisation clinique dans un domaine précis (gériatrie, soins de premiers recours, urgences...) sont habilitées juridiquement à examiner un patient, à réaliser certains diagnostics et analyses et à prescrire des traitements. En Angleterre, les infirmières « simples » se sont même récemment vues autoriser la prescription d'antibiotiques. De même, aux Pays-Bas, où 56% des médecins généralistes bénéficient d'une assistance à temps plein, le champ des compétences déléguées à des personnels non-médecins, au-delà des simples tâches administratives, apparaît très important (cf. tableau ci-après).

Tableau 14 – délégation des tâches au sein des cabinets médicaux aux Pays-Bas³⁴⁷

	Proportion des cabinets où cette activité est déléguée par les médecins généralistes
Actes médicaux techniques	
- enlever des points de suture	65%
- nettoyage des oreilles avec une seringue	53%
- examen et suivi des maladies cardiovasculaires	35%
- électrocardiogrammes	34%
- test d'audiométrie	33%
Analyses de laboratoire	
- tests d'urine	82%
- tests de glycémie	81%
Information des patients	
- informations téléphoniques sur les pathologies courantes	93%
- information sur les pathologies chroniques	41%
Prise en charge des patients	
- prescriptions par téléphone pour les pathologies courantes	74%
- invitation à des contrôles de suivi pour les patients à risque	39%
- choix entre visite à domicile et consultation	89%
Pour mémoire : tâches administratives	
- gestion de l'agenda	53%
- tenue des comptes	76%

Aux Etats-Unis, ce sont au total près de **80 % des actes de soins primaires**, y compris la prescription de médicaments et certaines interventions chirurgicales, qui peuvent être dispensés par les différents personnels non-médecins susceptibles d'être intégrés à des cabinets de médecine générale (*nurse practitioners, practice nurses, physician assistants*)³⁴⁸.

Malgré l'importance de ces éléments de contexte, il est possible d'estimer, au vu des expériences étrangères, que **l'impact sur l'efficience des pratiques de l'intégration de personnels soignants non-médecins dans les cabinets est vraisemblablement positif**.

³⁴⁷ Cf. GROL et alii, « Assessment of management in general practice, validation of a practice visit method », *British journal of general practice*, 1998.

³⁴⁸ Cf. Direction générale de la santé, *Rapport sur la démographie médicale*, juin 2001, annexe 13, ainsi que HOOKER et alii, « Trends in the supply of physician assistants and nurse practitioners in the United States », *Health Affairs*, volume 21 n°5, septembre 2002.

De nombreuses études ont en effet été réalisées dans les pays anglo-saxons pour évaluer l'impact sanitaire de l'intégration de personnels médicaux, et en particulier de *nurse practitioners*, dans les cabinets. Il semble que, dans l'exercice classique de la médecine ambulatoire de premier recours, **l'intégration des personnels non-médecins augmente sensiblement la satisfaction des patients, ainsi que la qualité des pratiques**³⁴⁹. Quant à l'impact sur la santé des patients elle-même, plus difficile à mesurer, il serait également positif³⁵⁰.

Plus précisément, il semble que les infirmières puissent non seulement aider les médecins généralistes en se voyant déléguer une partie importante des tâches (20% des tâches effectuées par les généralistes anglais et canadiens pourraient encore être transférées à des personnels infirmiers³⁵¹), mais surtout **se substituer à eux comme premier point de contact des patients non encore diagnostiqués**. Cette substitution s'effectuerait sans diminution de la qualité ni de l'état de santé des patients et augmenterait en outre la satisfaction des patients³⁵².

Une telle substitution ne peut se faire efficacement que si les infirmières sont réellement intégrées au cabinet. Il a ainsi été souligné, dans le cas de l'Ontario, que les *nurses practitioners* exerçant dans le secteur libéral et de manière individuelle, en dehors de cabinets de médecine générale, étaient très largement sous-utilisées³⁵³.

Enfin, **cette intégration d'autres professionnels de santé aux cabinets médicaux semble s'accompagner d'une plus grande satisfaction des médecins**. Elle permet en effet de diminuer leur charge de travail et leur stress. De plus, les médecins généralistes, tout au moins dans les pays anglo-saxons, perçoivent la continuité entre leur action et celle des infirmières et auxiliaires médicaux comme un des principaux moyens d'améliorer la qualité des soins³⁵⁴. L'intégration des personnels infirmiers, et notamment des *nurse practitioners*, suscite néanmoins des craintes de la part des médecins généralistes, essentiellement quant aux compétences de ces personnels, aux conséquences sur le statut du médecin généraliste et aux difficultés organisationnelles posées³⁵⁵.

³⁴⁹ Pour des revues de littérature, cf. DONALD et alii, « Nurse practitioner primary care improves patient satisfaction and quality of care with no difference in health outcomes », *Evidence based nursing*, 2002, WEINER et alii, « Nurse practitioner and physician assistant practices in three HMOs : implications for future U.S. health manpower needs », *American journal of public health*, 1986, et BROWN et alii, « A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care », *Nursing resources*, 1995.

³⁵⁰ Cf. notamment KINNERSLEY et alii, « Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting same day consultations in primary care », *BMJ*, 2000 et HORROCKS et alii, « Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors », *BMJ*, 2002.

³⁵¹ Cf. WANLESS, *Securing our future health : taking a long term view, final report*, avril 2002.

³⁵² Pour des revues de littérature, cf. ANDERSON et alii, « Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors », *BMJ*, 2002, ainsi que KOPERSKI et alii, « Nurse practitioners in general practice - an inevitable progression ? », *British journal of general practice*, 1996, 47 : 696-697.

³⁵³ Cf. JONES et alii, « Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice », *Canadian medical association journal*, 2001.

³⁵⁴ Cf. BLENDON et alii (2001) : une meilleure continuité avec l'action des infirmières est perçue dans cinq pays anglo-saxons comme un moyen d'augmenter la qualité des soins par 64 à 76% des praticiens.

³⁵⁵ Cf. WILSON et alii, « Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective », *Family practice*, vol. 19, n° 6, 641-646, 2002.

En ce qui concerne l'**impact sur les coûts d'une telle utilisation de personnels non-médecins comme point de premier contact**, l'augmentation du nombre d'infirmières par médecin généraliste aux Etats-Unis, dans un contexte concurrentiel, ne peut être interprétée directement comme une preuve de la rentabilité d'un tel dispositif. En effet, un tel mouvement peut également s'expliquer par des insuffisances dans l'offre de médecins, ainsi que par la volonté d'augmenter la satisfaction des patients.

A priori, l'utilisation de personnels non-médecins a un effet positif du fait des coûts salariaux plus faibles³⁵⁶. Toutefois, de même que pour les centres de soins ouverts ou le télétriaje, ceci peut être contrebalancé par différents facteurs, notamment :

- un effet de **duplication des soins**, si les personnels non-médecins ne se substituent pas aux médecins mais renvoient sur ceux-ci la majeure partie des patients ;
- une **durée de consultation plus longue** ;
- un **recours plus élevé** aux soins secondaires, aux analyses et aux prescriptions ;
- un **coût d'organisation** plus important pour les cabinets devant gérer ces personnels.

La littérature sur ces questions reste rare aujourd'hui, alors même que l'intégration de personnels non-médecins dans les cabinets de médecine ambulatoire est un phénomène relativement ancien dans les pays anglo-saxons.

En ce qui concerne une éventuelle duplication des soins, il semble établi que, dès lors que les niveaux de formation sont suffisants, les **consultations avec les infirmières se substituent dans une large mesure aux consultations avec le médecin généraliste**, et ne constituent que rarement une prestation supplémentaire³⁵⁷. Ainsi, aux Etats-Unis, près de la moitié de l'activité des personnels non-médecins des cabinets s'effectue de manière autonome, sans intervention d'un médecin généraliste³⁵⁸. En Angleterre, 73% des patients présentant des pathologies mineures peuvent être traités sans intervention du médecin par les infirmières (*nurse practitioners* ou simples *practice nurses*). Ces ordres de grandeur sont similaires à ceux obtenus dans le cas des centres ouverts et du télétriaje.

Toutefois, il apparaît que lorsque des infirmières sont utilisées comme points de premier contact en cabinet, les **consultations sont sensiblement plus longues**. Les différentes études existantes font ainsi état d'un allongement de 2 à 4,2 minutes des durées de consultation.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'**impact sur les coûts induits, les études divergent**. Une revue de littérature fait état d'une amélioration de la pertinence des prescriptions et des renvois vers des producteurs de soins secondaires ainsi que vers les services hospitaliers³⁵⁹. Toutefois, dans le cadre d'une expérience menée en Angleterre, si les prescriptions médicamenteuses sont restées identiques, la proportion des patients renvoyés à des tests de laboratoire et auxquels il était demandé de revenir consulter a été augmentée de respectivement 1,66 et 1,93 point.

³⁵⁶ Pour raisonner en coûts complets, il conviendrait également de prendre en compte les coûts de formation, également plus faibles pour les personnels infirmiers.

³⁵⁷ Cf. SHUM et alii, « Nurse management of patients with minor illnesses in general practice : multicentre, randomised controlled trial », *BMJ*, 2000.

³⁵⁸ Cf. HOOKER et alii, « Use of physician assistants and nurse practitioners in primary care, 1995-1999 », *Health affairs*, vol 20 n°4, juillet 2001.

³⁵⁹ Cf. ZWARENSTEIN et alii, *Interventions to promote collaboration between nurses and doctors*, Cochrane Review 2000, in the Cochrane library, issue 4, 2002.

En dépit de ces évaluations quelque peu contrastées, il semblerait en définitive que les coûts de prise en charge puissent être réduits grâce aux personnels infirmiers. Ainsi, la seule étude portée à la connaissance de la mission et faisant un bilan financier complet de la substitution d'infirmières aux médecins comme premier recours en cabinet fait état d'une diminution du coût complet de prise en charge (y compris les prescriptions) de 2,33£ par consultation³⁶⁰.

Au total, l'intégration de personnels non-médecins dans les cabinets, y compris en leur donnant un rôle de premier contact systématique, permettrait à la fois d'**augmenter la qualité des soins et la satisfaction des patients et de diminuer les coûts**.

Du fait de ces résultats encourageants, certains ont proposé de **faire des infirmières exerçant en cabinet le point d'entrée obligatoire (gatekeeper) dans le système de santé**. Ainsi, en Angleterre, la *British medical association* (BMA) a publié un document de discussion qui va très clairement dans ce sens³⁶¹. Dans les cabinets médicaux, les patients seraient systématiquement examinés en premier lieu par une *nurse practitioner*, qui choisirait selon les cas soit de traiter elle-même le patient ou de le renvoyer sur un pharmacien ou un travailleur social, soit pour les cas les plus sérieux de le renvoyer sur un médecin généraliste du cabinet. Un sondage a montré que 87% des patients anglais seraient favorables à un tel dispositif.

Certaines études semblent montrer qu'**une telle institutionnalisation du rôle de gatekeeper des infirmières n'est pas nécessaire** pour assurer leur utilisation optimale au sein des cabinets médicaux. En effet, les patients, lorsqu'un tel service existe et lorsqu'ils en sont convenablement informés, seraient capables de sélectionner eux-mêmes de manière satisfaisante le professionnel de santé de premier recours (médecin généraliste ou infirmière) qui convient le mieux à leur état de santé.

Dès lors, l'enjeu est essentiellement de s'assurer que **les cabinets médicaux intègrent ces personnels** autant que de besoin. Ceci suppose qu'il n'existe **pas de barrière juridique** à une telle intégration et que **le schéma de rémunération soit adapté**. Ainsi, dans le cadre du programme Medicare, les médecins américains peuvent facturer les actes réalisés par les personnels infirmiers qu'ils emploient au même tarif que s'ils les avaient réalisés eux-mêmes.

Une telle intégration des soins pourrait aller plus loin que le personnel infirmier et concerner notamment les pharmaciens. Les gouvernements britannique et irlandais tentent ainsi de développer des cabinets regroupant non seulement des médecins et des infirmières, mais également des dentistes et des pharmaciens, voire des opticiens (« *one stop services* »), à la fois pour promouvoir un meilleur accès aux soins et pour rééquilibrer les tâches entre médecins et pharmaciens. Dans ce cadre, il pourrait être envisagé de transférer aux pharmaciens la responsabilité des prescriptions répétées, mesure qui semble recueillir l'assentiment des patients anglais (80% d'opinions favorables d'après le sondage précédemment cité), mais dont l'efficacité sanitaire et financière n'a pas encore été démontrée.

³⁶⁰ Cf. VENNING et *alii*, « Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care », *BMJ*, 2000.

³⁶¹ Cf. DYER, « BMA suggests nurses could become gatekeepers of the NHS », *BMJ*, 2002, qui cite le docteur Ian BOGLE, président de la BMA : « L'objectif est d'éviter les duplications, les pertes de temps et le gaspillage des ressources, qui sont courants aujourd'hui. Les médecins doivent utiliser leurs connaissances de la manière la plus efficace possible, en se concentrant sur les tâches qui requièrent réellement la formation qu'ils ont reçue ».

b) Un exercice collectif de la médecine ambulatoire améliore l'efficience du système de soins tout en prenant mieux en compte les attentes des professionnels de santé

Une pratique de la médecine de ville plus collective favorise donc l'efficience des soins grâce à l'intégration de personnels non-médecins.

Par ailleurs, les cabinets de groupe semblent permettre, au vu de la littérature existante, **d'améliorer la productivité de la médecine ambulatoire**, par des économies d'échelle, **ainsi que la qualité des soins**.

Ils favorisent en outre fortement la mise en œuvre de certaines des **pistes d'amélioration de l'efficience précédemment identifiées**, tout en prenant mieux en compte **les attentes des professionnels de santé**.

Une amélioration de la productivité

La présence éventuelle d'**économies d'échelle** dans le secteur hospitalier a été étudiée en détail notamment aux Etats-Unis. Il a ainsi été établi que les hôpitaux peuvent réaliser des économies sur leurs coûts fixes (équipements médicaux, frais généraux...) en accroissant leur taille. Ces économies d'échelle sont toutefois compensées, à partir d'une certaine taille, par les coûts d'organisation et de gestion de telles entités³⁶².

De même, dans le cas particulier des mammographies, d'importantes économies d'échelle ont été mises en évidence (passer de 50 à 200 mammographies par mois permet de diviser par 2 le coût unitaire moyen), ces gains de productivité importants pouvant être réalisés sans dégradation de la qualité, essentiellement en augmentant le taux d'utilisation des appareils³⁶³.

Néanmoins, il n'est pas certain *a priori* que les économies d'échelle puissent être d'une ampleur comparable pour la médecine ambulatoire et tout particulièrement pour la médecine générale, où le niveau d'équipement médical est largement inférieur. Dans le cas de la médecine ambulatoire, les économies d'échelle peuvent provenir essentiellement, outre le recrutement de personnels déjà étudié *supra*, des frais immobiliers et des matériels informatiques et comptables, ainsi que d'une plus grande capacité à se créer une réputation.

Les évaluations de ces éventuelles économies d'échelle en médecine ambulatoire sont très rares aujourd'hui³⁶⁴. Une première méthode consiste à **mesurer indirectement la productivité des cabinets médicaux**, en étudiant les relations contractuelles entre les producteurs de soins et les acheteurs. Ainsi une étude économétrique a montré que l'essentiel de la diminution de la pratique isolée des médecins généralistes entre 1986 et 1995 aux Etats-Unis s'expliquait par l'augmentation de la part de marché des assureurs pratiquant le *managed care*³⁶⁵.

³⁶² Cf. pour une revue de littérature DRANOYE et *alii*, « Is managed care leading to consolidation in health-care markets ? », *Health services research*, 37 : 3, juin 2002.

³⁶³ Cf BAKER et *alii*, « Managed care, consolidation among health care providers, and health care : evidence from mammography », *The RAND journal of economics*, vol 30 n°2, 1999.

³⁶⁴ Pour des revues de littérature, cf. GILLIS, « Are groups more efficient than solo practice ? », Amercian medical association, Center for health policy research, 1998, ainsi que BURNS et *alii* (2000).

³⁶⁵ Cf. HADLEY et *alii*, « Effects of managed care market penetration on physicians' labor supply decision », *The quarterly review of economics and finance*, 1999.

Toutefois, **ceci ne permet pas de conclure** quant à l'existence d'économies d'échelle dans la médecine ambulatoire : face à des acheteurs de soins plus exigeants (contractualisation sélective, pression sur les prix), cette diminution de la pratique isolée peut certes provenir de la volonté de profiter d'économies d'échelle, mais également de la nécessité pour les producteurs de soins de gagner en pouvoir de marché, d'offrir une meilleure couverture géographique et de mutualiser le risque dans le cas de paiements à la capitation.

Une étude directe du lien entre la productivité des cabinets médicaux et leur taille est donc indispensable. Sur la base de données américaines, il n'a pas été établi de différence significative de productivité (mesurée par le coût de fonctionnement du cabinet rapporté au nombre de visites) entre la pratique isolée et la pratique collective³⁶⁶.

Dans le cas des cabinets de médecine générale londoniens, il apparaît que plus le nombre de médecins dans le cabinet est élevé, plus le nombre de patients par médecin est faible (cf. tableau ci-après)³⁶⁷, ce qui semble indiquer l'existence de déséconomies d'échelle.

Tableau 15 – relation entre taille et production, cas des cabinets londoniens

Nombre de médecins dans le cabinet	1 ETP	2 ETP	3-4 ETP	5 ETP et plus
Nombre de patients par médecin	2 405	2 350	2 136	1 937
Temps de consultation moyen (minutes)	7,6	8,5	9,7	11,2

Toutefois, **de telles analyses ne permettent pas de conclure**, du fait de leurs insuffisances méthodologiques. En effet, le nombre de visites ou la taille de la liste de patients ne mesurent que très imparfaitement la production d'un médecin. Ainsi, dans les cabinets londoniens, la taille du cabinet semble associée à des temps de consultation plus longs.

Les seules analyses véritablement satisfaisantes sur le plan méthodologique sont celles qui tentent de **mesurer la productivité globale des cabinets** en déterminant leurs coûts unitaires de production. Trois études³⁶⁸ consacrées à ce sujet concluent toutes les trois à **une taille optimale des cabinets mono-spécialité comprise entre 5 et 10 médecins**. Ceci correspond à la taille moyenne des cabinets de médecine générale dans la plupart des pays étudiés par la mission (cf. *supra*).

Par ailleurs, il semble pas que le regroupement au sein de cabinets de médecins de différentes spécialités engendre des **économies de gamme**³⁶⁹.

Au total, les recherches portant sur les économies d'échelle et les économies de gamme en médecine ambulatoire plaident pour **des cabinets de groupe mono-spécialité de 5 à 10 médecins**, qui constitueraient **l'unité de production élémentaire de médecine ambulatoire** la plus productive.

³⁶⁶ Cf. De FELICE et *alii*, « Relative inefficiencies in production between solo and group practice physicians », *Health Economics*, Sept-Oct, 1997 : 455-465.

³⁶⁷ Cf. CAMPBELL et *alii*, « Practice size : impact on consultation, workload, and patient assessment of care », *British journal of general practice*, 2001.

³⁶⁸ Cf. HOUGH « Is bigger always better ? The optimal size of a group practice », *Journal of medical practice management*, 2002, WEIL, « Multispecialty physician practices : fixed and variable costs, and economies of scale », *Journal of ambulatory care management*, 2002, et POPE et *alii*, « Economies of scale in physician practice », *Medical care research and review*, 1996.

³⁶⁹ Cf. PAULY, « Economics of multispecialty group practice », *Journal of ambulatory care management*, 1996, 19 (3) : 26-33.

Un impact positif sur la qualité des soins

L'analyse de la pratique de groupe en médecine ambulatoire ne saurait toutefois se limiter à une estimation de son impact sur la productivité des praticiens. Il convient également de prendre en compte les aspects qualitatifs.

Il est possible tout d'abord d'étudier directement s'il existe une corrélation entre la taille des cabinets et des indicateurs de qualité finaux (mortalité, morbidité...). Plusieurs études ont appliqué cette méthode au système de santé britannique ; elles présentent souvent des problèmes méthodologiques liés aux indicateurs de résultats eux-mêmes (cf. *supra*). Néanmoins, elles semblent indiquer que les cabinets de groupe offrent une qualité des soins supérieure à celle des praticiens isolés.

Dans le cas des cabinets londoniens, la durée de consultation et la performance clinique semblent corrélées positivement au nombre de patients soignés par le cabinet (cf. tableau ci-après), avec des indices respectivement de 0,45 et 0,42.

Tableau 16 – relation entre taille et production, cas des cabinets londoniens

Nombre de médecins dans le cabinet	1 ETP	2 ETP	3-4 ETP	5 ETP et plus
Indicateur synthétique de performance	4,9	4,6	6,2	6,4
Temps de consultation moyen (minutes)	7,6	8,5	9,7	11,2

Ces indices de corrélation sont relativement forts. Toutefois, la durée de consultation n'est pas nécessairement un indicateur de qualité fiable. Par ailleurs, l'indicateur synthétique de performance utilisé ici est construit comme une moyenne de quatre indicateurs de résultats finaux, qui ne mesure certainement que très imparfairement la qualité des soins.

En revanche, une autre étude offre une mesure plus fiable de la qualité. Elle s'est en effet concentrée sur trois pathologies (angine de poitrine, asthme et diabète), la performance des cabinets dans le traitement de chacune de ces pathologies étant mesurée par une quinzaine d'indicateurs définis par des experts³⁷⁰. Elle a mis en évidence une qualité du traitement du diabète meilleure dans le cas des cabinets de grande taille.

Une seconde approche consiste à mesurer la qualité à partir d'indicateurs de résultats intermédiaires (taux d'admission à l'hôpital, renvois aux soins secondaires et analyses de laboratoire...). Il existe peu d'analyses de ce type et celles-ci sont difficiles à interpréter.

³⁷⁰ Cf. CAMPBELL et alii, « Identifying predictors of high quality care in English general practice : observational study », *BMJ*, 2001, 323 : 784.

En ce qui concerne enfin **les processus de soins** (équipement, pertinence de l'organisation interne des cabinets...), **la taille a un impact nettement positif³⁷¹**. Ainsi, aux Pays-Bas, les cabinets de groupe remplissent plus fréquemment et de manière plus précise les dossiers médicaux. Par ailleurs, toujours dans le cas du système de santé hollandais, les médecins isolés sont moins bien dotés en équipement médical et d'hygiène que les cabinets de groupe et les utilisent sensiblement moins souvent³⁷².

Au total, si ces recherches demandent à être poursuivies et précisées, semblent montrer **la supériorité de la pratique collective du point de vue de la qualité des soins**.

Une structure facilitant la mise en œuvre des pistes d'amélioration de l'efficience précédemment identifiées

Les cabinets de groupe facilitent la mise en œuvre des pistes d'amélioration de l'efficience précédemment identifiées (cf. *supra* § I).

En ce qui concerne tout d'abord **les cercles de qualité locaux, le retour d'information et l'évaluation des pratiques individuelles par des groupes de pairs**, des cabinets de groupe mono-spécialité de 5 à 10 personnes constituent **des structures-support naturelles** permettant de favoriser la mise en œuvre de telles initiatives. Ainsi, en Angleterre, **l'évaluation des pratiques est plus souvent mise en œuvre dans les cabinets médicaux fortement intégrés** et disposant notamment d'un *practice manager* chargé des questions administratives et de gestion³⁷³.

Par ailleurs, même si les cercles de qualité ne se limitent pas à un seul cabinet mais en regroupent plusieurs, le fait de ne pas pratiquer de manière isolée favorise la collaboration et les échanges avec les collègues. Ainsi, aux Pays-Bas³⁷⁴, la pratique isolée diminue de 21 points la probabilité que le praticien échange et collabore avec ses collègues, même extérieurs au cabinet.

Le regroupement en cabinet favorise également **l'apparition d'un médecin chef de file (« local leadership »)** impliqué dans la gestion quotidienne de la pratique, plus efficace que des leaders d'opinion extérieurs pour diffuser de bonnes pratiques et évaluer les comportements individuels. Ce chef de file permet également d'assurer un fonctionnement harmonieux de l'équipe soignante, ce qui semble devoir être l'un des principaux facteurs explicatifs des performances des cabinets³⁷⁵.

Cet impact positif de l'existence d'un chef de file local permettant d'assurer la bonne motivation de l'unité et d'animer les politiques de qualité a déjà été largement démontré dans le secteur industriel. Dans le cas présent, il est d'autant plus important d'avoir un *leadership* local très impliqué au quotidien et légitime que les différentes professions médicales sont caractérisées par des cultures fortes³⁷⁶. A ce titre, **pour renforcer la cohésion du groupe, il semble que des unités de petite taille et mono-spécialité doivent être privilégiées³⁷⁷**.

³⁷¹ Cf. BAKER « General practice in Gloucestershire, Avon and Somerset : explaining variations in standards », *British journal of general practice*, 1992.

³⁷² Cf. HOMBERGH et alii, « Equipment in dutch general practice », *Huisarts Wet*, 1997, 40(1) : 9-13.

³⁷³ Cf. CHAMBERS et alii, « Audit activity and quality of completed audit projects in primary care in Staffordshire », *Quality in health care*, 1995, 4 : 178-183.

³⁷⁴ Cf. HOMBERGH et alii (1997).

³⁷⁵ Cf. CAMPBELL et alii, *BMJ*, 2001.

³⁷⁶ Cf. MILLER et alii, *Journal of health politics, policy and law*, 2002.

³⁷⁷ Cf. ROBINSON, « Physician organization in California : crisis and opportunity », *Health affairs*, 2001.

Quant à l'**inscription des patients auprès de structures de soins**, elle est nécessairement plus facile à réaliser dans le cas de cabinets de groupe. Ainsi, au sein du producteur de soins californien *HealthCare partners*, il n'existe pas d'inscription auprès d'un médecin généraliste particulier, mais auprès d'un cabinet, à l'intérieur duquel les informations sur le patient peuvent facilement être partagées, ce qui évite toute discontinuité des soins. Dans le même temps, grâce à un système de gestion de planning « intelligent », ce producteur de soins essaye de favoriser autant que possible les relations pérennes patient / médecin, tout en cherchant à limiter le nombre de médecins.

Par ailleurs, de telles structures d'une petite dizaine de médecins **facilitent l'organisation d'une permanence de service en dehors des horaires d'ouverture**, à la fois par l'organisation de tours de garde et éventuellement d'un service de réponse téléphonique.

Enfin, en ce qui concerne **les pathologies les plus lourdes**, une pratique plus collective semble de nature à favoriser une prise en charge adaptée, incorporant certains des outils du *case management* et du *disease management* (cf. *supra*), grâce à **la création d'équipes de personnels infirmiers ad hoc**.

Les cabinets médicaux anglais offrent différents exemples de spécialisation d'infirmières sur les maladies chroniques, afin d'assurer un suivi individuel du respect des protocoles. Aux Etats-Unis également, le suivi des patients qui viennent de subir des opérations importantes ou qui sont atteints de pathologies chroniques est souvent confié, au sein des cabinets médicaux, à des *nurse practitioners*.

Cette spécialisation de personnels infirmiers au sein des cabinets de médecine ambulatoire peut améliorer les résultats médicaux. Ainsi, au Royaume-Uni, la spécialisation d'infirmières sur le suivi de patientes atteintes du cancer du sein³⁷⁸ ou sur les maladies cardiovasculaires³⁷⁹ a entraîné une augmentation de la qualité des soins et de la satisfaction des patients. Dans le cas des maladies cardiovasculaires, où des infirmières étaient chargées de surveiller les symptômes, l'état de santé, le mode de vie et les traitements suivis par les patients du cabinet présentant de telles pathologies une diminution de la mortalité et de la morbidité de respectivement 25 et 24% a été constatée sur une période de quatre ans.

Par ailleurs, cette prise en charge adaptée des maladies chroniques au niveau de cabinets de groupe, grâce à des personnels spécialisés, semble s'avérer **efficace également sur le plan financier**. Ainsi, l'affectation d'une infirmière et d'un travailleur social sur le suivi des pathologies chroniques dans un cabinet de groupe a permis, dans une expérience menée en Angleterre, de diminuer le coût complet de prise en charge de ces patients, essentiellement grâce à une baisse des admissions à l'hôpital³⁸⁰.

Une meilleure prise en compte des attentes des professionnels de santé

³⁷⁸ Cf. EARNSHAW et alii, « First two years of a follow-up breast clinic led by a nurse practitioner », Journal of the Royal Society of Medicine, vol 90, issue 5, 258-259, 1997.

³⁷⁹ Cf. MURCHIE et alii, « Secondary prevention clinics for coronary heart disease : four year follow up of a randomised controlled trial in primary care », BMJ, 2003.

³⁸⁰ Cf. SOMMERS et alii, « Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors », Archives of internal medicine, 2000, 160(12) : 1825-33.

Une telle organisation des soins peut poser des problèmes d'acceptabilité auprès des médecins, du fait de leur culture professionnelle marquée par la responsabilité personnelle et le colloque singulier, qui les conduit à défendre leur autonomie en matière de gestion financière et d'exercice médical.

Cette culture doit inciter à **privilégier les petites structures**, mais ne conduit pas à remettre en question les avantages de la pratique collective, d'autant que celle-ci permet en outre de répondre à des aspirations des professionnels de santé.

Une pratique collective permet en effet de **mieux tenir compte des aspirations des praticiens³⁸¹ quant à l'organisation de leur temps de travail** (temps partiel, week-ends...) tout en préservant la continuité des soins, notamment par une organisation plus aisée des permanences en dehors des horaires d'ouverture. Les « maisons médicales » déjà implantées en petit nombre en France permettraient ainsi de réduire de 40% le nombre de tours de garde.

Ceci est particulièrement important alors qu'aujourd'hui, en Ile-de-France, plus de la moitié des médecins libéraux déclarent ne pas faire de garde du fait de difficultés d'organisation et que 47% d'entre eux déclarent vouloir quitter la médecine libérale, dont les deux tiers du fait des risques, de la pénibilité et d'incompatibilités avec la vie familiale.

Par ailleurs, **une pratique collective permet aux praticiens de recevoir plus facilement le conseil de leurs collègues et, s'ils le désirent, d'approfondir leur expertise** dans certains domaines particuliers.

Tout ceci expliquerait que la pratique collective s'accompagne, dans la plupart des exemples étrangers, d'une **satisfaction professionnelle** des médecins **fortement supérieure** à celle des praticiens isolés et d'un *stress* largement inférieur³⁸².

Ces avantages en termes d'efficience et de qualité de vie des professionnels de santé **ont conduit les instances représentatives des médecins à se prononcer sans ambiguïté pour une pratique collective et intégrée** de la médecine ambulatoire dans certains des pays étudiés par la mission.

Ainsi en Angleterre la **British medical association³⁸³** soutient une telle organisation, au motif qu'elle permet aux praticiens, dans le contexte d'une rémunération à la capitation, d'augmenter leurs revenus par diminution des coûts fixes, mais aussi parce qu'elle favorise l'évaluation des pratiques, la continuité des soins et une prise en charge adaptée des maladies chroniques.

³⁸¹ Cf. notamment l'enquête de l'URML d'Ile-de-France précédemment citée.

³⁸² Cf. pour les Pays-Bas HOMBERGH et *alii* (1997), ainsi que GROL et *alii*, « Workload and experienced job stress of the GP », *Huisarts wet*, 1997, 40(8), 376-81, et dans le cas de l'Angleterre BRANTHWAITE et *alii*, « Satisfaction and job stress in general practice », *British journal of family practice*, 1988.

³⁸³ Entretien avec Jon Ford, *BMA*, directeur de la *health policy and economic research unit*.

Le Royal college of general practitioners (RCGP) britannique soutient également explicitement une pratique collective et intégrée de la médecine générale³⁸⁴. Il préconise ainsi la mise en place de ***Primary health care teams*** (PHCT), composés d'une dizaine au plus de praticiens et rassemblant différents professionnels de santé. Une telle structure devrait permettre la prise en charge et le suivi des maladies aiguës et chroniques, ainsi que des cas particulièrement lourds. Le RCGP insiste en outre sur le fait que la composition précise de ces groupes (médecins généralistes, *nurse practitioners*, *practice nurses*, *practice managers* supervisant les questions administratives...) doit varier en fonction des besoins de la population.

Une structure optimale d'une petite dizaine de médecins

Au total, il semble donc que tant pour des raisons de productivité que de promotion de la qualité et de l'efficience, **des cabinets de groupe mono-spécialité de 5 à 10 médecins**, intégrant des personnels administratifs et médicaux (infirmiers et paramédicaux), doivent être privilégiés comme **unités de production de base des soins ambulatoires** (cf. schéma ci-après).

Cette option a été choisie par la plupart des **HMOs staff model américains**³⁸⁵ (assureurs disposant d'un réseau exclusif de production de soins). Ainsi *Kaiser Permanente* favorise aujourd'hui le développement de *Physician organized delivery systems* (PODS), qui rassemblent 4 à 6 médecins, 2 à 3 personnels infirmiers et paramédicaux, une infirmière servant de *gatekeeper* (« *triage nurse* »), ainsi que des personnels administratifs.

Les producteurs de soins californiens étudiés par la mission mettent en œuvre des schémas d'organisation similaires. Ainsi chez *Healthcare partners* les cabinets de médecine générale rassemblent jusqu'à une dizaine de médecins et comprennent chacun un médecin chef de file, ainsi qu'un administrateur chargé des questions administratives et de gestion. Le chef de file est chargé de l'organisation du cabinet ainsi que de la diffusion des bonnes pratiques ; il anime également chaque trimestre l'évaluation des pratiques individuelles du cabinet.

De même, selon Cal James³⁸⁶, **la taille optimale des cabinets de médecine ambulatoire est de 4 à 6 médecins**, avec un médecin chef de file clairement identifié ; chacune de ces unités élémentaires de production de soins doit idéalement comprendre une dizaine de personnels employés : personnels administratifs, infirmiers et paramédicaux chargés du *disease management*, du *case management* ainsi que des tâches déléguées par les médecins.

Schéma 1 – le cabinet de groupe, unité élémentaire de production de soins ambulatoires

Médecin chef de file :
 - exerce au sein du cabinet ;
 - assure la direction médicale :
 + organise le cabinet et notamment les gardes ;
 + diffuse les bonnes pratiques ;
 + assure le bon fonctionnement de l'évaluation interne des pratiques.

Administrateur

Personnel(s) administratif(s) :
 agenda, comptabilité, informatique...

³⁸⁴ Cf. *The primary health care team*, RCGP Infor

³⁸⁵ Cf. WEINER et alii (2001).

³⁸⁶ L'opinion de Cal James, actuel directeur des opérations de UCSF Medical group et ancien président et CEO

Infirmière(s) de premier recours
 premier examen et orientation des patients

on des producteurs de

Médecins généralistes (4 à 10)

Equipe soignante : 5 à 15 personnes

2) Un échelon supérieur de management médical pilotant plusieurs unités de soins semble indispensable pour assurer la pleine efficience du système de soins ambulatoires

Dans plusieurs des systèmes de santé étudiés par la mission, un **échelon organisationnel supérieur, regroupant et coordonnant plusieurs cabinets de médecine ambulatoire, est apparu spontanément** ces dernières années.

Dans les exemples étudiés, ce phénomène provient en grande partie de l'**univers concurrentiel** dans lequel sont plongés les producteurs de soins primaires.

Néanmoins, ces expériences étrangères mettent en évidence que l'existence d'un tel échelon organisationnel, si celui-ci constitue un véritable échelon de *management* médical, peut être **un outil efficace de rationalisation du processus de production de soins**.

a) Les regroupements spontanés d'unités de soins peuvent conduire à l'apparition d'un véritable échelon de management médical

Plusieurs exemples de regroupement et de coopération entre cabinets médicaux ont été relevés par la mission au cours de ses investigations :

- les *multifunds* et les *total purchasing pilots* en Angleterre ;
- les *independent practice associations* en Nouvelle-Zélande ;
- les *medical groups* et les *independent practice associations* aux Etats-Unis.

Dans tous les cas, ces initiatives ont visé initialement à répondre à des problématiques liées au contexte concurrentiel prévalant dans ces trois pays. Néanmoins, en Nouvelle-Zélande ainsi qu'aux Etats-Unis cette dynamique a abouti à la constitution d'un véritable échelon de management médical, afin d'optimiser l'efficience de la production de soins.

Le regroupement des cabinets *fundholders* en Angleterre : de simples centrales d'achat de soins secondaires

En 1991, les cabinets de généralistes anglais ont pu, sur une base volontaire, se voir confier une **capitation étendue** couvrant les prescriptions de médicaments et de tests en laboratoire ainsi que la chirurgie élective pratiquée à l'hôpital (*Standard fundholding – SFH*³⁸⁷). La seule condition posée était que le nombre de patients inscrits au cabinet devait être supérieur à 11 000, ce qui correspond à 5 à 6 médecins ETP. Ce seuil a été ramené à 5 000 en 1993.

Ce nouveau mode de rémunération obligeait les cabinets de médecine générale à assumer la **fonction d'acheteurs de soins secondaires** et les responsabilisait sur cette nouvelle fonction. Ils étaient en outre incités à optimiser leurs performances, du fait de la possibilité de conserver les économies réalisées sur cette capitation globale (cf. *supra*).

Différentes formes de coopération (cf. encadré ci-après) entre cabinets *fundholders* sont apparues afin d'accroître leur pouvoir de négociation face à des hôpitaux le plus souvent en position de monopole local et d'optimiser la gestion administrative de la fonction d'achat de soins en mutualisant les coûts associés à cette fonction (prévision des besoins, négociation des contrats, suivi de l'exécution des contrats, contentieux éventuels).

Ces coopérations sont restées en pratique circonscrites à l'achat de soins. Les coopérations les plus abouties (*multifunds*) se sont limitées à la création et à l'exploitation de systèmes d'information permettant de mesurer les besoins prévisionnels en soins secondaires des différents cabinets et de suivre l'exécution des contrats d'achat de soins. En particulier, le suivi des pratiques individuelles a continué à être réalisé au niveau des cabinets.

³⁸⁷ Cf. *supra* ainsi que LE GRAND et *alii* (1998) et notamment l'introduction de Jennifer Dixon.

Encadré 29 – les différentes formes de coopération entre cabinets *fundholders*

La coopération entre les cabinets *fundholders* a pris la forme de simples coordinations informelles (**les consortiums**) ou s'est traduite par la création d'entités nouvelles (**les multifunds**) assurant la définition et la mise en œuvre d'une politique d'achat de soins hospitaliers commune. En 1997, il existait ainsi 50 *multifunds* qui couvraient au total 3 millions de patients.

Par ailleurs, des cabinets GPFH ont manifesté leur intention de se voir déléguer **l'achat d'un champ plus large de soins** et notamment les services d'urgence et les soins communautaires (soins de longue durée...) qui continuaient à être achetés par les autorités locales du NHS (*Health authorities*).

Pour ce faire, deux nouveaux dispositifs ont été créés en 1994 : les **extended fundholding pilots** (EFHs) et les **total purchasing pilots** (TPPs), regroupements de cabinets *fundholders* volontaires bénéficiant d'une capitation étendue à certains des soins non compris dans le *standard fundholding*.

Au total, entre 1994 et 1997, 87 TPPs ont été créés, en deux vagues, et 9 EFHs. Ces projets se sont dans la plupart des cas traduits par des regroupements de cabinets. Ainsi, dans la première vague de TPPs, sur 53 projets retenus, **37 regroupaient plusieurs cabinets médicaux** (en moyenne 3,6).

En pratique, les *Health authorities* (HA) ont conservé la responsabilité du budget ; la gestion du projet a été confiée à un *project board* géré par la HA et les fonctions administratives et de gestion ont été assurées par du personnel des HAs. Toutefois, dans la plupart des projets mettant en jeu plusieurs cabinets, **des gestionnaires ont été recrutés par les cabinets spécifiquement pour conduire le projet**.

L'apparition d'un véritable échelon de management médical en Nouvelle-Zélande

En **Nouvelle-Zélande**, la création d'acheteurs de soins primaires et le développement de la capitation a entraîné **l'apparition de véritables échelons de management médical³⁸⁸** qui ne se sont pas limités à un simple véhicule de contractualisation, mais ont mis en place des systèmes d'optimisation des pratiques médicales et ont rationalisé la production de soins.

Avant 1993, les médecins libéraux néo-zélandais étaient payés à l'acte par l'assurance maladie universelle, sur la base d'un tarif conventionnel (tiers-payant). Par ailleurs, quatorze *Area health boards* (AHB), antennes locales du ministère de la santé, étaient responsables sur leur ressort géographique de la production des soins secondaires.

A cette date, **la pratique en médecine ambulatoire était déjà fortement collective** et un quart seulement des médecins généralistes exerçaient de manière isolée. La plupart des cabinets de groupe intégraient des *practice managers* chargés des affaires administratives, ainsi que des personnels infirmiers. Dans certains cas, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, voire des pharmaciens, étaient intégrés au cabinet. Toutefois, **aucune organisation d'un niveau supérieur aux cabinets n'existaient** et les instruments d'amélioration de l'efficience des pratiques tels que décrits *supra* (cf. § I) étaient peu développés³⁸⁹.

³⁸⁸ Pour une présentation générale du système de santé néo-zélandais ainsi que des différentes réformes récentes, cf. OMS, *Health care systems in transition, New Zealand*, European observatory on Health care systems, 2001, ainsi que The european observatory on health care systems, *Health care systems in eight countries, trends and challenges*, avril 2002.

³⁸⁹ Cf. MALCOLM et alii, « New Zealand's independent practitioner associations : a working model of clinical governance in primary care ? », *BMJ*, 1999, 319 : 1340-1342.

En 1993, du fait d'une crise liée à l'existence de listes d'attente, aux inégalités dans l'accès aux soins et à la dérive des dépenses de médecine ambulatoire, il a été décidé de **séparer les fonctions d'acheteur et de producteur de soins** (*Health and disability services act*). Les 14 AHB ont alors été transformées en quatre *Regional health authorities* (RHA), chargées de **contracter avec des producteurs de soins primaires et secondaires**. Les RHA ont ensuite été regroupées en 1997 en un seul acheteur de soins, la *Health funding authority* (HFA).

Le budget alloué par le gouvernement aux acheteurs de soins (RHA puis HFA) était défini comme une capitation globale, avec des objectifs pluriannuels de maîtrise des dépenses fixés par le ministère de la santé. **Les RHA ont donc adopté une politique d'achat de soins primaires aggressive** : elles ont essayé de négocier des tarifs avantageux (le paiement restant à l'acte) et ont cherché à transférer aux médecins généralistes une partie du risque financier.

Dans ce contexte, **les cabinets de médecins généralistes se sont regroupés pour former des *independent practice associations* (IPAs)**, afin d'améliorer leur pouvoir de marché face aux monopsonies locaux que constituaient les RHA puis la HFA.

Le développement de ces IPAs a été très rapide. En 1999, une trentaine d'IPAs avaient été constituées, sur une base essentiellement géographique. Elles regroupaient en 1999 80% des médecins généralistes (jusqu'à 100% dans certaines zones). Chaque médecin généraliste avait donc le choix entre une contractualisation directe avec l'acheteur de soins, après négociation individuelle des tarifs, et une adhésion à l'association afin de profiter de ses tarifs *a priori* plus avantageux.

Ces IPAs sont des **associations détenues et contrôlées par les médecins généralistes eux-mêmes**, au travers d'un conseil d'administration élu. Leur taille moyenne en 1999 était de 75 médecins, la plus importante IPA étant *ProCare health*, à Auckland, avec 340 médecins généralistes.

Très rapidement, elles ont étendu leur champ d'action au-delà du simple instrument de négociation collective initial. Certaines IPAs ont ainsi accepté de **recevoir une capitation destinée à couvrir les dépenses de prescription et d'analyses en laboratoire**. En contrepartie de ce transfert de risque, les IPAs ont obtenu de conserver les éventuelles économies réalisées sur ces budgets. Dès 1999, la plupart des IPAs étaient devenues gestionnaires de budgets de prescriptions et d'analyses de laboratoire.

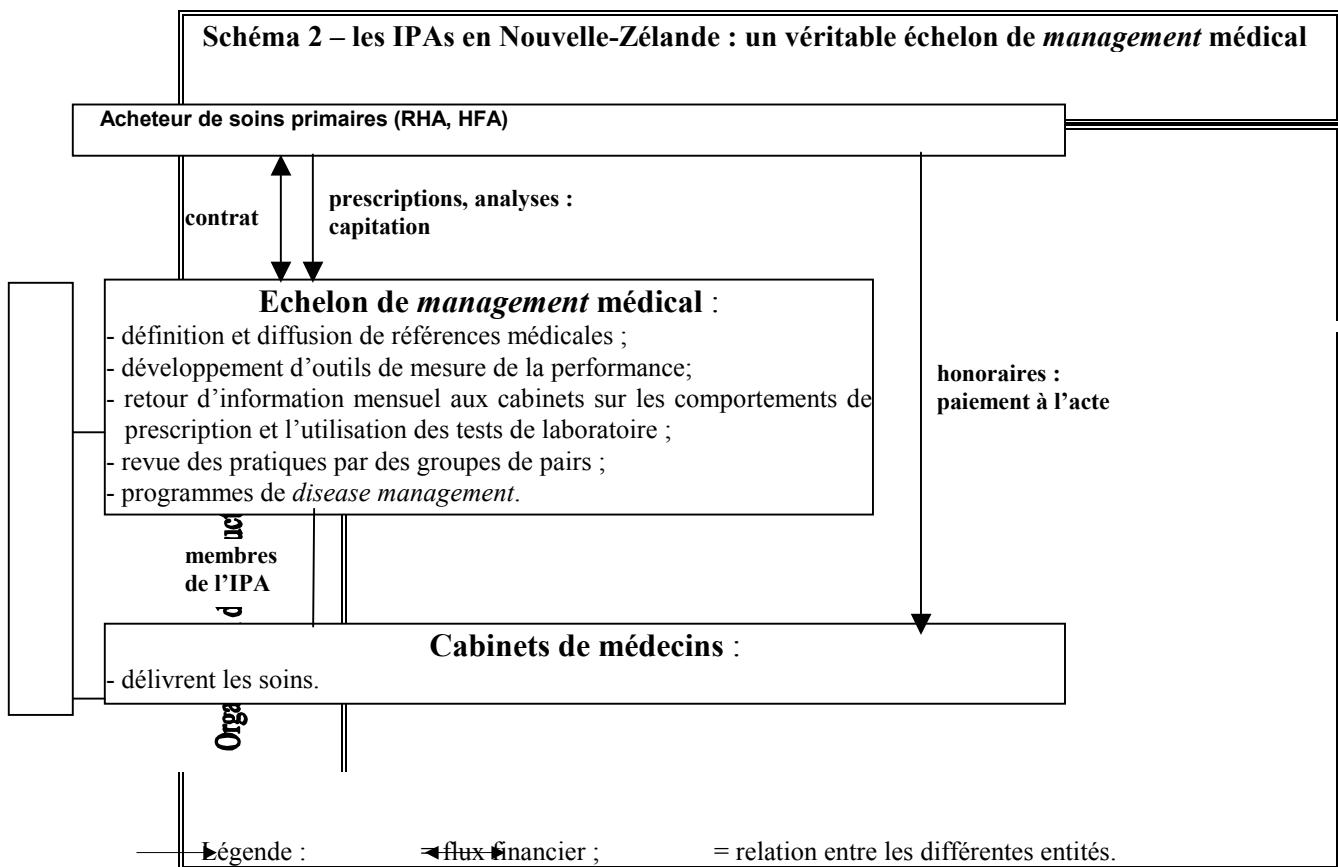
Pour gérer ce risque, **les IPAs ont rapidement mis en place des systèmes de contrôle des pratiques très complets³⁹⁰** (cf. schéma ci-après) :

- définition et diffusion de références médicales ;
- développement d'outils de mesure de la performance (système d'information et indicateurs) ;
- retour d'information mensuel aux cabinets sur les comportements de prescription et l'utilisation des tests de laboratoire ;
- revue des pratiques par des groupes de pairs.

Parallèlement, **les IPAs se sont structurées et se sont développées**. Dans la plupart des cas :

³⁹⁰ Cf. MALCOLM, « GP budget holding in New Zealand : lessons for Britain and elsewhere ? », *BMJ*, 1997, 314 : 1890.

- un conseil d'administration élu et formé majoritairement de médecins a été chargé de la définition de la politique générale de l'IPA ;
- un administrateur et des personnels administratifs ont été recrutés afin notamment de mettre en place et d'exploiter les systèmes d'information nécessaires ; dans certains cas, des dossiers médicaux électroniques ont été mis en place dans les différents cabinets constituant l'IPA ;
- des groupes de travail thématiques impliquant directement les médecins ont été créés afin de définir les lignes directrices et d'assurer une revue des pratiques par les pairs.



Les **coûts de gestion induits**, évalués de 1 à 2%, ont été largement couverts par les économies réalisées sur les budgets, qui ont été substantielles (de 5 à 23% par rapport aux budgets négociés avec les RHAs, définis essentiellement sur une base historique). Ainsi, chez *ProCare health limited*³⁹¹, la mise en place de référentiels de pratique et d'un système de contrôle de gestion et de retour d'information a permis en 1996 de réaliser des économies de 9,5% par rapport au budget négocié. Par ailleurs, il semblerait, même si ce point est très peu documenté, que ces réductions de dépenses se soient accompagnées d'amélioration de la qualité des soins³⁹².

³⁹¹ Cf. MALCOLM et alii, « Pharmaceutical management in ProCare health limited », *New Zealand medical journal*, 2001, 114(1134) : 283-6.

³⁹² Cf. MAJEEED et alii, « Unified budgets for primary care groups », *BMJ*, 1999, 318 : 772-776.

Les **surplus dégagés** ont servi à diminuer le ticket modérateur sur certains produits et à développer de nouveaux services. Des programmes de *disease management* ont notamment été mis en place, en liaison avec les producteurs de soins secondaires³⁹³.

Au total, les **IPAs** sont donc devenues en quelques années de véritables **échelons de management** responsabilisés sur leurs résultats et cherchant à améliorer l'efficience des pratiques. Bien acceptées par les praticiens (en 1999, 90% des médecins membres d'IPAs se sont déclarés satisfaits par ces structures), elles peuvent depuis 2001 opter pour une capitation couvrant également les honoraires des médecins et sont en voie de généralisation à l'ensemble du territoire néo-zélandais (cf. *infra*).

Le développement d'organisations de production intégrées aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, des échelons organisationnels intermédiaires entre les producteurs de soins et les assureurs sont apparus avec l'essor du *managed care* à partir du début des années 1980³⁹⁴. Trois des principaux **instruments de maîtrise des coûts utilisés par les assureurs pratiquant le managed care** ont particulièrement favorisé ce développement :

- **le transfert du risque** sur les producteurs par l'intermédiaire de capitations³⁹⁵, qui peuvent être de deux types essentiellement :
 - les **professional services capitations** couvrent les soins de médecine ambulatoire (généralistes et spécialistes), les analyses de laboratoire, la radiologie, ainsi que les services d'urgence et les opérations chirurgicales mineures dans la plupart des cas ;
 - les **global capitations** couvrent également l'ensemble des soins hospitaliers, ainsi que, dans la majorité des cas, les dépenses de médicaments ;
- **la contractualisation sélective** avec un nombre restreint de producteurs de soins pour obtenir les prix les plus bas, dans un contexte de surplus d'offre de soins dans les zones urbaines et péri-urbaines ;
- **la contractualisation centralisée** avec des producteurs de soins offrant un large éventail de produits (couverture géographique et diversité des soins proposés) : tout en cherchant à faire jouer la concurrence entre les offreurs pour obtenir des prix bas, les plans d'assurance ont intérêt à minimiser le nombre de contrats, pour diminuer les coûts de transaction et de gestion.

L'ensemble de ces facteurs a conduit à l'**émergence d'échelons intermédiaires rassemblant un nombre important de producteurs de soins**, afin de mutualiser les risques financiers et d'améliorer le pouvoir de négociation.

³⁹³ Cf. MALCOLM et *alii*, « The development of independent practice associations and related groups in New Zealand », *New Zealand medical journal*, 1996, 109(1022) : 184-7.

³⁹⁴ Cf. BERENSON et ZELMAN (1998).

³⁹⁵ Dans le cadre d'une capitation, toute augmentation de la demande de soins, si elle n'est pas rationnée, conduit mécaniquement à une diminution de la marge des producteurs.

³⁹⁶ Cf. STRUNK et *alii* (2002).

Ces structures sont beaucoup plus développées en Californie³⁹⁷, où la délégation du risque est importante, que dans l'Etat de New York, où le paiement se fait essentiellement à l'acte et où le secteur de l'assurance est moins concentré³⁹⁸. D'après une étude de 1999, la raison d'être principale des organisations de médecins californiennes était dans 42% des cas la mutualisation du risque financier. Par ailleurs, 67% de ces organisations déclaraient avoir été formées pour améliorer le pouvoir de négociation des producteurs vis-à-vis des assureurs, et 78% pour protéger leur part de marché³⁹⁹.

Deux types d'organisations de production de soins sont apparus (cf. tableau ci-après)⁴⁰⁰, suivant la nature de ces nouveaux échelons organisationnels et leur degré d'intégration avec les producteurs de soins eux-mêmes (cabinets médicaux) :

- **des organisations peu intégrées** (« *contractual networks* ») dans lesquelles l'échelon intermédiaire se résume essentiellement à un véhicule permettant aux producteurs de mutualiser le risque financier résultant de la capitation et les faisant bénéficier de la clientèle d'un assureur sans avoir à passer par une contractualisation individuelle⁴⁰¹ ; chaque producteur reste largement indépendant en ce qui concerne sa gestion financière et sa pratique professionnelle. Ces organisations peuvent se limiter à la médecine ambulatoire (*independent practice associations*, IPAs) ou associer des hôpitaux (*physician hospital organizations*, PHOs) ;
- **des organisations intégrées** (« *integrated firms* ») dans lesquelles les médecins sont employés ou associés (*medical groups*, MGs). Dans certains cas, une même entreprise peut rassembler des services hospitaliers et des cabinets de médecine ambulatoire (*integrated delivery systems*, IDSSs).

Tableau 17 – Etats-Unis – typologie des organisations de production de soins

	Médecine ambulatoire seulement	Ambulatoire et hospitalier
Intégration faible, simple véhicule (<i>contractual networks</i>)	independent practice associations IPAs	physician hospital organizations PHOs
Intégration forte (<i>integrated firms</i>)	medical groups MGs	integrated delivery systems IDSSs

³⁹⁷ Cf. GRUMBACH et alii, « Independent practice association physician groups in California », *Health affairs*, 1998.

³⁹⁸ Cf. ROBINSON et alii, « Reevaluation of capitation contracting in New York and California », *Health affairs*, 2001.

³⁹⁹ Cf. GOLD et alii, « Provider organizations at risk : a profile of major risk-bearing intermediaries, 1999 », *Health affairs*, 2001.

⁴⁰⁰ Cf. ROSENTHAL et alii, « Transmission of financial incentives to physicians by intermediary organizations in California », *Health affairs*, 2002 ; pour une présentation actualisée de la situation californienne, ainsi que BAUMGARTEN, « California managed care review 2002 », California health care foundation, 2002.

⁴⁰¹ Cf. GOLD et alii (2001) : l'organisation peut être dans certains cas plus complexe et comprendre quatre niveaux et non trois (41% des cas d'après cette enquête) : assureur, véhicule de contractualisation autonome, organisation de médecins, et producteurs de soins.

La première fonction des échelons intermédiaires consiste à **mutualiser le risque financier lié à la capitation**. Ainsi, au sein des *medical groups*, tout au moins en Californie, les revenus proviennent majoritairement de capitulations, mais les médecins sont payés selon des formules mixtes comprenant essentiellement du salariat et du paiement à l'acte (cf. tableau ci-après).

Cette délégation du risque financier s'accompagne le plus souvent d'une délégation de gestion (cf. schéma ci-après), qui se traduit par la mise en place par ces échelons intermédiaires des différents instruments d'amélioration de l'efficience des pratiques détaillés *supra* (cf. § I.A et B : retour d'information, revue des pratiques, *disease management*...). Pour assurer cette gestion du risque, **ces organisations de médecins ont recruté des personnels et ont mis en place des systèmes d'information**. Dans certains cas, elles ont externalisé en partie ces fonctions à des entreprises spécialisées dans la gestion de ces organisations (*management service organization* ou *physician practice management*).

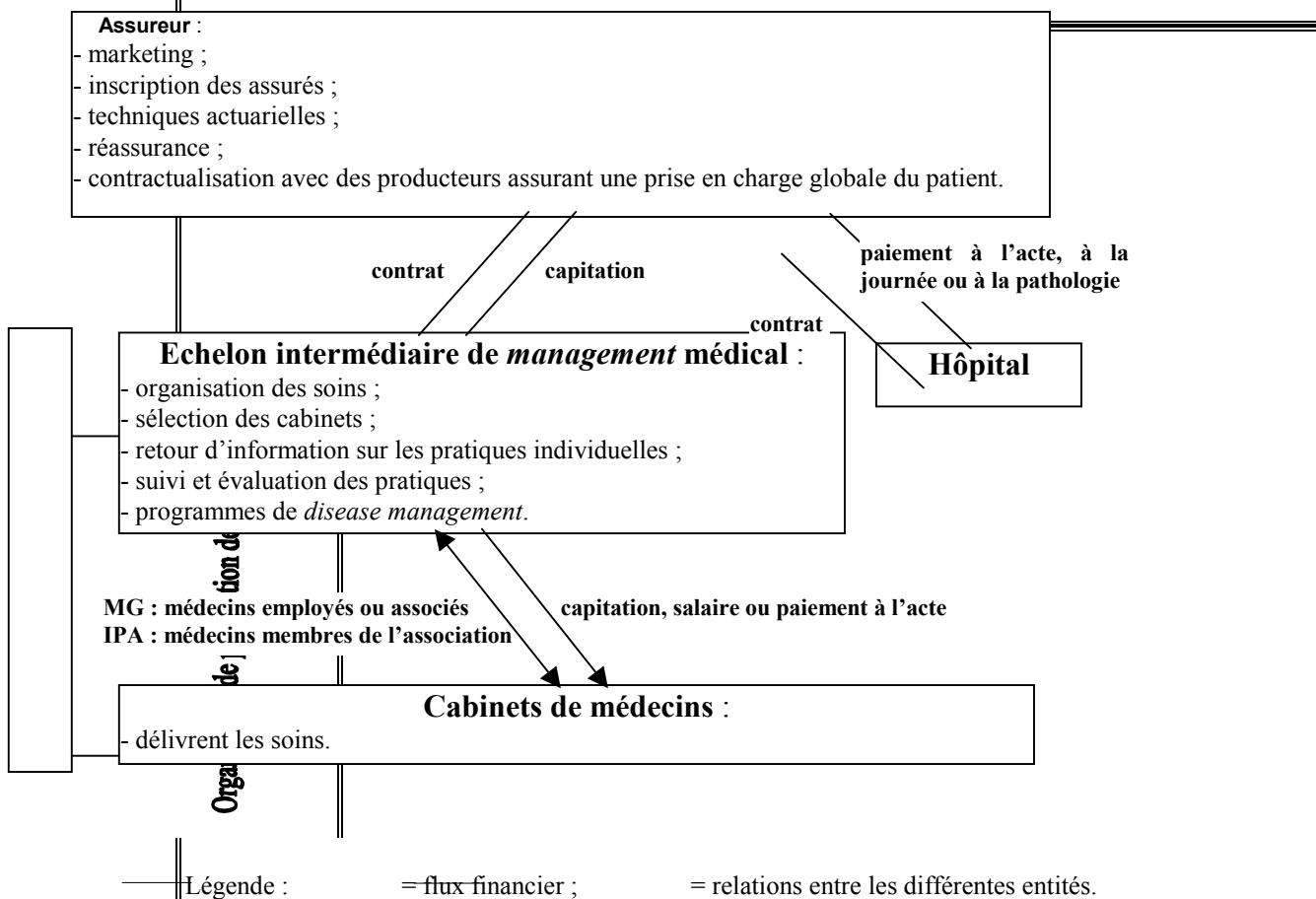
Tableau 18 – mutualisation du risque financier chez les *medical groups* californiens⁴⁰²

Revenus des groupes médicaux	
Proportion du revenu en paiement à l'acte	25%
Proportion du revenu en capitation	75%
dont capitation globale	17%
Proportion des groupes qui partagent le risque sur l'hôpital	92%
Proportion des groupes qui partagent le risque sur la pharmacie	68%
Revenus des médecins membres des groupes médicaux	
Salaire	41%
Paiement à l'acte	38%
Capitation	21%

Même les IPAs, qui n'étaient initialement que des véhicules de contractualisation, ont rapidement mis en place de tels mécanismes de contrôle de gestion, lorsqu'une partie du risque financier leur a été déléguée. Ainsi, les organisations médicales américaines dont plus de la moitié du revenu provient d'une capitation ont une probabilité deux fois plus élevée de mettre en œuvre des indicateurs de performance et trois fois plus élevée de réaliser une revue des pratiques individuelles. En revanche, **lorsque la capitation est peu répandue**, ce sont le plus souvent **les assureurs** eux-mêmes qui mettent en place le suivi des pratiques.

⁴⁰² Cf. ROSENTHAL et alii (2002), ainsi que PEDERSEN et alii, « Primary care physician incentives in medical group practices », *Archives of family medicine*, 2000, 9 : 458-462.

Schéma 3 – IPAs et MGs aux Etats-Unis : un exemple d'échelon de *management médical*



b) Un échelon de *management médical* constitue un instrument efficace de rationalisation du processus de production de soins

L'apparition d'un nouvel échelon organisationnel pilotant plusieurs cabinets médicaux est très fortement liée à un contexte de séparation des acheteurs et des producteurs de soins et de mise en concurrence de ces derniers. Néanmoins, les structures ainsi créées ont souvent évolué pour devenir de véritables **échelons de *management médical*** mettant en œuvre certains des outils d'amélioration de l'efficience des pratiques précédemment analysés.

Dès lors, **quels enseignements est-il possible de tirer de ces expériences ?** De telles structures pilotant un nombre important de médecins sont-elles, au-delà d'une simple réponse à un contexte particulier, un instrument efficace de rationalisation du processus de production de soins et d'amélioration de son efficience ?

Un degré optimal d'intégration horizontale et verticale difficile à déterminer

Il est extrêmement difficile d'apprécier l'efficacité propre de ces structures en tant qu'**échelons de *management médical*** du processus de soins proprement dit et notamment de déterminer le niveau optimal d'intégration horizontale (nombre de cabinets affiliés à ces structures) et verticale (échelon de *management* regroupant également des médecins spécialistes, voire des services hospitaliers).

Tout d'abord, **aucun modèle ni aucune référence ne se dégagent nettement aujourd'hui**. En Nouvelle-Zélande comme aux Etats-Unis cohabitent des structures de gestion très petites, correspondant à des cabinets médicaux simples, et des organisations gérant plusieurs centaines de praticiens et de cabinets. En Californie⁴⁰³, la tendance est aujourd'hui à des structures multi-spécialités comportant de 150 à 500 médecins affiliés (cf. tableau ci-après). Toutefois, la situation ne semble pas stabilisée.

Tableau 19 – taille des organisations de médecine ambulatoire californiennes

		MGs	IPAs	Wraparounds ⁴⁰⁴		Tous types
				partie MG	partie IPA	
Nombre de médecins	Moyenne	209	364	88	296	343
	Médiane	93	236	33	170	216
- dont généralistes	Moyenne	57	111	41	34	91
	Médiane	42	75	23	24	56
- dont spécialistes	Moyenne	152	253	41	261	252
	Médiane	40	180	6	147	150
Nombre de patients	Moyenne	49 708	43 779	66 194		51 538
	Médiane	41 900	27 500	34 750		31 000

Par ailleurs, ces échelons de *management* cumulent souvent trois fonctions :

- **contractualisation** avec les acheteurs de soins ;
- **mutualisation des risques financiers** (Angleterre, Nouvelle-Zélande, Etats-Unis), qui s'accompagne parfois d'une fonction **d'achat de soins** (Angleterre) ;
- **gestion du processus de production soins proprement dit** : rationalisation de l'offre de soins, amélioration de l'efficience des pratiques (Nouvelle-Zélande, Etats-Unis).

En ce qui concerne la contractualisation, la mutualisation des risques et l'achat de soins, la taille optimale résulte essentiellement d'un équilibre entre :

- les économies d'échelle provenant de la diversification des risques, de l'augmentation du pouvoir de marché, et de la mutualisation des coûts d'information et de transaction ;
- les déséconomies d'échelle inhérentes aux structures de grande taille.

Cet équilibre entre économies et déséconomies d'échelle est *a priori* différent suivant les types de soins pour lesquels la responsabilité financière et la fonction d'achat sont transférées. Ainsi, les différentes expériences anglaises suggèrent que si le cabinet (3 000 à 10 000 patients) est l'échelon pertinent de délégation de l'achat de soins communautaires et du risque associé, en revanche l'achat de services hospitaliers et plus encore de services d'urgence est plus efficace lorsqu'il est effectué par des structures plus importantes (jusqu'à 500 000 patients)⁴⁰⁵.

⁴⁰³ Cf. ROSENTHAL et alii, « Scale and structure of capitated physician organizations in California », *Health affairs*, 2001.

⁴⁰⁴ Structures hybrides dans lesquelles un medical group s'est associé avec une independent practice association pour élargir son offre.

⁴⁰⁵ Cf. LE GRAND et alii (1998).

La taille optimale d'un échelon organisationnel assurant la contractualisation avec un acheteur de soins, la mutualisation des risques et le cas échéant l'achat de soins secondaires **dépend donc du niveau de risque assumé par celui-ci et de la nature des soins dont l'achat lui est délégué**. Ainsi, en 1996, les organisations de producteurs de soins regroupaient en moyenne 35 médecins équivalent temps plein aux Etats-Unis, mais 70 en Californie où la capitation globale, étendue aux médicaments et aux hospitalisations, est plus répandue⁴⁰⁶.

Dès lors, il est très difficile d'obtenir une mesure directe de la taille optimale de ces échelons de *management* dans leur fonction de gestion du processus de production proprement dit dans le cadre d'une appréhension globale de leurs performances. Notamment, des comparaisons globales de **rentabilité** des différents *medical groups* américains ne permettent pas de conclure (cf. tableau ci-après), du fait de l'absence de distinctions entre leurs différentes fonctions. De plus, la rentabilité des *medical groups* américains est fortement liée à des paramètres largement exogènes, comme l'évolution du montant des capitations octroyées par les assureurs.

Tableau 20 – rentabilité des *medical groups* américains en fonction de leur taille⁴⁰⁷

Nombre de médecins (ETP)	10 ou moins (37 groupes)	11 à 25 (48 groupes)	26 à 50 (52 groupes)	51 à 75 (24 groupes)	76 à 150 (23 groupes)	151 et plus (10 groupes)
Chiffre d'affaires médian par médecin	\$490 815	\$544 309	\$642 552	\$662 547	\$718 424	\$698 673
Charges d'exploitation médianes par médecin	\$277 725	\$320 003	\$368 459	\$383 702	\$437 357	\$430 128
EBE médian par médecin	\$213 090	\$224 306	\$274 092	\$278 845	\$281 067	\$268 545
Résultat net médian par médecin	\$518	\$294	\$6 281	\$677	\$1 797	-\$395

Une approche cherchant à comparer la productivité des ensembles ainsi constitués (échelon de *management* médical et cabinets) suivant leur taille est également peu conclusive, car elle pose, de même que pour les cabinets (cf. *supra* § II.A.1.b), d'importants problèmes méthodologiques (mesure de la production, prise en compte de la qualité notamment). En outre, le périmètre d'activité des échelons de *management* varie suivant leur taille : plus le nombre de cabinets affiliés est important, plus les assureurs leurs délèguent de tâches (capitation plus large, tâches administratives...), ce qui explique la forte augmentation à la fois des coûts et des revenus avec la taille (cf. tableau ci-dessus). Ceci rend les comparaisons pratiquement impossibles.

D'autre part, en ce qui concerne l'impact de la taille de l'échelon de *management* sur **l'efficience des pratiques mises en œuvre au sein des cabinets affiliés, les recherches sont très peu développées⁴⁰⁸**. S'il semble que les cabinets affiliés aux plus grandes organisations de gestion sont également les plus économies en ressources (renvois vers les soins hospitaliers notamment), il n'est pas prouvé que ce phénomène reste valable à long terme, ni qu'il soit directement lié avec la taille de ces organisations⁴⁰⁹.

⁴⁰⁶ Source : BURNS et alii (2000).

⁴⁰⁷ Source : Medical group management association.

⁴⁰⁸ Pour une revue de littérature, cf. LUFT et alii, « The clinical performance of prepaid group practices », à paraître.

⁴⁰⁹ Cf. RICH et alii, « Variations in the management of primary care : effect on cost in an HMO network », *Archives of internal medicine*, 1998, 158 : 2363-2371.

En ce qui concerne enfin la **création d'échelons de management regroupant des médecins généralistes, des spécialistes et des services hospitaliers** (intégration verticale), les recherches apparaissent peu conclusives⁴¹⁰.

De plus, il est très difficile de tirer des enseignements généraux du développement de telles structures en Californie⁴¹¹, du fait de la multiplicité des causes de ce phénomène : outre la recherche d'une efficience accrue des pratiques par une meilleure coopération, une telle intégration verticale vise le plus souvent pour les producteurs de soins secondaires à sécuriser des parts de marché, à améliorer le pouvoir de négociation vis-à-vis des assureurs et à élargir leur assise financière.

Une rationalisation de la production de soins facilitée par l'existence d'un échelon de management médical d'une taille suffisante

Il n'est donc pas possible, étant donné l'état des recherches, de démontrer formellement l'impact positif des échelons de *management* médical fédérant un grand nombre d'unités de production de soins. Néanmoins, ceux-ci semblent pouvoir être des outils très efficaces au service de la rationalisation de l'offre de soins et de l'optimisation des pratiques. En particulier, ils permettent de prendre en charge certaines tâches (investissements et fonctions support, contrôle de gestion médical, restructuration de l'offre de soins) de manière plus efficiente qu'un cabinet de groupe d'une petite dizaine de médecins.

Tout d'abord, ces échelons de *management* permettent de rentabiliser plus facilement les investissements coûteux, notamment en systèmes d'information, nécessaires à l'évaluation des pratiques. Ainsi, dans un groupe de 150 médecins en Californie, les investissements ont été de 1,5 à 2 M\$ par an depuis 10 ans pour mettre en place un système de retour d'information et d'évaluation des pratiques⁴¹². Une enquête réalisée par la Medical group management association confirme ces ordres de grandeur (coûts des techniques d'information : 15 000 \$ par an et par médecin dans les groupes de plus de 150 médecins hors frais salariaux, soit 7% des coûts d'exploitation hors frais salariaux). Différentes enquêtes ont par ailleurs montré que les dispositifs de contrôle de gestion de l'activité médicale les plus complets se trouvaient dans les plus grosses organisations.

Ceci ne signifie pas que l'évaluation des pratiques doit être centralisée. En effet, en matière d'évaluation, l'acceptation par les médecins, et notamment l'existence de groupes de pairs locaux, sont prépondérantes. La solution la plus intéressante consiste très certainement à réaliser les investissements en systèmes d'information au niveau de l'échelon de *management* médical commun, tout en continuant à pratiquer l'évaluation au niveau du cabinet ou d'une structure locale collégiale, afin de faciliter la participation des praticiens⁴¹³. En tant que de besoin, ces groupes de pairs peuvent également associer des personnels spécialisés de l'échelon de *management* médical afin d'apporter un appui méthodologique, voire une expertise technique, et d'animer les groupes⁴¹⁴. Ces fonctions d'animation, importantes mais coûteuses (50% du budget de 1 M€ de l'opération « Groupama partenaires santé »), sont en effet plus faciles à rentabiliser à un échelon organisationnel supérieur.

⁴¹⁰ Cf. BURNS et alii, « Integrated delivery networks : a detour on the road to integrated health care ? », *Health affairs*, 2001.

⁴¹¹ Cf. ROSENTHAL et alii (2001) : 3 seulement des 153 organisations de producteurs de soins ne comportent que des médecins généralistes, et une très large majorité de ces organisations ont des liens privilégiés avec des hôpitaux.

⁴¹² Entretien avec Ronald Bangasser.

⁴¹³ Cf. ROBINSON (1999).

⁴¹⁴ Cf. Mc COLL et alii, « Reactions to the use of evidence-based performance indicators in primary care : a qualitative study », *Quality in health care*, 2000.

Des échelons de *management* médical fédérant plusieurs cabinets peuvent également favoriser l'évaluation des pratiques s'ils permettent de **constituer un véritable pôle de management médical**, en appui des médecins chefs de file des cabinets.

A ce titre, il semble préférable que l'échelon de *management* reste de taille **raisonnable** (quelques centaines de médecins affiliés au maximum), pour permettre une bonne association des médecins des cabinets à la structure de direction, par l'intermédiaire de groupes de travail notamment. De fait, plus l'implication des médecins dans les structures de l'échelon de pilotage est forte, plus celles-ci sont capables de modifier les comportements. En outre, ceci plaide pour des groupes mono-spécialité, plus faciles à gérer car présentant moins de différences de culture et de conflits d'intérêt internes⁴¹⁵.

Les **IPAs néo-zélandaises** offrent ici un exemple très intéressant, qui montre que des structures de définition de lignes directrices et de bonnes pratiques ont pu se mettre en place très rapidement, grâce à :

- un conseil d'administration associant les médecins ;
- un pôle de management médical au sein de l'organisation ;
- des systèmes d'information et des personnels supports, permettant d'apporter un retour d'information ;
- des groupes de pairs locaux⁴¹⁶.

Une telle structure réunit les **avantages de la structure d'entreprise et de la collégialité**.

A contrario, les IPAs américaines qui suivent l'activité des médecins mais ne disposent pas, le plus souvent, de relais locaux semblent moins à même d'améliorer l'efficience des pratiques⁴¹⁷.

Les échelons de *management* semblent donc devoir jouer un rôle important dans la **définition, l'acceptation et la mise en œuvre des références médicales**. Ils permettent également d'améliorer la qualité des pratiques en mettant en œuvre, à l'instar du secteur industriel, des démarches qualité. Aux Etats-Unis, les organisations de production de soins les plus avancées en matière de qualité des pratiques sont également celles de plus grande taille, parce qu'elles sont capables de recruter des responsables qualité et de mettre en place des cercles de qualité associant les médecins⁴¹⁸.

Des échelons de management médical pilotant un grand nombre de cabinets favorisent également une rationalisation de l'offre, dans laquelle résident d'importants gains d'efficience potentiels⁴¹⁹. Les *medical groups* américains ont ainsi le plus souvent restructuré les cabinets, pour les regrouper et tendre vers la taille et l'organisation optimales décrites précédemment (§ II.A.1).

Par ailleurs, la constitution d'échelons de *management* médical communs à plusieurs cabinets permet de **rentabiliser plus facilement des structures de production de soins alternatives**, notamment les centres de télétriage et les *walk-in centres* et d'en optimiser l'utilisation.

⁴¹⁵ Cf. ROSINSON et *alii* (1996).

⁴¹⁶ Cf. MALCOLM et *alii*, *BMJ* (1999).

⁴¹⁷ Entretien avec Steve Mc Dermott ; cf. également BURNS et *alii* (2000).

⁴¹⁸ Cf. MILLER et *alii* (2002).

⁴¹⁹ Cf. ENTHOVEN, « A vision of quality in health care delivery », *Health affairs*, 1997.

Enfin, l'**existence d'un échelon de management facilite la mise en œuvre de programmes de disease management**, qui nécessitent des infrastructures importantes : systèmes d'information pour l'identification des patients, équipes d'infirmières pour assurer le suivi des patients, etc (cf. *supra* le *chronic care model*).

S'il n'existe pas de recherches démontrant formellement une corrélation entre la taille des entités responsables de ces programmes et les performances de ceux-ci, la plupart des enquêtes soulignent que les principaux obstacles à la mise en œuvre de tels programmes de *disease management* résident dans **une insuffisance de ressources financières, technologiques et humaines**.

Les économies d'échelle existant pour les programmes de *disease* et de *case management* ne doivent toutefois **pas conduire à confier cette tâche directement à l'assureur**. En Californie, les assureurs délèguent ces fonctions aux organisations de producteurs de soins dès que celles-ci sont suffisamment importantes pour assurer de telles fonctions⁴²⁰. En effet, il convient que les références médicales utilisées par ces programmes soient définies, mises en œuvre et suivies par les médecins eux-mêmes pour que ces programmes soient bien acceptés et intégrés aux pratiques⁴²¹.

Une organisation cible : des entrepreneurs de soins à deux niveaux

Au total, les développements précédents semblent permettre de définir **ce que devrait être une organisation des soins primaires optimisée** structurée en deux niveaux (cf. schéma ci-après) :

- **des unités de production élémentaires de soins** optimisant le recours aux différentes catégories de professionnels de santé ;
- **un échelon de management médical** assurant les fonctions support, intervenant fortement dans l'amélioration de l'efficience des pratiques et optimisant l'offre de soins (restructuration, suppression ou création d'unités...).

⁴²⁰ Entretiens avec Daniel Winn, Care First, et Max Brown, Wellpoint.

⁴²¹ Cf. BODENHEIMER, « Disease management in the American market », *BMJ*, 2000.

Schéma 4 – l'organisation de production de soins ambulatoires cible : les entrepreneurs de soins

Echelon de management médical :

Missions :

- assure les fonctions support (achats, systèmes d'information...);
- définit et diffuse des références médicales ;
- développe des outils de mesure de la performance;
- définit les schémas d'incitation financière ;
- organise le retour d'information aux cabinets ;
- s'assure du bon fonctionnement de l'évaluation des pratiques au niveau des cabinets ;
- définit des programmes de *disease management* et assure en partie leur mise en œuvre (définition des références, identification des patients concernés, *reminders*...);
- définit l'organisation des soins en fonction des besoins.

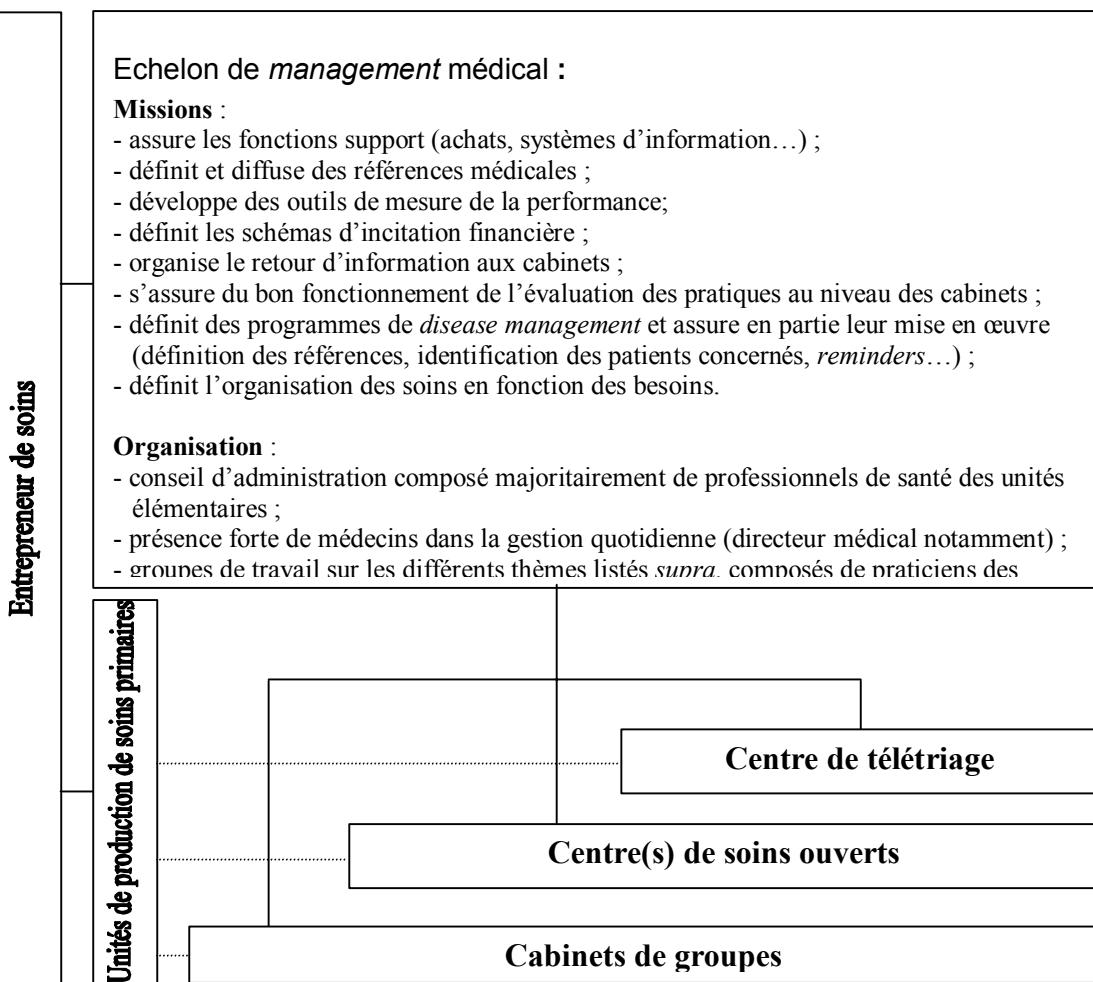
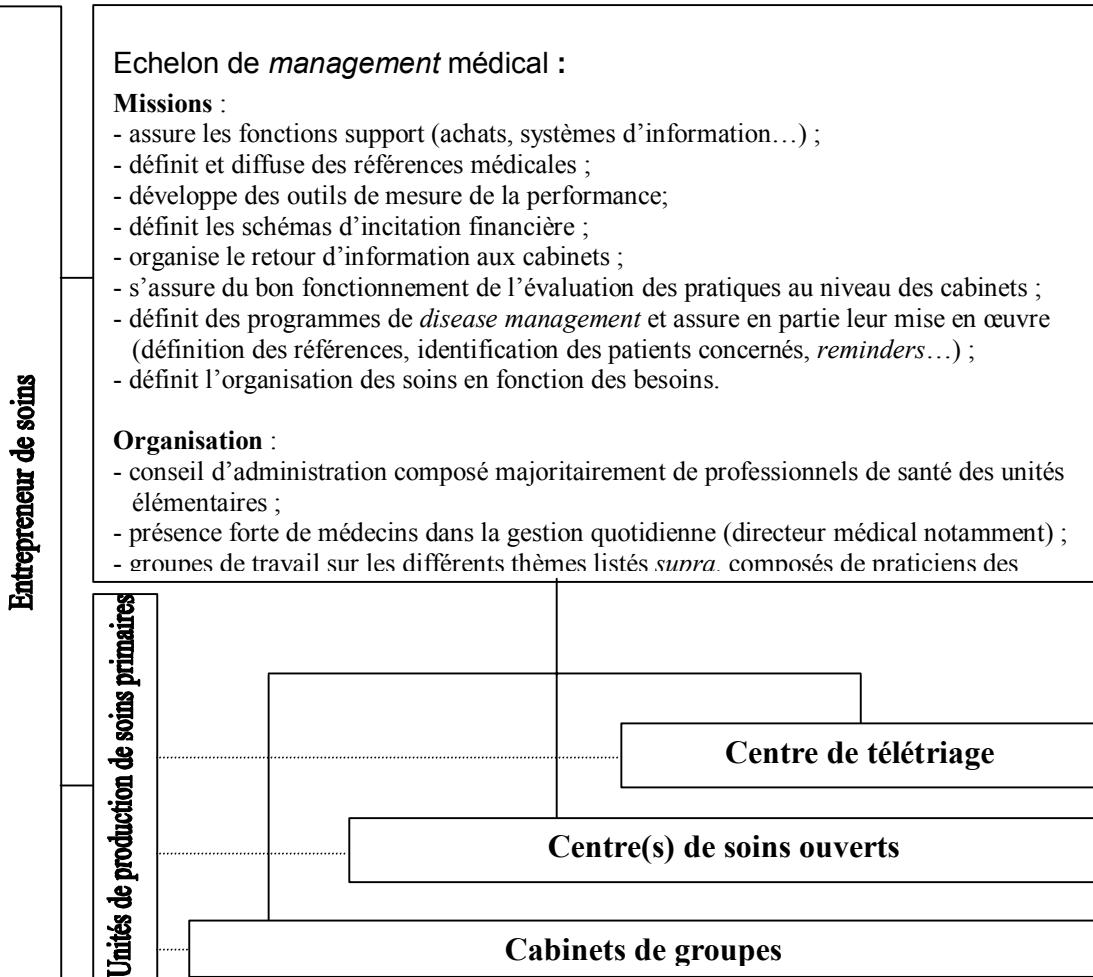
Organisation :

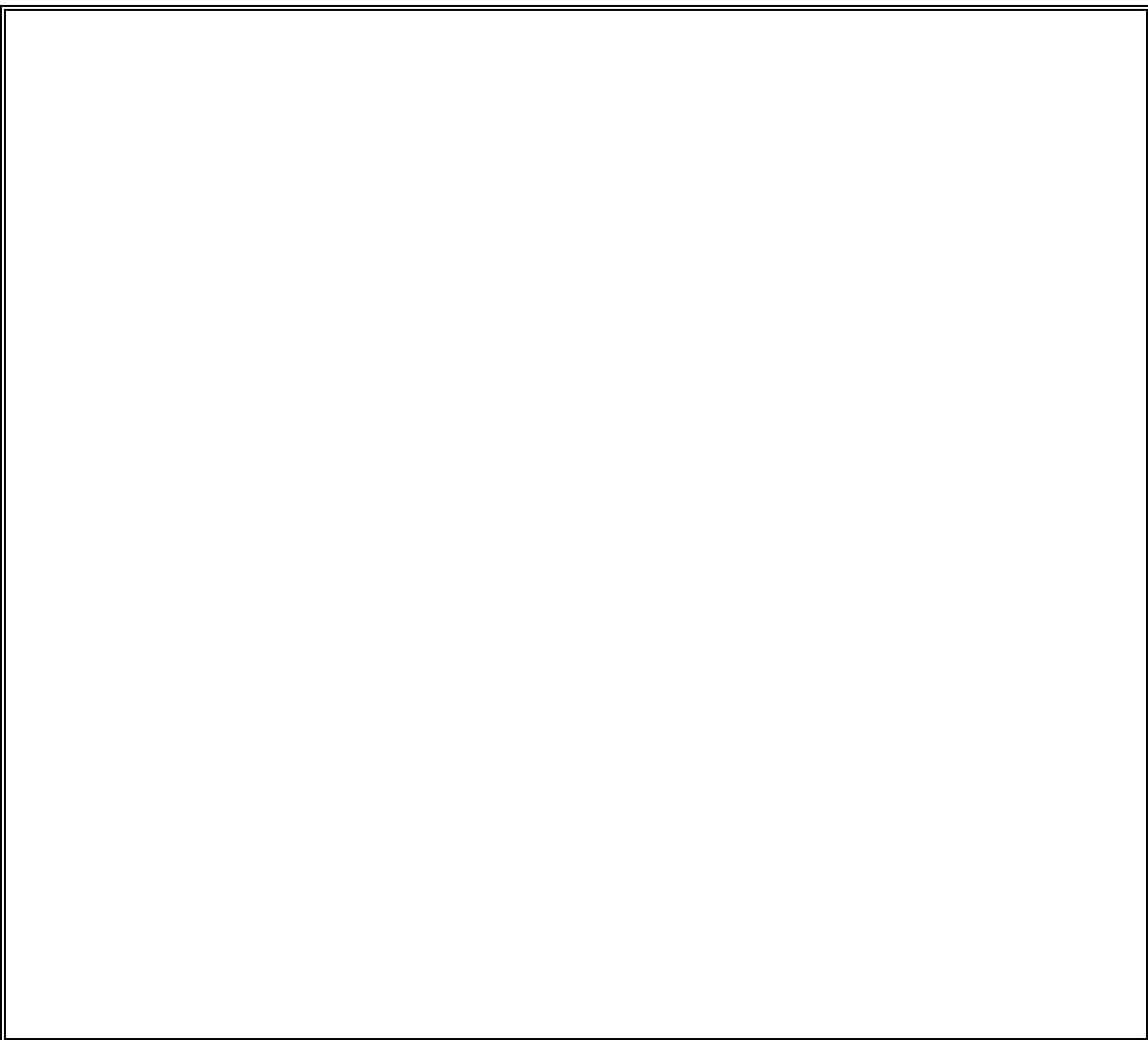
- conseil d'administration composé majoritairement de professionnels de santé des unités élémentaires ;
- présence forte de médecins dans la gestion quotidienne (directeur médical notamment) ;
- groupes de travail sur les différents thèmes listés *supra*, composés de praticiens des unités élémentaires et encadrés par la direction médicale.

Centre de télétriage

Centre(s) de soins ouverts

Cabinets de groupes





En ce qui concerne **les relations entre l'échelon de management et les unités de production de soins**, deux grandes options peuvent être envisagées :

- **des organisations intégrées où les praticiens deviennent employés ou associés**, ce qui offre des possibilités importantes en termes d'organisation des soins (cf. encadré ci-après, exemple de *HealthCare partners*), mais peut poser des problèmes d'acceptabilité pour les professionnels de santé ;
- **des organisations plus souples de type associations**, où les cabinets gardent leur indépendance. Cette formule est plus acceptable pour les médecins mais permet plus difficilement de rationaliser l'offre de soins (cf. encadré ci-après, exemple de *Hill Physicians*).

En tout état de cause, afin de concilier les gains apportés par des organisations de grande taille et un bon niveau de collégialité et d'implication des médecins, il semble que ces organisations doivent être **de taille moyenne** (entre 100 et 500 médecins)⁴²².

⁴²² Entretien avec Cal James ; cf. également BURNS et alii (2000).

Encadré 30 – *HealthCare partners* : une structure complètement intégrée permettant une optimisation poussée de l’offre de soins

HealthCare partners est un **medical group** basé à Los Angeles comptant **400 médecins** environ (80% de généralistes et 20% de spécialistes) répartis en **40 cabinets médicaux**⁴²³. Le groupe reçoit environ 50% de ses revenus sous forme de capitation, le plus souvent globale (médicaments et soins hospitaliers compris). **Les médecins sont salariés**, mais perçoivent également un bonus indexé sur leurs performances individuelles à hauteur de 30% de leur revenu (cf. *supra*).

Chaque cabinet comporte un médecin chef de file ainsi qu’un administrateur. Chaque médecin est entouré d’environ 3 personnels infirmiers, paramédicaux et administratifs. Tous les trimestres, les profils sont adressés aux praticiens et **les pratiques individuelles sont évaluées collectivement** au sein du cabinet.

Les 40 cabinets sont regroupés en 5 régions. Chaque région comprend un directeur médical (médecin en exercice), un responsable de la qualité (« *care manager* ») et un responsable des opérations (« *operation manager* »). Cette équipe examine les performances des cabinets à la fois sur le plan sanitaire et financier et apporte son appui (fonctions support...). Les médecins chefs de file de chaque cabinet sont responsables de leurs résultats devant l’échelon régional.

Chaque région comporte un ou deux cabinets multi-spécialités ; les autres cabinets sont mono-spécialité. Par ailleurs, **chaque région comporte un centre de triage** (« *urgent care triage station* ») ouvert sans interruption et assurant également un support téléphonique. Ce dispositif aurait permis de diviser par deux le taux d’admission aux urgences.

Au niveau central, sont concentrées **les fonctions support** (systèmes d’information, dossier médical électronique en cours de mise au point, facturation...) ainsi que **les programmes de disease management et de case management** mis en œuvre pour le compte des assureurs (cf. *supra* § I.B.3 : ceux-ci auraient permis de diminuer de 20% les taux de recours aux soins hospitaliers). Ces différentes tâches mobilisent environ 3 personnes par médecin.

L’équipe de direction est constituée, de même que pour chaque région, par trois personnes : un directeur médical, un responsable de la qualité et notamment des programmes de *health management* et un directeur des opérations. Cette équipe est responsable de ses résultats devant le **conseil d’administration élu**.

Encadré 31 – *Hill Physicians* : une structure souple préservant l’indépendance des praticiens

Hill Physicians est une **IPA** implantée dans la baie de San Francisco. Elle compte **400 médecins** environ, essentiellement des généralistes. Les cabinets constituant cette IPA sont restés **indépendants** et ne travaillent pas de manière exclusive pour *Hill Physicians*.

⁴²³ Le groupe *HealthCare partners* compte également une *IPA wraparound* composée de 400 médecins généralistes et de 2000 spécialistes, qui ne travaillent pas exclusivement pour *HealthCare partners*.

La plupart des revenus de cette IPA proviennent de capitations. Initialement, les médecins étaient capités, mais suite au développement des dispositifs d'*utilization review* et d'évaluation des pratiques, les médecins sont désormais **payés à l'acte**, avec un bonus de 10% suivant les performances sanitaires et financières.

Toutefois, **Hill Physicians** est en train d'évoluer vers un **medical group intégré**, dans lequel les médecins seront salariés. Le groupe pourra ainsi maîtriser le nombre de cabinets, leur taille et les effectifs infirmiers, paramédicaux et administratifs employés par les médecins.

Les cabinets sont regroupés en « local panels », sans médecin chef de file. Tous les trimestres, les profils individuels de pratique sont évalués par ces groupes. **Ces panels sont regroupés en quatre régions**, qui comportent chacune un directeur, qui est un médecin en exercice. Celui-ci est rémunéré de manière forfaitaire pour ses tâches d'animation du réseau et d'évaluation des pratiques des différents panels. Chaque directeur rend compte de ses performances devant le conseil d'administration du groupe.

Les équipes du siège (250 employés environ) assurent la collecte et l'exploitation des informations, ainsi que la mise en œuvre des programmes de **disease management** (12 personnes, hors personnels informatiques) et de **case management**.

Si de telles organisations doivent être favorisées, il importe de **s'assurer qu'elles se comportent en véritables entrepreneurs de soins actifs et efficaces** et optimisent le processus de production de soins compte tenu des besoins des patients. En théorie, **deux options sont ici envisageables** :

- **une solution « administrée »** où les pouvoirs publics / les assureurs jouent directement ce rôle d'entrepreneur de soins et déterminent quelle est l'organisation des soins la plus pertinente étant donné le contexte local, la mettent en œuvre et imposent l'optimisation de l'efficience des pratiques ;
- **une solution plus décentralisée** où les pouvoirs publics / les assureurs se contentent de favoriser la création d'entrepreneurs de soins et d'inciter ceux-ci à l'efficience.

Dans les expériences étrangères étudiées *supra*, c'est la seconde solution qui a prévalu et l'incitation à l'efficience des entrepreneurs de soins provenait essentiellement de leur **responsabilisation** sur leurs résultats financiers (capitation) et sanitaires (mise en concurrence des producteurs, contractualisation sélective).

Dès lors, l'enjeu est le suivant : **une rémunération à la capitation et une mise en concurrence des offreurs sont-elles indispensables** pour que se créent des entrepreneurs de soins incités à l'efficience ?

Plusieurs pays étudiés par la mission tentent aujourd'hui de manière volontariste de susciter la création d'entrepreneurs de soins. L'analyse de ces démarches permet d'apporter des éléments de réponse à cette question.

* * *

*

B/ Une intervention des pouvoirs publics peut permettre de faire émerger une organisation mieux à même de promouvoir l'efficience de la médecine ambulatoire

L'objet des développements qui suivent n'est pas de répondre de manière générale et définitive à la question énoncée précédemment (une rémunération à la capitation et une mise en concurrence des offreurs sont-elles indispensables pour que se créent des entrepreneurs de soins incités à l'efficience ?). En particulier, il ne sera pas mené d'étude approfondie de l'impact sanitaire et financier d'une mise en concurrence des producteurs de soins. Une telle analyse a en outre déjà été réalisée dans des recherches récentes⁴²⁴. Par ailleurs, les effets des rémunérations par capitation ont été largement évoqués *supra* dans la première partie du présent rapport.

En revanche, il paraît intéressant d'étudier ici, à la lumière de l'organisation cible dégagée précédemment, **trois expériences étrangères ayant visé à mettre en place des entrepreneurs de soins incités à l'efficience** : les Groupes de médecins de famille au Québec, les *Family health networks* en Ontario et les *Primary care trusts* en Angleterre⁴²⁵.

La performance globale de ces schémas d'organisation ne peut pas être évaluée aujourd'hui, ces expériences étant toutes très récentes. Néanmoins, elles mettent clairement en évidence qu'**une intervention des pouvoirs publics peut permettre de mettre en place une organisation des soins proche de la structure cible** précédemment identifiée. Pour ce faire, l'action de l'autorité publique / de l'assureur peut prendre deux formes :

- de **simples incitations** à la création, par les praticiens eux-mêmes, d'échelons de *management* médical ; cette solution présente l'avantage de permettre une transition progressive vers un système de soins structuré autour d'entrepreneurs de soins (1) ;
- **une intervention plus directe et volontariste**, où l'autorité publique / l'assureur crée directement ces échelons de *management* et les contrôle (2).

1) Il est possible de favoriser, par des incitations, une transition progressive vers un système de production de soins structuré autour d'entrepreneurs de soins

Les réformes en cours au Canada, tant au Québec qu'en Ontario, tentent de favoriser la création, par des incitations, **d'organisations de production de soins proches du schéma précédemment décrit**, avec un échelon de *management* médical pilotant plusieurs unités de production de soins et une intégration plus étroite des personnels non-médecins. Ces réformes s'accompagnent à plus ou moins court terme d'un passage à des rémunérations mixtes reposant principalement sur une **capitation**. Par ailleurs, elles sont fondées sur le principe du **volontariat**, tant pour les praticiens que pour les patients.

⁴²⁴ Cf. notamment BOCOGNANO et *alii* (1998).

⁴²⁵ La Nouvelle-Zélande offre un autre exemple intéressant, avec la généralisation à l'ensemble du territoire en 2001 des IPAs (devenues des *Primary health organizations*), qui peuvent désormais opter pour une rémunération à la capitation couvrant également les honoraires des médecins. Toutefois, cette expérience n'a pas pu être étudiée par la mission dans les délais qui lui étaient impartis.

Ces expériences soulèvent un certain nombre d'interrogations, en particulier en ce qui concerne la taille des échelons de *management* médical ainsi mis en place. Le format retenu (au plus une vingtaine de médecins) semble en effet insuffisant, que ce soit pour assurer une bonne mutualisation du risque ou pour développer un *management* médical véritablement efficace. Par ailleurs, en ce qui concerne les Groupes de médecins de famille, tels qu'ils sont mis en œuvre actuellement, leur efficacité est incertaine faute de véritable mécanisme de responsabilisation de l'échelon de *management* sur ses résultats sanitaires et financiers.

Néanmoins, ces tentatives de réforme sont intéressantes pour deux raisons :

- elles illustrent qu'il est possible de créer, dans un contexte non concurrentiel et sans intervention directe sur la structure de production des soins, une forme organisationnelle proche des entrepreneurs de soins précédemment décrits ;
- elles mettent en évidence qu'une telle transition peut être progressive et qu'elle peut être initiée par des expérimentations ponctuelles, laissant une large place à l'adaptation au contexte local.

a) *L'efficacité des Groupes de médecins de famille québécois dépendra des mécanismes de responsabilisation qui seront mis en place*

Des réseaux de médecins pour répondre aux critiques portées contre le système de soins ambulatoires

Les paramètres essentiels du système de santé québécois sont proches du système français : assurance maladie universelle publique gérée par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ, agence gouvernementale directement placée sous l'autorité du ministère de la santé et des services sociaux – 7,3 millions d'assurés), exercice libéral de la médecine générale, paiement majoritairement à l'acte.

Néanmoins, en ce qui concerne la médecine ambulatoire, le système québécois présente **plusieurs particularités** importantes :

- une **faible proportion de pratique isolée de la médecine générale** (16%), alors même qu'il n'existe pas d'incitation particulière à la pratique collective. Toutefois, les cabinets de groupe sont de relativement petite taille (cf. *supra* et tableau ci-après) : 50% des cabinets de groupe comptent de 2 à 4 médecins ;

Tableau 21 – taille des cabinets de médecine générale au Québec

Nombre de médecins	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 et plus
proportion des cabinets de groupe	25%	12%	13%	11%	10%	6%	6%	4%	3%	10%

- l'**absence de médecins spécialistes en ville** ;
- l'**absence de ticket modérateur** et l'**existence d'un tiers-payant intégral** ;

- la **présence de centres locaux de soins communautaires** (CLSC – 147 sur l’ensemble du Québec), qui dispensent des services de santé et des services sociaux, essentiellement au travers de programmes de prévention, de réadaptation ou de réinsertion : dépistage des maladies sexuellement transmissibles, vaccinations, prélèvements sanguins, soins de périnatalité, santé mentale, toxicomanie... Ces prestations sont assurées par des équipes multidisciplinaires, comportant une part importante d’infirmières ; toutefois, des médecins généralistes exercent dans certains CLSC. Les CLSC peuvent être autonomes, ou faire partie d’un « centre de santé », regroupant un CLSC, un centre hospitalier et un centre d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

La récente **Commission québécoise d’étude sur les services de santé et les services sociaux** (Commission Clair) a diagnostiqué, en matière de soins primaires :

- des difficultés d'accès aux soins, en particulier en dehors des horaires d'ouverture des cabinets ;
- une qualité insuffisante ;
- un manque de continuité des soins et de coordination entre les différents intervenants (cabinets de médecine générale, CLSC, spécialistes, centres hospitaliers)⁴²⁶.

Pour répondre à ce constat relativement critique, cette Commission a proposé de créer des **Groupes de médecins de famille** (GMF), définis de la manière suivante :

- ils regrouperaient, sous la forme d'un réseau, **6 à 10 médecins généralistes** exerçant soit **en cabinet** (individuel ou collectif), soit en CLSC ;
- ils seraient **responsables de la population d'une zone géographique donnée** ; chaque patient s'inscrirait pour une durée déterminée auprès d'un médecin particulier du GMF ;
- ils s'engageraient à fournir **un panier de soins précisément déterminé**, comprenant notamment le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies chroniques, ainsi que le suivi des patients venant de subir des soins hospitaliers importants ;
- **les médecins travailleraient en étroite collaboration avec 2 ou 3 infirmières** ; celles-ci effectueraient notamment des activités de prévention, de dépistage, ainsi que certains diagnostics et prescriptions, en accord avec les médecins du GMF. Le suivi de certains cas (*disease ou case management*) pourrait également leur être confié ;
- les médecins membres d'un GMF seraient **responsables de la continuité des soins** (par l'intermédiaire d'un dossier médical informatisé notamment) et pourraient **travailler en réseau** avec d'autres GMFs, des CLSCs, des CHSLDs ou des hôpitaux pour certaines pathologies (chroniques notamment), ainsi que pour le suivi des cas les plus lourds ;

⁴²⁶ Cf. *Solutions émergentes*, 2000, rapport de la Commission québécoise d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par Michel Clair.

- au sein du panier de soins, les services médicaux devraient être délivrés dans **un délai raisonnable, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.**

La Commission Clair proposait d'accompagner ce nouveau mode d'organisation des soins d'**un schéma de rémunération mixte pour les médecins généralistes** membres de ces GMF, comprenant :

- une **capitation** ajustée au risque des patients pris en charge (**rémunération de base**) ;
- des **forfaits** complémentaires pour la participation des médecins généralistes du GMF à certains programmes et services spécifiques (programmes de réadaptation et de réinsertion, CHSLD, services d'urgence...) ;
- des **paiements à l'acte** pour assurer une bonne productivité, notamment en matière de prévention.

Des **financements spécifiques** devaient également selon la Commission être mis en place au profit des GMF pour l'informatisation de ces groupes, ainsi que pour les dépenses nécessaires à un éventuel regroupement géographique des équipes (frais immobiliers) et à l'acquisition d'équipements techniques.

En ce qui concerne la démarche enfin, la Commission Clair proposait que **l'introduction des GMF soit graduelle**, tout en ayant pour objectif une généralisation à moyen terme. Par ailleurs, la Commission recommandait qu'une **grande liberté de choix** soit laissée à chaque GMF, en fonction des besoins locaux, en termes d'organisation et de priorités d'actions.

Une mise en œuvre sur des bases moins ambitieuses que le projet de la Commission Clair

Les **GMF ont recueilli le soutien de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec** (FMOQ⁴²⁷). La FMOQ voit en effet dans ces GMF une réponse au constat de « fragmentation de l'activité médicale » (spécialisation implicite en pédiatrie, gériatrie...), qui invite à une pratique plus collective, et aux demandes des médecins en termes de qualité de vie⁴²⁸.

Si la FMOQ s'oppose à toute généralisation rapide de ce dispositif, elle a négocié en octobre 2002 une « **entente particulière** » avec le gouvernement (équivalent des options conventionnelles françaises) pour préciser les modalités d'application des GMF. Cet accord reprend les principales recommandations de la Commission. Il précise en outre que **la durée d'inscription des patients est d'un an** et qu'il n'est pas possible pour un praticien de refuser des inscriptions. Contrairement à ce que proposait la Commission, il ne fixe aucune limite (basse ou haute) au nombre de patients inscrits par médecin ou par GMF.

Par ailleurs, cet accord conventionnel précise **le mode de rémunération des médecins membres des GMF** durant la « période d'implantation des GMF », période transitoire qui court au moins jusqu'au 31 mai 2004, date d'expiration de l'entente particulière :

⁴²⁷ La FMOQ est l'unique organisation syndicale de médecins généralistes représentative.

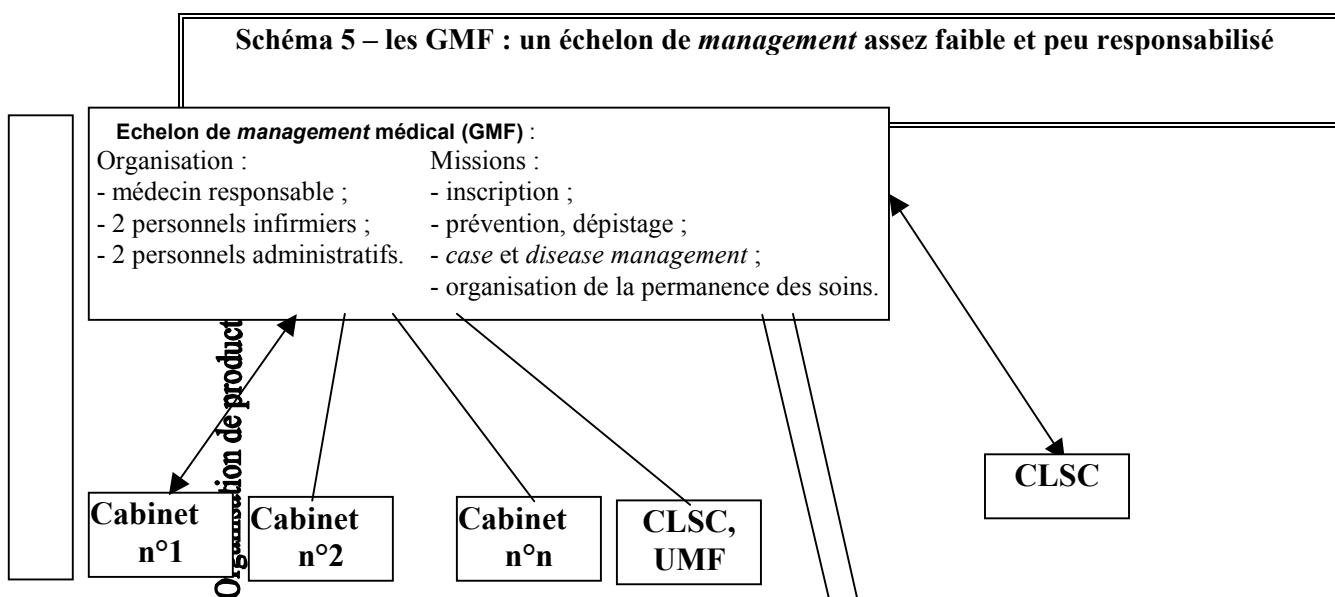
⁴²⁸ Cf. « Les groupes de médecins de famille : il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain ! », Nouvelles de la FMOQ, 2001.

- le traitement de base des médecins généralistes reste inchangé (paiement à l'acte) ; à court terme, la mise en place des GMF ne s'accompagne donc pas de l'introduction de rémunérations à la capitation, contrairement à ce que la Commission Clair avait proposé ;
 - un **forfait annuel d'inscription** de 7 \$ par patient est octroyé à chaque médecin (15 \$ pour les patients de plus de 70 ans) ;
 - les **tâches non cliniques sont rémunérées à l'heure** (coordination avec les autres offreurs, administration, formation...) dans la limite de 3 heures par semaine et par médecin ;
 - un « médecin responsable » chargé de l'organisation administrative du GMF et unique interlocuteur de la RAMQ reçoit un **forfait hebdomadaire** de 300 \$.

Au total, pour chaque médecin, le surplus annuel de rémunération peut donc atteindre 25 000 \$⁴²⁹ (15 000 \$ pour les inscriptions et 10 000 \$ pour les tâches non cliniques).

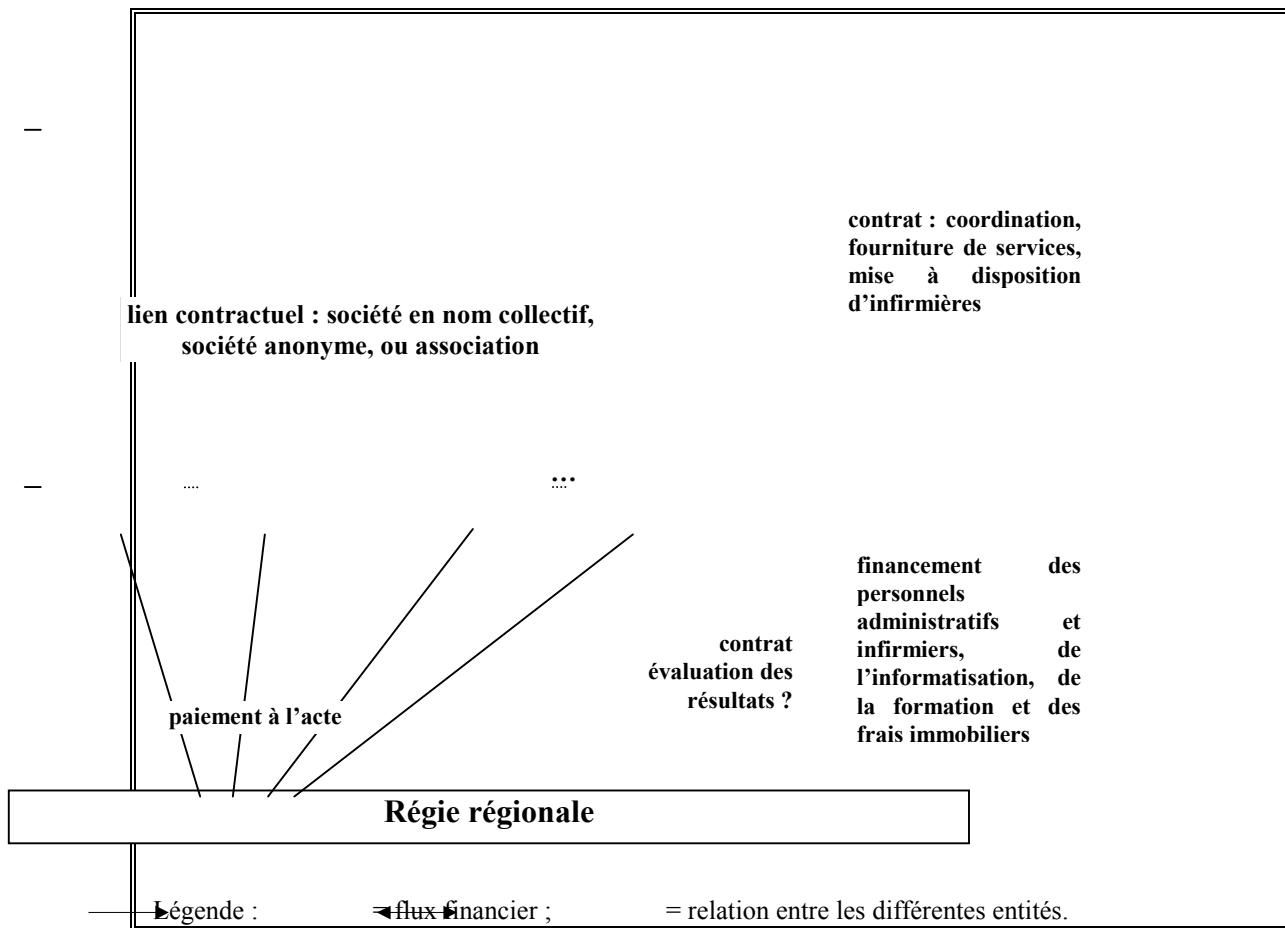
En pratique, 23 projets de GMF avaient été déposés en novembre 2002. Six de ces projets sont portés par un cabinet seul⁴³⁰; les autres projets regroupent plusieurs cabinets, et/ou des praticiens isolés, des CLSC et des UMF (unités d'enseignement de médecine familiale des hôpitaux universitaires). Ils rassemblent **de 6 à 12 médecins ETP**.

Une petite vingtaine de ces projets était en cours de mise en place en janvier 2003 ; la population susceptible de s'inscrire dans ces GMF représente environ 450 000 personnes. Le ministère espère avoir mis en place 100 GMF à fin 2003 et **300 en 2005, pour atteindre un taux de couverture de la population de 75%.**



429 Données FMOO.

⁴³⁰ Cf. *Esquisse d'une typologie des 23 premiers GMF*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, novembre 2002.



La création d'un GMF suit plusieurs étapes. Tout d'abord, les projets des producteurs de soins sont transmis à **la régie régionale de l'assurance maladie** (équivalent des CRAM françaises), qui effectue une présélection. Les parties prenantes doivent alors créer **la structure support du GMF** (société en nom collectif, société anonyme, ou association), puis **contractualiser** avec la régie régionale, le CLSC local et, le cas échéant, d'autres établissements de santé. Le projet est ensuite définitivement validé par le ministère.

Le contrat entre le GMF et la régie régionale vise à :

- **définir le panier de soins offert par le GMF.** Les grandes lignes de ce panier de soins sont déterminées au plan national, mais peuvent être adaptées et complétées au plan régional suivant les besoins locaux spécifiques ;
- **déterminer le support technique et financier apporté par la régie régionale** pour permettre au GMF de mener à bien cette mission. Pour un GMF de 10 médecins ETP, la régie doit financer au minimum, d'après les dispositions nationales :
 - o deux postes ETP de **soutien administratif** (secrétaires médicaux) ;
 - o deux postes ETP de **personnels infirmiers** provenant de manière prioritaire des CLSC. Ils doivent se consacrer plus particulièrement à la prévention, à la coordination avec les soins secondaires, ainsi qu'au suivi systématique au cas par cas des clientèles vulnérables (maladies chroniques notamment) ;
 - o **l'informatisation** du GMF ;
 - o les **frais immobiliers** provenant des personnels supplémentaires ;

- une **formation de base** des membres du GMF à la fois aux techniques informatiques et aux formalités inhérentes aux GMF.

D'après la FMOQ, ces différentes mesures représentent en moyenne environ **200 000 \$ de subventions annuelles pour chaque GMF**.

Le GMF doit également contracter avec le CLSC, si ce dernier ne fait pas partie du GMF, pour définir les échanges de service nécessaires à la bonne marche du GMF :

- **mise à disposition de personnels infirmiers** du CLSC, sur lesquels le médecin responsable du GMF doit avoir autorité fonctionnelle ;
- **fourniture par le CLSC de services particuliers** aux patients pris en charge par le GMF : diététiciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, services de maintien à domicile... ;
- **transmission rapide des informations cliniques** entre le GMF et le CLSC pour assurer une bonne coordination ;
- **coordination** en matière de gardes et de dispositifs de réponse téléphonique 24h/24.

Des contrats peuvent également être conclus entre le GMF et d'autres producteurs de soins (services hospitaliers notamment) pour préciser les modalités de coordination des soins (transmission d'informations principalement).

Une démarche intéressante mais une efficacité sanitaire et financière incertaine

Au total, le dispositif des Groupes de médecins de famille est fortement marqué par le contexte spécifique au système de santé québécois et notamment par la difficile coordination entre les cabinets et les autres producteurs de soins primaires, tout particulièrement les CLSC.

Néanmoins, **les GMF constituent une initiative intéressante car ils permettent, de manière progressive, d'introduire un échelon de management médical**. Par ailleurs, les GMF s'accompagnent d'une procédure d'inscription des patients, d'une meilleure intégration des personnels non-médecins et devraient permettre une plus grande continuité des soins ainsi que la mise en œuvre du *disease management*, grâce aux personnels infirmiers notamment. L'ensemble de ces dispositions va dans le sens d'une amélioration de l'efficience des pratiques.

L'efficacité financière et sanitaire des GMF dépendra toutefois des dispositifs de responsabilisation qui seront mis en œuvre, lesquels peuvent être de deux types :

- **le mode de rémunération** : en l'état actuel (paiement à l'acte, versé à chaque praticien, sans nécessairement de redistribution entre les membres des surplus réalisés), les praticiens constituant le GMF ne sont pas incités à utiliser de manière optimale l'échelon de *management*. **Le passage à une capitation et/ou le versement des rémunérations directement au GMF** constituerait une incitation forte à l'efficience pour toute la structure ; toutefois, une telle perspective ne semble pas d'actualité à court terme ;

- l'évaluation sanitaire et financière réalisée par les régies régionales de l'assurance maladie québécoise : la Commission Clair préconisait que les régies régionales évaluent l'organisation interne des GMF, la qualité de la coordination avec les autres offreurs, ainsi que la réalisation des objectifs prévus dans le contrat avec la régie régionale. Cette évaluation reste à mettre en œuvre et les contrats actuels entre les régies régionales et les GMF prévoient uniquement que chaque GMF réalise un rapport trimestriel sur l'utilisation faite de l'aide technique et financière apportée par la régie. La régie a également la possibilité de réaliser des enquêtes visant à préciser l'efficacité de cette utilisation.

En l'absence, à court terme tout au moins, de toute responsabilisation financière et sanitaire, les GMF seront donc peu incités à l'efficience. **Celle-ci dépendra de la nature de la structure support** (éventuelle redistribution interne des revenus), **ainsi que du leadership médical interne**. A ce titre, la création obligatoire d'un « médecin responsable », qui pourrait constituer un embryon de direction médicale au sein des GMF, est un élément positif. Les systèmes d'information financés par les régies régionales pourraient permettre de réaliser une évaluation des pratiques, supervisée par ce médecin responsable. Toutefois, les GMF ne sont en aucun cas obligés ni même véritablement incités à engager une telle démarche.

En tout état de cause, les GMF semblent être une structure trop petite. Il apparaît en effet peu probable (cf. *supra*) qu'un échelon organisationnel de cette taille soit assez structuré et dispose de moyens suffisants pour définir des références médicales, mettre en œuvre un système d'évaluation des pratiques ou des programmes de *disease management*, ou encore rationaliser le processus de production de soins (regroupement de cabinets...).

b) Les Family health networks ontariens constituent une initiative intéressante, qui pourrait toutefois pâtir de la taille insuffisante des échelons de management mis en place

Un schéma d'organisation proche des Groupes de médecins de famille

Le système de santé ontarien présente des **caractéristiques similaires à celui du Québec** : assurance maladie universelle publique (OHIP, *Ontario health insurance*, 12 millions d'assurés), exercice libéral de la médecine générale, paiement à l'acte principalement (91% du revenu des praticiens). La pratique de groupe est relativement développée mais les cabinets restent de taille modeste. Les patients bénéficient d'un tiers-payant intégral, sans ticket modérateur.

Les *Family health networks* (FHNs), comme les GMF, visent à améliorer l'accès aux soins (en particulier en dehors des horaires d'ouverture des cabinets), la continuité des soins, ainsi que l'efficience des pratiques. Très proches des GMF tels qu'ils ont été conçus par la Commission Clair, ils comportent à la fois **un volet structurel** (mise en place d'un échelon de management médical, engagements en matière d'accès et de continuité des soins) et **l'introduction d'un nouveau mode de rémunération**⁴³¹ :

- les FHNs sont constitués d'un ou plusieurs cabinets médicaux : ils regroupent sur une base volontaire **au moins 5 médecins généralistes** ainsi que, éventuellement, d'autres professions médicales (diététiciens, *nurse practitioners*...) ;

⁴³¹ Cf. notamment SPURGEON, « Ontario's family doctors may opt for a capitation payment system », *BMJ*, 2002, 324 : 385.

- un nouveau **mode de rémunération mixte**, basé sur une **capitation**, est mis en œuvre (cf. encadré ci-après) ; l'essentiel des paiements est réalisé au profit du groupe et non des praticiens individuellement ; les FHNs qui ne souhaitent pas passer à la capitation doivent opter pour un paiement à l'acte assorti d'un niveau maximal annuel de rémunération, calculé en fonction du profil de risque de la population soignée ;
- une **inscription des patients** auprès d'un médecin du FHN pour une période de six mois est instaurée : même si elle se fait auprès d'un médecin spécifique, cette inscription permet d'obtenir des soins de tous les autres membres du FHN. Les médecins du FHN doivent accepter tous les patients demandant à être inscrits, mais cette inscription n'est pas obligatoire et les membres d'un FHN peuvent continuer à voir des patients non-inscrits ;

Encadré 32 – la rémunération des *Family health networks* ayant choisi la capitation

1 – Patients inscrits auprès du FHN

Le paiement de base est une capitation couvrant le montant moyen de consommation des actes de médecine générale les plus courants (57 codes de nomenclature, représentant 80% des factures des médecins généralistes ontariens). Cette capitation est de 96,85 \$ en moyenne. Elle est ajustée au risque des patients (âge, sexe) et varie dans une fourchette allant de 40 à 250 \$.

Cette capitation est versée au FHN. Lorsque le nombre de patients inscrits par médecin, pour l'ensemble du FHN, est supérieur à 2 400, le montant de la capitation est diminué de 50%. La capitation devrait représenter en définitive environ 55% des revenus totaux des FHNs.

Lorsqu'un praticien membre d'un FHN exécute un des 57 actes faisant partie du panier de soins de la capitation et s'il déclare cet acte (facturation détaillée), **le groupe reçoit, en plus de la capitation, 10% de la valeur de cet acte**. Il s'agit d'une incitation à fournir une information indispensable au suivi des comportements individuels (**shadow billing**).

Pour tous les actes en dehors de ce panier de soins, le groupe reçoit **100% de la valeur des actes**.

Par ailleurs, le FHN reçoit une **prime** inversement proportionnelle à la consommation de soins de ses patients dans d'autres services de médecine ambulatoire, afin d'**inciter à la fidélisation des patients** (jusqu'à 20 \$ par an et par patient inscrit).

2 – Patients soignés par le FHN sans y être inscrits

Le groupe reçoit **100% de la valeur des actes**, dans la limite de 40 000 \$ par an et par médecin membre (à partir de la deuxième année d'existence du FHN).

3 – Paiements liés à la structure du FHN

En plus de ces rémunérations liées à l'activité médicale du FHN, différents paiements additionnels viennent rémunérer les activités non cliniques du FHN :

- au titre du **financement de l'activité de management et de leadership médical**, une somme de 1 \$ par patient, dans la limite de 25 000 \$, est allouée chaque année au FHN ;
- 24 000 \$ par an viennent **financer la permanence téléphonique 24h/24** assurée par le FHN.

4 – Paiements incitatifs

Enfin, les médecins membres d'un FHN peuvent recevoir différentes **primes incitatives** :

- chaque heure de **formation continue** est rémunérée 100 \$, dans la limite de 2 400 \$ par an ;

- lorsqu'ils atteignent des objectifs de **productivité** en matière de soins hospitaliers (en Ontario, les médecins généralistes participent aux services hospitaliers), obstétriques, palliatifs, de visites à domicile, de consultations, et de soins de périnatalité, les médecins reçoivent des primes qui peuvent atteindre 10 200 \$ par an ; leur calcul varie selon l'emplacement du FHN (zones rurales / urbaines) ;
 - suivant les **performances de chaque médecin en termes de vaccination et de dépistage** (mammographies...), une prime est versée au FHN ; elle peut atteindre 8 800 \$ par médecin et par an.

- chaque FHN désigne un **médecin chef de file** et doit se doter d'une « **structure de gouvernance** » qui définit notamment les responsabilités respectives des différents membres du groupe, ainsi que la répartition des charges et des revenus ;
- les médecins membres du FHNs s'engagent à **offrir un panier de soins minimal** (comprenant notamment la prévention, les soins palliatifs et l'obstétrique) et à assurer la **coordination avec les autres producteurs de soins** (spécialistes et services hospitaliers) ;
- les FHNs doivent assurer **une permanence 7 jours / 7 et 24 heures / 24.**

En contrepartie de ces engagements, le ministère finance l'acquisition d'un **système d'information** permettant notamment de mettre en œuvre un dossier médical électronique, d'identifier les interactions médicamenteuses ainsi que les éventuelles duplications d'examens et d'optimiser les comportements individuels de prescription.

Le ministère finance également la permanence téléphonique en dehors des horaires d'ouverture, qui peut être réalisée directement par le FHN ou externalisée. Ainsi *l'Ontario Medical Association* (OMA) a mis à disposition des FHNs un **centre de télétriage** (*Telephone health advisory service*) composé d'infirmières, qui peut prendre en charge les appels de leurs patients en dehors des horaires d'ouverture. Ce centre de télétriage peut soit traiter le problème à son niveau, soit renvoyer le patient sur le service des urgences ou le médecin de garde du FHN. Dans tous les cas, un compte-rendu est faxé au médecin traitant le lendemain, pour assurer la continuité des soins.

Schéma 6 – les FHNs : un échelon de *management médical* responsabilisé grâce à une rémunération mixte

Assureur public universel (OHIP)

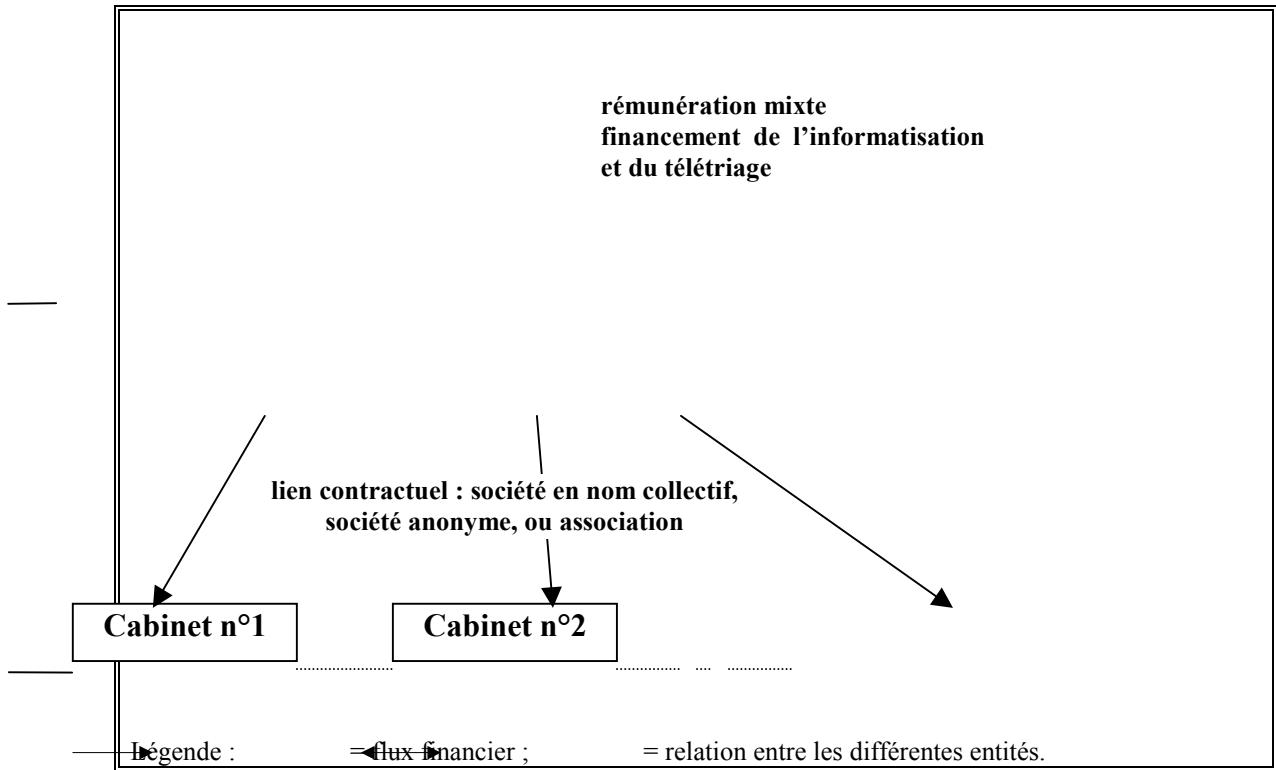
option conventionnelle

Echelon de management médical (FHN) :

Organisation :	Missions :
<ul style="list-style-type: none"> - médecin chef de file ; - personnels infirmiers et administratifs. 	<ul style="list-style-type: none"> - inscription ; - élaboration de références médicales ; - <i>case et disease management</i> ; - organisation de la permanence des soins.

Organisation de production

Cabinet n°n



L'ensemble du dispositif des FHNs est **administré conjointement par le ministère et l'OMA**⁴³², au travers d'une agence d'Etat. Les financements transitent par cette agence qui apporte également du soutien méthodologique et technique aux FHNs.

Une première évaluation positive

En pratique, **13 sites pilotes** (initialement appelés des *Primary care networks*) **existent depuis 1999**. Ils regroupent 176 médecins généralistes (sur environ 7 000, soit 2,5%), 82 cabinets et 278 000 patients. A Hamilton, troisième ville de la province, le tiers de la population, soit 200 000 personnes, est inscrit auprès d'un FHN. Par ailleurs, 10 FHNs sur 13 ont opté pour le nouveau mode de rémunération par capitulation.

En 2002, la création de plusieurs nouveaux FHNs a porté le nombre de praticiens participant à près de 250 et 750 médecins généralistes ont d'ores et déjà manifesté leur intérêt pour la démarche⁴³³. Le gouvernement s'est fixé pour objectif d'atteindre 80% de participation volontaire parmi les médecins généralistes en 2004.

Les FHNs déjà constitués sont très hétérogènes :

- leur **taille** varie de 4 à 21 médecins généralistes, et de 1 à 15 cabinets ;
 - la **composition** des FHNs (nombre de personnels administratifs et de professionnels de santé non-médecins par praticien) est très variable ;

⁴³² L'OMA est l'unique organisation syndicale représentative.

⁴³³ L'OMA est l'unique organisation syndicale représentative. Cf. TAMURRI, « Ontario's ambitious primary care reform plan slow in attracting MDs », *Canadian medical association journal*, 2002, 167(10).

- les **structures support** des FHNs ont pris la forme, selon les cas, d'une association, d'une société en nom collectif, ou d'une société anonyme ;
- le **degré d'intégration** (coordination et évaluation des pratiques, mise en commun des compétences...) est très hétérogène ; certains FHNs ont un comité exécutif constitué de trois ou quatre médecins qui se réunit fréquemment, d'autres ont limité les structures support à un médecin chef de file assurant les tâches médico-administratives.

L'Ontario medical association a négocié avec le ministère le détail des droits et obligations des FHNs, sous la forme d'une **option conventionnelle**. Si l'OMA ne plaide pas ouvertement pour une généralisation des FHNs, elle conduit des campagnes d'information sur les FHNs auprès de ses membres et milite pour que chaque médecin puisse choisir le type de pratique et de rémunération qui lui convient le mieux.

Pour financer ce dispositif, 250 M\$ ont été débloqués par la province en 2000 sur 4 ans : 150 M\$ pour les systèmes d'information et 100 M\$ pour les incitations financières (10% de *shadow billing*, prime pour le médecin chef de file...). Au total, pour les FHNs ayant choisi le nouveau mode de rémunération à la capitation, le supplément de revenu serait de +14%⁴³⁴.

Une **évaluation indépendante**⁴³⁵ des sites pilotes mis en place en 1999 est en cours. Elle met en évidence :

- un **fort taux de satisfaction parmi les patients** (85% des patients se disent très satisfaits) ; les patients inscrits dans un FHN sont plus satisfaits des soins primaires fournis que la moyenne des Ontariens ; la satisfaction des patients est particulièrement élevée lorsque les FHNs comportent une *nurse practitioner* ;
- un **important taux d'utilisation du dispositif de télétriage**, qui a permis de réduire la demande pour les autres services, notamment les urgences (70% des patients cherchant à avoir accès à des services d'urgence ont été redirigés vers d'autres producteurs de soins) ;
- la **satisfaction des praticiens**, qui considèrent que 70% de leurs attentes ont été réalisées ; les cinq principaux motifs de satisfaction des praticiens sont :
 - la rémunération fondée sur une capitation, qui offre plus de visibilité ;
 - l'amélioration de la qualité des soins fournis ;
 - la mobilisation d'importants moyens informatiques ;
 - l'augmentation du revenu ;
 - l'organisation des gardes ;
- les **inquiétudes des praticiens** en ce qui concerne :
 - les charges administratives inhérentes aux FHNs ;

⁴³⁴ Source : *Ontario medical association*.

⁴³⁵ Cf. *Evaluation of primary care reform pilots in Ontario, phase I – final report et phase II – interim report*, Price Waterhouse Coopers, 2001.

- le travail supplémentaire dû à l'enregistrement des patients, qui a nécessité dans certains cas le recrutement de personnels supplémentaires (coût estimé : 8 \$ par patient inscrit) ; toutefois, cet enregistrement a été relativement rapide, puisque à peine deux ans après leur création, les sites pilotes avaient atteint un niveau d'inscription égal à 80% du potentiel estimé ;
- l'intégration des systèmes d'information ; en pratique, l'utilisation des systèmes d'information varie grandement entre les sites FHNs et à l'intérieur de ceux-ci entre praticiens.

Par ailleurs, **l'impact des FHNs sur la qualité des soins** n'a pas encore été analysé précisément. Toutefois, l'évaluation précédemment citée semble montrer que **l'accès aux soins a été amélioré**, à la fois en renforçant les dispositifs de garde et de réponse téléphonique en dehors des horaires d'ouverture et en mobilisant des professionnels de santé non-médecins qui peuvent diminuer la charge de travail des praticiens. Des programmes de **disease management** ont également été mis en place dans certains sites pilotes, grâce aux personnels infirmiers et aux systèmes informatiques (*reminders* automatiques...). Enfin, des **références médicales** ont dans certains cas été définies au niveau du FHN, mais **l'évaluation interne des pratiques reste pratiquement inexisteante**.

Suite à cette évaluation, le gouvernement ontarien a annoncé différentes **modifications du dispositif des FHNs** :

- financement dès 2001 par le ministère de la santé de **nurse practitioners** mises à disposition des FHNs ; par ailleurs, l'embauche de **nurse practitioners** par les FHNs a été favorisée en autorisant les FHNs à augmenter de 800 le nombre de leurs patients inscrits pour chaque **nurse practitioner** ETP⁴³⁶ ;
- incitation à la formation de **FHNs multidisciplinaires** (diététiciens, pharmaciens...) ;
- **développement des systèmes d'information** (indicateurs de performance notamment) ;
- **augmentation de la taille des FHNs par fusions**.

Une excellente base de réflexion pour l'introduction progressive d'entrepreneurs de soins responsabilisés sur leurs résultats

Au total, **le dispositif des FHNs semble**, plus que celui des GMF, à même de **favoriser le développement d'entrepreneurs de soins incités à l'efficience**, notamment **grâce au schéma de rémunération** choisi. Une rémunération mixte, mêlant une capitation et des paiements à la performance, et versée au FHN et non au praticien individuel, devrait en effet inciter à une forte structuration de l'échelon de *management* médical, et à une responsabilisation collective des praticiens.

⁴³⁶ Soit un supplément de revenu de 120 000 \$ par an, à comparer avec un salaire annuel d'environ 80 000 \$ pour une *nurse practitioner*.

Par ailleurs, **la computation des seuils au niveau du FHN** (notamment celui limitant le nombre de patients par médecin à 2 400) donne de la souplesse d'organisation au FHN, permet de mieux prendre en compte les attentes des praticiens (temps partiel notamment), et devrait favoriser une direction médicale forte pour assurer une bonne organisation et les nécessaires arbitrages entre praticiens.

Toutefois, de même que pour les GMF, se pose la question de **l'évaluation de la qualité des soins**, dans le contexte d'un éventuel rationnement des soins dû au passage à un schéma de capitation. Si une évaluation régulière par l'assureur public (OHIP) est prévue, elle n'est pas mise en œuvre pour l'instant, dans l'attente du premier rapport d'évaluation indépendant. Néanmoins, **le risque de dégradation de la qualité semble moindre que pour les GMF**, pour deux raisons au moins :

- **le schéma de rémunération** (primes à la fidélisation, à la productivité, paiement sur objectifs) incite à une pratique de qualité ;
- **le *shadow billing*** et la mise à disposition du FHN d'**outils informatiques** relativement sophistiqués permet de suivre les comportements individuels et de les évaluer.

En définitive, si l'évaluation de l'impact sanitaire et financier des FHNs est difficile à réaliser, ce dispositif paraît constituer une expérience intéressante, notamment en raison de son schéma de rémunération. La formule des FHNs semble permettre **d'évoluer rapidement vers un système de soins organisé autour d'entrepreneurs de soins responsabilisés** sur leurs résultats.

Le principal défaut du dispositif actuel est la taille de ces structures (13,5 médecins en moyenne), qui semble insuffisante tant pour mutualiser le risque issu de la rémunération par capitation que pour développer un *management* médical efficace et rationaliser l'offre de soins. Plusieurs constats formulés par l'évaluation précédemment citée illustrent ce problème :

- l'utilisation des moyens informatiques mis à disposition est très insuffisante dans la plupart des FHNs ;
- les dispositifs d'évaluation des pratiques individuelles restent peu développés ;
- la plupart des médecins coordonnateurs des FHNs se plaignent d'un manque de temps et de ressources pour mener à bien leur mission parallèlement à leur exercice médical quotidien.

Une solution pourrait être de **favoriser la fusion des FHNs**. Cette option semble privilégiée par le gouvernement ontarien qui pourrait s'appuyer sur certaines initiatives locales comme celle initiée par les huit FHNs de Hamilton qui ont mis sur pied une structure commune de coordination.

En tenant compte de ces différentes critiques, il est possible de définir, à partir des expériences des GMF et des FHNs, **les grandes lignes d'un dispositif qui pourrait favoriser, dans le contexte français notamment, l'émergence d'une organisation proche de la structure cible** (cf. encadré ci-après).

**Encadré 33 – les enseignements des GMF et FHNs dans le contexte français :
grandes lignes d'un dispositif favorisant l'émergence d'entrepreneurs de soins efficents**

|| - **la création d'un échelon de *management* médical pourrait être proposée aux médecins** sous la forme d'une option conventionnelle ; celle-ci reprendrait les grandes lignes du modèle des FHNs :

- création d'une **organisation de producteurs** avec une structure de gouvernance obligatoire comprenant notamment un directeur médical ; la formule de la société civile ou de la société en nom collectif pourrait être favorisée ;
- **inscription des patients** auprès de la structure ; cette inscription pourrait être facultative, comme dans le cas des FHNs ; toutefois, pour éviter toute sélection des risques (maintien des personnes les plus malades au paiement à l'acte, hors inscription), une diminution, voire une suppression du ticket modérateur en cas d'inscription, pourrait être envisagée ;
- obligation de **permanence des soins** ;
- **rémunération mixte** versée au niveau de l'échelon de *management*, comprenant notamment un *shadow billing* ;

|| - **la négociation entre l'assureur et les producteurs du détail du panier de soins et du schéma de rémunération pourrait être déconcentrée**, comme c'est le cas pour les GMF, afin de prendre en compte les spécificités des besoins locaux ;

|| - par ailleurs, il conviendrait de s'assurer, par des incitations financières ou des obligations contractuelles, que :

- les structures de *management* médical sont d'une **taille suffisante** (cf. *supra* : plusieurs dizaines de médecins affiliés au minimum) ;
- les praticiens se regroupent au sein de **cabinets collectifs** d'une petite dizaine d'ETP ;
- les **personnels non-médecins** sont convenablement intégrés à la pratique ;
- des programmes de **disease management** sont mis en œuvre.

2) Une organisation très proche de la structure cible précédemment identifiée peut être mise en place de manière volontariste

Les expériences canadiennes illustrent qu'il est possible de **susciter une transition progressive** vers un système de production de soins se rapprochant de la structure cible identifiée précédemment, en encourageant la création d'échelons de *management* au sein de la médecine libérale.

Une autre option consiste à ce que l'autorité publique / l'assureur **crée et contrôle directement ces échelons de management médical**. Cette solution a été retenue en Angleterre, où les *Primary care trusts*, structures qui font partie intégrante du *National health service*, sont très proches des échelons intermédiaires décrits précédemment comme organisation cible.

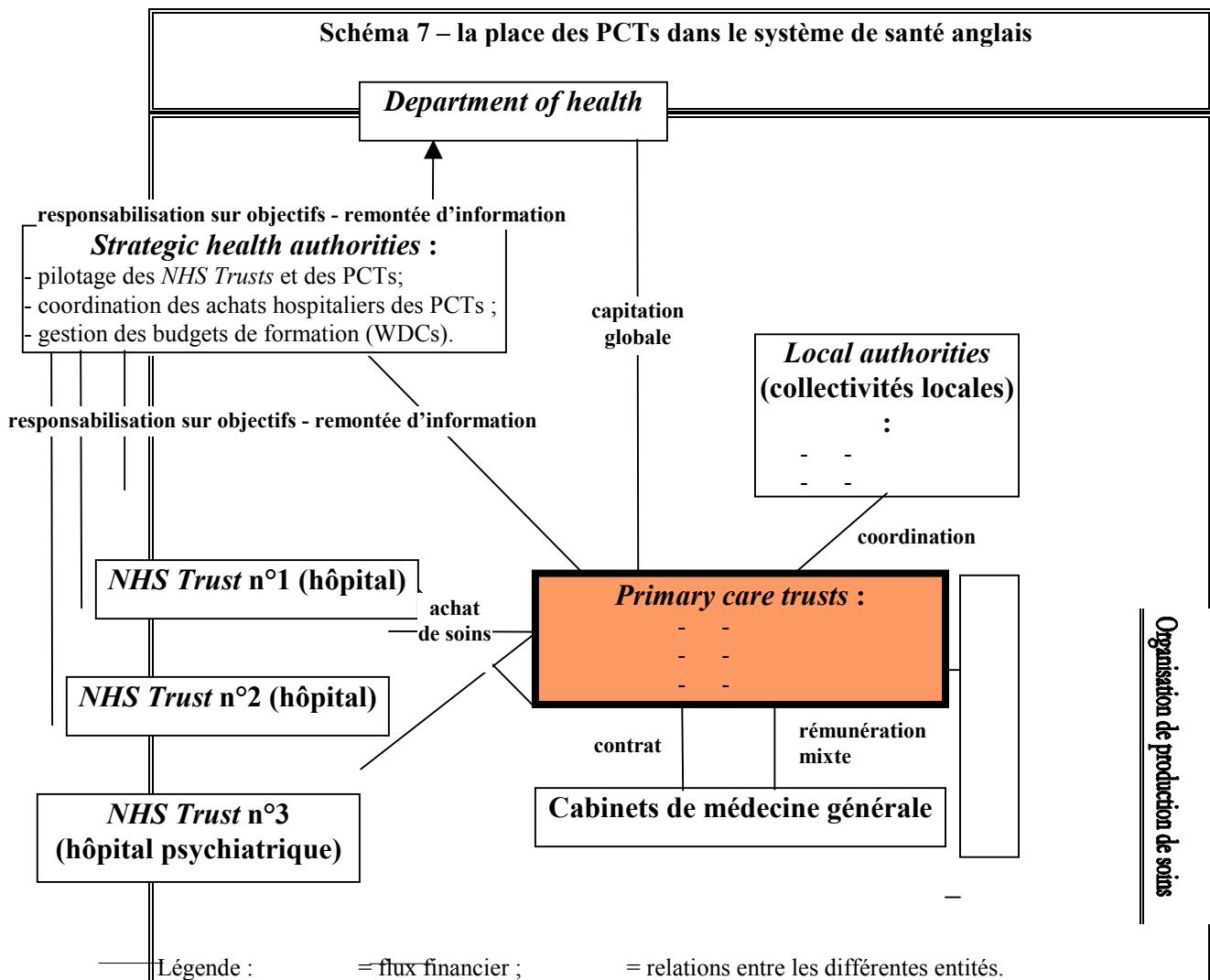
L'objectif n'est pas ici de décrire l'évolution récente du système de santé britannique, ni même d'analyser dans le détail le fonctionnement de ces *Primary care trusts* (PCTs) et l'architecture actuelle du *National health service*. Ces sujets sont en tout état de cause d'ores et déjà bien documentés⁴³⁷. En revanche, il semble intéressant ici d'**étudier comment et dans quelle mesure les PCTs sont réellement incités à améliorer l'efficience des pratiques et à agir en véritables entrepreneurs de soins**.

a) Les Primary care trusts anglais constituent un véritable échelon de management médical responsabilisé sur ses résultats

Depuis le mois d'avril 2002, la structure du *National health service* (NHS) est la suivante (cf. schéma ci-après) :

- les **Primary care trusts** (PCTs – 350 en 2004 lorsqu'ils seront généralisés), structures déconcentrées du NHS qui regroupent au moins 100 000 patients, se voient confier :
 - l'organisation, la gestion et le financement des soins primaires ; tous les médecins généralistes du ressort géographique d'un PCT (en moyenne une vingtaine de cabinets et une cinquantaine de médecins généralistes) sont membres de celui-ci ;
 - l'achat de soins hospitaliers, d'urgence et de psychiatrie ;
 - l'administration des soins communautaires assurés auparavant par les *Community trusts* (soins de longue durée...).
- les **Strategic health authorities** (SHA – 30 pour toute l'Angleterre, 1,5 million de personnes gérées en moyenne) assurent la coordination entre les différents PCTs et *NHS Trusts* (hôpitaux) de leur ressort géographique, ainsi que le pilotage de ces différentes structures.

⁴³⁷ Cf. notamment LE GRAND et alii (1998), ainsi que *Le système de santé en Angleterre, actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, 2002.



Les PCTs sont des ***trusts***, structures pouvant être comparées aux établissements publics industriels et commerciaux français. Ils disposent de la **personnalité juridique**, ainsi que de l'**autonomie de gestion**, et peuvent recruter et employer directement des personnels.

Les praticiens sont liés au PCT local par un contrat fixant leur rémunération. Dans le cas du *General medical services* (GMS, cf. *supra*), le détail de ce contrat est négocié au plan national. En revanche, pour les *Personal medical services* (PMS), les termes du contrat sont négociés directement entre le PMS et le cabinet médical.

La direction d'un PCT comprend trois entités distinctes :

- un **conseil d'administration** qui définit sa stratégie et examine ses performances ; il est composé d'une partie du *management* du PCT (directeur général, directeur financier, directeur de la santé publique), de professionnels de santé membres du PCT (dont au moins une infirmière), ainsi que de *non executive directors*, majoritaires (un représentant élu des patients ainsi que des membres de la communauté locale) ;

- un **comité exécutif** responsable de la gestion au jour le jour du PCT ; il est **composé majoritairement de professionnels de santé** (médecins généralistes, personnels infirmiers, travailleurs sociaux...) ; il comprend également le *management* supérieur du PCT ; il est présidé par un professionnel de santé nommé par le conseil d'administration ;
- le **directeur général**, qui est un *manager* du NHS, a en charge l'administration et l'organisation du PCT, et est responsable de la mise en œuvre des décisions du conseil d'administration.

Les PCTs reçoivent directement du *Department of health* une **capitation globale**, calculée sur une base essentiellement historique, ajustée en fonction des caractéristiques socio-économiques de la population soignée (cf. *supra*). Cette capitation couvre à la fois les soins primaires, secondaires, les prescriptions et les soins communautaires (cf. tableau ci-après dans le cas du PCT d'Ealing⁴³⁸) ; 75% du budget du NHS est ainsi déconcentré au niveau des PCTs. Les SHA n'ont pratiquement pas de moyens financiers à leur disposition : seules les dépenses pour les gros investissements hospitaliers sont déconcentrées à leur niveau, ainsi que quelques crédits d'informatisation et d'investissement.

Etant des *trusts*, les PCTs peuvent emprunter pour combler un éventuel déficit⁴³⁹, mais également **conserver les économies réalisées et les redistribuer**, ce qui constitue un facteur important de responsabilisation financière.

Tableau 22 – ventilation par nature des dépenses du PCT d'Ealing (2002)

Achat de soins hospitaliers	71%
Production de soins communautaires	7%
Production de soins primaires	18%
dont prescriptions	10%
dont rémunérations des cabinets de médecine générale	8%
Autres prestations ⁴⁴⁰	2%
Management	2%

Au sein de cette capitation globale, les PCTs sont **soumis à certaines contraintes** :

- le principal poste de dépense provient des **soins hospitaliers** (cf. tableau *supra*), et les PCTs disposent de peu de marges de manœuvre sur les tarifs hospitaliers, du fait de la situation de monopole local de la majeure partie des hôpitaux ;
- la **rémunération de base des médecins généralistes** dans le cadre du GMS (capitation) est définie au plan national sans modulation au plan local (*non cash limited payments*).

Pour ces deux postes de dépense, il s'agit donc plus d'une simple **déconcentration financière de l'enveloppe**, que d'une véritable déconcentration de gestion. Néanmoins, les PCTs disposent d'une **véritable autonomie de gestion** :

⁴³⁸ Le PCT d'Ealing est situé dans la banlieue ouest de Londres. Il regroupe 88 cabinets de médecine générale, soit 180 médecins généralistes. Les effectifs s'élèvent au total à 2 000 (y compris les soins communautaires), pour une population de 330 000 personnes.

⁴³⁹ Cf. POLLOCK, « Will primary care trusts lead to US-style health care ? », *BMJ*, 2001, 322 : 964-967.

⁴⁴⁰ Lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme essentiellement.

- ils ont quelques marges de manœuvre sur les **volumes de soins hospitaliers**, notamment en utilisant mieux les capacités des centres de soins communautaires qu'ils gèrent, et qui représentent pour eux un coût fixe qu'il convient de rentabiliser au mieux ; 40% des PCTs ont ainsi décidé en 2002 de diminuer leurs dépenses hospitalières⁴⁴¹ ;
- surtout, les PCTs peuvent agir sur les **coûts de prescription de la médecine ambulatoire**, qui représentent 10% de leurs dépenses totales et 42% des dépenses relatives aux soins primaires (cf. tableau ci-après) ;

Tableau 23 – ventilation des dépenses de soins primaires du PCT d'Ealing (2002)

Prescriptions	42%
GMS non cash limited (capitation définie au plan national)	25%
GMS cash limited	9%
Autres producteurs de soins (sages femmes...)	17%
Soins palliatifs	3%
Autres	4%

- les PCTs disposent également de leviers d'action sur les **rémunérations des professionnels de santé du secteur primaire** :
 - au sein du **GMS**, les PCTs définissent de manière autonome le montant global et les clés de répartition des *cash limited payments*, paiements discrétionnaires qui viennent compléter la capitation de base et peuvent couvrir une partie des frais administratifs (salaires et charges des personnels employés), des frais d'équipement (matériel informatique notamment) et des coûts fixes des cabinets ;
 - cette marge de manœuvre est encore plus grande avec le **PMS** (20% des médecins anglais), pour lequel le mode (capitation, salariat...) et le niveau de rémunération sont fixés intégralement au niveau local, par contrat entre le PCT et le cabinet médical.

Les PCTs sont donc responsabilisés sur leurs résultats financiers, du fait de la capitation globale, et disposent d'une autonomie de gestion réelle. **Les PCTs sont également responsabilisés sur leurs résultats sanitaires grâce au dispositif de suivi des performances mis en place**. La déconcentration et l'autonomie de gestion se sont en effet accompagnées de la création d'une **chaîne de responsabilité** claire, visant notamment à suivre étroitement les résultats des PCTs (*earned autonomy*).

Pour ce faire, **les PCTs** doivent définir un ***Health improvement and modernisation plan*** (HIMP) trisannuel, qui pose un constat quant aux besoins en santé de la population locale et définit des objectifs. Ces HIMPs servent de base à une **contractualisation annuelle entre la SHA et le PCT** quant aux résultats de celui-ci. Le suivi de ce contrat passe par les retours d'information mensuels des PCTs à la SHA (cf. § I.A.3.b), ainsi que par des réunions trimestrielles de la SHA et du PCT pour examiner les résultats de ce dernier⁴⁴². C'est le président du conseil d'administration du PCT qui répond des résultats du PCT devant la SHA.

⁴⁴¹ Cf. WILKIN, *The national tracker survey of Primary care groups and trusts*, University of Manchester, 2002.

⁴⁴² Cf. pour une critique des indicateurs utilisés lors de ces retours d'information Mc COLL et alii, « Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach », *BMJ*, 1998, [317 : 1354-1360](#).

Les SHAs sont elles-mêmes responsables de leurs propres résultats devant le *Department of health*. Le NHS suit les performances des SHAs⁴⁴³ et négocie avec elles chaque année un *corporate contract* fixant leurs objectifs.

Par ailleurs, la rémunération des directeurs généraux des PCTs et des SHAs, en tant que fonctionnaires du NHS, est pour partie indexée sur les performances sanitaires de leur structure.

Au total, les PCTs constituent une initiative intéressante à double titre :

- les échelons de *management* ainsi créés sont **responsabilisés à la fois sur leurs résultats financiers et sanitaires** et disposent d'une véritable **autonomie de gestion** ;
- alors même que les PCTs résultent d'une initiative volontariste du gouvernement et qu'ils constituent une structure déconcentrée du système de santé public britannique (NHS), **l'organisation interne de ces échelons de management associe fortement les praticiens**⁴⁴⁴, au travers notamment du comité exécutif.

b) Les Primary care trusts se comportent en entrepreneurs de soins actifs et tentent d'améliorer l'efficience des pratiques et d'optimiser l'offre de soins

Du fait du caractère très récent des PCTs, il n'est pas possible de porter aujourd'hui une appréciation générale sur leurs performances, que ce soit en matière financière ou sanitaire. Néanmoins, au vu des éléments qui ont pu être rassemblés par la mission⁴⁴⁵, il semble que, du fait de leur responsabilisation sur leurs résultats, **les PCTs mettent à profit leur autonomie de gestion et se comportent comme de véritables entrepreneurs de soins**, ce qui se traduit à la fois par une amélioration de l'efficience des pratiques et une optimisation de l'offre de soins.

L'amélioration de l'efficience des pratiques

Avant que ne soient créés les PCTs, les initiatives visant à améliorer les pratiques étaient mises en œuvre par différents acteurs :

- par les échelons déconcentrés du NHS (conseillers pharmaceutiques par exemple) ;
- par les cabinets de médecine générale eux-mêmes (optimisation du recours aux soins secondaires et des prescriptions dans les cabinets *fundholders*) ;
- par des instances indépendantes du NHS constituées de professionnels de santé pour l'évaluation des pratiques individuelles (*Family practice committee* et *Medical audit advisory groups*).

⁴⁴³ Cf. SMEE (2002), ainsi que SMITH, « Performance management in british health care : will it deliver ? », *Health affairs*, 2002 : ce suivi utilise une batterie d'indicateurs (*high-level performance indicators*), portant tant sur les soins primaires que secondaires, et organisée autour de six thèmes : l'amélioration de la santé, l'égalité d'accès, la délivrance effective de soins appropriés, l'efficience, la satisfaction des patients et les résultats cliniques.

⁴⁴⁴ Cf. SMITH ed., *The Primary care trust handbook*, Radcliffe medical press, 2001, et notamment l'introduction rédigée par Chris Ham.

⁴⁴⁵ Les développements qui suivent s'appuient tout particulièrement sur WILKIN, *The national tracker survey of Primary care groups and trusts*, University of Manchester, 2002.

La création des PCTs s'est accompagnée d'une **concentration à leur niveau de toutes les responsabilités en matière d'amélioration de l'efficience des pratiques** et d'une responsabilisation du *management* des PCTs sur cette question. Cette politique est désignée sous le terme de *clinical governance*⁴⁴⁶. Depuis 1999, le NHS oblige ainsi les PCTs à réaliser un audit initial de l'efficience des pratiques, à élaborer un plan de développement tenant compte de ce constat et mobilisant tous les outils disponibles, et à mettre en place la structure organisationnelle requise. En particulier, les PCTs doivent nommer une personne responsable de la *clinical governance* et constituer un ou des sous-groupes avec les professionnels de santé sur cette question.

Pour inciter les PCTs à entrer dans une telle démarche, le gouvernement anglais a créé en 1999 une agence, la *Commission for health improvement* (CHI), qui outre des fonctions de service d'inspection sanitaire (hôpitaux...), a reçu pour mission d'auditer, tous les quatre ans, la façon dont les PCTs mettent en œuvre la *clinical governance*. Ces rapports sont publics. Les PCTs peuvent par ailleurs recevoir un support méthodologique, à la fois auprès de la CHI et du *clinical governance national team* de la *Modernisation agency* du NHS.

De manière concrète, sur le plan organisationnel, la mise en œuvre de la *clinical governance* s'est traduite par :

- la désignation d'un **responsable de la clinical governance** (professionnel de santé) au niveau des PCTs. Tous les PCTs en étaient dotés en 2000. Au PCT d'Ealing par exemple, une direction de la *clinical governance* a été créée, qui gère notamment les fonctions de retour d'information et d'évaluation des pratiques ;
- la création d'un ou plusieurs **groupes de travail** au sein des PCTs représentant les différentes professions de santé ;
- la mise en place d'une **animation de la démarche au niveau des praticiens individuels**, par l'intermédiaire d'un référent dans chaque cabinet, et/ou par des cercles de qualité regroupant plusieurs cabinets.

Les plans d'amélioration de l'efficience des pratiques mis en place par les PCTs sont très divers et il n'existe pas aujourd'hui d'évaluation précise de l'impact sanitaire et financier de la *clinical governance*⁴⁴⁷. Toutefois, différentes enquêtes⁴⁴⁸ réalisées auprès des PCTs montrent que **ces structures ont permis de mettre rapidement en place les différents outils décrits précédemment** (cf. § I et tableau ci-après) :

- définition de références médicales sur les pathologies prioritaires, en fonction des besoins sanitaires tels que mis en évidence dans les HIMPs ;
- retour d'information aux professionnels de santé sur leurs pratiques ;
- évaluation des pratiques ;
- mise en place de schémas d'incitations financières ;
- introduction de programmes de *disease management*.

⁴⁴⁶ Pour une présentation générale, cf. HALLIGAN et alii, « Implementing clinical governance : turning vision into reality », *BMJ*, 2001, 322 : 1413-1417, ainsi que CAMPBELL et alii, « Improving the quality of care through clinical governance », *BMJ*, 2001, 322 : 1580-1582.

⁴⁴⁷ Cf. GODDEN et alii, « How are primary care groups approaching clinical governance ? A review of clinical governance plans from primary care groups in London », *Journal of Public Health Medicine*, 2002, ainsi que ROSEN, « Improving quality in the changing world of primary care », *BMJ*, 2000.

⁴⁴⁸ Cf. WILKIN et alii (2002), ainsi que WALLACE et alii, « Organisational strategies for changing clinical practice : how trusts are meeting the challenges of clinical governance », *Quality in Health Care*, 2001.

Tableau 24 – initiatives des PCTs en faveur de l’optimisation des pratiques⁴⁴⁹

	2001	2002
Références médicales locales	44% (*)	65%
Retour d’information	n.c.	71%
Incitations financières	43%	75%

(*) : % des PCT ayant mis en place une telle initiative à cette date.

Le domaine dans lequel l’action des PCTs est la plus développée est **le contrôle des prescriptions** (cf. *supra* encadré n°4). L’optimisation des prescriptions des médecins était déjà fortement engagée avant la mise en place des PCTs. Les cabinets *fundholders* ont en effet mis en place au cours des années 1990 des dispositifs de suivi et d’optimisation des comportements individuels, pour réaliser des économies sur leurs budgets de prescription. Par ailleurs, le NHS a développé l’outil d’information PACT et a recruté des conseillers pharmaceutiques au niveau de ses échelons déconcentrés (les *Health authorities*) pour assurer la diffusion des références médicales et une évaluation des pratiques individuelles.

La mise en place des PCTs a semble-t-il permis de développer encore ce contrôle des prescriptions, grâce notamment à la constitution de groupes de travail spécifiques qui ont contribué à mieux faire accepter cette démarche par les médecins, notamment en définissant des priorités validées au plan local. Par ailleurs, les PCTs ont pu, au travers de la capitation globale, mobiliser des ressources pour développer **le rôle des conseillers pharmaceutiques** qui semblent désormais mieux acceptés par les professionnels de santé. De plus, les PCTs ont continué à responsabiliser les médecins sur leurs prescriptions, par l’intermédiaire de budgets indicatifs et d’incitations financières, sur objectifs.

En dehors des prescriptions, les initiatives sont sensiblement moins développées, du fait principalement de l’insuffisance de l’information disponible (cf. tableau ci-après).

Tableau 25 – qualité de l’information détenue par les PCTs en 2002⁴⁵⁰

Type d’information	Part des PCG/T où cette information n’est pas disponible
Renvois sur les spécialistes	23%
Renvois sur les soins communautaires	39%
Nombre de consultations	61%
Nombre de visites	66%
Activité des infirmières en cabinet	75%

Cette faible qualité de l’information disponible dans les PCTs est due principalement à la rémunération à la capitation et à l’absence de *shadow billing*, c'est-à-dire de facturation des actes réalisés par les praticiens.

Néanmoins, les PCTs développent aujourd’hui des outils de collecte d’information ciblés sur les priorités en matière d’amélioration de l’efficience des pratiques. Notamment, des outils spécifiques sont mis en place pour les principales maladies chroniques et servent de support à des actions de *disease management* (cf. tableau ci-après).

⁴⁴⁹ Cf. WILKIN et alii (2002).

⁴⁵⁰ Cf. WILKIN et alii (2002).

Tableau 26 – développement de systèmes d'information spécifiques par les PCTs⁴⁵¹

Type d'information	2001	2002
Maladies coronariennes	89% (*)	98%
Diabète	81%	89%
Renvois à d'autres producteurs de soins	40%	63%
Admissions à l'hôpital	33%	48%

(*) : % des PCT disposant d'une telle information à cette date.

Au total, la mise en place des PCTs s'est accompagnée d'une **meilleure utilisation des différents outils d'amélioration de l'efficience des pratiques**. Il semble en effet, d'après la littérature disponible, que la structure du PCT soit particulièrement propice à des initiatives efficaces en faveur de l'efficience des pratiques, notamment grâce à :

- la mise en **cohérence** des différentes instruments⁴⁵² ;
- la mise en œuvre de ces outils par une **structure responsabilisée sur ses résultats sanitaires et financiers** ;
- **l'implication de tous les professionnels de santé**, par l'intermédiaire notamment des groupes de travail⁴⁵³ ;
- **la mobilisation de ressources support importantes** (systèmes d'information et personnels), même si des progrès restent à accomplir dans ces domaines⁴⁵⁴ ;
- **la responsabilisation des professionnels de santé individuels**, par des incitations financières⁴⁵⁵ ;
- **la création d'un véritable leadership médical**, au travers notamment des responsables de la *clinical governance* dans les PCTs et des correspondants dans les cabinets.

L'optimisation de l'organisation de l'offre de soins

L'optimisation de l'organisation de l'offre de soins est perçue comme un enjeu majeur par les PCTs. En 2002, 90% d'entre eux avaient mis en place un groupe de travail spécifique sur ce thème (*primary care development working group*), réunissant des professionnels de santé sous la direction d'un directeur du PCT.

Cette optimisation de l'offre de soins vise à atteindre les objectifs sanitaires fixés dans les HIMPs et notamment à améliorer l'accès aux soins. En effet, plus de la moitié des PCTs estiment aujourd'hui qu'il existe des **problèmes d'accès aux soins** dans leur ressort géographique, au moins pour certaines catégories de patients.

⁴⁵¹ Cf. WILKIN et alii (2002).

⁴⁵² Cf. CONTENCIN (2001), ainsi que HUMPHREY et alii, « Promoting audit in primary care : roles and relationships of medical audit advisory groups and their managers », *Quality in health care*, vol 4, 1995.

⁴⁵³ Cf. MALCOLM et alii, *BMJ*, 1999, SMALL et alii, « Primary care in Bradford : from group to trust and beyond », *BMJ*, 2001 et BUETOW et alii, « Clinical governance : bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care », *Quality in Health Care*, 1999.

⁴⁵⁴ Cf. CAMPBELL et alii, « Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts : reconciling quality improvement and quality assurance », *Quality and safety in health care*, 2002.

⁴⁵⁵ Cf. ALLEN, « Accountability for clinical governance : developing collective responsibility for quality in primary care », *BMJ*, 2000, 321 : 608-611.

L'optimisation de l'offre de soins par les PCTs prend plusieurs formes. Tout d'abord, les PCTs cherchent à **améliorer l'intégration des soins communautaires dans le processus de production de soins**. Les personnels infirmiers des centres de soins communautaires peuvent ainsi être mis à contribution pour réaliser, en concertation avec les cabinets de médecine générale, des visites à domicile de certains patients, ou pour mettre en œuvre des programmes de *disease management*. Cette problématique, propre à l'organisation des soins anglaise, ne sera pas détaillée ici.

L'optimisation de l'offre de soins passe également par le **développement par les PCT de nouveaux services** qui peuvent difficilement être portés par un cabinet seul. De telles initiatives sont particulièrement nombreuses⁴⁵⁶ aujourd'hui dans les PCTs (cf. tableau ci-après). Dans le développement de ces projets, les PCTs peuvent s'appuyer sur le *national primary care development team* de la *Modernisation agency* qui leur propose un appui méthodologique.

Tableau 27 – initiatives des PCTs pour la promotion de nouveaux services⁴⁵⁷

	2001	2002
Centre de prévention	10% (*)	28%
Walk-in centre	9%	16%
Centre pour les blessures mineures	23%	30%
Service téléphonique et/ou Internet	28%	43%
Extension du rôle des pharmaciens (**)	28%	53%
Services assurés exclusivement par des infirmières (***)	41%	56%
Au sein des cabinets :		
chirurgie mineure en cabinet	25%	71%
incorporation de physiothérapeutes	64%	69%
spécialisation d'infirmières	43%	67%
spécialisation de médecins (****)	20%	62%
augmentation du nombre d'infirmières	n.c.	41%

(*) : % des PCT ayant mis en place une telle initiative à cette date.

(**) : intervention des pharmaciens pour les blessures mineures, les prescriptions répétées...

(***) : suivi des patients affectés de maladies chroniques...

(****) : dermatologie...

Pour mettre en œuvre de telles initiatives de réorganisation des soins, les PCTs disposent de **leviers importants**. Sur le plan **financier** tout d'abord, les PCTs peuvent mobiliser plusieurs instruments :

- les ***cash limited payments***, qui permettent notamment, dans le cadre du GMS, de prendre en charge une partie importante des coûts salariaux des personnels administratifs et infirmiers employés par les cabinets médicaux. Avec ces crédits, les PCTs peuvent inciter les médecins généralistes à pratiquer en groupe, par exemple en prenant en charge les dépenses immobilières et les frais généraux (*facility management*) de ces cabinets. L'emploi de ces *cash limited payments* doit être formalisé par chaque PCT dans un *Primary care investment plan* (PCIP) ;

⁴⁵⁶ Cf. WILKIN et alii, « Modernising primary and community health services », *BMJ*, 2001, [322 : 1522-1524](#).

⁴⁵⁷ Cf. WILKIN et alii (2002).

- les **PMS** : grâce à ces contrats conclus entre un médecin et le PCT, ce dernier peut favoriser l'implantation de praticiens dans certaines zones, fixer le panier de soins (chirurgie mineure, hospitalisation à domicile...) et les horaires d'ouverture en fonction des besoins de la population, imposer l'utilisation d'infirmières et de *nurse practitioners*, etc. 82% des PCTs utilisent aujourd'hui le PMS ;
- les **enveloppes spécifiques** du *Department of health* : en 2001, 50 M£ ont été distribués aux PCTs pour promouvoir les initiatives recensées supra (cf. tableau 27) ;
- enfin, les PCTs peuvent toujours, grâce à la **capitation globale**, diminuer les montants alloués à l'achat de soins hospitaliers, par exemple pour développer des *walk-in centres* ou mettre en œuvre des programmes de *disease management*, qui permettent d'améliorer l'accès aux soins tout en diminuant le recours aux services hospitaliers (cf. *supra*).

Ces différents leviers financiers permettent aux PCTs, en fonction des besoins locaux, **d'attirer des professionnels de santé sur leur territoire en leur offrant des politiques de rémunération attractives**, soit directement par le biais des PMS, pour lesquels le PCT est libre de fixer les niveaux de rémunération, soit indirectement avec le financement d'une partie des charges des cabinets par les *cash limited payments* et les enveloppes spécifiques.

Grâce à ces leviers financiers, **les PCTs ont un véritable impact sur la démographie médicale locale**. Depuis avril 2001, cette intervention des PCTs en matière de démographie médicale locale et d'organisation des soins doit être formalisée au travers d'un **plan de développement des ressources humaines en soins primaires**.

Ce plan doit déterminer, pour toutes les professions de santé, les ressources nécessaires, en fonction des besoins de la population, des possibles transferts de compétences entre professions de santé et des éventuelles réorganisations de la structure de production de soins (développement de *walk-in centres*...). Ce plan doit également définir les schémas de rémunération utilisés par le PCT, ainsi que la politique locale de formation continue. En fonction de ce plan les PCTs déclarent les vacances de postes et recrutent le cas échéant de nouveaux professionnels de santé.

Par ailleurs, depuis avril 2001, la gestion des budgets de formation a été déconcentrée. Des ***Workforce development confederations*** (WDC) ont été créées auprès de chaque SHA. Ces nouvelles structures regroupent des représentants des professionnels de santé, de la SHA, des PCTs et des hôpitaux locaux, les doyens des facultés de médecine, ainsi que les collectivités locales, pour leurs compétences en matière de services sociaux, et les institutions de formation. Elles sont présidées par un directeur d'hôpital.

Ces WDC sont chargées tout d'abord de la **coordination de la planification** réalisée par chaque PCT. Par ailleurs, **les WDC élaborent la politique de formation des professionnels de santé**, à partir des besoins exprimés par les PCTs. Elles gèrent en effet le budget de formation du NHS pour tous les professionnels de santé (*Multi-professional education and training budget*, 3 Mdf par an). Ce budget leur permet :

- d'acheter auprès des établissements d'enseignement supérieur des prestations de formation ; les WDC doivent évaluer la qualité de ces formations ;
- de financer les centres locaux de formation ;

- de développer en tant que de besoin des initiatives de formation spécifiques (téléformation...).

Les WDC sont en outre responsables de l'affectation en stage des étudiants relevant des programmes de formation du *NHS*.

Un véritable entrepreneur de soins

Au total, l'expérience des PCTs décrite ici rapidement montre qu'**un échelon intermédiaire**, intégrant directement les professionnels de santé dans le *management* de l'activité médicale et dans l'organisation de l'offre de soins, **peut être mis en place de manière volontariste**. Dès lors que cet échelon est responsabilisé sur ses résultats sanitaires et financiers et qu'il dispose d'une véritable autonomie de gestion, **il tend à se comporter comme un entrepreneur de soins actif et à rationaliser l'offre de production de soins**⁴⁵⁸.

Dans l'exemple des PCTs, cette rationalisation se traduit non seulement par une **optimisation de l'utilisation des ressources existantes**, mais également, grâce à la déconcentration de la plupart des outils de politique de démographie médicale, par une **planification de ces ressources**, compte tenu des besoins locaux.

S'il n'existe pas aujourd'hui d'évaluation de l'efficacité de ces structures, la mise en place des PCTs semble donc permettre d'améliorer la qualité des soins produits et de mieux prendre en compte les besoins locaux, sans pour autant augmenter les coûts.

La principale interrogation soulevée par l'expérience des PCTs porte sur leur capacité à mener à bien simultanément les différentes missions qui leur incombent (mutualisation du risque issu de la capitation globale, achat de soins, optimisation des pratiques médicales, rationalisation de la production de soins), étant donné les moyens dont ils disposent.

De nombreuses études ont mis en évidence l'**insuffisance actuelle des moyens tant humains que matériels** (systèmes d'information notamment) des PCTs. Néanmoins, il convient de remarquer que, du fait de leur responsabilisation sur leurs résultats, les PCTs se dotent rapidement des moyens nécessaires à un *management* médical efficace.

Les ressources de management, tant humaines que matérielles, se développent en effet très rapidement. Les personnels employés au *management* médical sont ainsi passés en moyenne de 16 ETP par PCT en 2001 à 32 ETP par PCT en 2002⁴⁵⁹. Ainsi au PCT d'Ealing, 50 personnes assurent la gestion des 350 Mf de budget annuel et 6 personnes sont chargées uniquement du contrôle des comportements de prescription, pour un coût de gestion annuel d'environ 12 £ par patient.

Pour pouvoir mobiliser de telles ressources de *management*, les PCTs tentent d'augmenter leur taille, par fusion. Ainsi, alors que la taille des structures de *management* médical était en moyenne d'environ 100 000 patients en 1999, elle est aujourd'hui de **près de 200 000 patients, soit un peu plus d'une centaine de médecins généralistes**⁴⁶⁰.

Les PCTs convergent donc spontanément vers la structure cible précédemment décrite, avec un échelon de *management* médical fort et d'une taille suffisante.

⁴⁵⁸ Cf. DIXON et alii, « Primary care : core values – developing primary care : gatekeeping, commissioning, and managed care », *BMJ*, 1998, 317 : 125-128.

⁴⁵⁹ Cf. WILKIN et alii (2002).

⁴⁶⁰ Cf. WILKIN et alii, « Tackling organisational change in the new NHS », *BMJ*, 2001, 322 : 1464-1467.

* * *

*

Les développements de la deuxième partie du présent rapport ont mis en évidence qu'une organisation de production de soins adaptée permet d'améliorer l'efficience des pratiques médicales, c'est-à-dire d'accroître la qualité sans pour autant augmenter de manière significative les coûts de prise en charge.

Les exemples étrangers permettent de dégager une organisation cible, dans laquelle les prestations seraient produites par de véritables entrepreneurs de soins, responsabilisés sur leurs résultats financiers (capitation) et sanitaires. Cette organisation doit comporter à la fois un échelon de *management* médical fort, structuré et associant les médecins et des unités de production diversifiées (cabinets de groupe, centres de télétriage, centres de soins ouverts...) mettant en œuvre une pratique plus collective de la médecine et intégrant mieux les différentes professions de santé.

L'émergence d'une telle organisation ne nécessite ni la mise en concurrence des assureurs, ni celle des producteurs de soins primaires. Elle peut en effet être promue directement par les pouvoirs publics / l'assureur. Pour ce faire, deux options existent :

- une approche incitative, visant à favoriser le développement, par les professionnels de santé eux-mêmes, d'échelons de *management* médical ;
- une approche davantage volontariste, consistant en la mise en place de l'organisation cible directement par les pouvoirs publics / l'assureur.

L'étude des exemples étrangers démontre que ces deux options présentent chacune des avantages et des inconvénients. La solution de mise en œuvre volontariste par les pouvoirs publics / l'assureur est la plus susceptible de faire converger rapidement l'offre de soins de ville vers l'organisation cible. Elle peut toutefois poser des problèmes d'acceptation par les professionnels de santé, même si l'exemple anglais apporte des éclairages quant aux possibilités d'intégrer les praticiens au *management* médical et de les intéresser à une telle évolution (intérêt professionnel, personnel et financier).

Une solution incitative est certainement plus acceptable pour les professionnels de santé et se prête plus facilement à une mise en place progressive par expérimentation. Néanmoins, elle peut comporter au moins à court terme un coût important, du fait des incitations financières aux professionnels de santé qu'elle requiert. Par ailleurs, elle n'apporte pas de garantie absolue quant à la pertinence et à la qualité réelles des organisations de soins et de *management* ainsi mises en place.

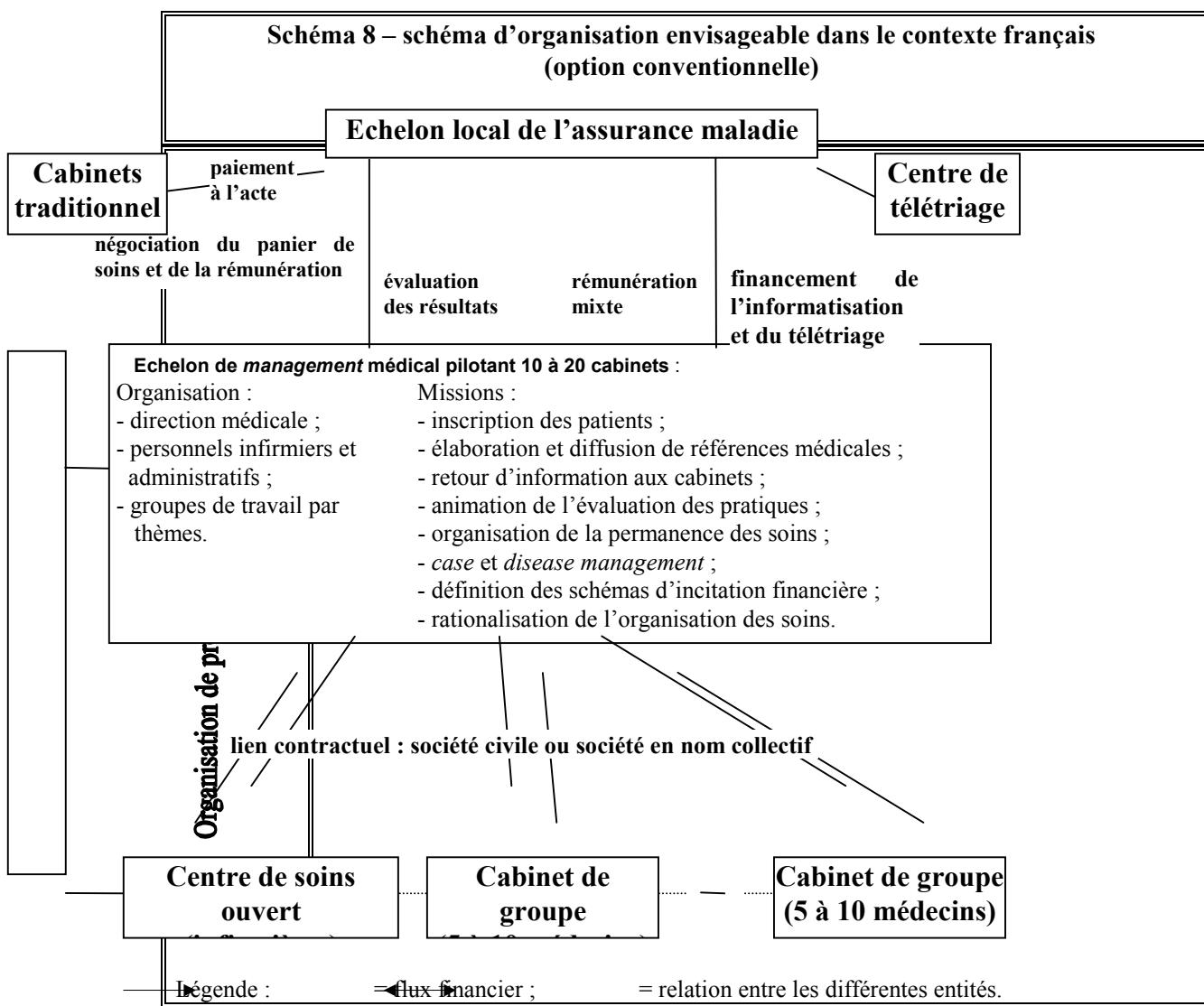
En tout état de cause, qu'elles soient pilotées directement par les pouvoirs publics / l'assureur ou procèdent d'une démarche incitative, la réussite de telles initiatives dépend *in fine* de l'intérêt que les professionnels de santé trouveront à y participer.

Il n'était pas dans l'objet de la présente mission d'étudier en détail quelles pouvaient être les modalités de mise en œuvre d'une telle organisation cible dans le contexte du système de santé français. Cette question ne sera donc pas abordée en détail ici.

Néanmoins, il semble possible d'effectuer rapidement des pas importants vers une organisation des soins plus adaptée, notamment par voie d'expérimentation.

La mise en place directe par l'assurance maladie ou les pouvoirs publics d'un échelon de *management* médical, sur le modèle des PCTs, nécessiterait la redéfinition complète des relations entre l'Etat, l'assurance maladie et les professionnels de santé et semble donc difficilement envisageable à court terme. En effet, pour être efficace et acceptée par les praticiens, la fonction de *management* médical doit être différenciée de l'indispensable activité de contrôle de régularité mise en œuvre par l'assurance maladie.

En revanche, une solution incitative qui préserverait le libre choix des médecins pourrait être mise en œuvre à court terme : une option conventionnelle (cf. encadré 26 *supra* et schéma ci-après) pourrait être rapidement offerte aux médecins, afin de les inciter à mettre en place eux-mêmes cette organisation cible. Ceci nécessiterait au préalable de lever certaines contraintes juridiques relatives à l'emploi salarié des infirmières et des médecins (compérage).



CONCLUSION

Chaque système de santé est le résultat d'une histoire singulière et le reflet des valeurs d'une société arbitrant entre les objectifs parfois contradictoires d'universalité d'accès aux soins, de qualité des soins et de maîtrise des coûts. Toute approche qui viserait à importer un modèle étranger est dès lors inadéquate.

Néanmoins, parce que les régulateurs sont partout confrontés à la même problématique – comment fournir à tous des soins de qualité au meilleur coût ? – l'examen des mesures mises en œuvre par nos partenaires étrangers peut utilement éclairer les choix des acteurs français de la médecine de ville - professionnels, assurance-maladie et pouvoirs publics.

L'observation internationale permet de constater **qu'une tendance générale se dessine qui vise à rendre plus efficiente l'offre de soins**, tant par la mise en œuvre d'incitations financières qu'au travers d'une réorganisation du processus de production. Cette évolution se manifeste notamment par un exercice plus collectif de la médecine, un suivi étroit de l'activité des professionnels, la discussion et la mise en œuvre au plan local de références médicales, une prise en charge spécifique des personnes atteintes de maladies chroniques.

Davantage que des outils, largement connus, l'étude a mis en évidence **l'importance des organisations qui les mettent en œuvre et leur donnent leur pleine efficacité**. A cet égard, il apparaît que les innovations les plus intéressantes du point de vue de l'efficience de l'offre de soins sont le fait d'organisations de médecins rémunérées en tout ou partie à la capitation, rassemblant plusieurs cabinets et dotées d'un échelon de management médical. A des degrés divers, ce type d'organisation se met en place, soit spontanément soit à l'initiative des pouvoirs publics, aux Etats-Unis, en Ontario, au Québec ou en Grande-Bretagne.

Il revient aux acteurs en charge de la santé de définir conjointement la manière dont la France pourrait améliorer l'efficience de son offre de soins de ville. La mission a pour ambition de contribuer à nourrir leur réflexion en proposant les éléments d'une stratégie fondée sur l'expérimentation et sur une diversification des modes d'exercice de la médecine de ville qui rendrait mieux compte de l'hétérogénéité des aspirations du corps médical.

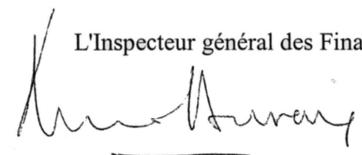
L'option proposée consiste à offrir la possibilité à des cabinets de médecins libéraux de s'associer pour créer un échelon de management médical dont l'objectif serait d'améliorer l'efficience des pratiques. Cet échelon aurait ainsi pour mission de mettre en œuvre une démarche qualité et un suivi de l'activité des praticiens ainsi que d'intégrer des professionnels de santé non médecins au fonctionnement quotidien des cabinets. D'un point de vue financier, **la structure regroupant ces cabinets serait rémunérée sous forme de capitation**, à charge pour elle d'adopter le mode de paiement des médecins privilégié par les membres des différents cabinets et qui pourrait être le paiement à l'acte ou toute autre formule.

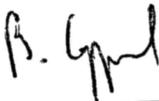
S'agissant des médecins qui préféreraient conserver leur mode d'exercice actuel, un schéma d'incitation financière destiné à prévenir la dispensation de soins inutiles pourrait utilement être mis en œuvre. **Une formule de droits de tirage par cas** apparaît à cet égard particulièrement appropriée. Idéalement, ce dispositif permettrait d'éviter de recourir à des enveloppes fermées d'honoraires dont l'efficacité macroéconomique a pour contrepartie une multiplication des actes et une déstabilisation de l'équilibre économique des cabinets médicaux.

Si l'étude des expériences étrangères permet de conclure à la possibilité d'améliorer l'efficience de la médecine de ville par une action appropriée sur l'offre de soins, **la régulation de la demande n'apparaît susceptible de dégager des économies substantielles qu'au prix d'une moindre équité du système de santé**.

Ainsi, les politiques menées à l'étranger visant à restreindre le panier de soins pris en charge n'ont obtenu à ce jour que des résultats semble-t-il limités. De fait, si la nécessité d'optimiser la dépense de santé fait partout l'objet d'un consensus, celui-ci est extrêmement difficile à obtenir dès lors qu'il s'agit de refuser à tout ou partie de la population l'accès à des soins considérés comme médicalement justifiés.

Paris, le 19 mars 2003

L'Inspecteur général des Finances

Bruno DURIEUX

L'inspecteur des Finances

Bertrand COZZAROLO

L'Inspecteur des Finances

Éric JALON

L'Inspecteur des Finances

Guillaume SARLAT