

# Médecine de ville : quelles nouvelles pratiques pour quels gains d'efficacité ?

Dans un contexte marqué par l'importance croissante des maladies chroniques, par la modification des attentes des patients et des nouvelles générations de médecins, et par des tensions accrues sur les finances sociales, la régulation des dépenses en médecine de ville est au cœur des enjeux. Elle implique avant tout un encadrement équilibré des pratiques des professionnels de santé. Par ailleurs, on constate que l'assurance maladie se positionne de plus en plus comme un accompagnateur pour le

professionnel de santé, mais aussi pour le patient. Cela pose la question des modalités de coopération optimales entre assureurs (public et privé) et professionnels. Enfin, la réorganisation de l'offre de soins elle-même peut permettre d'accroître l'efficacité globale des dépenses de santé, comme en témoignent plusieurs expérimentations à l'étranger. Il conviendrait alors d'examiner dans quelle mesure elles peuvent nourrir les réflexions sur l'avenir du système français en matière de médecine de ville. ■

## ► PROPOSITIONS

- 1 Développer, dans un cadre juridique strictement défini, la transmission aux médecins d'informations sur les patients dont dispose l'assurance maladie.
- 2 Veiller à la cohérence entre les objectifs et les moyens des différents dispositifs de contractualisation proposés aux professionnels de santé, et désigner un interlocuteur unique pour les professionnels de santé contractants.
- 3 Donner aux agences régionales de santé la possibilité de mieux rémunérer les professionnels de santé intervenant dans les territoires où l'offre médicale est insuffisante.
- 4 Développer les informations ciblées vers les patients en utilisant le compte individuel "ameli", en associant l'assureur public, les assurances complémentaires et les professionnels de santé.

## LES ENJEUX

Pour être efficiente, la régulation des dépenses en matière de médecine de ville doit tenir compte de paramètres et d'intérêts multiples, qui expliquent à la fois la complexité de la réforme et la passion qui anime les débats : évolutions de la demande sociale de santé dans un contexte de vieillissement de la population, démographie médicale, inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, évolutions des attentes des jeunes générations de médecins, attractivité des carrières de médecins libéraux, etc.

On peut cependant distinguer trois enjeux principaux auxquels le régulateur, les assureurs public et privés et les professionnels de santé devront apporter des réponses partagées.

Le premier est celui de la régulation des pratiques des professionnels de santé. Identités professionnelles, valeurs, frontières entre professions sont donc au cœur des transformations. L'efficacité de ces dernières ne pourra être mesurée qu'à moyen ou long terme. Surtout, elle dépendra étroitement du degré d'adhésion des professionnels.

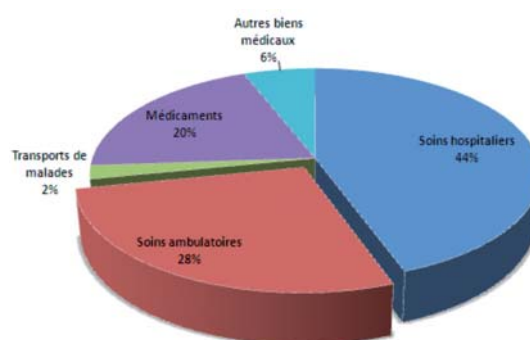
Le deuxième enjeu renvoie à la participation active du patient à la prise en charge de sa propre santé. Comment l'encourager et l'accompagner de la manière la plus pertinente ?

Le troisième enjeu tient à la réorganisation même de l'offre de soins primaires, ou encore de "premier recours". Les perspectives sont nombreuses, en France comme à l'étranger. Certaines pourraient avoir des conséquences considérables sur la chaîne des soins telle que nous la connaissons et doivent donc être abordées avec précaution.

La médecine de ville est au cœur de l'agenda gouvernemental. Ainsi, à la suite de la remise du rapport d'Elisabeth Hubert sur la médecine de proximité le 26 novembre 2010, le Président de la République a annoncé que cette dernière ferait l'objet d'une réforme dès 2011. Cette réforme aura notamment pour but d'inciter à l'installation en libéral, de favoriser l'exercice collectif, de simplifier les procédures administratives et de faire évoluer les modalités de rémunération des médecins.

Cette actualité politique s'explique par le fait que la médecine de ville est un secteur majeur du système de soins français. D'après les comptes nationaux de la santé, les soins ambulatoires<sup>(1)</sup> représentent en 2009 27,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)<sup>(2)</sup>, soit 37 milliards d'euros en 2009, contre 25 en 1995. C'est le second poste de dépenses après les soins hospitaliers (44,4 %).

### La répartition des dépenses en part de CSBM



D'après : DREES, Comptes nationaux de la santé, 2009

La quête d'une meilleure efficacité des dépenses de santé en médecine de ville n'est pas nouvelle. Au début des années 1990 apparaît le concept de "maîtrise médicalisée". Il s'agit de concilier l'amélioration de la qualité des soins et la maîtrise des dépenses, en considérant que ces deux objectifs ne sont pas incompatibles et en associant les professionnels de santé à cette démarche. Le terme est aujourd'hui moins usité mais la logique demeure : rechercher des gains d'efficacité en améliorant la qualité de soins dans un contexte de tensions accrues sur les finances sociales.

[1] Les soins ambulatoires comprennent les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales.

[2] La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) est l'agrégat des Comptes de la santé le plus couramment utilisé pour mesurer les dépenses de santé. Il comptabilise les dépenses engagées pour traiter une perturbation provisoire de l'état de santé, c'est-à-dire les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, la consommation de médicaments, les transports sanitaires et les autres biens médicaux (poste hétérogène comprenant notamment prothèses, optique, petit matériel et pansements).

S'il existe globalement un consensus sur le fait qu'une meilleure organisation de la médecine de ville pourrait se traduire par des gains d'efficacité, les solutions à adopter font actuellement l'objet de nombreuses réflexions<sup>(3)</sup>.

Différents instruments ont été mobilisés pour réguler les dépenses depuis une trentaine d'années. À partir d'un bilan de ces mesures et de leurs effets observés sur les dépenses, les enjeux actuels et à venir pour la médecine de ville seront ici examinés, essentiellement sous l'angle des médecins.

Si les dispositifs de contractualisation entre l'assureur public et les médecins sont essentiels, les perspectives de réformes concernent la structure même de l'offre de soins. Car un système de soins de premier recours mieux structuré et plus axé sur la prévention permettrait d'éviter certaines consultations et des hospitalisations coûteuses. En France, selon les études disponibles, entre 15 % et 30 % des hospitalisations pourraient être évitées<sup>(4)</sup>.

## ➤ RÉGULATION DES DÉPENSES EN MÉDECINE DE VILLE EN FRANCE : UN BILAN EN DEMI-TEINTE MAIS ENCOURAGEANT

Pour tenter de réguler les dépenses de santé en matière de médecine de ville, de multiples outils ont été utilisés depuis une quarantaine d'années pour agir, souvent de façon combinée, sur l'offre et la demande de soins. Ces mesures ont eu un certain effet : sans elles, la hausse des dépenses aurait été encore plus importante. Il demeure cependant que les résultats obtenus en termes de dépenses et de qualité des soins restent en deçà des attentes du régulateur.

### ( Des outils de régulation de l'offre de soins au bilan contrasté

Au cours des années 1970, la régulation de l'offre de soins repose sur une régulation par les prix et par les quantités. L'administration par les prix (tarifs des honoraires fixés par les pouvoirs publics) est considérée au départ comme un outil de modération des dépenses. Dans un système de rémunération à l'acte, elle stimule la demande de soins et la croissance des volumes : les médecins sont amenés à multiplier les actes afin

de maintenir ou d'augmenter leur niveau de revenu. Ce dispositif fonctionne dans la décennie 1970 : les tarifs auxquels sont facturées les prestations des médecins conventionnés sont à des niveaux relativement bas et ne suivent pas l'évolution des prix. Cela permet de compenser l'évolution très rapide des volumes et de limiter les dépenses remboursées. À partir des années 1980, le ralentissement de l'inflation rend ce dispositif inefficace pour limiter les dépenses<sup>(5)</sup>. Les actions menées pour contenir la hausse des dépenses de santé se reportent alors sur la régulation de la demande de soins et sur l'augmentation des recettes du système de santé.

Contrôler l'offre de soins *via* les quantités (notamment par le nombre de médecins formés) constitue également un aspect important de la régulation. En effet, dans un système de rémunération à l'acte avec des tarifs conventionnels, le nombre de professionnels de santé sur un territoire donné a un impact direct sur les dépenses enregistrées dans ce territoire : on évoque un phénomène de "demande induite"<sup>(6)</sup>. L'outil principal de la régulation par les quantités est le *numerus clausus*, créé en 1971, qui fixe le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine. Cet instrument est cependant très délicat à manipuler puisqu'il a un effet différé dans le temps (au moins 8 ans entre sa modification et les effets ressentis). En 1988 est créé le Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA) qui encourage les médecins de plus de 60 ans à abandonner leur exercice professionnel : en contrepartie, ils reçoivent un revenu de remplacement cumulable avec une activité hospitalière. Cependant, ce dispositif n'a pas eu d'effet significatif.

Au début des années 1990 s'ouvre la phase de régulation négociée de l'offre de soins par les instruments macroéconomiques. En 1991, les caisses d'assurance maladie sont incitées par l'État à négocier des "conventions" afin de permettre une "maîtrise médicalisée des dépenses". Présentée comme l'opposé d'une maîtrise dite "comptable" qui serait, de façon caricaturale, uniquement fondée sur des préoccupations budgétaires, la maîtrise "médicalisée" vise à concilier deux objectifs, la qualité des soins et la maîtrise des dépenses. Les conventions négociées mettent en place une régulation par attribution d'enveloppes pour l'ensemble des professionnels de santé, sauf pour les médecins qui refusent ce système au nom des principes de la médecine libérale. En 1996, avec

[3] À titre d'illustration, pour la seule année 2010 : Hubert E. [2010], *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, Rapport au Président de la République ; Legmann M. [2010], *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*.

[4] Rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur "le fonctionnement de l'hôpital".

[5] Pereira C. (2003), "La régulation économique de la médecine de ville", disponible sur le site de l'université de Rouen.

[6] Par exemple, Delattre et Dormont B. [2005], "La régulation de la médecine ambulatoire en France : quel effet sur le comportement des médecins libéraux ?", *Dossiers solidarités et santé*, n° 1, DREES. Entre 1988 et 2000, jusqu'à un septième de l'évolution des dépenses de médecine ambulatoire traduirait un phénomène de demande induite.

la création de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), est fixée chaque année une évolution maximale autorisée des dépenses d'assurance maladie pour l'activité de chaque profession. Alors que le Plan Juppé prévoyait des sanctions financières pour les professionnels de santé qui ne respecteraient pas les objectifs annuels, un arrêt du Conseil d'État de 2000 rend ce dispositif caduc, réduisant par là même tout caractère incitatif.

La loi de finances de la sécurité sociale (LFSS) de 2000 introduit de nouvelles dispositions en matière de régulation des soins de ville. Outre le fait que la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) se voit confier la régulation des honoraires des professionnels de santé, les caisses d'assurance maladie sont désormais chargées de négocier chaque année une annexe à la convention qui précise les tarifs ("lettre-clé"). Si les objectifs de dépenses sont dépassés, un ajustement par les tarifs des lettres-clés est envisageable. En 2003, cette disposition de "lettre-flottante" est supprimée, devant les oppositions fortes des syndicats médicaux.

D'après le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de 2009, l'examen du dispositif conventionnel révèle des situations très disparates. Dans certains cas, il est inefficace. Dans d'autres, il se traduit par d'importantes économies : c'est le cas pour les indemnités journalières, grâce aux politiques de contrôle des prescriptions d'arrêts de travail menées par les caisses.

### Des outils pour encadrer les pratiques des professionnels aux effets progressivement mesurables

Dans le domaine de la maîtrise médicalisée des dépenses, les dispositifs visant à encadrer les pratiques des professionnels de santé ont d'abord été peu contraignants et peu incitatifs. Des référentiels sont créés, tout d'abord en 1993 avec les références médicales opposables (RMO) qui décrivent des pratiques interdites par pathologies spécifiques. Le bilan des RMO est modeste : elles auraient généré une économie d'environ 45 millions d'euros, soit 0,14 % du coût de la prescription pharmaceutique des médecins<sup>(7)</sup>.

Alors que le caractère opposable demeure largement théorique, apparaissent en 2000 les accords de bon usage des soins (ACBUS) qui visent, quant à eux, à promouvoir de bonnes pratiques. Ces accords collectifs prévoient des objectifs d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre<sup>(8)</sup>, assortis, plus ou moins formellement, d'une contrepartie en rémunération. Depuis 2004, les recommandations de bonnes pratiques délivrées par la Haute Autorité de santé (HAS) viennent compléter ces dispositifs. La HAS peut établir des recommandations sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge, hiérarchisées en fonction de leur efficacité afin d'"aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données"<sup>(9)</sup>. Ces dispositifs, bien qu'essentiels voient de fait leur efficacité limitée parce qu'ils n'ont aucune portée impérative.

Dès 2002, les contrats de bonne pratique (CBP) sont ainsi intégrés aux conventions entre assurance maladie et professionnels de santé (ils peuvent porter sur la coordination, la permanence des soins, la prévention, etc.). Ces contrats furent jugés peu efficaces par la Cour des comptes en 2005, la plupart entérinant des pratiques déjà existantes. On constate, dès lors que les engagements sont contraignants, une faible adhésion à ces contrats.

Au final, le rapport du HCAAM de 2009 souligne la faiblesse des progrès réalisés dans l'amélioration de la qualité des pratiques collectives et dans la mise en place d'un système de coordination des soins grâce à ces dispositifs.

Face aux limites des approches coercitives, de nouveaux dispositifs sont mis en place pour inciter les professionnels à modifier leurs pratiques. L'assurance maladie cherche ainsi à encadrer les pratiques des médecins par différents mécanismes incitatifs. Un nouveau métier, celui de délégué de l'assurance maladie (DAM), est créé afin de rendre visite aux médecins libéraux, en ciblant davantage par exemple ceux présentant un faible taux de participation dans des campagnes de dépistage ou de prévention. Autre dispositif incitatif, les maisons de santé pluridisciplinaires sont expérimentées depuis plusieurs années pour améliorer la continuité du parcours



[7] Le Pape A. et Sermet C. [1998], "Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application", *Questions d'économie de la santé*, CREDES.

[8] Par exemple, l'ACBUS "visite" signé en 2002 tend à limiter les visites du médecin au domicile du patient non médicalement justifiées : si la visite est justifiée, elle est intégralement remboursée [indemnité de déplacement comprise] ; si elle ne l'est pas, seul l'acte est pris en charge par l'assurance maladie.

[9] Selon le rapport annuel du HCAAM [2009], 220 recommandations ont été publiées, dont 58 guides ALD depuis 2006 et 162 recommandations professionnelles depuis 1997.

de santé des personnes et assurer une meilleure couverture de l'ensemble du territoire du dispositif de premier recours. Pour cela, différents professionnels des soins de santé primaire sont encouragés à travailler dans une même structure grâce à **diverses incitations financières** (aide au démarrage, mise en place de système d'information ou de soutien à l'investissement), **voire des aides en nature** (mise à disposition des locaux par exemple).

Par ailleurs, certains **objectifs peuvent désormais être fixés individuellement**, notamment grâce à l'accord conventionnel de 2007 qui prévoit une définition individuelle des objectifs de prévention pour certaines pathologies.

Pour encourager le changement des pratiques, l'ensemble de ces outils peut être renforcé par des **dispositifs de récompenses monétaires**. Dans ce cadre, les médecins peuvent adhérer de façon volontaire à des contrats assortis d'une rémunération supplémentaire en contrepartie d'engagement sur la qualité des soins.

Ainsi, depuis avril 2009, un **contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)** peut être signé entre un médecin traitant libéral et conventionné et une caisse primaire d'assurance maladie. Le médecin s'engage à donner des informations à la caisse concernant l'évolution de sa pratique dans les domaines suivants : prévention, prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, prescription de médicament<sup>(10)</sup>. La contrepartie financière est un supplément de rémunération qui est fonction des résultats obtenus par rapport aux objectifs préalablement fixés. Ce qui est novateur dans ce dispositif est, d'une part, **l'introduction d'un paiement individuel à la performance et, d'autre part, l'engagement du médecin à "un effort particulier sur sa patientèle"**<sup>(11)</sup>. Il rend en effet compte de son activité, non pas patient par patient, mais sur le groupe de patients qui l'ont choisi comme médecin traitant.

Le CAPI a suscité un véritable engouement, au-delà des attentes initiales, et ce malgré certaines résistances de la part des représentants syndicaux<sup>(12)</sup>. Dix-huit mois après sa mise en place, près d'un médecin éligible sur trois

a signé un contrat. Deux tiers des signataires recevront, en contrepartie des progrès enregistrés, une rémunération de 3 100 € en moyenne. Par ailleurs, les récents travaux de l'OCDE<sup>(13)</sup> montrent que, s'il est difficile d'évaluer concrètement les effets des modes de rémunération sur les coûts et la qualité des soins, les dispositifs de paiement à la performance peuvent inciter les médecins à suivre des recommandations de pratique clinique scientifiquement fondées (notamment pour certaines affections chroniques).

### ▼ La rémunération des médecins à la performance dans le NHS britannique

Le système de paiement en fonction de la qualité (*Quality outcome framework*) a été introduit par le NHS en 2004, après une négociation avec la British Medical Association. L'objectif de ce dispositif, qui a rencontré un écho très favorable dans le monde médical, consiste à promouvoir une nouvelle modalité de rémunération des cabinets de médecine de ville, à travers l'introduction d'indicateurs de qualité dans le domaine clinique. Le budget de ce programme est conséquent : 1,25 milliard d'euros, soit environ 25 % du financement des cabinets<sup>(14)</sup>.

Néanmoins, deux réserves peuvent être faites.

D'une part, la définition des objectifs n'apparaît pas assez exigeante, dans la mesure où les cabinets reçoivent en moyenne plus de 95 % du financement maximum possible dans le cadre de ce programme. D'autre part, les évaluations du programme montrent qu'il n'a pas suscité d'amélioration suivie de la qualité des soins<sup>(15)</sup>.

Il convient donc d'en tirer les enseignements afin de fixer le juste degré d'exigence des objectifs fixés.

Afin de tirer le meilleur parti de ce dispositif, il convient en premier lieu de fixer le juste degré d'exigence des objectifs fixés, comme nous y invite le bilan de l'expérience britannique (*encadré*). Mais il apparaît tout aussi important d'accompagner au mieux les médecins dans l'atteinte de ces objectifs contractualisés en leur attribuant les moyens nécessaires. Dans cette perspective, il paraîtrait pertinent de développer la transmission des informations détenues



[10] Par exemple, en matière de prescription de médicaments, il est demandé au médecin de faire le choix du traitement le moins onéreux et de privilégier les médicaments inscrits au répertoire des génériques.

[11] HCAAM, 2009, *Rapport annuel*.

[12] CNAM, *Point d'information*, 16 septembre 2010.

[13] OCDE, 2010, *Optimiser les dépenses de santé*.

[14] IGAS, 2008, *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, Rapport établi par P.-L. Bras et G. Duhamel.

[15] Campbell S., Reeves D., Kontopantelis E., Sibbald B. et Roland M. (2009), "Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England", *The New England Journal of Medicine*, 361, p. 368-378.



par l'assurance maladie sur les patients vers les médecins, afin que ces derniers aient une vision plus fine de leur patientèle. Cette perspective est rendue possible par le développement de l'espace "professionnel" du site "ameli" de l'assurance maladie. Diverses informations ciblées sont d'ailleurs déjà proposées aux professionnels de santé sur ce site (nom du médecin traitant, examens relatifs au traitement du diabète, par exemple). Il est possible d'aller plus loin, tout en ayant à l'esprit les garanties préconisées par la CNIL au sujet du dossier médical personnalisé (réforme Douste-Blazy de 2004)<sup>(16)</sup>.

## PROPOSITION 1

**Développer, dans un cadre juridique strictement défini, la transmission aux médecins d'informations sur les patients dont dispose l'assurance maladie.**

De telles transmissions d'information aux médecins pourraient être accompagnées de suggestions de prise en charge de la part de l'assurance maladie. Si cela pouvait rendre possible la fixation de nouveaux objectifs aux contrats dans une limite raisonnable, cela constituerait une forme supplémentaire de soutien efficace aux professionnels.

De manière plus générale se pose la question de la cohérence entre les objectifs et les moyens. Des tensions peuvent apparaître entre, d'une part, certains objectifs fixés au niveau individuel, par exemple dans le cadre du CAPI (contractualisation entre un médecin et l'assurance maladie) et, d'autre part, certains objectifs collectifs prévus, par exemple, dans le cadre du projet d'établissement des maisons de santé<sup>(17)</sup> (contractualisation avec l'agence régionale de santé). Se superposent à ces objectifs des moyens distincts offerts par l'assurance maladie (contrepartie financière du CAPI) et par les agences régionales de santé (prime à l'installation). Cette mise en cohérence implique la désignation d'un interlocuteur unique : l'assurance maladie ou l'agence régionale de santé.

## PROPOSITION 2

**Veiller à la cohérence entre les objectifs et les moyens des différents dispositifs de contractualisation proposés aux professionnels de santé, et désigner un interlocuteur unique pour les professionnels de santé contractants.**

Deux questions devraient donc être posées dans les négociations de la prochaine convention quinquennale des médecins généralistes et des spécialistes qui doivent débiter prochainement. D'une part, celle de l'intégration de cette logique contractuelle facultative et expérimentale dans la convention nationale. D'autre part, l'intégration dans la contractualisation du respect des bonnes pratiques médicales, dans le cadre des principes de la médecine libérale (référentiels de la Haute Autorité de santé).

### La réorganisation des soins comme mode de régulation des dépenses de médecine de ville ?

Depuis plusieurs années, la réorganisation du système de soins de premier recours est perçue comme une solution pertinente pour obtenir des gains d'efficacité en matière de dépenses de santé par de nombreuses instances internationales. Par exemple, le rapport de l'OMS *Soins de santé primaires : maintenant plus que jamais* (2008) s'adresse non seulement aux pays en voie de développement, mais également aux pays occidentaux. Cet investissement dans les soins primaires<sup>(18)</sup> permettrait de garantir un meilleur accès au système de soins pour le plus grand nombre et, ce faisant, d'améliorer le niveau de santé de tous.

Depuis l'institution d'un médecin traitant en 2004, les patients sont invités à ne plus consulter directement les spécialistes, mais à s'adresser à leur médecin traitant qui, le cas échéant, les orientera. Les patients qui ne suivent pas ce parcours sont sanctionnés financièrement par une prise en charge réduite. Au-delà des économies espérées – grâce aux consultations ou aux examens redondants évités en particulier –, l'objectif est également de fidéliser une patientèle qui pourrait être, ensuite,

[16] Ce dernier, qui prévoit de rendre accessible aux professionnels de santé le parcours de soins du patient grâce à un stockage informatique de ses informations médicales (consultations, examens, diagnostics, etc.), a pris un retard conséquent dans sa mise en œuvre du fait d'obstacles d'ordre technique et éthique. Le 13 décembre 2010, Xavier Bertrand, ministre de la Santé, annonçait ainsi le déploiement du DMP dans le pays, trois ans et demi après la date prévue.

[17] Les maisons de santé regroupent en un même lieu des professionnels médicaux et paramédicaux, dans un cadre d'exercice libéral. Le projet d'établissement peut faire l'objet d'une contrepartie financière. Voir plus loin "Vers une réorganisation de l'offre de soins ?".

[18] Selon la définition proposée par l'OMS, les soins primaires "offrent le moyen d'organiser la gamme complète des soins, du foyer à l'hôpital, en donnant autant d'importance à la prévention qu'à la guérison et en investissant les ressources de manière rationnelle aux différents niveaux de soins".

[19] Polton D. (2010), "Accroître la qualité et l'efficacité du système de santé en s'appuyant sur les soins primaires, la démarche de l'assurance maladie en France", *Revue française des affaires sociales*, n° 3.

plus apte à comprendre d'éventuels infléchissements de pratiques (limiter les prescriptions de médicaments, diminution des arrêts de travail, préférence pour les génériques, etc.). Cette réforme est à lire, selon l'expert Dominique Polton, comme "une première étape essentielle pour passer à une logique d'évaluation du service global rendu à une population"<sup>(19)</sup> : le médecin a une responsabilité sur l'ensemble du processus de soins pour sa patientèle, ce qui lui offre la possibilité de développer des démarches actives pour assurer une bonne prévention ou un suivi satisfaisant des pathologies.

En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a contribué à réorganiser les soins de premier recours en les définissant et en précisant les missions du médecin généraliste dans ce cadre<sup>(20)</sup>. Cette loi confère enfin un rôle de premier plan aux agences régionales de santé (ARS) mises en place au 1<sup>er</sup> janvier 2010 : ces structures sont chargées de définir et de coordonner une politique de santé publique cohérente au niveau régional. Parmi les différents rôles qui leur incombent, les ARS doivent établir des listes de territoires où "l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée". Tout étudiant en médecine qui s'engage alors à exercer à titre libéral ou salarié dans une de ces zones peut signer un contrat d'engagement de service public (CESP) qui ouvre droit à une allocation mensuelle, versée jusqu'à la fin de ses études.

Si un premier bilan sur les ARS ne pourra être établi avant quelques années, on peut noter que les agences ne disposent aujourd'hui d'aucune prérogative en termes de négociations tarifaires avec les professionnels. De manière plus générale, se pose la question de leur marge de manœuvre financière. La question d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, permettant de prendre en compte des spécificités territoriales dans le cadre de l'ONDAM général, est sur l'agenda depuis les ordonnances Juppé (1996). Dans la perspective de régulation renforcée des dépenses mais également d'une adhésion accrue des professionnels de santé, il apparaît nécessaire de donner aux ARS les moyens de mieux rémunérer les professionnels intervenant dans les conditions les plus problématiques en matière de santé publique, ou dans les territoires les moins denses en matière de professionnels de santé.

## PROPOSITION 3

**Donner aux agences régionales de santé la possibilité de mieux rémunérer les professionnels de santé intervenant dans les territoires où l'offre médicale est insuffisante.**

Parallèlement à la recherche du juste équilibre dans ses relations avec les professionnels de santé, l'assurance maladie développe également un nombre croissant de dispositifs à destination directe des assurés.

## RELATION DIRECTE ENTRE ASSUREURS ET PATIENTS : QUEL IMPACT SUR LES MÉDECINS ?

En premier lieu, l'assurance maladie joue un rôle accru en matière d'information. Alors que les patients adoptent une posture de plus en plus active concernant la prise en charge de leur maladie ou de leur santé (recherche d'informations, automédication, etc.), les médecins doivent aujourd'hui composer avec des patients "informés", qui disposent souvent de nombreuses informations, notamment collectées sur des sites internet. Pour autant, ces données sont non hiérarchisées et de qualité très hétérogène. Un besoin d'information de qualité mais également d'une forme de "coaching" en santé se fait ressentir (pour les assurés qui souhaitent maintenir leur capital santé comme pour ceux qui sont atteints de maladies chroniques). Or la consultation ponctuelle en cabinet en face à face avec un médecin ne répond qu'imparfaitement à cette demande. Apparaît aussi un besoin de développer des sites de référence dans le domaine de la santé, avec des informations fiables et non soumises à caution du fait des financeurs des sites. Avec la mise en place du site internet "ameli", l'assurance maladie a apporté une première réponse, en donnant à ses assurés accès à diverses informations (sur les professionnels de santé, mais aussi sur les pathologies, etc.).

L'assurance maladie joue également un rôle accru auprès des patients en matière de suivi de leur état de santé. Dans le domaine de la prévention, de nombreux



[20] Les soins de premier recours incluent : "1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4° L'éducation pour la santé.". Cf. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite HPST.

programmes ciblés ont été lancés (dans le domaine bucco-dentaire par exemple), visant à inciter les assurés à adopter des comportements plus préventifs. Certains programmes plus ciblés dépassent largement le cadre de la simple information, comme le dispositif Sophia qui s'adresse aux assurés diabétiques et qui assure un véritable suivi de ces patients atteints de maladie chronique (encadré).

### ▼ Sophia : une démarche proactive exemplaire ?

Sophia<sup>[21]</sup> est un service d'accompagnement personnalisé proposé aux personnes diabétiques. Mis en place en octobre 2008 et en cours d'expérimentation dans onze départements, Sophia compte en janvier 2010 près de 53 000 adhérents. Réalisé par téléphone ou *via* un site internet, l'accompagnement, gratuit pour le malade, est assuré par des infirmières qui ont plus de cinq ans d'expérience et qui ont été spécifiquement formées à l'accompagnement des patients diabétiques. Ces infirmières appellent les patients en fonction de leur état de santé, de leurs besoins et de leur situation personnelle ; elles s'assurent de la bonne compréhension des recommandations du médecin traitant et répondent également aux questions des patients. L'objectif est de faire évoluer les comportements des patients, de leur apporter une meilleure connaissance de la maladie, de les aider à s'orienter vers les services adaptés et de faciliter leurs relations avec les professionnels de santé. L'assurance maladie adopte une démarche proactive auprès des malades : 80 % des appels (parmi les 80 000 enregistrés entre octobre 2008 et fin décembre 2009) sont des appels sortants (de l'assurance maladie vers les assurés inscrits au programme) liés à des campagnes thématiques ou des appels de suivi. L'intervention de l'assurance maladie se veut donc complémentaire de celle du médecin traitant. Ce dernier est informé de la participation de son patient au programme et est invité à renseigner chaque année des données qui servent à l'assurance maladie à évaluer les effets du service proposé. Les premières enquêtes révèlent que 80 % des patients sont satisfaits de Sophia : ce service leur apparaît complémentaire à l'intervention du médecin traitant et ils le jugent utiles pour mieux comprendre leur diabète et ses complications. Sophia est également apprécié par les médecins, qui sont près des trois quarts à considérer la démarche intéressante : Sophia présente en effet l'avantage de relayer leurs messages auprès de leurs patients sans empiéter sur la relation médecin/patient.

Cette expérimentation met aussi en évidence la possibilité de créer des coopérations complémentaires entre médecin et infirmière, fructueuses du point de vue de la qualité du suivi des patients.

Cette satisfaction générale s'explique sans doute par le fait que la démarche de l'assurance maladie vient compléter l'intervention du médecin et non pas s'y substituer.

Cette démarche proactive est parfois assurée par les professionnels de santé, comme l'illustre, par exemple, l'expérimentation d'un cabinet médical américain (encadré).

### ▼ Suivi de l'état de santé des patients : l'exemple d'un cabinet médical américain<sup>[22]</sup>

Depuis 2008, un cabinet médical de Brooklyn, composé de médecins et de spécialistes, propose des formules de suivi par des échanges de mails et la visioconférence, assurant ainsi un lien continu entre le patient et son médecin, par delà la "simple consultation" traditionnelle qui n'est plus qu'une étape dans la relation. Ces prestations, accessibles par abonnement, sont complémentaires des consultations classiques. Les patients ont également la possibilité d'évaluer leurs médecins, de connaître les formations suivies par eux, d'avoir accès à des informations en ligne et à des forums de patients dont les échanges sont suivis et "labellisés" par un médecin.

Responsabiliser davantage le patient et l'inciter à mieux prendre en charge sa santé représente un enjeu crucial d'un point de vue sanitaire et financier. Le questionnement auquel le régulateur et les médecins font face est double. D'une part, comment réussir à inciter le patient à adopter des comportements préventifs ? D'autre part, quelles sont les modalités de coopération optimales entre l'assureur public, les complémentaires santé et les professionnels de santé ?

Une première piste pourrait être offerte par un envoi régulier d'informations personnalisées aux assurés disposant d'un compte "ameli". Ces dernières peuvent relever de la prévention ou de conseils accompagnant un traitement dont l'assurance maladie a connaissance. La nature, le contenu et le moment de la diffusion de ces informations seraient définis par l'assurance maladie, les assurances complémentaires santé et les représentants des professionnels de santé afin de s'assurer de leur complémentarité avec leurs interventions.

[21] CNAMTS, "Sophia : premiers résultats des études de satisfaction auprès des adhérents et des médecins", *Point d'information*, 26 janvier 2010.

[22] Damon J. (dir.) (2009), Catalogue des innovations, "Les politiques sociales au défi de l'innovation", *Futuribles international*.



## PROPOSITION 4

**Développer les informations ciblées vers les patients en utilisant le compte individuel “ameli”, en associant l’assureur public, les assurances complémentaires et les professionnels de santé.**

Enfin, après les questions de l’information et de l’accompagnement, certains acteurs posent la question des éventuelles obligations qui pourraient être imposées aux assurés. Certains examens, déterminants en matière de prévention, pourraient-ils alors voir leur remboursement intégral conditionné au respect d’un calendrier pré-identifié (examens bucco-dentaires par exemple, dans le cadre d’une extension du programme “MT dents”) ? Si cette logique devait être expérimentée, il faudrait alors se prémunir des risques de moindre accès aux soins pour les publics déjà vulnérables. Ce cadre, plus contraignant pour les patients dans le suivi de certains protocoles de soins, a une logique en matière de régulation des dépenses. Mais il transformerait en profondeur le fonctionnement de l’assurance publique de santé. Le débat a toutefois le mérite d’élargir aux assurés la demande d’objectifs, voire de résultats, imposée par l’assureur public aux professionnels de santé.

## VERS UNE RÉORGANISATION DE L’OFFRE DE SOINS ?

Au-delà de la recherche du juste équilibre entre droits et devoirs qui régissent les relations médecins/assureurs/régulateurs, **les gains d’efficacité en médecine de ville supposent de repenser l’organisation de l’offre de soins.** À cet égard, trois pistes semblent prometteuses, notamment sur la base d’expériences menées en France ou à l’étranger : la répartition des compétences entre les professionnels de santé, la différenciation des niveaux de la réponse médicale et la généralisation du recours à la télémédecine.

## Vers une nouvelle répartition des tâches entre les professionnels de santé ?

Une meilleure coopération entre professionnels de santé (et en particulier entre médecin et infirmières) conduit à moyen et long termes à **des gains d’efficacité liés à une amélioration de la prise en charge du patient**<sup>(23)</sup>. Ce constat se vérifie encore plus nettement pour **les malades atteints de pathologies chroniques**, qui sont amenés à consulter successivement différentes professions de santé.

Depuis une quinzaine d’années, **les dispositifs incitant à une “coordination formalisée”**<sup>(24)</sup> se sont multipliés : “réseau de soins” dans les années 1990, “réseau de santé” au début des années 2000, puis plus récemment “pôle de santé” et “maison de santé pluridisciplinaire”. En 2009, on dénombrait ainsi **160 maisons de santé et 25 pôles de santé** en France<sup>(25)</sup>.

Les maisons de santé, en regroupant en un même lieu des professionnels médicaux et paramédicaux (dans un cadre d’exercice libéral), contribuent à **mieux assurer la continuité des soins des patients** (horaires d’ouverture plus étendus, “remplacements” possibles, etc.)<sup>(26)</sup>. De plus, en proposant une gamme de services plus large, elles offrent un **meilleur suivi**, notamment des malades chroniques. Cependant, selon l’IRDES et l’INPES, ces gains d’efficacité seraient conditionnés à **un investissement organisationnel important et à la réalisation de tâches supplémentaires**, telle l’éducation thérapeutique. Par ailleurs, dans la majorité des cas, il s’agit plus d’un **regroupement de professionnels en vue d’un partage des frais fixes**<sup>(27)</sup> que d’une réelle coopération. Enfin, il conviendrait d’évaluer l’impact sur les dépenses de santé, notamment sur le recours aux urgences et l’accroissement de la demande, qui pourrait être important si seul le paiement à l’acte prévaut.

Le bilan mitigé de ces dispositifs invite à s’interroger sur l’intérêt potentiel d’autres expérimentations qui vont plus loin en repensant la répartition des compétences entre

[23] Elbaum M. (2007), “Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé”, Haute Autorité de santé.

[24] C’est la thèse défendue par Robelet M., Serré M. et Bourgueil Y. (2005), “La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles”, *Revue française des affaires sociales*, n° 1.

[25] Ce recensement n’est toutefois pas exhaustif et ne prend en compte que les structures qui ont reçu un financement du fonds d’investissement à la qualité et à la coordination des soins. Voir Juilhard J.-M., Croche-more B., Toubia A., Vallancien G., Chambaud L. et Schaetzel F. (IGAS) (2010), *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, La Documentation française.

[26] Voir les travaux de l’IRDES, Bourgueil Y. et alii (2009), “Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne”, *Questions économie de la santé*, n° 147. Sur les maisons de santé, voir le numéro spécial de la revue Santé publique (vol. 21 hors série, 2009 : “Les maisons de santé, une solution d’avenir ?”). Voir également Juilhard et alii (IGAS) (2010), *op. cit.*

[27] Pour répondre à la fragilité juridique et financière de ces structures, le 1<sup>er</sup> décembre dernier, Nicolas Sarkozy a annoncé la prochaine création d’un nouveau statut juridique qui pourrait leur assurer une pérennité.

les professionnels de santé. En 2010, une étude de l'OCDE<sup>(28)</sup> montre ainsi comment de nombreux pays, confrontés à une offre de médecins limitée, tendent à renforcer le développement de rôles infirmiers "plus avancés" afin d'améliorer les soins tout en contenant les coûts (exemple des *Retail clinics* aux Etats-Unis).

En France, des expérimentations de transfert de compétences entre les professionnels de santé sont menées depuis quelques années, à la suite du rapport Berland de 2003<sup>(29)</sup>. En 2004, l'expérience ASALEE (action de santé libérale en équipe), associant 41 médecins généralistes et 8 infirmières, a ainsi été développée. Les infirmières, qui ont reçu une formation spécifique, développent une activité complémentaire à celle du médecin : gestion de données et mise en place de rappels informatiques automatiques (examens à effectuer, ...) dans les dossiers des patients, consultation d'éducation thérapeutique réalisée sur proposition du médecin au patient. L'évaluation de cette expérience a démontré une amélioration du suivi des patients atteints de maladie chronique<sup>(30)</sup>, sans coût supplémentaire significatif pour l'assurance maladie.

Avant d'envisager la transposition d'un tel protocole à plus grande échelle, plusieurs préalables seraient indispensables, tels un cadre juridique assoupli, de nouvelles formations ou encore des dispositifs de rémunération innovants. Par ailleurs, d'autres interrogations d'ordre éthique se poseraient inévitablement : par exemple, *quid* des risques liés au développement d'une médecine à plusieurs vitesses ?

### **( Vers un premier niveau de réponse médicale dématérialisé ?**

Comme expliqué précédemment, les patients expriment de plus en plus fortement leurs désirs d'avoir accès à une information de qualité, voire de bénéficier d'une forme de "coaching" en santé. La mise en place du site "ameli" apporte une première réponse à ces besoins. Pour autant, certains préconisent d'aller plus loin, sur le modèle britannique du NHS Direct (*encadré*), en

développant un véritable service de premier recours dématérialisé. Ce dernier offrirait un premier niveau de réponses aux patients en opérant un tri entre les demandes qui appellent de simples conseils par téléphone ou *via* internet (demandes d'information ou de conseils pour de l'automédication, par exemple) et celles qui nécessitent une prise en charge médicale classique (consultation d'un médecin généraliste ou recours aux urgences des hôpitaux).

#### **▼ Vers un NHS Direct à la française ?**

Le NHS Direct est un service public de santé en ligne, proposé par le *National Health System* britannique. Des conseils sont dispensés par téléphone, de nombreuses informations sont proposées sur le site sous forme de fiches pratiques, de rubrique offrant les réponses aux questions les plus fréquentes et de séquences vidéo sur la santé. Un dispositif d'auto diagnostic en ligne est même désormais disponible pour les pathologies les plus simples. L'intérêt premier d'un tel site est de fournir des informations de qualité, puisque les conseils sont dispensés par des médecins, salariés par le NHS. En outre, il s'agit d'offrir des réponses à des questions parfois délicates à poser en face à face avec un professionnel de santé.

Les qualités du NHS Direct ont incité Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, à proposer en mai 2010 le lancement d'une mission exploratoire sur "un service public de conseil médical et d'orientation médicale par internet et par téléphone"<sup>(31)</sup>. Selon ce projet, ce service offrirait un site internet d'informations de référence et un numéro de téléphone national qui permettrait à chacun d'obtenir des conseils de santé dispensés par une infirmière ou d'être dirigé vers un service spécialisé pour les cas plus complexes<sup>(32)</sup>.

Ce type d'outil semble prometteur au regard de l'évolution des pathologies liées au vieillissement de la population (besoin de suivi de routine accru, besoin de coopération entre professionnels) et de l'évolution de la démographie médicale (diminution du temps médical disponible).



[28] Delamaire M.-L. et Lafortune G. (2010), *Nurses in Advanced Roles. A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*, OCDE Health Working Papers n° 54.

[29] Berland Y. (2003), Mission « Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences », rapport d'étape. Puis Berland Y. et Bourgueil Y. (2006), *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*, ONDPS.

[30] Pour une présentation détaillée, voir Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J. et Yilmaz E. (2008), "La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE", *Questions d'économie de la santé*, n° 136.

[31] <http://www.sante-sports.gouv.fr/hopital-expo-discours-de-roselyne-bachelot-narquin.html>

[32] Les travaux de la mission exploratoire, toujours attendus, devraient permettre de "délimiter le champ des possibles, d'évaluer le budget nécessaire, de fixer les garanties scientifiques indispensables et de réfléchir à l'intégration du dispositif dans le système de soins".

Cependant, la mise en place d'une telle plateforme supposerait de résoudre une série de difficultés. Tout d'abord, des questions d'ordre technique et éthique (sécurisation et confidentialité) se poseraient quant au stockage des données. Il conviendrait également de penser à des formes de rémunération adéquates pour les professionnels participant à ce type de dispositifs. Surtout, la réussite d'un tel projet supposerait une concertation élargie entre de multiples acteurs (assurance maladie, assurances complémentaires, professionnels de santé), afin de voir comment l'adapter aux spécificités du système de soins français<sup>(33)</sup>.

### ( Vers une généralisation des outils de télémédecine ?

De manière plus générale, le développement des outils de télémédecine et de télésanté aura d'importants impacts sur les pratiques et les coûts de la médecine de ville. Il mérite à ce titre d'être intégré à la réflexion plus large sur la réorganisation du système de soins. Le lancement de la téléconsultation, prévu en 2011<sup>(34)</sup>, en est un bon exemple. Du point de vue de la régulation des dépenses, la mise en place de tels outils s'accompagne de coûts supplémentaires à court terme<sup>(35)</sup>. À plus long terme, si ces innovations sont prometteuses (par exemple, la télésurveillance des index glycémiques par les diabétiques), elles ne seront pas systématiquement source d'économies. À certaines conditions, qu'il conviendrait d'évaluer<sup>(36)</sup>, elles se traduiront cependant par des gains d'efficacité et agiront tant sur la qualité des soins que sur l'amélioration de leur accès sur l'ensemble du territoire.

**CONCLUSION** Investir dans la réorganisation des soins primaires pour mieux réguler les dépenses de santé et répondre aux enjeux actuels conduit à transformer les pratiques et les identités des professionnels de santé, en particulier celles des médecins – mais pas uniquement –, et à adapter les principes fondateurs de la médecine libérale. La construction d'un "nouveau pacte médical"<sup>(37)</sup> passera par la redéfinition des rôles et des responsabilités par rapport à ceux d'autres professionnels, et par une nouvelle forme de complémentarité avec les actions menées par les assureurs et le régulateur. Cette recherche de conciliation entre qualité des soins et régulation des dépenses ne sera possible qu'avec l'implication des médecins et des autres professionnels de santé, condition nécessaire pour que le sens donné à ces évolutions soit partagé.



Virginie Gimbert et Sylvain Lemoine,  
département des Questions sociales



[33] Le Centre d'analyse stratégique abordera cette problématique dans le cadre des travaux qu'il mènera en 2011.

[34] Décret relatif à la télémédecine du 20 octobre 2010.

[35] Voir par exemple le rapport Lasbordes qui propose un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France ; il estime que les coûts globaux associés à ce plan s'élèveraient à 6,5 milliards d'euros sur la période de 2010 à 2014, soit entre 0,5 et 1% du montant des dépenses de santé annuelles. Cf. Lasbordes [2009], La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être. Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France.

[36] Voir note 33.

[37] L'expression est empruntée à Didier Tabuteau qui en appelle à ce nouveau pacte. Tabuteau D. [2010], "Les nouveaux défis des professions de santé. Pouvoirs publics et professions de santé", *Les Tribunes de la santé*, n° 26.



sur [www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr), rubrique publications

### Note d'analyse :

N° 171 ■ **Combien les Français sont-ils prêts à consacrer aux dépenses de santé ? Démocratie sanitaire et consentement au financement de la santé** (avril 2010)

### Actes :

- **Quinze années de réformes plus tard...Y a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital ?** (juin 2010)
- **Le consentement au financement de la santé. Combien les Français sont-ils prêts à consacrer aux dépenses de santé ?** (avril 2010)

### Rapport :

- **“Vivre ensemble plus longtemps”**. Publié à la Documentation française, Rapports et documents, n° 28, 2010



La Note d'analyse N° 204 -  
Décembre 2010 est une publication  
du Centre d'analyse stratégique  
Directeur de la publication :  
Vincent Chriqui, directeur général  
Directeur de la rédaction :  
Pierre-François Mourier,  
directeur général adjoint  
Service éditorial :  
Olivier de Broca  
Secrétariat de rédaction :  
Delphine Gorges  
Impression :  
Centre d'analyse stratégique  
Dépôt légal : décembre 2010  
N° ISSN : 1760-5733

Contact presse :  
Jean-Michel Roullé, responsable  
de la Communication  
01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38  
[jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr](mailto:jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr)

Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre : le Conseil d'analyse économique, le Conseil d'analyse de la société, le Conseil d'orientation pour l'emploi, le Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil à l'intégration.

[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)