

**L'encadrement et le contrôle de la
médecine ambulatoire
étude d'administration comparée :
Allemagne, Angleterre, Etats-Unis,
Pays-Bas**

Rapport présenté par :

**Françoise BAS-THERON, Carine CHEVRIER-FATOME
et Gilles DUHAMEL**

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n° 2002 081
Mai 2002***

Le présent rapport compare de façon synthétique les dispositifs d'encadrement et de contrôle de la médecine ambulatoire dans différents pays et propose, à partir des observations étrangères, des évolutions pour le système national.

L'objet initial de l'étude portait sur le « contrôle médical », principalement assuré dans notre pays par les services médicaux des différents régimes d'assurance maladie. Cette vision s'est révélée trop étroite compte tenu de l'absence de structure identique dans les pays étudiés. C'est donc une approche fonctionnelle, plutôt qu'institutionnelle, qui a été retenue. La mission s'est attachée à étudier la façon dont d'autres pays assurent, au sein de leur système de santé, dans le secteur ambulatoire, la fonction d'encadrement des pratiques et des prescriptions médicales et celle de la maîtrise de leur coût.

Quatre pays ont été analysés : l'Allemagne, l'Angleterre, les Etats-Unis et les Pays-Bas.

Plusieurs éléments ont motivé ce choix :

- L'Allemagne, car elle présente des caractéristiques proches du système français en matière de médecine ambulatoire et afin d'étudier les nombreux dispositifs qu'elle a adopté ces dernières années, notamment en matière de régulation quantitative, de responsabilisation des médecins et plus globalement d'auto-administration par la profession.
- L'Angleterre, parce que des modalités originales de gestion y ont été mises en place depuis plusieurs années dans un cadre budgétaire très contraint. Le modèle anglais ne saurait être résumé à une somme d'erreurs fatales. A côté de ses insuffisances manifestes en matière de délais et de résultats, il peut se targuer d'avancées notables en matière de santé publique. Aujourd'hui des réformes ambitieuses y sont conduites principalement caractérisées par une augmentation très importante des ressources budgétaires, une forte déconcentration de la gestion des crédits (qui ne distingue pas ville et hôpital) et un renforcement de l'approche qualitative.
- Les Etats-Unis, bien que différant singulièrement de notre système de couverture maladie dans leurs principes comme dans leurs résultats, ont paru incontournables : d'une part, du fait de l'importance de leurs dépenses de santé, d'autre part, à cause des avancées, parfois déjà anciennes, qu'ils présentent en matière d'organisation des soins et de recherche de la qualité. A côté des profondes inégalités qui caractérisent la prise en charge de la maladie dans ce pays et qui paraissent éloignées des aspirations européennes, le système américain propose les dispositifs les plus innovants. La mission a mis l'accent sur ces derniers.
- Les Pays-Bas, parce qu'une concurrence relative entre assureurs y est progressivement introduite. Ce pays s'est également distingué par une progression modérée de ses dépenses de santé et par l'importance accordée à l'amélioration de la qualité, grâce en partie à l'investissement qui a consacré la profession médicale.

Chacun de ces pays fait l'objet d'un rapport spécifique qui présente les principales données relatives à son système de santé, à l'organisation de la couverture maladie, à celle de l'offre médicale ambulatoire, ainsi que les différents outils destinés à améliorer la qualité des pratiques et à en réguler le coût.

Le présent rapport synthétise les enseignements de l'observation étrangère et, sans avoir comparé de façon systématisée avec la situation française, cherche à dégager des pistes d'action pour faire évoluer la médecine de ville dans notre pays et les relations qu'elle entretient avec les pouvoirs publics et plus particulièrement avec les services médicaux des différents régimes de l'assurance maladie.

Les principaux enseignements et convergences tirés de l'observation des pays étrangers

Malgré des modalités variées de financement du risque maladie, le cadrage institutionnel met en évidence l'homogénéité des principes fondant les systèmes européens : solidarité, couverture quasi universelle, qui les différencient fondamentalement du système américain. Dans un contexte européen de préoccupation partagée pour la maîtrise des dépenses, l'intervention de l'Etat est partout croissante. La situation française se situe clairement dans cette lignée.

Les caractéristiques de l'exercice en ambulatoire transcendent ce clivage de fond. L'existence d'une profession forte et structurée, reconnue, des rapports basés sur le confiance, sont des données historiques et culturelles partagées par les pays visités. Néanmoins les médecins anglais, voire hollandais, ont un fonctionnement plus proche de leurs homologues américains qu'allemands ou français - l'Allemagne se distinguant à de nombreux égards des trois autres pays. Plusieurs de ces caractéristiques de l'exercice ambulatoire aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, voire aux Pays-Bas ont paru des facteurs importants pour avancer vers les objectifs d'amélioration des pratiques et, partant, d'efficience de la dépense : régulation de l'accès au spécialiste (*gate-keeper*), fonctionnements des cabinets beaucoup plus collectifs, pluriprofessionnels et pluridisciplinaires, modes de rémunérations allant vers la mixité et l'incitation, liens étroits entre médecins de ville et hôpital.

Dans ces contextes, les outils de régulation, dès lors qu'ils se concentrent sur les pratiques, s'appuient fortement sur la profession. Leur support, convention ou contrat, a sens et valeur pour les praticiens. Une tendance récente à l'individualisation du contrat - inhérente au système américain - est d'ailleurs remarquée en Europe. En revanche, dans les trois pays investissant sur les outils de la qualité des pratiques (Etats-Unis, Royaume-Uni, Pays-Bas), la sanction négative pour pratique médicale perfectible est assez rarement mise en œuvre. La panoplie diversifiée d'outils de la qualité, l'implication étroite de la profession à leur définition en amont, le mode de fonctionnement des cabinets sont parmi les facteurs explicatifs de ce constat. De même que l'existence d'un « contrôle » endogène : il s'agit davantage d'accompagnement, de partenariat, de conseil. La présence d'un « service du contrôle médical » est en effet une spécificité française, seule l'Allemagne présentant aussi une organisation très institutionnalisée - déléguée à la profession - du contrôle des médecins libéraux et une politique de contrôle « dur » effective.

Par commodité, les outils ont été présentés par la mission sous trois volets. Un enseignement majeur de l'étude comparative est cependant l'indispensable complémentarité entre les outils. Privilégier une seule approche comporte des risques : en Allemagne, la régulation très quantitative a sans doute constitué un frein à la mise en place d'outils plus qualitatifs et organisationnels. Dans ces deux derniers domaines, les nombreuses innovations anglaises n'ont pu pallier le sous-financement chronique du système (d'où les décisions récentes de très fort rattrapage budgétaire programmé). La recherche de la qualité des soins qui caractérise les réseaux américains les plus performants doit aller impérativement de pair, marché et concurrence obligent, avec un cadre financier maîtrisé : mais les prix acceptés par les assurés américains sont élevés au regard des normes européennes et les coûts de gestion du système élevés.

La régulation par le contrôle de l'offre et du coût des soins a mis en évidence l'attrait exercé, en Europe, par la concurrence. Celle-ci recouvre des concepts variés : concurrence entre assureurs (Pays-Bas, Allemagne), concurrence entre offreurs de soins (Angleterre, Etats-Unis). Au delà de certains gains en termes d'efficience et de service à l'assuré (Pays-Bas), les expériences sont encore à approfondir en Europe. Un autre outil utilisé est la régulation de la démographie médicale ; l'expérience allemande de seuils d'installation par zones géographiques est aujourd'hui un élément majeur et intéressant de la régulation de son offre de soins. Parmi les multiples dispositifs budgétaires existants, le mécanisme allemand collectif du point flottant pour réguler les honoraires des médecins libéraux comporte, de l'avis de la mission, de nombreux inconvénients. Il en est de même pour les sanctions collectives allemandes (pour les prescriptions), qui viennent d'ailleurs d'être abandonnées. En revanche, l'individualisation des enveloppes par cabinets, en matière de prescriptions, constitue un outil récent et sans doute plus prometteur, expérimenté en Angleterre et en Allemagne. Un autre outil répandu, que connaît bien le service du contrôle médical en France, est l'utilisation des profils statistiques et suivis d'activité. A cet égard, il apparaît que si la qualité du système d'information est une condition importante (Allemagne), ce sont surtout l'utilisation et les mesures complémentaires d'accompagnement des médecins qui lui donnent un sens (Etats-Unis, Angleterre). Des mécanismes variés de régulation micro-économiques accompagnent partout la prescription du médicament et l'encouragement au générique. Quant à l'entente préalable, également pratiquée en France, elle est aujourd'hui fortement remise en cause aux Etats-Unis en raison de son rapport coût-efficacité.

Les outils tournés vers l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles sont plus aisés à déléguer ou à partager avec la profession que les mécanismes à caractère quantitatif affirmé qui la mettent en situation difficile (Allemagne). Une triple convergence peut être observée en matière d'outils de la qualité : diversité, similitude des outils, dynamique forte. Mais l'Allemagne et la France sont en retrait de ce mouvement, au cœur de l'encadrement de la médecine ambulatoire aux Etats-Unis, en Angleterre, aux Pays-Bas. Dans sa pratique individuelle, le médecin de ville américain, anglais, hollandais, est accompagné par des dispositifs consistant en une obligation de moyens (formation continue, recertification hollandaise...). Il doit aussi, de plus en plus, faire évaluer sa pratique professionnelle et voir ses résultats analysés. La « sanction » est, pour schématiser, un plan d'accompagnement personnalisé. Dans ces trois pays, la profession a en outre fortement investi sur les outils d'amélioration des pratiques collectives. S'agissant des recommandations et standards de bonnes pratiques,

trois facteurs sont reconnus déterminants : la participation à leur élaboration de ceux qui ont à les appliquer, une démarche incitative et souple plutôt qu'une application rigide (elles sont rarement « opposables »), une diffusion facilitant leur appropriation. L'échange entre pairs est un autre outil très répandu. Enfin, si les programmes d'assurance-qualité n'ont pas pour vocation de maîtriser les coûts, ils participent à un objectif plus large de santé publique qui vise bien l'efficience du système de soins. Ce programmes sont d'ailleurs étroitement imbriqués, aux Etats-Unis, avec ceux relatifs à l'optimisation de l'utilisation des ressources. C'est dans ce pays, et en Angleterre, que les actions sont les plus abouties. Cette revue conduit d'ailleurs à observer le paradoxe que les médecins sur lesquels pèsent les obligations les plus fortes en matière de qualité des soins - l'américain et l'anglais – relèvent de système diamétralement opposés aux niveaux philosophique et organisationnel.

Les outils visant à assurer qualité des soins et maîtrise des coûts ne peuvent atteindre leur pleine efficacité que si l'organisation du système de soins permet d'assurer leur suivi et leur mise en cohérence. C'est également en Angleterre et aux Etats-Unis que les avancées sont les plus significatives. La prise en charge globale du patient est la caractéristique principale des réseaux de soins les plus intégrés (Etats-Unis). Cette logique sous-tend la démarche anglaise de clinical governance initiée depuis 1999, qui pose d'ailleurs la question de la pertinence de l'étanchéité totale des financements (ambulatoire/hospitalier). L'accréditation et l'évaluation de la performance des réseaux est un outil américain, que l'Angleterre vient d'adapter à son contexte. Une autre pratique américaine, dans le cadre de Medicare, retient l'attention : les Peer Review Organizations, qui offrent gratuitement, dans chaque Etat, aux praticiens une assistance technique, méthodologique, clinique, bio-statistique, pour mettre en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité. Enfin, le dossier médical informatisé est, dans tous les pays, objet de réflexions nationales, de par ses enjeux. Seuls certains réseaux américains disposent de cet outil - avec les logiciels construits autour - remarquable du point de vue des objectifs recherchés (maîtrise des dépenses inutiles ; qualité, continuité, coordination des soins).

Les pistes d'action dans le contexte français

En matière d'axes de réflexion et de propositions, les principales recommandations portent sur le cadre général de la médecine ambulatoire, sur les améliorations souhaitables de l'environnement de l'exercice professionnel, ainsi que sur certaines exigences nouvelles qui se font jour vis à vis des médecins et auxquelles il convient d'associer la profession. Enfin, des propositions sont faites pour adapter le service médical des différents régimes d'assurance maladie à ces évolutions.

Un constat s'impose : recherche de qualité et régulation ou optimisation des coûts sont indissociables. Trois autres principes de base doivent être conjugués : coexistence de mesures d'incitation et de sanction, mise à disposition de mesures (éventuellement individualisées) d'accompagnement et de soutien, transparence des règles du jeu et des résultats obtenus.

En matière de cadrage général, des éléments de méthode sont à revoir : une plus grande cohérence doit être apportée entre les priorités et programmes pluriannuels de santé publique et les actions menées quotidiennement sur le terrain par les différents acteurs, notamment dans le cadre de la gestion du risque ; la continuité des actions menées avec les professionnels doit être mieux assurée ; l'évaluation des actions menées plus systématique. L'organisation de la médecine ambulatoire doit évoluer. La place qu'occupe le médecin généraliste dans notre système de santé mérite d'être renforcée. Ses tâches pourraient être redéfinies. Les conditions de son exercice -encore trop souvent isolé- devraient être revues, et la coordination multidisciplinaire et pluriprofessionnelle favorisée. L'avenir de la gestion mérite également réflexion. A cet égard, une plus grande implication des pairs est nécessaire dans la gestion de la régulation par la qualité des soins et plus globalement dans l'encadrement professionnel. Enfin, les principes et les rôles respectifs des uns et des autres devraient être clarifiés en matière de sanctions.

Des propositions sont faites pour améliorer le suivi des médecins et celui de leur activité. Elles passent par une redéfinition de la portée du contrat et de la convention. Elles s'appuient sur des bases déjà existantes (profils statistiques) ou à portée (codage des actes qui doit être débloqué). Plus problématiques mais plus importantes encore sont les avancées à conduire en matière d'évaluation des pratiques et de certification des professionnels. Une évaluation annuelle des pratiques devrait être imposée à chaque médecin. Une procédure de requalification régulière des professionnels devrait être instaurée. Ces évolutions paraissent inéluctables mais l'inertie en la matière semble toujours importante dans notre pays. Elles n'ont de chance de progresser que si elles s'accompagnent de mesures de facilitation de l'exercice professionnel. Celles-ci sont techniquement assez facilement réalisables et souvent même bien avancées dans d'autres pays. Elles relèvent avant tout d'outils d'aide à la décision, accessibles notamment sur les systèmes d'information, de démarches de qualité et d'échanges entre professionnels. La mise en place d'un dossier médical unique sera également un facteur d'amélioration important, favorisant coordination et continuité de la prise en charge. Mais les changements nécessaires sont aussi culturels. Ils nécessiteront une implication réelle des professionnels et une concertation approfondie.

Enfin, l'adaptation des services médicaux des différents régimes d'assurance maladie devra accompagner ces évolutions. La mission estime légitime de conforter la double mission de conseil et de contrôle des médecins de ces services. Elle suggère que leur travail en direct avec les médecins de ville soit développé, que leur rôle de conseil soit renforcé, leurs actions de contrôle ciblées et qu'il puisse également disposer d'un pouvoir réglementaire nouveau qui leur permettrait de déclencher, le cas échéant, une action contraignante pour le médecin praticien (obligation de formation ou d'évaluation complémentaires par exemple). Si le principe que soient conduites des actions directes auprès de certains assurés, par exemple dans le cadre de démarches de qualité, mérite d'être discuté, la priorité du service médical doit rester les relations avec les professionnels. A cet effet, la mission préconise que les médecins conseils deviennent des médecins référents responsables des médecins d'un secteur géographique et/ou d'une spécialité, selon les configurations locales. D'autres évolutions en matière de gestion et d'organisation méritent d'être explorées plus avant : soit pour renforcer les capacités de contrôle, telle la création d'une équipe mobile de contrôle de second niveau, soit pour favoriser l'ouverture du corps des médecins conseils, telle

l'organisation d'une plus grande mobilité. Enfin, si le statut des corps des différents régimes et la question de leur intégration à la hiérarchie n'ont pas fait l'objet d'une analyse spécifique de la part de la mission, il lui apparaît toutefois que la reconnaissance des professionnels doit l'emporter sur la logique gestionnaire, ce qui conforte le principe de leur indépendance

Synthèse des recommandations pour faire évoluer l'encadrement de la médecine de ville

Le cadre n'est pas neutre :

- Construire la transversalité des actions
- Assurer la continuité des actions menées avec les professionnels
- Développer l'évaluation
- Renforcer la place du médecin généraliste
- Inciter au regroupement des professionnels
- Réfléchir aux transferts de tâches possibles
- Identifier le niveau de pilotage en matière de gestion
- Impliquer les pairs
- Clarifier les principes et les rôles en matière de sanctions

Améliorer l'environnement de l'exercice professionnel :

- Conforter les recommandations de bonne pratique
- Développer les fonctionnalités du système d'information
- Instaurer des échanges systématisés entre pairs
- Mettre en œuvre des démarches et des programmes de qualité
- Aller vers le dossier médical unique
- Privilégier la coordination

Repenser le suivi des médecins :

- Redéfinir la portée du contrat
- Débloquer le codage des actes et préparer celui des diagnostics
- Conforter les profils statistiques
- Imposer une évaluation annuelle des pratiques de chaque médecin
- Instaurer la requalification professionnelle

L'avenir du contrôle médical :

- Conforter la double mission de conseil et de contrôle
- Développer le travail en direct avec les médecins de ville
- Renforcer la fonction support du médecin conseil
- Cibler la mission de contrôle
- Donner le pouvoir de déclencher une obligation pour le praticien
- Participer à l'évaluation des pratiques et à la requalification des médecins
- Approfondir la relation avec certains assurés
- Faire des médecins conseil des médecins référents
- Créer une équipe mobile de contrôle de 2^{ème} niveau
- Favoriser l'ouverture et l'indépendance des médecins conseils

Sommaire

INTRODUCTION	3
PARTIE 1 : DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE CONTEXTE DE L'ENCADREMENT DE LA MÉDECINE AMBULATOIRE	
1.1 LES FONDEMENTS INSTITUTIONNELS DE LA COUVERTURE MALADIE	6
1.1.1 <i>Principes fondant la couverture du risque maladie et son financement</i>	6
1.1.2 <i>La régulation du système de santé</i>	7
1.1.3 <i>Les prestations prises en charge et l'ajustement du "panier de soins"</i>	8
1.2 LES MÉDECINS DE "VILLE"	9
1.2.1 <i>Une profession structurée et reconnue, participant largement à la définition des outils, notamment en matière de qualité</i>	10
1.2.2 <i>Accès filtré ou libre au spécialiste, à l'hôpital</i>	11
1.2.3 <i>Modes de fonctionnement des cabinets et rôle des personnels paramédicaux</i>	12
1.2.4 <i>La rémunération des médecins</i>	13
1.2.5 <i>Les liens entre la médecine de ville et l'hôpital</i>	14
PARTIE 2 : LES OUTILS DE LA RÉGULATION	
2.1 CONSTATS GÉNÉRAUX SUR L'ENCADREMENT DE LA MÉDECINE DE VILLE	16
2.1.1 <i>Un objectif d'encadrement partagé, mais des modalités, des degrés de priorité et d'articulation variables entre régulation des dépenses et recherche de la qualité des soins</i>	16
2.1.2 <i>Des cultures privilégiant les rapports de confiance avec la profession médicale : incidences sur la forme - le contrat - et la portée des outils - les sanctions</i>	17
2.1.2.1 La « philosophie » des relations avec le corps médical	17
2.1.2.2 Le « contrat »	18
2.1.2.3 Les sanctions	19
2.1.3 <i>Un encadrement au quotidien de la médecine de ville fondé sur le partenariat entre les acteurs</i>	22
2.1.3.1 Assureurs-payeurs et professionnels	22
2.1.3.2 Le « contrôle médical »	22
2.2 LA RÉGULATION PAR LE CONTRÔLE DE L'OFFRE ET DU COÛT DES SOINS	26
2.2.1 <i>La mise en concurrence</i>	26
2.2.2 <i>La démographie médicale</i>	28
2.2.3 <i>Les enveloppes de dépenses</i>	29
2.2.3.1 Le "point flottant"	29
2.2.3.2 Les enveloppes individuelles de prescriptions	30
2.2.3.3 Le système d'enveloppe par cabinet médical	30
2.2.4 <i>Les profils statistiques et les suivis d'activité</i>	31
2.2.5 <i>Autres mécanismes de régulation micro-économique de la prescription : médicament, entente préalable</i>	33
2.3 LA RÉGULATION PAR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET PAR L'ORGANISATION	34
2.3.1 <i>La pratique individuelle</i>	34
2.3.1.1 L'obligation de moyens : amélioration des connaissances, formation continue, recertification	35
2.3.1.2 L'évaluation des pratiques professionnelles	35
2.3.2 <i>Les pratiques collectives</i>	37
2.3.2.1 Les recommandations et standards de bonnes pratiques	37
2.3.2.2 L'échange entre pairs	39
2.3.2.3 Les programmes d'assurance-qualité	39
2.3.3 <i>L'organisation des soins</i>	41
2.3.3.1 La prise en charge globale du patient	41
2.3.3.2 Le dossier médical informatisé	42
2.3.3.3 L'accréditation et l'évaluation de la performance	42
2.3.3.4 Les instances d'appui à la qualité au niveau local	43

PARTIE 3 : AXES DE RÉFLEXION ET RECOMMANDATIONS POUR FAIRE ÉVOLUER L'ENCADREMENT DE LA MÉDECINE DE VILLE EN FRANCE	44
3.1 LE CADRE N'EST PAS NEUTRE.....	44
3.1.1 <i>Revoir la méthode</i>	45
3.1.1.1 Construire la transversalité	45
3.1.2 <i>Faire évoluer l'organisation de la médecine ambulatoire</i>	46
3.1.2.1 La place du médecin généraliste dans le système de soins est une donnée structurelle forte.....	46
3.1.2.2 La prépondérance de l'exercice en groupe à l'étranger souligne l'isolement du médecin français	46
3.1.2.3 La question du transfert de certaines tâches médicales vers d'autres professionnels est partout posée	46
3.1.3 <i>Réfléchir à l'avenir de la gestion</i>	47
3.1.3.1 L'identification d'un niveau de pilotage en matière de gestion	47
3.1.3.2 L'implication des pairs dans la régulation par la qualité des soins.....	47
3.1.3.3 La clarification des principes et des rôles en matière de sanctions	47
3.2 AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL.....	48
3.2.1 <i>Fournir aux médecins davantage d'outils d'aide à la décision</i>	48
3.2.1.1 Conforter les recommandations de bonnes pratiques	48
3.2.1.2 Développer les fonctionnalités des systèmes d'information	49
3.2.1.3 Instaurer des échanges systématisés entre pairs.....	49
3.2.2 <i>Mettre en œuvre des programmes et des démarches de qualité</i>	49
3.2.3 <i>Aller vers le dossier médical unique</i>	49
3.2.4 <i>Privilégier la coordination</i>	50
3.3 REPENSER LE SUIVI DES MÉDECINS.....	51
3.3.1 <i>Redéfinir la portée du contrat</i>	51
3.3.2 <i>Améliorer le suivi de l'activité</i>	52
3.3.2.1 Débloquer le codage des actes et préparer celui des diagnostics	52
3.3.2.2 Conforter les profils statistiques	52
3.3.2.3 Imposer une évaluation annuelle des pratiques de chaque médecin	52
3.3.2.4 Instaurer la requalification professionnelle.....	53
3.4 QUEL AVENIR POUR LE SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL ?	54
3.4.1 <i>Conforter la double mission de conseil et de contrôle</i>	55
3.4.1.1 Développer le travail en direct avec les médecins de ville	55
3.4.1.2 Renforcer le rôle d'aide du médecin conseil	55
3.4.1.3 Cibler davantage la mission de contrôle	56
3.4.1.4 Donner au médecin conseil le pouvoir de déclencher une obligation pour le médecin praticien	56
3.4.1.5 Faire participer le médecin conseil à l'évaluation des pratiques et à la requalification des médecins	56
3.4.1.6 Approfondir la relation avec certains assurés	56
3.4.2 <i>Des réformes de gestion et d'organisation</i>	57
3.4.2.1 Faire des médecins conseils des médecins référents.....	57
3.4.2.2 Créer une équipe mobile de contrôle de second niveau.....	57
3.4.2.3 Favoriser l'ouverture	57

ANNEXE

Introduction

1. Le champ de la mission

Proposer des voies d'évolution ou de réformes pour l'encadrement de la médecine ambulatoire et le contrôle médical conduit à s'interroger d'abord sur la notion même de « contrôle médical ». Dans le contexte français, celle-ci renvoie très précisément à la structure que constituent les services de contrôle médical des régimes d'assurance maladie (médecins conseils). Or en l'espèce la limitation du sujet à cette seule notion comportait le risque d'aboutir à une vision très étroite de l'étude et surtout de rendre l'exercice de comparaison internationale impossible en l'absence de structures identiques dans les pays étrangers.

La mission a donc considéré que la notion de contrôle médical devait être appréhendée sous l'angle fonctionnel et non institutionnel. Elle a retenu une acceptation large du sujet et s'est intéressée à l'ensemble des outils participant à l'encadrement des actes et des prescriptions effectués par les médecins exerçant en ambulatoire (cf. lettre de cadrage en annexe 1). En effet ces actes et prescriptions font l'objet d'un encadrement recourant à des modalités multiples. En France, les missions d'encadrement sont assurées pour une grande partie par le service du contrôle médical de la CNAMETS et par ceux des autres régimes d'assurance maladie. Toutefois, d'autres institutions sont impliquées, notamment l'ANAES et l'AFSSAPS, qui contribuent à définir et à diffuser des références de bonnes pratiques médicales.

S'agissant des objectifs de l'encadrement, la mission a estimé qu'ils étaient assez explicites : assurer la pertinence médicale et la qualité des soins, contribuer à en réguler le coût pour la collectivité. Il s'est d'ailleurs avéré que ces deux objectifs étaient largement poursuivis dans chacun des pays étudiés.

2. Une étude d'administration comparée

Quatre pays ont été retenus dans le cadre de cette étude : les Etats-Unis, l'Angleterre, les Pays-Bas et l'Allemagne.

Les Etats-Unis

Les Etats-Unis ont été choisis pour une double raison. D'une part, l'importance de leurs dépenses de santé fait de la question de la maîtrise de leur coût l'un des enjeux importants du système. D'autre part, si le système américain de couverture du risque maladie diffère profondément des modèles européens, ce pays présente des avancées et des expérimentations permanentes en matière d'organisation des soins et de recherche de la qualité, qui le rendent incontournable. Cependant du fait même de cette multiplicité et de la grande hétérogénéité, la mission n'a retenu dans son analyse que les outils lui paraissant les plus performants.

Les Pays Bas

Les Pays-Bas offrent un cadre intéressant d'analyse comparée pour trois raisons.

Tout d'abord, le système néerlandais de santé a fait l'objet de réformes dans les années 1990 dont les principaux leviers sont l'introduction d'une concurrence régulée entre caisses publiques notamment, le transfert partiel des risques vers les assureurs et le début d'une mise en concurrence entre fournisseurs de soins.

Par ailleurs, l'organisation du système de santé y présente certaines similitudes institutionnelles et professionnelles avec la France.

Enfin, les Pays Bas figurent parmi les rares pays de l'OCDE à avoir réussi à stabiliser la part des dépenses de santé dans le PIB au cours de la dernière décennie tout en conservant des taux de remboursement corrects.

L'Allemagne

Malgré une organisation institutionnelle et des traditions spécifiques - fédéralisme et principe d'auto-administration de la profession -, l'Allemagne présente des caractéristiques proches du système français : couverture quasi-généralisée dans le cadre d'un système fondé sur la solidarité, existence d'une médecine ambulatoire libérale de généralistes et de spécialistes, cloisonnement entre le système ambulatoire et le système hospitalier.

En outre, l'évolution forte des dépenses de santé a suscité, depuis une quinzaine d'années, l'adoption de nombreux dispositifs, notamment dans le champ de la régulation quantitative. L'Allemagne a pu ainsi être qualifiée de « championne d'Europe des réformes du système de santé ».

Le Royaume Uni

Le choix du Royaume-Uni se justifie pour plusieurs motifs tant structurels que conjoncturels.

Ce pays dispose d'un système national de santé depuis 1948. Il a servi de modèle aux réformes initiées ces dernières années dans les Etats du sud de l'Europe (Espagne, Italie, Portugal).

Dans le cadre d'un budget très contraint, le système santé britannique s'est efforcé ces dernières années à la fois d'imaginer des modalités de gestion originales et des outils privilégiant l'amélioration de la qualité des soins. Il fait aujourd'hui l'objet de réformes internes ambitieuses : augmentation très importante des ressources budgétaires, forte déconcentration de la gestion des crédits, renforcement de l'approche qualitative. L'objectif du gouvernement britannique est de faire de la réforme du système de santé le modèle de la modernisation des grands services publics. S'il est trop tôt pour en mesurer l'impact, ces réformes sont riches d'enseignements pour la France.

Compte tenu de la diversité institutionnelle des systèmes de santé retenus, la mission s'est efforcée d'abord d'identifier les différents acteurs impliqués dans chacun des pays (les « payeurs » quels qu'ils soient, les « contrôleurs », les professionnels eux-mêmes, les agences ou structures autonomes d'évaluation...). Elle a ensuite cherché à analyser les missions, l'organisation et le fonctionnement des différents systèmes de contrôle, d'encadrement ou de partenariat existant dans chaque pays, les moyens en personnel, les instruments dont ils disposent (instruments juridiques et techniques, référentiels médicaux, outils d'information...) et les résultats obtenus lorsque des évaluations existent.

3. Le cadrage méthodologique

Ce rapport résulte d'un travail de synthèse réalisé à partir de l'observation des situations étrangères. A partir des expériences qui lui ont paru les plus pertinentes, la mission a cherché à dégager des pistes d'action pour faire évoluer l'encadrement de la médecine de ville dans notre pays.

Ce travail présente certaines limites :

- Il ne prétend pas présenter de manière exhaustive l'ensemble des pratiques observées à l'étranger ; il doit être complété, pour une approche pays plus approfondie, par les rapports propres à chaque pays ;
- Il ne contient pas d'analyse approfondie des outils français du contrôle de la dépense et de la qualité des soins en ambulatoire, qui ont pu donné lieu à des travaux récents. La mission s'est basée sur ces constats et, en outre, a eu des entretiens avec certains acteurs du contrôle médical, au niveau national et local ;
- La mission a formulé des axes de propositions ; elle n'a pas mené un travail de concertation auprès des partenaires professionnels, cet aspect ne relevant pas de son mandat. Elle considère que la transposition ou l'adaptation de dispositifs observés à l'étranger, aussi séduisants puissent-ils paraître, est un exercice difficile en raison de l'importance des contextes (institutionnels, organisationnels, culturels). En tout état de cause, elle estime que l'évolution de la médecine ambulatoire ne peut relever que d'une concertation réunissant tous les acteurs.

Partie 1 : Données générales sur le contexte de l'encadrement de la médecine ambulatoire

1.1 Les fondements institutionnels de la couverture maladie

Le constat sur les quatre pays étudiés permet de relever deux conceptions différentes qui distinguent l'Europe des Etats-Unis.

1.1.1 *Principes fondant la couverture du risque maladie et son financement*

Dans les trois pays européens, la couverture du risque maladie repose, comme en France, sur les principes de solidarité et de quasi-universalité. Les modes de financement - contribution proportionnelle aux ressources et non au risque couvert - reflètent ces choix fondateurs.

Certes, des nuances différencient les systèmes : au Royaume-Uni (système béveridgien), la couverture est universelle, gratuite et uniforme, accordée sur la base d'un critère de résidence. Elle est financée essentiellement par l'impôt, qui couvre 80% des dépenses. Elle est assurée par l'accès à des services dépendant du NHS (*National Health Service*), Service national de santé, et non par des remboursements¹. En Allemagne, le système introduit par Bismarck était une assurance professionnelle, dans le cadre de l'entreprise et de la prévoyance sociale. Le financement est toujours assuré par les revenus du travail, par des cotisations gérées par des caisses d'assurance-maladie. L'assurance maladie est obligatoire pour les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain seuil (régime dit légal). Si le revenu excède ce seuil, il peut être opté pour le régime légal ou un système d'assurance privée (financement selon le risque). L'obligation d'appartenir à une catégorie professionnelle s'est infléchie au profit d'un mouvement de généralisation à l'ensemble des résidents. Le régime légal couvre plus de 90% de la population. Les Pays-Bas présentent un système inspiré à l'origine du système allemand, aujourd'hui mixte, la couverture étant également quasi-universelle, au prix d'entorses avec la logique professionnelle initiale : le premier niveau de soins - soins onéreux et de longue durée - couvre toute la population et est assuré par une cotisation obligatoire proportionnelle aux revenus. Les soins courants bénéficient d'un financement mixte, public et proportionnel aux revenus pour 65% des assurés (ceux dont le revenu est inférieur à un seuil), privé et en fonction du risque pour les autres assurés. Dans ces deux pays, le risque maladie est géré par des caisses à représentation paritaire. Dans les trois pays européens, les exclus de la couverture maladie, sur le plan légal, sont quasi-inexistants.

Les Etats-Unis n'ont pas de couverture généralisée à l'ensemble de la population. En fait, plusieurs sous-systèmes co-existent. Une même personne peut relever de plusieurs d'entre eux. L'assurance privée, représentée par quelque 3.500 sociétés, dont près de 600 réseaux,

¹ Le système anglais simplifie considérablement les formalités, tout - ou presque - étant pris en charge à 100%.

souscrite en majorité dans le cadre de l'entreprise, concerne 70% des Américains de moins de 65 ans. Sa tarification est basée sur la sélection des risques. Il existe cependant d'importants programmes publics, destinés à assurer une couverture minimum à certaines populations. Ces programmes ont bénéficié à environ 25-30% des Américains en 2000. Medicare - seule assurance maladie financée par des cotisations obligatoires - s'adresse aux personnes âgées de plus de 65 ans et aux handicapés, Medicaid - financé par l'Etat fédéral et les Etats fédérés - s'adresse aux familles pauvres. Pour ces assurés, l'accès à une couverture plus large que celle prévue par les programmes publics - car cette couverture est réduite au regard des critères européens - relève d'une assurance privée complémentaire. En définitive, en 2000, 14% des Américains (39 millions) étaient sans couverture maladie.

1.1.2 *La régulation du système de santé*

La légitimité à réguler le système de santé est liée à ses principes fondateurs.

La régulation consiste d'abord à poser les règles du jeu applicables. Dans les trois pays européens visités, comme en France, le cadrage par l'Etat est fort : celui-ci fixe, par la législation, les principes relatifs à l'accès à la couverture sociale, à son financement, au panier de soins remboursables, aux tarifs des prestations de soins, aux médicaments et dispositifs médicaux. Dans les pays où le risque est géré par des caisses, la tutelle est assurée par les pouvoirs publics qui cadrent précisément leurs règles de fonctionnement. Le fédéralisme -en Allemagne- conduit à un partage des compétences entre le niveau fédéral et les Länder, qui ne remet cependant pas en cause la prééminence de l'Etat fédéral pour ce qui concerne la régulation globale du système.

Les objectifs de maîtrise des dépenses de santé ont conduit à l'accélération des interventions du niveau central. Dans les trois pays européens, depuis la fin des années 1980, les réformes initiées par l'Etat se sont multipliées.

Aux Etats-Unis, le rôle de l'Etat diffère selon les systèmes. Dans le cadre des programmes publics, son rôle s'apparente à celui constaté dans les pays européens (fixation des critères d'accès, du niveau de soins remboursables, de la participation des assurés...). La régulation par le marché constitue néanmoins la caractéristique essentielle de la couverture maladie. De ce fait, le rôle de l'Etat fédéral se limite à la sécurité des produits de santé et alimentaires, à la lutte contre les épidémies, à la recherche médicale et à l'accompagnement des démarches qualité et évaluation. Il peut cependant intervenir dans des cas d'excès ou d'abus flagrants (exemple de la loi fédérale interdisant les sorties de l'hôpital le jour même de l'accouchement).

Un autre aspect de la régulation est financier. Les indicateurs présentés dans les tableaux joints rendent compte du poids des dépenses de santé dans l'économie des pays.

Tableau 1 : Taux de croissance des dépenses de santé déflatées du PIB

Période	Allemagne	Etats-Unis	France	Pays-Bas	Royaume-Uni
1970-1980	6,5	5,4	6,7	4,4	4,2
1980-1990	2,0	6,7	4,2	2,4	3,0
1990-1999	5,4	4,2	3,0	3,1	4,1

Source : OCDE, Eco-santé, calculs DREES

Tableau 2 : Part des dépenses de santé dans le PIB

Année	Allemagne	Etats-Unis	France	Pays-Bas	Royaume-Uni
1970	6,3	7,1	5,8	7,5	4,5
1980	8,8	8,9	7,4	8,3	5,7
1990	8,7	12,4	8,8	8,8	6,0
1999	10,5	13,7	9,5	8,6	7,0

Source : OCDE, Eco-santé, calculs DREES

Malgré de sensibles écarts entre les pays dans la part des dépenses rapportées au PIB, dès lors que les prélèvements pour financer le risque ont un caractère obligatoire, le souci de limiter le poids de l'impôt et/ou de préserver la compétitivité relative des entreprises conduit l'Etat à intervenir. Dans les trois pays européens, la régulation macro-économique se caractérise par divers mécanismes pour plafonner les ressources affectées au système de soins et donc ses dépenses.

Aux Etats-Unis, dont les dépenses de santé sont pourtant les plus élevées du monde, la configuration du système explique que, hormis pour les programmes publics, la limitation de la dépense ne constitue pas une préoccupation de l'Etat. L'essentiel de la régulation est microéconomique et imposé par les acheteurs, notamment les entreprises.

1.1.3 *Les prestations prises en charge et l'ajustement du “panier de soins”*

Dans les pays européens, les prestations auxquelles l'assuré peut accéder ou qui sont remboursées sont relativement homogènes. Globalement, sont pris en charge les frais relatifs à l'hospitalisation, aux maladies longues et onéreuses, aux soins médicaux de ville, au dépistage et à la prévention, à la maternité et à l'enfance, aux médicaments². La France s'inscrit dans ce schéma, même si la définition du « panier » français est largement implicite.

Les modalités de définition du panier varient selon les pays. Celles en vigueur aux Pays-Bas sont intéressantes. Le panier est défini autour de trois groupes de soins selon leur niveau de gravité ou d'utilité médicale : soins exceptionnels (onéreux, de longue durée), soins ordinaires ou courants, soins dits de luxe. A chaque niveau correspond un mode de financement spécifique. La solidarité nationale intervient d'autant plus que les soins sont médicalement nécessaires et que le revenu est faible ; à l'autre extrême, la catégorie des soins de luxe relève de l'assurance volontaire.

² Avec certaines limites : listes positives et négatives, prix de référence...

L'admission et la radiation du panier sont établies de façon concertée et après examen de quatre critères : nécessité des soins, efficacité de la prestation médicale au regard du but poursuivi, efficience, responsabilité individuelle des patients³.

La participation directe des assurés à leurs frais de santé, dans les régimes de base, est variable selon les pays. La tendance générale sur le long terme est cependant celle d'une participation accrue demandée à l'assuré. Cette tendance est observée, par exemple, pour les dépenses pharmaceutiques⁴ en Allemagne et en Angleterre. Elle est à l'ordre du jour aux Pays-Bas : le plan de réforme de l'assurance-maladie prévoit la mise en place d'une franchise généralisée pour l'ensemble des assurés à partir de 2005. Une meilleure information du patient sur les dépenses que la collectivité prend en charge pour lui, constitue actuellement un autre axe de réflexion : il en est ainsi en Allemagne où le tiers-payant est généralisé, le patient n'ayant donc aucune idée du coût de sa consultation chez le médecin et des prescriptions faites⁵ à cette occasion.

Sur un plan théorique, dans les pays développés, la prise en charge des prestations non incluses dans le panier « légal » peut être assurée par des assurances complémentaires ; celles-ci sont marginales en Angleterre⁶, peu développées en Allemagne. Elles sont plus importantes aux Pays-Bas, notamment pour couvrir l'étage des soins « de luxe » (services hôteliers de luxe à l'hôpital, soins dentaires pour adultes, thérapies de confort).

Aux Etats-Unis, les prestations prises en charge sont très variables selon les contrats proposés par les assureurs. Ceux-ci ajustent le contenu du panier au risque représenté par l'assuré - ou au groupe auquel il appartient - et au montant de la prime payée. Ils peuvent refuser d'assurer les personnes présentant des risques trop lourds, exclure du contrat les risques aggravés ou leur appliquer une surprime. Les contrats, individuels ou collectifs, définissent généralement une couverture de base et offrent des options pour une couverture plus complète. Outre les limitations de prise en charge, la pratique de la franchise et du ticket modérateur est habituelle. Enfin, les prestations que l'assureur s'engage à prendre peuvent être limitées par un plafond. Les prestations des programmes publics comportent également de nombreuses limitations : par exemple, limitation dans le temps de l'hospitalisation (Medicare, partie A), exclusion des dépenses pharmaceutiques en ambulatoire (Medicare, partie B). Medicaid couvre une gamme assez étendue de prestations, imposées par la loi fédérale, tout en laissant à l'appréciation des états fédérés la prise en charge des médicaments et des soins dentaires.

1.2 Les médecins de “ville”

En ce qui concerne les fondements du risque maladie, les différences entre les conceptions européenne et américaine sont évidentes. En revanche, s'agissant des caractéristiques de la profession, de ses modes d'exercice, donc d'aspects à la fois culturels et organisationnels, les lignes de partage sont beaucoup moins claires. Elles

³ S'appuyant sur ce critère, le système de santé hollandais ne rembourse pas les soins dentaires après 18 ans, en raison d'une prise en charge totale et préventive jusqu'à cet âge.

⁴ Par divers mécanismes comme : exclusion du panier de médicaments, participation forfaitaire à la charge du patient pour certains médicaments...

⁵ Sauf pour la participation forfaitaire demandée pour les médicaments.

⁶ Angleterre : 5% des dépenses de santé en 1996.

varient selon les critères pris en compte. Ce qui peut être souligné, c'est qu'il ne semble pas y avoir de lien systématique entre les caractéristiques de la médecine de ville et les fondements philosophiques ou institutionnels des systèmes. Sur plusieurs points, les médecins de ville britanniques et hollandais ont un fonctionnement plus proche de leurs homologues américains exerçant dans le cadre d'une HMO que celui des médecins allemands.

Plusieurs traits caractérisant les médecins de ville, leurs modes d'exercice dans les pays sous revue sont examinés ci-après. Les thèmes retenus paraissent constituer des facteurs importants de mise en place d'outils de régulation, notamment sur le plan de l'amélioration de la qualité du service médical.

1.2.1 *Une profession structurée et reconnue, participant largement à la définition des outils, notamment en matière de qualité*

Les médecins de ville, dans les pays européens étudiés, sont dotés d'institutions représentatives fortes et reconnues, ce qui constitue une différence notable avec la situation française. Ces institutions sont les interlocuteurs des pouvoirs publics dans les négociations. Elles peuvent jouer un rôle important dans la définition et/ou la mise en place des outils d'encadrement de la médecine de ville.

En Allemagne, l'union fédérale des médecins conventionnés et les unions locales, auxquelles l'adhésion est obligatoire, sont des partenaires institutionnels dotés d'attributions nombreuses et importantes, en matière notamment de définition des conditions d'exercice et de gestion de la profession (remboursement des honoraires, contrôle des médecins,...). Aux Pays-Bas, plus de 90% des généralistes adhèrent à l'association professionnelle nationale unique : celle-ci détient le monopole des négociations avec l'Etat et participe activement à l'amélioration des pratiques médicales et de la qualité des soins. En Angleterre, les médecins ont également une représentation unifiée et forte. La *British Medical Association*, association professionnelle, regroupe 80% d'entre eux. C'est avec la BMA et avec ses comités, le *General Practitioner Committee* pour les généralistes, que négocie le ministère de la santé, même si le monopole de la BMA a été récemment mis en cause.

En outre, aux Pays-Bas et en Angleterre, les médecins généralistes ont un positionnement universitaire et scientifique fort : 70% des généralistes hollandais adhèrent à un collège scientifique unique en charge de la définition des recommandations de bonnes pratiques nationales. En Angleterre, le *Royal College of General Practitioner* est une institution professionnelle importante dont l'activité est tournée vers la formation initiale et continue des généralistes anglais.

Aux Etats-Unis, les associations professionnelles ne disposent pas de représentativité légale. Elles jouent néanmoins un rôle important, notamment en ce qui concerne les démarches d'évaluation et les normes de bonnes pratiques. L'*American Medical Association* regroupe près de la moitié des médecins américains.

Tous ces exemples marquent une différence notable avec la situation française.

1.2.2 Accès filtré ou libre au spécialiste, à l'hôpital

La démographie de la médecine de ville s'ordonne schématiquement autour de deux modèles. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, la médecine de ville est quasi-exclusivement une médecine de généralistes, les spécialistes exerçant pour l'essentiel en établissements. Ces deux pays sont caractérisés par une pénurie de généralistes, relative aux Pays-Bas et importante aux Royaume-Uni. L'Allemagne présente pour sa part l'image d'une offre médicale ambulatoire considérée comme excédentaire et une très forte spécialisation des médecins de ville (60%). Par ailleurs, les médecins allemands disposent de véritables plateaux techniques ce qui influe fortement sur la chaîne ville/hôpital, par rapport au système français. Quant aux Etats-Unis, ils présentent selon les aires géographiques et les organisations mises en place par les assureurs, une situation contrastée empruntant aux deux modèles.

Une première contrainte est souvent posée pour l'assuré au niveau du généraliste, chez qui il doit être inscrit pour une durée minimum : c'est le cas en Angleterre, aux Pays-Bas, aux Etats-Unis dans certains types de réseaux (*HMO*). En Allemagne, cette clause existe mais son respect n'est pas contrôlé.

La seconde contrainte porte sur l'accès, filtré ou non, au spécialiste. Au Royaume Uni, les médecins généralistes constituent des médecins de première ligne et exercent en ville. Quant aux médecins spécialistes, ils sont tous employés par l'hôpital et l'accès à ces spécialistes, sauf en cas d'urgence et dans certains cas exceptionnels, passe par l'intermédiaire du généraliste qui joue le rôle d'un *gatekeeper*. Ce système établi depuis 1948 ne semble pas contesté. Aux Pays-Bas la situation est similaire. Le médecin généraliste est, depuis 1941, au cœur du système de soins : il prodigue les soins dits de premier niveau et sert, pour les assurés des caisses publiques, de *gate-keeper* à l'égard du système hospitalier où exercent les spécialistes. Dans ces deux pays, il est généralement admis que cette organisation du système limite le risque de comportement inflationniste de la part de l'assuré et rend non pertinente la question du nomadisme médical.

En Allemagne, le principe, posé en 1989, selon lequel l'accès au spécialiste n'est possible que sur prescription du médecin de famille⁷ n'est pas appliqué. Le nomadisme éventuel de l'assuré allemand, qui bénéficie d'une grande liberté, n'a pas été mesuré. L'introduction du *gate-keeper*, l'importance du rôle du médecin de famille sont cependant des thèmes régulièrement abordés par les ministres de la santé. Les nouveaux médecins omnipraticiens - dont la formation a été revue et allongée dans la décennie 1990 - sont formés dans la perspective d'exercer, à partir de 2006, une fonction de *gate-keeper* (certains spécialistes, comme les gynécologues devant rester accessibles directement). Les assurés allemands ne seraient pas très favorables à cette limitation de leur liberté de choix. Dans le contexte préélectoral allemand actuel, la visibilité sur la faisabilité de cette réforme est faible, tant sur les plans politique - en raison des réticences des assurés et des spécialistes - que pratique - en raison de la démographie des spécialistes.

Aux Etats-Unis, le faible nombre de généralistes *stricto sensu* est, en partie, compensé par les médecins de premier recours (1/3 des médecins), *primary care*

⁷ La notion de « médecin de famille » en Allemagne est plus large que celle de généraliste : généraliste, mais aussi interniste, pédiatre, gynécologue. Elle rejoint celle du *primary care physician* américain.

physicians (généralistes, spécialistes de médecine interne, pédiatres, gynécologues, gériatres). Dans les modèles d'organisation les plus intégrés, l'accès aux prestataires est coordonné et hiérarchisé. C'est le cas dans les *Health maintenance organizations (HMO)*, où les médecins de première ligne jouent un rôle central : les patients sont généralement obligés de s'inscrire auprès de l'un d'eux qui est leur référent, joue un rôle de filtre, décide du recours au spécialiste, à l'hospitalisation (sauf urgence) et de manière générale aux prestations de seconde ligne. Certaines infirmières du réseau de soins, *nurses practitioners*, pratiquent une très grande partie de soins de premier niveau (prescription de médicaments, petites interventions). Dans un autre modèle de réseau, les *Points of service (POS)*, l'assuré doit également choisir un *primary care physician* référent ; il peut cependant consulter un spécialiste de son choix en dehors du réseau, mais en acquittant des franchises ou un ticket modérateur élevés. À l'autre extrême, dans l'assurance traditionnelle et dans les *Preferred provider organizations (PPO)*, aucune obligation en la matière ne pèse sur l'assuré. Il faut à cet égard signaler une tendance récente aux Etats-Unis : le passage obligé par un médecin référent de premier recours avant de pouvoir accéder à un spécialiste est en perte de vitesse, l'usager-consommateur appréciant moins cette entrave à sa liberté⁸.

En définitive, la formule du *gate-keeping* semble devoir s'accompagner de deux facteurs clés de succès :

- l'acceptation par l'usager,
- l'étendue des tâches et compétences du généraliste gate-keeper. Le cas hollandais conduit à observer l'étendue des compétences du généraliste gate-keeper qui a vocation à pratiquer une grande diversité de soins, notamment des actes chirurgicaux (en dermatologie, par exemple) ou obstétriques (45% des accouchements ont lieu à domicile).

1.2.3 *Modes de fonctionnement des cabinets et rôle des personnels paramédicaux*

Le plus souvent dans les quatre pays sous revue, la pratique médicale est beaucoup plus collective et exercée en groupe qu'en France. Elle s'accompagne d'un transfert sur d'autres personnels de certaines fonctions.

En Angleterre, un cabinet médical moyen rassemble environ 6.000 patients inscrits pour 3 médecins et une équipe non médicale d'environ 6 temps plein (dont 4 personnels administratifs et 2 personnels soignants). Il n'est pas rare que les cabinets rassemblent plus d'une trentaine de personnes, avec des médecins, des infirmières et un personnel administratif important (réceptionnistes, employés, gestionnaires). Ce mode de fonctionnement a des impacts très directs sur la collaboration entre les professions médicales et paramédicales et rend plus spontané le transfert de compétences entre les acteurs.

Aux Pays-Bas, l'exercice en cabinets individuels devient minoritaire⁹ au profit des cabinets groupés ou de centres de santé regroupant les professions médicales et

⁸ En 2000, HMO et POS couvrent environ la moitié des salariés assurés via leur entreprise. L'autre moitié du marché est répartie entre l'assurance traditionnelle - en perte de vitesse, moins de 10% des parts du marché - et les PPO - plus de 40%, en très nette augmentation.

⁹ 46% des praticiens en cabinets individuels contre 57% il y a une dizaine d'années.

paramédicales (infirmières libérales, sages femmes, kinésithérapeutes, éventuellement pharmaciens), offrant une approche multidisciplinaire des soins. Cette évolution va de pair avec la féminisation de la profession et le souhait d'un nombre croissant de généralistes de travailler à temps partiel. La loi autorise et pose le cadre de la délégation de certains actes médicaux du médecin vers les para-médicaux (infirmières notamment, sages-femmes). En Allemagne, l'exercice en cabinet apparaît moins collectif qu'en Angleterre ou aux Pays-Bas ; les médecins libéraux ont cependant la faculté d'employer un médecin salarié et, l'exercice libéral infirmier n'existant pas, de techniciens habilités à pratiquer certains actes (pansements, intraveineuses). L'équipement informatique et médical (échographe, électrocardiogramme,...) des cabinets allemands de généralistes est important.

Aux Etats-Unis, l'exercice de groupe pour les *primary care physicians* est devenu prépondérant, une association comptant en moyenne cinq médecins. L'organisation en réseau, favorisant une approche intégrée et pluridisciplinaire, a conduit à une redéfinition des compétences respectives des différents professionnels : assistants médicaux (*physician assistants*) et surtout infirmières (*nurses practitioners*) pratiquant, dans les HMO, un grand nombre de soins de premier niveau et jouant, vis à vis du patient, un rôle fondamental de suivi.

Au total, la question du transfert de compétences des médecins à des personnels paramédicaux soit a fait l'objet de décisions assez avancées (Angleterre, Pays-Bas, Etats-Unis), soit constitue un thème actuel de réflexion (Allemagne, Pays-Bas) qui n'est pas toujours consensuel. En Angleterre, la réforme en cours du *NHS* s'appuie très explicitement sur un transfert en chaîne des responsabilités des spécialistes vers les généralistes¹⁰, des généralistes vers les infirmières, des infirmières vers les travailleurs sociaux.

1.2.4 La rémunération des médecins

Plusieurs constats peuvent être formulés sur la question de la rémunération des médecins.

D'abord, dans tous les pays vus, le niveau de rémunération des médecins est une considération importante et mobilisatrice pour le corps médical. Celui des généralistes - et a fortiori des spécialistes - semble assez élevé.

Les médecins généralistes anglais sont soumis à un système complexe de rémunération mêlant une part garantie et une part discrétionnaire (*cash limited payments ou discretionary payments*), c'est à dire laissée à la discréption des autorités locales du *NHS*. Chaque année, une commission indépendante et administrative, le *Review Body*, fait un point sur le revenu réel des médecins et émet des propositions quant aux rémunérations à venir. Au 1^{er} avril 2002, la rémunération moyenne nette des médecins anglais devait s'établir à 56.510 livres annuelles (82.000 €). Aux Pays-Bas, le niveau de la capitation¹¹ est fixé au regard d'un revenu annuel moyen établi par rapport à celui de professions équivalentes. Il prend d'ailleurs mal en compte actuellement la charge croissante de travail des médecins. En Allemagne, où le médecin libéral est

¹⁰ Les médecins généralistes peuvent ainsi se spécialiser afin de mieux prendre en charge en ambulatoire certains types de soins, *specialist general practitioner*.

¹¹ En janvier 1999 le niveau moyen de la capitation par patient et par an était de 58,59 euros.

traditionnellement bien payé, la question de la rémunération empoisonne les relations entre l'Etat et la profession en raison des effets du point flottant ; les instances fédérales des médecins estiment qu'un généraliste devrait gagner au moins 90.000 €bruts par an. Aux Etats-Unis, la profession de médecins est considérée comme une des plus lucratives.

En second lieu, on observe une riche panoplie de modes de rémunération, sans pouvoir conclure à la supériorité évidente de l'un sur les autres¹². Théoriquement, les médecins peuvent être rémunérés selon trois modes de paiement : à l'acte, sur la base du salariat, selon un système de capitation. On peut ajouter à cette typologie une quatrième formule, le mode de paiement mixte, associant des éléments des trois premiers, et qui semble constituer une voie d'équilibre. Enfin certains *managed care plans* américains prévoient des mécanismes d'intéressement aux pertes et aux bénéfices de l'assureur. Le paiement à l'acte prévaut en Allemagne, et aux Etats-Unis dans le programme Medicare et chez les assureurs privés. Le salariat est utilisé dans nombre de HMO américaines. En Angleterre, les médecins sont payés à la capitation en fonction du nombre de patients suivis. Mais ce paiement fixe ne représente qu'une partie de la rémunération des médecins, une deuxième composante étant le paiement à l'acte pour certaines prestations (visites à domicile, actes de vaccination, de petite chirurgie), et en outre le financement de certains frais du cabinet. Aux Pays-Bas, les médecins sont payés à la capitation quand il s'agit d'un assuré public, à l'acte pour un assuré privé.

La troisième observation porte sur les mécanismes permettant d'assurer une certaine garantie de rémunération: si l'on excepte le salariat, la capitation, qui est rarement un mode de rémunération exclusif, assure en partie cette sécurité. Quant au système allemand, fondé sur le paiement à l'acte, il met en place des mécanismes correcteurs pour parer les effets les plus déstabilisateurs du point flottant¹³ sur les revenus des médecins : à chaque cabinet est fixé un plafond de points (donc d'activité) pour éviter la chute de la valeur du point (donc des honoraires).

Enfin, on assiste aux développements de mécanismes de rémunération forfaitaire. Ces mécanismes peuvent avoir pour but de faciliter l'équipement informatique des cabinets (Angleterre). Ils sont plus souvent liés à des objectifs de qualité des soins, de santé publique et de prévention : l'Allemagne en fournit un exemple avec les conventions de prise en charge des patients diabétiques par les médecins généralistes et les médecins spécialistes de la pathologie ou encore l'Angleterre avec les forfaits pour vaccinations. Dans ce pays, la rémunération est même liée directement aux résultats puisque le forfait est progressif selon le taux de couverture vaccinatoire de la population prise en charge par le médecin.

1.2.5 *Les liens entre la médecine de ville et l'hôpital*

Sur cette question, schématiquement deux cas de figure peuvent être distingués : les pays où des relations fortes et organisées existent entre les médecins de ville et l'hôpital (Angleterre, Etats-Unis) ; les pays où les deux secteurs restent cloisonnés.

¹² Des études (OCDE 1994, britannique 1991) ont cependant montré que la rémunération à la capitation est génératrice d'économies tant en termes de soins que de prescriptions, par rapport au paiement à l'acte.

¹³ Voir la description du mécanisme au § 2231.

Le système de santé allemand, comme le système français, se caractérise par une grande étanchéité entre la médecine de ville et l'hôpital. Articuler davantage les deux secteurs constitue, en Allemagne, depuis plusieurs années un objectif gouvernemental affiché, sans résultats encore très probants. Les exercices libéraux et hospitaliers sont, pour l'essentiel, exclusifs.

Aux Pays-Bas, les relations entre généralistes de ville et spécialistes hospitaliers s'effectuent dans un cadre informel ; mais les médecins hospitaliers sont invités et participent aux groupes locaux de travail, pierre angulaire de la réflexion et de l'échange sur leurs pratiques des généralistes hollandais.

Le système américain présente un modèle opposé. Hormis certains grands hôpitaux et les hôpitaux universitaires où les médecins sont salariés à plein temps, le personnel médical hospitalier se compose essentiellement de médecins libéraux exerçant dans leur propre cabinet et ayant des priviléges hospitaliers. Ces priviléges vont du simple droit à admettre leurs patients à l'hôpital au privilège complet, en passant par des formules intermédiaires. Quant au système des réseaux, il est fondé sur la prise en charge complète de l'assuré, la continuité des soins, et inclut donc tous les types de soins et de prestations, de la ville à l'hôpital, en exigeant la coordination des différents prestataires.

L'Angleterre met en place à partir d'avril 2002 un nouveau dispositif très novateur : la gestion de l'offre de soins globale - médecine générale en ville et spécialisée à l'hôpital – est désormais assurée au niveau local par 350 *primary care trusts* qui couvrent en moyenne une population de 400.000 habitants. Les domaines relevant de cette intégration recouvrent la stratégie, le suivi de la gestion, le partage d'équipes et de systèmes d'information, l'ensemble de la prise en charge des patients (soins primaires, secondaires et spécialisés) et le suivi médico-social des personnes. Elle s'accompagne d'une enveloppe financière unique. Ce dispositif paraît très inspiré par les modèles américains de réseaux, caractérisés notamment par un système de financement intégré, de la ville à l'hôpital. La coopération entre les deux secteurs - ville, hôpital - constitue une condition indispensable à son bon fonctionnement.

Partie 2 : Les outils de la régulation

2.1 Constats généraux sur l'encadrement de la médecine de ville

2.1.1 *Un objectif d'encadrement partagé, mais des modalités, des degrés de priorité et d'articulation variables entre régulation des dépenses et recherche de la qualité des soins.*

Les structures de dépenses par grandes catégories¹⁴ - hôpital, ville, médicaments - sont très difficilement comparables d'un pays à l'autre, à la fois du fait d'insuffisances statistiques et de différences dans l'organisation des systèmes de santé (par exemple, selon que la médecine spécialisée est exercée uniquement à l'hôpital ou qu'elle relève aussi d'une offre libérale).

Finalement, il est surtout significatif de comparer les évolutions des grandes catégories de dépenses entre pays. Elles font apparaître une convergence, avec des dépenses hospitalières évoluant désormais faiblement dans tous les pays et une montée des dépenses liées aux médicaments. L'hôpital est le lieu privilégié où de nombreuses mesures d'encadrement sont expérimentées et mises en place en premier lieu, pour des raisons de faisabilité et parce qu'il demeure un poste essentiel de dépenses.

Dans les pays européens, l'existence d'un régulateur central, l'Etat, avec les payeurs le cas échéant (cas des pays à caisses), permet de poser des normes quantitatives globales pour l'encadrement des dépenses, i.e. de préciser la part de la richesse nationale affectée à la santé. Mais la régulation peut également faire appel à des outils destinés à améliorer la pratique médicale, donc la qualité des soins, et partant, à terme, l'efficience du système. Les deux approches ne sont pas concurrentes mais complémentaires. La pratique des pays montre que le « curseur » peut être positionné de façon sensiblement différente et évoluer.

En Angleterre, la maîtrise des coûts a longtemps constitué la seule priorité. Elle est assurée de façon macro-économique à partir d'un cadrage budgétaire strict établi en amont au niveau central. La gestion de l'enveloppe au quotidien est ensuite déconcentrée aux *Primary Care Trusts*, autorités locales du *NHS*. Après des années de sous financement chronique du système de santé portant la part des dépense de santé dans le PIB à un des niveaux les plus bas d'Europe, la réforme initiée depuis le livre blanc de 1997 (« *A new NHS* ») a établi comme une priorité l'augmentation du budget de la santé dans les années à venir. Les discussions budgétaires en cours quant à l'établissement du budget 2002/03 ont revu à la hausse les prévisions de ressources et acté la poursuite de l'augmentation du budget du *NHS* sur les cinq prochaines années prévoyant une hausse de 40% en termes réels au 1er avril 2008, soit l'injection de l'équivalent de 25 milliards de livres sur cinq ans. En parallèle à l'augmentation des ressources, le gouvernement affiche une politique ambitieuse d'amélioration de la qualité des soins, l'objectif sous jacent étant de parvenir à une meilleure efficience (ou *value for money*).

¹⁴ Cf. Etudes DREES, n°12, avril 2002, Comparaison internationale des dépenses de santé dans sept pays.

Aux Pays-Bas, les efforts de maîtrise des coûts ont surtout porté sur le secteur hospitalier (2/3 des dépenses), ce qui a engendré des effets similaires à ceux constatés en Angleterre, de façon cependant moins prononcée : apparition de listes d'attente, mécontentement des médecins et des usagers... Le secteur ambulatoire a été relativement épargné par l'approche « régulation budgétaire » et s'est fortement mobilisé autour de la qualité des soins, démarche initiée et encouragée par le gouvernement.

En Allemagne, les problèmes de maîtrise des dépenses ont conduit, dans la décennie 1990, à la mise en place de systèmes d'enveloppes pour les honoraires des médecins de ville et les prescriptions de médicaments. La gestion de ces dispositifs par la profession, leur impact sur le niveau de rémunération des médecins (point flottant) ont fortement mobilisé le corps médical, en mettant leurs représentants institutionnels, les unions, dans une position difficile. Dans ce contexte, la recherche d'outils d'amélioration de la qualité n'a pas constitué une priorité majeure. L'accent commence à être porté sur cette démarche. L'assuré allemand ne semble pas connaître les phénomènes de pénurie (listes d'attente, « rationnement »...).

Aux Etats-Unis, pour les programmes publics, par exemple Medicare, il n'y a pas de budget global ou d'enveloppes sectorielles, mais un taux directeur prévisionnel. Les dérapages sont comblés par les finances publiques, ce qui suscite régulièrement un débat politique autour de ces programmes. Dans le domaine de l'assurance privée, la multiplicité et la liberté des assureurs font de ceux-ci les régulateurs financiers de leur propre système. La nécessité, pour chaque assureur, d'ajuster dépenses et recettes, dans un marché très concurrentiel, est une contrainte économique incontournable. Les limites financières sont celles acceptées par les payeurs-clients (particuliers, entreprises). Ces limites peuvent être élevées, en regard des normes européennes. En effet, le patient-consommateur attache une grande importance à la qualité des soins, caractéristique importante du système de santé américain pour ceux qui en bénéficient.

Des cultures privilégiant les rapports de confiance avec la profession médicale : incidences sur la forme - le contrat - et la portée des outils - les sanctions.

2.1.2.1 La « philosophie » des relations avec le corps médical

Dans les quatre pays, les relations entre régulateurs et profession médicale connaissent des périodes de tension. En Europe¹⁵, la prédominance de la logique financière durant les deux dernières décennies a conduit à des prises de décision évitant ou limitant les processus habituels de concertation avec les membres des réseaux de la politique maladie. Des conflits surgissent, quand par exemple sont en jeu la rémunération des médecins (Allemagne), la démographie médicale et partant, les conditions de travail des médecins (Pays-Bas : mobilisation autour du numerus clausus des généralistes estimé trop faible).

¹⁵ cf. Patrick Hassenteufel, « Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne », thèse, 1997.

Néanmoins, les philosophies ou cultures qui sous-tendent les relations avec la profession sont en bonne part fondées sur la confiance. Aux Etats-Unis, cette approche est constitutive du système. A la différence de la France, dans les pays européens, historiquement, l'identité dominante du médecin libéral ou de ville ne s'est pas construite en se positionnant contre la couverture maladie obligatoire. La délégation à la profession médicale de responsabilités la concernant est, le plus souvent, ancienne. En Angleterre, par le *Medical Act* de 1858 créant le *General Medical Council*, l'Etat délègue à la profession la responsabilité des standards de formation et des critères de reconnaissance des médecins. Le plan Beveridge, en 1942, accorde une forte représentation aux médecins dans les instances de régulation du système aux niveaux central et local. En Allemagne, en 1931, sont créées les unions de médecins de caisses, ayant le monopole de l'offre médicale et auxquelles est transférée la fonction de surveillance et de contrôle de l'activité des médecins, fonction traditionnellement dévolue aux payeurs. Aux Pays-Bas, la conférence nationale d'Utrecht, en juin 1990, pose en principe que les médecins sont les responsables de premier niveau de la qualité des soins.

2.1.2.2 *Le « contrat »*

Ces relations ont des incidences sur les modalités formelles de l'encadrement. La convention ou le contrat en est le plus souvent le support.

Alors que le choix initial a été celui d'un contrat collectif dans les différents pays européens, dont la France, la tendance récente observée surtout en Allemagne et en Angleterre est celle d'une plus grande individualisation du contrat.

En Europe, la contractualisation prend des formes variées. Aux Pays-Bas, le médecin signe un contrat avec chacun des assureurs (jusqu'à 30 caisses publiques, sans compter les assureurs privés). Néanmoins le modèle de contrat est national et l'individualisation faible. Au Royaume-Uni, les médecins généralistes bénéficient d'un statut original de « contractuels indépendants » (*independent contractors*) leur garantissant une autonomie relative par rapport au système de soins. Dans ce cadre, la grande majorité des médecins généralistes sont soumis au régime dit du contrat national (82%) qui implique un conventionnement individuel du médecin avec le ministère de la santé sur la base d'un contrat national prénégocié entre la représentation professionnelle des médecins généralistes et le gouvernement. Ce contrat est ensuite signé localement par le *Primary Care Trust* et le médecin généraliste. Parallèlement, 18% des médecins anglais sont liés au NHS par des contrats individuels (*Personal Medical Services -PMS*) négociés localement et au cas par cas par le cabinet médical (et non le médecin généraliste). En Allemagne, l'adhésion -obligatoire- à l'union de médecins conventionnés emporte adhésion à la convention, à caractère collectif, négociée entre l'union et le payeur (caisse).

En revanche, aux Etats-Unis, les conventions entre les partenaires (assureur ou gestionnaire du réseau et médecin) sont individuelles. Il n'existe pas de convention cadre ou de modèle type mais une multitude de modalités de contrats.

En Allemagne et en Angleterre, se développent depuis peu des formes plus individuelles de contractualisation. En Allemagne, où le contrat est collectif depuis 70 ans, l'union des médecins conventionnés représentant tous les médecins conventionnés

par le régime légal, la législation récente offre la possibilité de conventionnement direct entre le payeur (caisse) et un groupe de médecins (dans le cadre de réseaux, par exemple) ou un médecin. Ces dispositifs, dont les applications semblent encore limitées, sont mal perçus par les unions de médecins, « remparts »¹⁶ des médecins face aux payeurs, quand elles ne sont pas prévues comme partie prenante obligatoire. En Angleterre, l'individualisation des relations contractuelles est une évolution notable du système. Tout d'abord depuis 1997, les médecins peuvent choisir de signer un contrat individuel (*PMS pilots*) déconnecté des stipulations du contrat national, 1/5^{ème} des médecins ayant opté pour cette option. Concomitamment, une renégociation du contrat national est actuellement en cours. Au terme du document de cadrage diffusé en avril 2002, il apparaît que le choix fait par les professionnels et le *NHS* est bien celui du maintien d'un cadre conventionnel collectif ; néanmoins, des marges de manœuvre sont prévues au sein du contrat et ouvrent la voie à des négociations plus individualisées avec le médecin. Autre nouveauté, le document de cadrage propose, sur la base du contrat national, une contractualisation avec le cabinet médical et non plus avec le médecin généraliste seul (*practice-based contract*).

Le contenu des conventions ou contrats est généralement large. Aux Etats-Unis, qui offrent la palette la plus étendue, le contrat fixe les règles relatives à la régulation de l'accès aux soins (filtre, conditions d'accès au spécialiste et à l'hôpital), à la rémunération du médecin, à sa qualification, aux normes de qualité à respecter -de façon parfois très contraignante- aux programmes d'assurance qualité. Aux Pays-Bas, le contenu est également vaste : organisation des consultations, continuité des soins, rémunération, encadrement des prescriptions, qualité des soins. En Angleterre, le contrat fixe les règles relatives aux conditions de l'exercice de la pratique médicale, à l'organisation de la profession et à la rémunération des médecins. Ces règles sont opposables à l'ensemble des médecins signataires et consignées dans un code particulier et volumineux (le *red book*).

Le contrat peut donc être un support important, bien davantage qu'une disposition administrative incontournable et convenue. En Allemagne, lors de son installation, le nouveau médecin conventionné reçoit de son union une « *Bible* »¹⁷, dans laquelle sont consignés tous les accords et conventions conclus entre l'union (fédérale) des médecins conventionnés, son union locale, et les caisses (nationales et locales). Aux Pays-Bas et en Angleterre, le contrat est un instrument de référence, respecté. C'est encore plus notable aux Etats-Unis où toutes les relations sont contractuelles et peuvent être révisées. L'engagement contractuel y est fortement ressenti par tous les participants.

2.1.2.3 *Les sanctions*

Les dispositifs légaux et/ou contractuels prévoient en général des sanctions.

Deux types de sanctions doivent être schématiquement distingués : les sanctions relatives à des manquements graves aux obligations déontologiques, quel qu'en soit le support (loi, convention, contrat...), les autres sanctions. Ces deux types de sanctions font l'objet de traitements généralement différenciés.

¹⁶ La création des unions de médecins allemands, en 1931, a signifié l'abandon des contrats individuels entre les médecins et les caisses. L'abrogation des contrats individuels avait constitué le fer de lance de la bataille du syndicalisme médical allemand au début du 20^{ème} siècle.

¹⁷ Classeur en 2 volumes, de plusieurs centaines de pages, en Rhénanie du Nord.

- Les manquements graves aux codes déontologiques ou disciplinaires, les abus, les fraudes.

Ils font partout l'objet d'un traitement spécifique. La mission a peu investigué sur cette question considérée hors de son champ. Certains dispositifs peuvent être signalés.

Aux Etats-Unis, l'Etat fédéral (*Medicare*) est très interventionniste dans la lutte contre la fraude, disposant d'un corps spécifique d'agents fédéraux distincts de ceux chargés de la gestion ou de la qualité des programmes. Dans ce pays marqué par la judiciarisation de la santé, la *National Data Practitioner Bank* est une banque de données nationales assurant la « traçabilité » des médecins ayant eu des problèmes, et à laquelle les hôpitaux et les assureurs sont tenus de rapporter toutes les poursuites judiciaires des médecins avec lesquels ils ont contracté, les restrictions de *privileges* hospitaliers, les sanctions disciplinaires pour fraude, mais aussi les manquements à la qualité des soins. Son exhaustivité et sa pertinence -une poursuite judiciaire n'étant pas forcément le signe d'une pratique médicale de mauvaise qualité- sont cependant discutées et discutables.

Aux Pays-Bas, le code disciplinaire pose des règles élémentaires de sécurité pour encadrer la pratique de la médecine et sanctionner le non-respect de la continuité des soins. Les sanctions encourues sont classiques : avertissement, réprimande, amende, radiation temporaire, définitive... cumul possible avec les sanctions pénales. En revanche, la procédure retient l'attention : elle relève d'une juridiction spéciale unique composée de juristes (*lawyers*) et de pairs (*professionnal associates*). Elle est écrite, publique, laisse une large place aux droits du plaignant, qui bénéficie d'une audition obligatoire, d'une assistance légale, de l'accès aux documents relatifs à son dossier.

- Les sanctions dans le cadre des mécanismes d'encadrement de la médecine de ville

Si l'Allemagne partage avec les autres pays une approche privilégiant l'association de la profession aux normes la régissant -et va même beaucoup plus loin avec l'auto-administration des professionnels dans le cadre des unions de médecins-, elle se distingue néanmoins fortement par ses dispositifs spécifiques d'encadrement et de sanctions.

Dans les trois autres pays, les écarts avec la « bonne pratique médicale » sont peu sanctionnés, et en toute hypothèse en dernier recours. Certes, aux Etats-Unis, l'assureur peut s'appuyer sur le contrat pour déconventionner un médecin. Mais il n'existe pas de données nationales permettant de mesurer le recours à cette sanction. Dans la pratique des *HMO* rencontrées par la mission, cette mesure n'est pas utilisée. Il en est de même aux Pays-Bas où les assureurs ne semblent pas utiliser la possibilité de déconventionner certains praticiens et ce, *a fortiori* dans un contexte de pénurie de l'offre. L'Angleterre semble se montrer plus ambitieuse sur ce point, au moins sur la période très récente. Le contrôle du respect des termes du contrat incombe aux *Primary Care Trusts*. Les « déviations » observées font souvent l'objet d'un règlement en interne avec les professionnels au sein de comités locaux constitués de manière ad hoc et peuvent aboutir à des sanctions. Parallèlement, depuis 2001, le *Royal College of General Practitioners* a lancé une campagne nationale de mesure de la mauvaise pratique médicale (*underperformance*) dont la sanction est le retrait du droit à exercer (deux médecins ont à ce jour connu cette sanction).

Si l'on peut faire des hypothèses sur les raisons de ce décalage entre le principe et la réalité, elles se trouvent très vraisemblablement dans l'existence de nombreux mécanismes « amont » de tous niveaux : valeur attachée au contrat, mécanismes de contrôle *a priori* (« entente préalable » et filtrage dans les réseaux aux Etats-Unis), importance des dispositifs permettant aux médecins de définir ensemble leurs pratiques et d'en discuter, philosophies et cultures sous-tendant les relations... Plutôt que de sanctionner, la tendance générale est donc de poursuivre les efforts de formation, de mise à disposition d'outils et de tous les moyens susceptibles d'améliorer les résultats recherchés.

L'Allemagne constitue un cas à part pour plusieurs raisons :

- c'est le seul pays qui a mis en place effectivement des dispositifs de sanctions collectives. Ces dispositifs ne se sont pas avérés concluants à plusieurs points de vue : faibles sur le plan juridique, peu ou pas appliqués, inéquitables dans leurs modalités pratiques, ayant des incidences négatives sur les relations entre le corps médical et les pouvoirs publics. Ils sont en cours d'abandon, la conjoncture préélectorale ayant sans doute servi d'accélérateur à la suppression d'un système peu satisfaisant sur le fond et très décrié ;
- il s'agit du seul pays disposant d'un arsenal détaillé et ancien de sanctions individuelles qui, de surcroît, sont effectivement appliquées. Le contrôle et les sanctions ont pour objectif de réprimer les soins jugés non efficents. Le déclenchement du contrôle pouvant aboutir à la sanction s'appuie sur le dépassement des seuils d'activité moyens constatés. Pour résumer, le système de sanctions individuelles est donc basé sur le postulat que la pratique de la moyenne des médecins allemands est la bonne pratique.

Le système allemand, à la différence des trois autres pays, se caractérise par la faiblesse des dispositifs et outils « qualitatifs »¹⁸ accompagnant le médecin de ville dans son exercice quotidien.

En définitive, la question des sanctions sur les pratiques médicales ne semble pas pouvoir être détachée des dispositifs d'encadrement ; elle n'est que l'aboutissement éventuel d'une démarche d'ensemble. Plus les outils d'accompagnement de la pratique médicale sont développés en amont (recommandations de bonnes pratiques, échanges entre pairs...), moins la sanction est utilisée. A contrario, dans le cas allemand où l'encadrement et le fait générateur de la sanction reposent principalement sur des mécanismes quantitatifs, mesurables, la sanction peut être facilement mise en œuvre. On peut se demander si le risque n'est pas alors d'éloigner les parties prenantes d'une réflexion plus structurante et d'une recherche d'outils visant la qualité des pratiques. C'est l'une des questions que pose la situation allemande.

¹⁸ Il y a évidemment, comme dans les autres pays, des normes qualitatives, parfois très détaillées, encadrant la formation et la qualification initiales ainsi que l'installation.

2.1.3 Un encadrement au quotidien de la médecine de ville fondé sur le partenariat entre les acteurs

2.1.3.1 Assureurs-payeurs et professionnels

Si la distinction entre maîtrise des coûts et qualité des soins peut apparaître réductrice, elle semble pourtant assez pertinente au regard du rôle des acteurs. Le suivi au quotidien de la médecine de ville, dans ses composantes coût et qualité, peut être assumé par divers partenaires : les assureurs-payeurs, les professionnels, des institutions étatiques ou indépendantes.

Le terme assureur-payeur rend compte de réalités assez diverses liées aux modalités de financement du risque. En Angleterre, le payeur est l'Etat et la gestion de l'enveloppe est confiée à des autorités déconcentrées du *NHS*, les *Primary Care Trusts*, qui sont donc directement responsables de l'allocation des ressources budgétaires et de leur utilisation. Aux Pays-Bas, le budget alloué à chaque caisse est largement déterminé par le gouvernement, mais le risque est supporté en partie par les caisses¹⁹. Les assureurs sont donc partiellement responsables de la régulation des coûts. En Allemagne, le rôle de l'Etat fédéral est également déterminant dans la fixation des budgets des caisses du régime légal, celles-ci étant cependant responsables de leur équilibre financier. Aux Etats-Unis, c'est l'assureur -qui supporte intégralement le risque – qui constitue le régulateur et le payeur de son propre système. En définitive, dans tous les pays étudiés, une des parties au système de soins, l'assureur-payeur, dispose donc de compétences - même si elles sont partagées ou négociées - en matière de tarification, de répartition des enveloppes aux différents types d'actions, et dispose d'une légitimité à agir sur et à suivre les coûts de la médecine de ville.

Le payeur ne peut se désintéresser des aspects relatifs aux pratiques médicales et à la qualité des soins ; ces questions sont soit largement déléguées aux professionnels de santé (Pays-Bas, Allemagne) soit menées en partenariat avec eux (Angleterre, Etats-Unis).

2.1.3.2 Le « contrôle médical »

Dans ce contexte, la notion de « contrôle médical » telle que nous la connaissons en France constitue une référence assez spécifiquement nationale. C'est la raison pour laquelle le terme d'encadrement de la médecine ambulatoire lui a été préféré. Les questions que peuvent se poser à juste titre les intervenants français sur les contours du contrôle médical à l'étranger n'ont pas de réponses parfaitement tranchées tant les principes et les pratiques sont différents. Ces différences se manifestent, comme cela a été souligné, à propos des concepts de contrats, de sanctions, de compétences en matière de bonnes pratiques médicales, et naturellement du champ, de l'organisation et des personnels du « contrôle médical ».

¹⁹ La réforme DEKKER-SIMONS a ainsi entraîné un transfert progressif du risque financier vers les caisses publiques.

- Champ et organisation de la fonction de “contrôle”

Le contrôle de la médecine ambulatoire peut recouvrir plusieurs champs. Schématiquement, peuvent être distingués les contrôles portant sur la régularité, sur la quantité et sur la qualité de l’activité. Quant à l’activité elle-même, elle se décompose en prestations réalisées par le médecin et prestations prescrites par celui-ci.

Le contrôle de la régularité de l’activité est pratiqué dans tous les pays en général par le payeur, comme en France : assureurs aux Pays-Bas, caisses et unions de médecins en Allemagne, services de facturation des réseaux aux Etats-Unis, *Primary Care Trusts* en Angleterre. Il consiste notamment à vérifier le respect des normes « dures » encadrant l’exercice : nomenclatures, cotations des actes (si paiement à l’acte), qualifications obligatoires requises, médicaments du panier pris en charge... Ce type de contrôle n’a pas appelé d’investigations spécifiques, car il va de soi dans de nombreuses activités. Il peut déboucher sur des sanctions (fraudes, abus).

Il peut aussi être le prélude à des investigations plus approfondies sur l’activité. Si le contrôle individuel, quantitatif de l’activité du médecin est effectué, plus ou moins, dans tous les systèmes, son organisation n’est très institutionnalisée, cadrée et généralisée qu’en Allemagne. En tout état de cause, même si des données sont recueillies, leur utilisation ne débouche pas sur des sanctions (sauf en Allemagne).

La multiplicité et la richesse des outils pouvant accompagner, au quotidien, la pratique du médecin constituent un dispositif serré d’encadrement (notamment réseaux américains). Ces outils s’insèrent alors dans le cadre d’un fonctionnement collectif de l’exercice médical. Dès lors, les modalités de leur utilisation et leur articulation sont largement plus significatives que l’organisation ou la structuration des services de contrôle, qui peut être hétérogène.

Ainsi, en Angleterre, il n’y a pas, au sein du *NHS* ou de ses autorités déconcentrées, l’équivalent d’un corps de médecins conseils. Ce pays dispose d’une instance nationale, la *Commission for Health Improvement*, dont la mission est le contrôle de la qualité des soins dispensés dans les structures de soins (hôpitaux, cabinets médicaux). Au niveau local, les *Primary Care Trusts* utilisent également des outils de suivi de l’activité des médecins généralistes. Ces outils ne sont cependant ni très exhaustifs ni très fiabilisés. Néanmoins, le contrôle des médecins généralistes s’opère davantage sur un mode endogène. Ainsi, les cabinets médicaux ont une culture forte de l’autorégulation interne, l’expérience des *Primary Care Groups*²⁰ (*PCG*) étant révélatrice de cette réalité. Au terme d’un rapport de l’*Audit commission* de 2000, la quasi-totalité des *PCG* enquêtés avaient désigné à la fois une infirmière et au moins un médecin responsable de la qualité des soins, la plupart ayant en outre leur propre pharmacien-conseil. Il y a donc autant de politiques de contrôle médical que de cabinets médicaux. Par ailleurs, depuis l’introduction d’un marché interne (achat de soins hospitaliers), il existe en Angleterre un autocontrôle fort des médecins généralistes par les spécialistes hospitaliers et inversement.

²⁰ Les *Primary care groups* sont des regroupements de cabinets médicaux polyvalents, institués en 1999 en remplacement du système des *GPFundholders*. Les 481 *PCG* couvrent une population de 46.000 à 250.000 personnes. Ces structures ont été supprimées en 2002 pour être remplacées par des *Primary Care Trusts*, structures administratives constituées de gestionnaires et acheteurs exclusifs au profit des généralistes de la zone de l’achat de soins secondaires.

L'approche est largement identique dans les réseaux américains où la direction médicale (au minimum, le directeur médical et une infirmière), assistée d'instances internes composées de médecins, pilote les programmes d'assurance qualité (*Quality Assurance*) et d'utilisation des ressources (*Utilization Review*). Plutôt que de contrôle médical, il paraît plus approprié de parler, selon le type d'organisation et le degré d'intégration au système dans lequel le médecin exerce, d'encadrement, de partenariat ou de relations contractuelles. En outre, aux Etats-Unis, la procédure - facultative - d'accréditation des réseaux fait intervenir des « inspecteurs » indépendants, chargés en quelque sorte du « contrôle du contrôle ».

Aux Pays-Bas²¹, la fonction de contrôle médical sur les prescriptions est assurée par les caisses. Mais les pratiques des assureurs sont très hétérogènes : un à deux médecins chez les petits assureurs, jusqu'à vingt chez les plus importants. La fonction des médecins des caisses consiste principalement à analyser les recours aux spécialistes ainsi que les prescriptions. Cette analyse ne conduit pas à des sanctions, mais peut donner lieu à une saisine informelle du généraliste concerné. Surtout, les médecins conseils hollandais développent de nombreux outils de formation continue interne et de qualité.

Le pays où le contrôle et la sanction des médecins sont les plus développés est l'Allemagne, le fédéralisme et l'autogestion du corps médical laissant cependant des espaces de liberté au niveau local :

- dans chaque Land, est organisé un « service médical » commun aux caisses, indépendant de celles-ci mais n'intervenant qu'à leur demande et dont l'avis ne lie pas celles-ci. Il a des compétences qui recouvrent, en partie, celles des médecins conseils français (avis individuel sur prestations, expertise en santé publique). Dans la pratique, ce service semble davantage tourné vers les assurés que vers la régulation des médecins de ville.
- les services de chaque caisse, dotés de pharmaciens conseils, contrôlent les prescriptions, à l'occasion de leur paiement. Les effectifs dédiés à cette fonction sont, de l'avis des Allemands, sous-développés²² ;
- le contrôle le plus significatif sur les médecins de ville est prévu par une réglementation très précise ; il s'agit du contrôle d'économicité ou d'efficience, qui dépend paritairement des caisses et des unions de médecins. La structure qui en a la charge est rattachée aux unions de médecins, dont les effectifs sont nombreux²³ - en raison notamment de la fonction d'auto-administration de la profession assurée par les unions. Une partie importante des effectifs est dédiée à la gestion du paiement des honoraires, qui sert de soubassement au contrôle des médecins, en aval.

En conclusion, deux constats peuvent être établis :

²¹ L'inspection générale de la santé rattachée au ministre joue un rôle supplétif, ses interventions s'effectuant sur plainte et surtout en cas de risque pour la sécurité du patient.

²² Environ 60 à 70 personnes pour toute l'Allemagne, selon les responsables fédéraux des caisses AOK et EEK (70% de la population allemande).

²³ Exemple, en Rhénanie du Nord, l'union compte environ 1.000 personnes pour près de 17.000 professionnels (15.000 médecins libéraux et 1.800 psychothérapeutes).

- les services chargés du contrôle sont, dans les quatre pays, beaucoup plus « décentralisés » qu'en France, avec des marges de manœuvre plus ou moins marquées dans la mise en place des outils ; il en résulte une grande hétérogénéité des situations ;
 - plus les outils se sont concentrés sur la qualité des pratiques, plus le contrôle de leur utilisation est endogène - au sein du cabinet médical ou du réseau. On aboutit ainsi au paradoxe qu'aux Etats-Unis, reconnus pour leur niveau d'excellence dans la recherche d'outils efficents (coût/qualité des soins) et dont par ailleurs le caractère démocratique n'est pas contesté, l'encadrement au quotidien du médecin de ville est beaucoup plus fort et contraignant qu'en Allemagne ou en France, où les « services de contrôle médical » font partie de l'organigramme institutionnel de la gestion du risque maladie.
- Les personnels chargés du contrôle

Compte tenu de ces caractéristiques de l'organisation du « contrôle médical », une mesure de son coût ne s'est pas avérée possible. Quelques ordres de grandeur, qui dépassent évidemment la seule fonction contrôle, peuvent être indiqués. Le coût de gestion dans les *managed care plans* américains, va de 8% à 25%. Globalement, les Etats-Unis consacreraient 1,5% de leur PIB à la gestion du système de santé. En Allemagne, les unions de médecins sont financées par une cotisation obligatoire représentant environ 2,5% des honoraires des médecins libéraux. Les caisses ont pour leur part un coût de gestion moyen de l'ordre de 5% (des prestations versées).

Sur un plan qualitatif, l'exercice du contrôle sur les médecins de ville requiert toujours la participation de personnels administratifs, parfois très spécialisés (statisticiens, informaticiens...). Elle fait aussi intervenir des personnels médicaux, notamment des infirmières et ce de façon très développée aux Etats-Unis et en Angleterre, et des pharmaciens pour le contrôle des prescriptions.

Néanmoins, à partir du moment où certains aspects de la pratique d'un médecin peuvent être mis en cause, a fortiori en cas de conflit, c'est un médecin du « service de contrôle » qui intervient. Il est considéré comme ayant la meilleure légitimité pour discuter avec le praticien mis en cause des pratiques observées, éventuellement contestées, pour le conseiller, le former, appliquer la « pression des pairs ».

A cet égard, la mission s'est interrogée sur l'existence ou non de facteurs clés dans la reconnaissance et l'acceptation des médecins engagés dans l'encadrement et le contrôle de leurs pairs par ces derniers. Les choix des pays sur certains critères a priori pertinents sont en effet très divers, y compris au sein d'un même pays selon les services. Tous les cas de figure sont rencontrés :

- formation initiale : généralistes ou spécialistes ;
- statut : médecins salariés, CDD, vacataires ;
- formation continue : obligatoire ou non ;

- expérience professionnelle antérieure : requise ou non ;
- exercice de la fonction d'encadrement et de contrôle : à plein temps ou non.

Il n'y a pas un modèle de « statut ». Néanmoins, une expérience clinique antérieure - et encore mieux, continuée, et partagée²⁴ - paraît un élément important pour asseoir la crédibilité des contrôleurs et conseillers.

2.2 La régulation par le contrôle de l'offre et du coût des soins

Dans un souci de lisibilité, la mission a présenté les dispositifs d'encadrement sous trois volets. L'approche est réductrice car dans la pratique rares sont les outils parfaitement purs et les dispositifs de régulation ne faisant appel qu'à un type d'outils. Souvent la réalité est complexe et les dispositifs enchevêtrés. Ce n'est jamais le recours à un seul outil ou à une catégorie de mesures qui fait la force d'un système d'encadrement de la médecine ambulatoire mais bien plutôt leur richesse, leur articulation et leur mise en cohérence.

Sous les réserves ci-dessus, le terme générique de limitation de l'offre et du coût des soins peut recouvrir toute une série de dispositifs, allant de l'approche macro-économique (budget global fixé a priori et très contraignant, comme dans le cas anglais) à des outils plus fins. Les outils présentés, de façon non exhaustive, peuvent ouvrir des perspectives en raison de leurs modalités d'utilisation à l'étranger et conduire à s'interroger sur nos pratiques (par exemple profils statistiques et entente préalable) ou nous sont inconnus mais correspondent à des réflexions actuelles telle la régulation de la démographie médicale) ou encore sont spécifiques et importants pour certains pays (mise en concurrence des acheteurs de soins, enveloppes par cabinet, point flottant).

2.2.1 *La mise en concurrence*²⁵

Le CREDES observe que la mise en concurrence peut se faire de manière séparée ou combinée, sur deux fonctions distinctes :

- la fonction d'assurance (concurrence entre assureurs) : l'enjeu majeur de l'introduction de la concurrence entre assureurs est probablement celui de l'universalité de l'accès à l'assurance et donc aux soins. La concurrence entre assureurs, sur la fonction d'assurance, conduit à une situation moins équitable que les systèmes socialisés, en faisant fi de deux principes fondamentaux de la protection sociale que sont la solidarité entre bien portants et malades d'une part, entre riches et pauvres d'autre part.
- la fonction d' « achat de soins » : cette concurrence entre acheteurs est souvent présentée comme un bon compromis entre une exigence d'efficacité accrue dans la délivrance des soins d'une part et les objectifs d'équité d'autre part. C'est ce rôle d'entrepreneur actif de soins qui apparaît aujourd'hui comme un enjeu majeur pour améliorer la qualité et diminuer les coûts. L'émergence d'une fonction d'entrepreneur de soins, qu'il soit concurrentiel (Etats-Unis) ou public (Royaume-Uni), implique inéluctablement une perte de liberté chez le producteur, et, pour l'usager, un contrôle plus strict de son comportement face à la santé et aux soins.

²⁴ Etats-Unis, au sein du réseau ; Angleterre, au sein du cabinet.

²⁵ Cf. l'étude du CREDES « *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé* », 1998.

Il existe également un 3ème niveau de concurrence, entre biens et services de santé. Aux Etats-Unis, par exemple, la diminution du recours à l'hospitalisation s'est notamment opérée grâce à une augmentation notable des prescriptions médicamenteuses.

La France n'a pas engagé de réformes ou d'expérimentations dans ce domaine, à la différence des pays observés.

Le système américain d'assurance privé, cité pour mémoire en raison de sa spécificité institutionnelle, est le seul qui assure ces deux fonctions (HMO). Mais rien n'indique, selon l'étude du CREDES, que la concurrence puisse brider l'inflation médicale sur le long terme.

En Angleterre, l'enjeu de la première réforme du *NHS* était l'introduction de marchés internes au sein du système de soins (*provider-purchaser split*). L'achat des soins secondaires (hospitaliers) était ainsi transféré soit à des autorités locales du *NHS*, les *Health Authorities*, soit à des groupes de médecins généralistes réunis dans les *General Practitioners Fundholders*²⁶ remplacés par les *Primary Care Groups* par le *Health Act* de 1999. Depuis le 1^{er} avril 2002, le système du *GPFundholding* a été supprimé et l'achat de soins secondaires est confié exclusivement aux *Primary Care Trusts* qui sont des instances administratives dirigées par des gestionnaires mais qui n'associent à l'équipe de direction que de manière facultative des médecins. Dans les faits, l'introduction de mécanismes de marché interne en situation de pénurie de l'offre a eu des effets pervers. En effet, dans un tel contexte, il ne peut être question de fermer les unités de soins les moins performantes, sauf à rationner encore davantage l'offre de soins. De ce fait, la marge de manœuvre effective des *Health Authorities* a été considérablement limitée. Concernant le *GPFundholding*, la réforme a eu plus d'impact et les *GPFundholders* sont généralement considérés comme des acheteurs beaucoup plus réactifs et avisés que les autorités du *NHS*. Enfin, le mécanisme du *Fundholding* aurait, selon certaines analyses microéconomiques, engendré des coûts de transactions plus importants que les gains qu'il aurait générés²⁷.

Les deux pays européens « à caisses » ont également mis en place des mécanismes visant à introduire une certaine concurrence dans le domaine de la santé. Aux Pays-Bas puis en Allemagne, les réglementations adoptées à partir de 1988 (réforme Dekker, réforme Seehofer) se sont principalement traduites par une concurrence accrue entre caisses, vis à vis de la demande, de l'assuré. Encore cette concurrence est-elle très cadrée (liberté limitée de fixation des cotisations, de modification du contenu du « panier », mécanismes complexes de peréquation), afin d'éviter un risque majeur souligné par l'étude : la sélection du risque et donc la remise en cause du principe de solidarité, fondement des systèmes. S'agissant de la fonction d'acheteur de soins, dans ces deux pays, les caisses ne l'exercent pas réellement, ont donc peu de prise sur l'offre, pour des raisons variées au rang desquelles notamment le pouvoir fort du corps médical en matière d'organisation des soins (Allemagne), la pénurie de généralistes (Pays-Bas). Aux Pays-Bas, la concurrence entre caisses semble cependant avoir conduit à l'amélioration de l'efficience des caisses publiques et du service à l'assuré.

²⁶ Réforme de NHS de 1990-1991 et introduction de marchés internes.

²⁷ GPC guidance : « Primary Care Trusts : implications for general practice », *British Medical Association*, 2001.

En Europe, l'introduction d'une fonction d'acheteurs de soins, avec des mécanismes d'incitations financières, est discutée sur le plan de l'éthique en Angleterre, comme en Allemagne où la profession y est opposée pour ce motif.

2.2.2 *La démographie médicale*²⁸

La régulation de la démographie médicale est un dispositif macro-économique utilisé par les trois pays européens. Les Etats-Unis sont en revanche, pour des raisons institutionnelles, un pays à faible régulation administrée.

La régulation de la démographie intervient en amont par le biais de numerus clausus dans le cadre des études médicales en Angleterre et aux Pays-Bas, qui connaissent des situations de pénurie de médecins de ville. La répartition géographique est ensuite régulée par divers mécanismes. Aux Pays-Bas, à un régime d'autorisation d'installation accordée par la municipalité s'est substitué dans la pratique depuis 1992 un principe de cooptation par les pairs. En outre, dans les zones de pénurie de l'offre médicale, les assureurs ont mis en place des mécanismes incitatifs pouvant prendre la forme d'avantages en nature ou financiers. En Angleterre, la procédure est similaire. L'installation des médecins est orchestrée par les *Medical Practice Committees*, instances composées de médecins généralistes, qui ont pour fonction de contrôler localement la distribution des médecins sur une zone donnée. Les conditions de l'installation sont évaluées en fonction du nombre moyen de patients enregistrés par médecin généraliste dans la zone concernée. D'autres critères tels que l'attractivité ou le déclin de la zone sont également pris en compte.

L'Allemagne, à l'inverse, connaît une offre médicale ambulatoire relativement pléthorique et inégalement répartie sur le territoire, ce deuxième aspect ne lui étant pas spécifique. Le partage des compétences entre l'Etat fédéral et les Länder dans le domaine de la formation et les dispositions constitutionnelles rendent la question de la limitation de l'accès aux études médicales difficile à trancher. Depuis 1993, l'orientation et la limitation de l'installation des médecins libéraux conventionnés²⁹ constituent l'outil majeur utilisé pour la régulation de l'offre médicale ambulatoire. Une loi fédérale a limité le choix territorial du lieu d'installation, en définissant des seuils de saturation, par spécialités médicales et par zones géographiques. Les admissions à l'installation ne sont possibles que si le seuil de saturation - dont les critères s'affinent progressivement - n'est pas atteint dans la zone et la spécialité demandées. Aujourd'hui, les possibilités d'installation en médecine libérale - notamment spécialisée - conventionnée tendent à être pratiquement nulles dans les agglomérations et de plus en plus restreintes en zone rurale. Mais l'effet sur les régions « sous-méicalisées » ne semble pas manifeste.

Par ailleurs, il faut souligner que la réflexion sur la démographie médicale n'est pas, aux Etats-Unis et aux Pays-Bas, limitée aux seuls médecins mais élargie à d'autres professions de santé.

²⁸ Cf. notamment « La régulation des professions de santé : études monographiques, l'Allemagne, le Royaume-Uni, le Québec, la Belgique, les Etats-Unis. Rapport final, Convention SESI-ENSP 98/17. Groupe Image-ENSP. Yann Bourgueil, Ulrike Dürr, Gérard de Pouvoirville, Sophie Rocamora-Houzard. 25 Avril 2000.

²⁹ 93% des médecins en ambulatoire sont conventionnés.

2.2.3 *Les enveloppes de dépenses*

A partir du moment où est définie une enveloppe globale affectée aux dépenses de santé, ce qui en fait est le cas pratiquement partout sous des présentations formelles diverses, les modalités de déclinaison sont nombreuses. Ces modalités sont, en partie, liées à l'organisation générale du système de santé. Les enveloppes peuvent être plus³⁰ ou moins contraignantes. Elles peuvent être affectées « verticalement » aux grandes catégories de prestataires, secteurs hospitalier et ambulatoire (Allemagne, Pays-Bas) ou sur une base « territoriale » (réseaux de santé américains, *PCT* anglais). Enfin, le niveau final d'attribution peut être très précis : le réseau³¹, le groupe de médecins, le cabinet.

Trois types d'expériences européennes de gestion d'enveloppes ont plus particulièrement retenu l'attention.

2.2.3.1 *Le “point flottant”*

Les enveloppes sont un outil essentiel de régulation de la médecine ambulatoire allemande. Le mécanisme du point flottant est brièvement rappelé : les caisses de chaque Land versent à l'union des médecins ambulatoires conventionnés une enveloppe globale annuelle pour le paiement des honoraires des médecins³². L'union calcule, chaque trimestre, le nombre total d'actes réalisés par les médecins. Elle divise le montant de l'enveloppe - trimestrialisée - par le nombre total d'actes, ce qui permet d'obtenir la valeur monétaire d'un acte. Cette valeur peut donc varier chaque trimestre : c'est le point flottant. L'union attribue, à la fin du trimestre, à chaque médecin un montant d'honoraires correspondant au nombre d'actes qu'il a réalisés multiplié par la valeur monétaire du point.

Par rapport à un objectif de maîtrise des coûts, le point flottant présente un avantage majeur et incontestable pour l'Etat et les caisses, celui de la certitude de la dépense. Les difficultés et effets négatifs ne sont cependant pas négligeables, les plus notables étant :

- par la course à l'acte, exacerbation du caractère inflationniste du paiement à l'acte ;
- point de friction majeur avec la profession, tarissant les réflexions et initiatives sur l'amélioration de la qualité des soins, estimée par certains comme un facteur potentiel de contraintes et de coûts supplémentaires ;
- mise en place de mécanismes de gestion lourds pour en corriger les effets les plus pervers, mobilisant également les énergies au détriment de l'exploration de pistes plus innovantes.

³⁰ Enveloppes très contraignantes : Angleterre, Etats-Unis dans le cadre de l'assurance privée - un assureur privé ne peut se permettre de voir ses dépenses structurellement supérieures à ses ressources, ni modifier ses primes trop fortement au risque de n'être plus compétitif -, Allemagne pour les honoraires des médecins libéraux. Enveloppes moins contraignantes, i.e. pouvant en pratique être dépassées : Allemagne pour les médicaments et Pays-Bas pour la médecine ambulatoire (ajustement par les cotisations et/ou le panier), Etats-Unis pour les programmes publics (ajustement par abondement budgétaire et/ou cotisations).

³¹ Au sens allemand ou français, soit beaucoup plus restreint qu'aux Etats-Unis.

³² Rappel : le patient allemand bénéficie du tiers payant intégral, y compris pour la visite chez le médecin.

2.2.3.2 *Les enveloppes individuelles de prescriptions*

Une enveloppe globale pour les prescriptions de produits pharmaceutiques des médecins libéraux a été en vigueur pendant plusieurs années en Allemagne. Ce dispositif opposable, prévoyant des sanctions collectives - peu ou pas appliquées - en cas de dépassements de l'enveloppe (sous forme de reversements), concernant tous les médecins indépendamment du montant réel de leurs prescriptions, a finalement été abandonné en 2002, en raison des nombreuses critiques qu'il suscitait.

Un nouveau dispositif est en cours d'élaboration : il s'appuie sur des « normes quantitatives de prescriptions », opposables, désormais outil principal de pilotage des dépenses de prescriptions. Les enveloppes, fixées dans le cadre paritaire habituel, sont désormais individuelles, par cabinet, de même que les sanctions. En pratique, les enveloppes par cabinet sont fixées par référence à des valeurs moyennes par groupes de médecins, par spécialité. Ces valeurs sont calculées à partir de plusieurs critères définis par la loi (assurés du régime général et ayants droit, assurés retraités, données du Land,...). Chaque médecin a ainsi à sa disposition, pour chaque catégorie prédefinie d'assurés une somme déterminée pour les dépenses de médicaments. Ce budget du cabinet peut être réparti par le médecin à sa convenance, selon son appréciation des besoins en médicaments de chaque patient.

Ce nouveau mécanisme constitue donc une déclinaison à un niveau fin de la notion d'enveloppe³³. Le respect des normes par cabinet sera contrôlé, selon les procédures habituelles de contrôle du système allemand.

La possibilité d'affiner les critères de calcul est évoquée, en s'appuyant notamment sur le coût par pathologie, mais n'est pas une perspective immédiate. S'agissant de l'évaluation de l'ancien dispositif d'enveloppe globale, il aurait, d'après certaines études, influencé le comportement de prescription des médecins allemands : globalement, ceux-ci ont augmenté les prescriptions de génériques et ont diminué celles de médicaments à l'efficacité incertaine. La visite d'un cabinet allemand par la mission a par ailleurs confirmé l'attention portée par les médecins, dotés d'outils informatiques adéquats, au choix de médicaments présentant le meilleur rapport efficacité/coût. Il est vraisemblable que l'individualisation des enveloppes renforcera ces pratiques.

2.2.3.3 *Le système d'enveloppe par cabinet médical*

L'Angleterre offre à cet égard un exemple intéressant d'attribution de certains éléments de rémunérations non au médecin sur une base individuelle mais sur une base collective à l'échelle du cabinet médical : forfait lié à l'équipement informatique du cabinet, remboursement de certains frais de structure ou de fonctionnement du cabinet. De même, le mécanisme du *GPFundholding* prévoyait un mécanisme de retour collectif sur le cabinet des économies réalisées.

³³ Il existe en fait toujours bien une enveloppe globale, qui a été discutée en amont et au sommet.

Les évolutions récentes des modes de contractualisation entre les médecins et le NHS semblent aller aujourd’hui au bout de cette logique. Ainsi, les expériences de contrats individuels (*PMS pilots*) ont pour cadre le cabinet médical et non le médecin généraliste. Le document de cadrage issu des négociations en avril 2002 propose, dans le cadre du nouveau contrat national, une contractualisation avec le cabinet médical et non plus avec le médecin généraliste seul (*practice-based contract*). Cette mesure a donc vocation à s’appliquer à l’ensemble de la profession. S’il est encore trop tôt pour en mesurer les effets, cette évolution a des conséquences notables sur la gestion de l’enveloppe budgétaire. Les ressources budgétaires sur lesquelles sont gagées les rémunérations des médecins étant collectives et non plus individuelles, il est possible que cela renforce par là même la collaboration entre les personnels du cabinet et l’autorégulation interne.

2.2.4 *Les profils statistiques et les suivis d’activité*

Il existe de fortes différences selon les pays quant à l’utilisation de profils statistiques et de suivi de l’activité quantitative des praticiens. Ces différences sont observées sur trois points : généralisation ou non, support et contenu de l’information, utilisation et suites données. Au regard de ces critères, trois cas de pratiques sont examinés.

L’Allemagne est le seul pays où les profils statistiques sont généralisés puisqu’ils constituent le fondement du système de contrôle de l’activité, de l’économicité de la pratique médicale. Les unions de médecins conventionnés - puisqu’elles règlent aux médecins leurs honoraires *a posteriori* - disposent d’informations très détaillées sur leur activité, qui sont transmises par les médecins chaque trimestre sur support informatique³⁴ ou papier : nombre de chaque type d’acte effectué, codé ; précisions sur la nature des actes (dépistage, curatif), sur les patients (femmes enceintes, enfants, retraités)... A partir de ces données plusieurs indicateurs sont calculés : nombre moyen de chaque type d’acte par patient, moyenne d’activité du groupe (spécialité) auquel appartient le praticien, écart du praticien par rapport à la moyenne (sur la totalité des points acquis, i.e. des honoraires, par type d’actes, par acte par patient). Les écarts à la moyenne susceptibles d’entraîner le déclenchement du contrôle sont fixés au niveau local de façon conventionnelle³⁵. L’instruction du dossier est plus ou moins approfondie, selon l’ampleur des écarts, confiée à un vacataire praticien en exercice ou retraité de l’union, pouvant conduire celui-ci à examiner un échantillon de feuilles de soins et à donner son avis sur l’opportunité des actes réalisés. La procédure est contradictoire. Les sanctions sont graduées et appliquées (recommandation, lettre d’avertissement, sanction financière). Le dispositif applicable pour l’activité de prescriptions de médicaments est similaire. Le corps médical allemand, les syndicats ne remettent pas en cause ce système, car il sanctionne les comportements trop personnels conduisant à diminuer les honoraires des autres médecins (en faisant baisser la valeur du point flottant). Dans ce système, le contrôle sur la qualité des pratiques est en définitive très marginal.

³⁴ Par exemple, 70% à 80% de transmissions informatiques en Rhénanie du Nord.

³⁵ En Rhénanie du Nord, écarts au-delà desquels la procédure de contrôle peut être engagée (le dépassement d’un seul des seuils suffit) : 30% sur la totalité des honoraires, 50% par type d’actes, 100% par acte individuel.

Aux Etats-Unis, les méthodes utilisées sont, comme habituellement, très diversifiées. Les profils sont réalisés à partir des feuilles de facturation des médecins du réseau. Si le système d'information le permet, les données médicalisées peuvent être reliées à certaines caractéristiques de la population du réseau (essentiellement l'âge et le sexe). Les données peuvent être cependant non exhaustives, notamment dans les *managed care plans (MCP)* qui salarient leurs médecins ou les rémunèrent à la capitation : des feuilles de soins fictives sont renseignées, de façon très administrative, ce qui limite leur intérêt. S'agissant du contenu, plusieurs types de profils peuvent être distingués :

- statistiques d'utilisation des ressources (nombre de patients adressés à un spécialiste, nombre d'admissions à l'hôpital, de journées d'hospitalisation, de consultations, de prescriptions, d'examens complémentaires,...) ;
- profils centrés sur un acte, en excluant ceux que l'assureur veut privilégier (par exemple, prévention) ;
- profils de résultats cliniques, permettant de comparer la pratique observée à des critères de bonne pratique préétablis.

Les utilisations des statistiques sont diverses : elles servent rarement à engager des sanctions financières, mais elles seraient parfois utilisées dans le processus de recontractualisation avec les médecins. Elles ont plutôt pour objectif de sensibiliser les médecins - qui en sont destinataires - à leurs pratiques, de leur permettre de se situer par rapport à leurs confrères. Elles peuvent susciter des discussions en groupe entre médecins du réseau, avec le directeur médical, des médecins extérieurs éventuellement. Les médecins « déviants » font l'objet d'analyses plus poussées, d'auditions et d'échanges jugés globalement fructueux. L'intérêt porté aux profils statistiques tient en partie à la volonté de passer d'une vision très restrictive de la pratique médicale - à laquelle confine l'entente préalable - à une vision plus globale du service médical rendu. La publication des résultats, pratiquée par certains, ne semble pas avoir eu un impact déterminant sur les usagers.

En Angleterre, alors que le domaine hospitalier semble faire l'objet d'une mesure de la performance poussée et transparente, les instruments du suivi de la médecine générale au quotidien ne prétendent pas rendre compte de l'exhaustivité de l'activité. Dans cette logique, le « profilage » des médecins généralistes n'est réalisé que très occasionnellement par certaines autorités locales du *NHS*. En ce qui concerne les actes, la règle de base étant le paiement à la capitation, il n'existe pas de contrôle acte après acte de l'exercice médical, par l'envoi par exemple de feuilles de soins.

Le suivi des prescriptions est limité aux prescriptions médicamenteuses depuis la mise en place en 1988 du système *PACT* (*Prescribing Analysis and Cost*). Ce système repose sur le recueil et la saisie informatique, par les autorités locales du *NHS*, des ordonnances rédigées par les médecins généralistes. Sur cette base, l'autorité locale du *NHS* communique chaque mois au cabinet concerné le taux de prescription par patient analysé par âge et sexe. Le système *PACT* ne renseigne cependant pas sur la maladie pour laquelle la prescription a été réalisée. En outre, il s'agit en réalité davantage d'un dispositif de suivi des pratiques de prescriptions médicamenteuses que d'un outil de contrôle *stricto sensu*. Le système *PACT* n'est ainsi pas assorti de sanctions mais s'accompagne de recommandations concrètes quant au profil de prescriptions à tenir. Enfin les recours au système hospitalier sont connus depuis la mise en place de l'achat interne de soins qui s'est traduit par le développement d'un support d'information

(*Minimum Data Set*) par lequel le *NHS* est informé du recours du patient à l'hôpital, du nom de son médecin traitant (l'acheteur) et du fournisseur de soins (l'hôpital). Ces informations ne sont pas exploitées.

En revanche, la force du modèle anglais est d'assurer un suivi précis et systématique de certains indicateurs de résultats, liés aux priorités nationales de santé publique. Ce suivi a pour origine l'existence de rémunérations spécifiques, en fonction des objectifs de couverture atteints.

En conclusion, la qualité du système d'information (codage, exhaustivité) permettant d'alimenter un suivi statistique d'activité est une condition importante. Mais elle n'est pas suffisante pour en faire un outil pertinent. C'est plutôt l'usage qui en est fait, les prolongements qui lui sont donnés, les actions complémentaires qu'il suscite qui lui donnent un sens. De tous les pays -sauf aux Etats-Unis dans certains réseaux-, l'Allemagne est certainement celui qui dispose de l'outil le plus performant en la matière, l'intérêt du médecin à renseigner correctement étant majeur puisque sa rémunération en dépend. L'outil y est largement utilisé comme instrument de moralisation de l'activité économique, mais génère, en aval, un faible accompagnement de la pratique. L'usage qu'en font les réseaux américains est à cet égard beaucoup plus diversifié. De ce fait, il constitue autant un outil de régulation quantitative que d'amélioration de la qualité des pratiques.

2.2.5 Autres mécanismes de régulation micro-économique de la prescription : médicament, entente préalable.

Certains mécanismes ont clairement pour objectif la limitation de la dépense, comme les clauses de nombreux contrats de groupe américains plafonnant le droit de tirage sur certains médicaments. Aux Pays-Bas, les assureurs peuvent limiter la durée de certains traitements.

Dans les trois pays européens, diverses dispositions³⁶ orientent le choix du médecin et/ou du pharmacien vers les produits du panier présentant le meilleur rapport coût/efficacité (génériques). Aux Pays-Bas, depuis 1988, le pharmacien récupère 1/3 de la différence de coût entre le produit prescrit et le produit substitué. En Allemagne, une loi entrant en vigueur en 2002 oblige les hôpitaux à prescrire au patient sortant la molécule ; la possibilité pour le pharmacien d'officine de délivrer des génériques est étendue, puisque, sauf si le médecin l'interdit expressément, il est tenu de fournir un des cinq médicaments les moins chers contenant la molécule. Des logiciels du marché, agréés, aident le cabinet dans le choix du médicament : ainsi d'un équivalent du « Vidal », contenant des informations médicales (molécules, indications, pathologies...) et économiques (génériques, prix, conditionnements...) permettant au médecin de choisir très rapidement le médicament présentant le meilleur rapport coût-efficacité. En Angleterre, les recommandations de bonne pratique élaborées par le NICE³⁷ vise très directement à informer les médecins du rapport coût-efficacité des traitements.

³⁶ Hors évidemment politique générale du médicament, qui constitue en soi un autre champ.

³⁷ NICE : *National Institute for Clinical Excellence*

D'autres dispositifs visant à maîtriser la dépense nécessitent une appréciation de la pertinence de la prestation proposée par le médecin : les ententes préalables limitant ou contrôlant l'accès à certaines prestations. Si l'on exclut le contrôle de l'accès à des prestations qui ne relèvent pas de la couverture maladie au sens strict (invalidité, autonomie..), c'est aux Etats-Unis que le mécanisme de l'entente préalable est le plus développé. Il a été centré à l'origine sur l'hospitalisation et sur certaines interventions chirurgicales. Au sein du secteur ambulatoire, la consultation en dehors du réseau, parfois même d'un spécialiste du réseau, et certains examens complémentaires doivent recevoir un accord *a priori*. C'est l'infirmière de la direction médicale qui reçoit la demande, examine sa conformité par rapport à des critères préétablis, soumet, en cas de difficultés, la question au médecin directeur médical. La décision est souvent rapide (immédiate ou dans la journée, dans un délai d'une semaine en cas de passage devant le comité interne d'*utilisation review*). Si le médecin traitant persiste dans sa proposition, il est rare que l'accord ne lui soit pas donné, en raison de la crainte de poursuites judiciaires.

Ce contrôle préalable au cas par cas a été remis fortement en cause ces dernières années aux Etats-Unis, d'une part en raison de son caractère intrusif dans la pratique médicale, d'autre part, en raison de son rapport coût-efficacité. Le sentiment général semble être que l'impact du contrôle *a priori* systématique a atteint son maximum pour l'activité hospitalière et paraît mal adapté à l'activité ambulatoire. Aussi les *managed care plans* se sont-ils retournés vers la mise en place d'autres dispositifs reposant notamment sur l'élaboration de profils statistiques (cf. supra).

L'entente préalable est un dispositif micro-économique qui illustre bien la difficulté du partage, et la relation étroite, entre la régulation des coûts et la régulation par la qualité ou la pertinence de l'acte médical.

2.3 La régulation par l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles et par l'organisation

2.3.1 *La pratique individuelle*

Au-delà d'un niveau, minimum et partagé par les quatre pays examinés, comme par la France, fixant les obligations déontologiques et encadrant juridiquement les compétences nécessaires pour exercer (habilitation pour certains actes..), les pratiques observées mettent en évidence deux types d'approche. Davantage que par la forme - caractère obligatoire et fondement légal ou non- et les terminologies employées -qui ne recouvrent pas les mêmes réalités-, les approches se différencient au fond principalement selon que les outils d'amélioration de la qualité de la pratique individuelle sont conçus comme une obligation de moyens ou de résultats.

Cependant, partout, mais moins en Allemagne, on observe une triple convergence : diversité des outils, similitude des outils mis en œuvre dans les différents pays, dynamique nettement plus forte qu'en France, même si le niveau d'avancement peut varier d'un pays à l'autre.

2.3.1.1 *L'obligation de moyens : amélioration des connaissances, formation continue, recertification*

La situation concernant ce type d'actions est assez contrastée.

En Allemagne, la formation continue est une obligation déontologique, mais ne fait l'objet d'aucun contrôle. Dans ce contexte, aucune norme supplémentaire obligatoire n'est en vigueur. Il existe toutefois des actions localisées dans le cadre soit des unions de médecins par la mise en place de cercles de qualité, soit de contrats spécifiques comme, par exemple, ceux concernant la prise en charge des patients diabétiques : le médecin doit suivre une formation, ainsi qu'un protocole prédefini pour le traitement de ses patients (bonnes pratiques opposables), former ceux-ci, et reçoit une rémunération spécifique pour chaque cas pris en charge.

Aux Pays-Bas, une obligation légale de recertification a été introduite récemment ; elle est mise en place et contrôlée par l'association professionnelle des médecins. Parmi les deux options possibles, validation d'un nombre minimal de cours et évaluation individuelle sur place du professionnel, c'est la première, moins contraignante, qui a été choisie. La poursuite de l'exercice médical est donc subordonnée, tous les cinq ans, au respect de deux conditions : la validation de 40 heures de formation, un exercice médical d'au moins une journée par semaine. Faute de recul dans le temps, des données sur le non-renouvellement des certifications ne sont pas disponibles. Mais la mobilisation de la profession, collectivement et individuellement, est importante. Le dispositif est en outre en synergie avec d'autres actions (cf. infra : diffusion des *guidelines*, groupes locaux de travail).

En Angleterre, les dispositifs de formation médicale continue relèvent de l'initiative du *Royal College of General Practitioners*. Les outils de la formation médicale continue sont variés, le plus abouti étant sans doute l'*Accredited Professional Development* mis en place en 1999 et visant sur une base volontaire à offrir aux médecins une vision exhaustive de leurs besoins en formation continue. Par ailleurs, un forfait additionnel de rémunération (*postgraduate general education allowance*) est accessible aux médecins ayant fait la preuve d'une formation continue régulière classée en quatre niveaux. Le montant de ce forfait varie entre 545 livres par an (niveau 1) et 2.300 livres par an (niveau 4).

Aux Etats-Unis, les actions destinées à améliorer les connaissances et les pratiques des médecins sont particulièrement développées. A la formation continue traditionnelle, avec accumulation de points pour participation à des activités, se substituent de nouveaux outils : programmes personnalisés, programmes d'auto-éducation, de résolution de problèmes, sessions ciblées sur certaines pathologies prioritaires ou sur certaines insuffisances personnelles. Ce dernier aspect renvoie à l'obligation de résultats.

2.3.1.2 *L'évaluation des pratiques professionnelles*

L'évaluation des pratiques correspond à une approche qui peut se révéler beaucoup plus exigeante - et pertinente -, sachant, comme cela a été indiqué, que de mauvais résultats sur les pratiques se traduisent assez rarement par des sanctions drastiques. Les lacunes constatées conduisent à mobiliser l'ensemble des outils d'amélioration de la qualité.

A l'exception de l'Allemagne, les pays étudiés développent, à des degrés variables, une politique d'évaluation des pratiques intégrant des obligations de résultats.

Les Pays-Bas se sont engagés dans une politique d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, basée sur le volontariat, et menée par les pairs. Cette évaluation sur place s'appuie sur des entretiens et visite des locaux et est diligentée par l'association scientifique des médecins. Les visites ont débuté en 1999 : bien que s'effectuant sur une base volontaire, 200 médecins sur les 7.000 généralistes ont été évalués en juillet 2001. Le recours à cette procédure d'évaluation ne s'accompagne pas d'incitations financières.

L'Angleterre dispose d'un programme équivalent et ancien de *peer review visits* menée par le *Royal College of General Practitioners* sur une base volontaire. Cependant, elle a franchi une étape supplémentaire avec la mise en place d'une procédure de *revalidation* des médecins généralistes s'appuyant sur une évaluation régulière des pratiques professionnelles. Proposée en 1999 par le *General Medical Council* (équivalent du Conseil de l'ordre), la *revalidation* des médecins anglais a donné lieu à d'intenses réflexions au sein des instances professionnelles des médecins généralistes. Ces réflexions ont abouti à l'élaboration progressive d'un dispositif de *revalidation* obligatoire des médecins, intervenant tous les 5 ans. Ce mécanisme s'appuie sur une évaluation annuelle des pratiques médicales (*appraisal*) à partir d'un document de référence conçu par le syndicat professionnel visant à définir ce que constitue la « *Good Medical Practice* » pour les médecins généralistes. Sa mise en œuvre a débuté en 2002 et sera progressive jusqu'en 2009. Il s'agit d'un dispositif particulièrement intéressant ; trois éléments au moins ont constitué des facteurs de réussite :

- La *revalidation*, forme de recertification à l'anglaise, est, dans son élaboration, une démarche initiée par les associations professionnelles elles-mêmes et concertée avec les médecins généralistes. Sa mise en œuvre associe, au plan local, les professionnels ;
- La *revalidation* et l'*appraisal* annuel s'accompagnent de mesures financières visant à compenser le temps consacré par les médecins à cette procédure ;
- L'évaluation annuelle (*appraisal*) a pour vocation à aboutir non à une sanction mais à un plan d'accompagnement personnalisé du médecin (intégrant des obligations de formation continue...) ; en revanche, les conséquences de la non *revalidation* ne sont pas encore précisément explicitées. Elle seront vraisemblablement graduées, aboutissant en dernière extrémité au retrait de l'agrément.

En l'absence de mise en œuvre généralisée, il est prématuré de tirer des conclusions sur ce nouvel outil. Néanmoins, il s'agit bien là d'une démarche approfondie de recertification assortie d'une obligation de résultat.

Aux Etats-Unis, les *Managed Care Organizations (MCO)* soumettent les médecins, généralistes ou spécialistes, qui contractent avec elles, à une procédure individuelle de sélection, véritable accréditation individuelle. Cette procédure n'est pas unifiée au niveau national. Modulée selon les *MCO*, elle n'en demeure pas moins contraignante. Elle comporte de nombreux indicateurs relatant les qualifications et le

parcours professionnels. Mais elle va au-delà : elle comporte notamment un audit médical et l'examen de dossiers médicaux. L'audit recouvre aussi, de façon simplifiée, des aspects prévus, en partie seulement, par d'autres législations (Allemagne par exemple) : environnement du cabinet, maintenance du matériel médical, traçabilité des produits pharmaceutiques, relations avec la clientèle, tenue et contenu des dossiers médicaux. La sélection peut également reposer sur des critères économiques : nombre de consultations, nombre et types d'examens prescrits, montant des dépenses générées... Un médecin passant contrat avec plusieurs entités assurantielles fera l'objet d'autant de procédures de sélection. Celles-ci sont renouvelées en moyenne tous les deux ans, au terme du contrat. Elles reposent sur une réévaluation des critères déjà mentionnés ainsi que sur les plaintes des adhérents, les problèmes liés à la qualité des soins et au respect des règles d'entente préalable, et intègrent éventuellement la participation du médecin à la vie collective du groupe. En cas d'insuffisances, sauf occasion s'y prêtant bien en terme démographique (offre de médecins très abondante), la tendance est plutôt à définir un programme d'amélioration. Néanmoins, un médecin peut être désélectionné.

Enfin, nombre de programmes d'assurance-qualité aux Etats-Unis font appel à des indicateurs de résultats (cf. infra).

2.3.2 *Les pratiques collectives*

L'exigence de qualité individuelle est fortement liée au fonctionnement collectif de la médecine ambulatoire. Tous deux s'appuient sur des outils développés par la profession.

2.3.2.1 *Les recommandations et standards de bonnes pratiques*

Les *guidelines* font partie du paysage quotidien du médecin américain depuis plusieurs années. Elles sont également anciennes en Angleterre. Aux Pays-Bas, c'est depuis la décennie 1990 qu'elles connaissent un fort développement. Initiées pour limiter la surconsommation médicale et les variations de pratiques observées, pour asseoir celles-ci sur des bases scientifiques, elles sont généralement centrées sur la prise en charge d'une pathologie. Elles visent d'abord la qualité, parfois le contrôle des coûts.

Les facteurs de succès en matière d'appropriation des bonnes pratiques par les médecins ne sont pas tous cernés. Néanmoins, plusieurs éléments sont reconnus comme déterminants :

- la participation à leur élaboration de ceux qui auront à les appliquer. Aux Pays-Bas, elles sont élaborées par le collège scientifique des médecins³⁸, dont l'autorité est reconnue et acceptée, dans le cadre d'une démarche scientifique, et plus précisément par des groupes de travail composés de médecins volontaires en exercice. Après une phase de test auprès de praticiens, a lieu la procédure d'autorisation. Aux Etats-Unis, elles sont élaborées par les conférences de consensus, les sociétés savantes, les plans, les réseaux. La participation des médecins à la fixation des normes est variable au sein des réseaux. L'atout que constitue la généralisation de cet

³⁸ Rappel : 70% des médecins généralistes y adhèrent.

outil aux Etats-Unis a aussi ses limites : qualité inégale, prolifération. En Angleterre, la création récente du *NICE* vise à confier l'élaboration de ces références à une instance administrative indépendante et non à une instance professionnelle.

- elles doivent s'inscrire dans une démarche incitative et participative plutôt que de devoir être suivies obligatoirement et pouvoir être discutées au cas par cas plutôt qu'appliquées de façon rigide. Aux Pays-Bas, les recommandations sont des normes non contraignantes. Il en est de même aux Etats-Unis où elles sont bien un standard mais ne constituent pas pour autant, sauf exception, une obligation. Elles ne font d'ailleurs pas l'objet d'un contrôle ou d'une évaluation explicite. En revanche, elles sont prises en compte dans les procédures d'entente préalable, à l'occasion de la sélection ou de la resélection des médecins par les assureurs, par les programmes d'amélioration de la qualité et lors de la mesure de la performance des réseaux. En Angleterre, les recommandations de bonne pratique sont également non contraignantes.
- elles doivent évidemment faire l'objet d'une diffusion facilitant leur appropriation. Aux Etats-Unis, chaque réseau a sa « Bible ». L'excès peut d'ailleurs régner, un médecin contractant souvent avec plusieurs réseaux doit prendre en compte les règles de chacun, ce qui risque de rendre sa pratique quotidienne complexe. Aux Pays-Bas, en revanche, le système est beaucoup plus centralisé. Le collège scientifique des médecins s'appuie, pour la diffusion des recommandations, sur l'association professionnelle des médecins qui mobilise plusieurs relais : un médecin en exercice par district (région), qui a la charge de la promotion des bonnes pratiques et y consacre une partie de son temps, les groupes locaux de travail, la formation continue - les *guidelines* servant notamment de base aux cours suivis pour la recertification. Divers autres supports de communication ont été mis en place : recueil de synthèse, revues périodiques médicales, support informatique accessible directement par le médecin sur son écran dans son cabinet. Au total, les recommandations de bonnes pratiques hollandaises connaissent un degré de diffusion et d'appropriation important. Enfin, en Angleterre, le *NICE* semble une instance reconnue, les conditions de diffusion de ses recommandations restent cependant un sujet de préoccupation pour l'institution. La montée en puissance des inspections menée par la *Commission for Health Improvement* et de la procédure de revalidation vont constituer un levier important pour l'appropriation des recommandations.

Les bonnes pratiques, du fait de leur multiplication, ont donné lieu, aux Etats-Unis, à une action de clarification. Une agence fédérale, en liaison avec les associations professionnelles respectives des médecins et des assureurs, a créé un site Internet spécifique³⁹ qui fournit une information standardisée sur les principales recommandations existantes en anglais, récentes (moins de 5 ans). Le site compare les recommandations, précise les sources de financement, la méthodologie d'élaboration, souligne les principaux points d'accord et de désaccord. Plutôt que la labellisation, c'est donc une action par la transparence et la responsabilisation individuelle qui a été retenue.

³⁹ www.guideline.gov

2.3.2.2 *L'échange entre pairs*

L'échange entre pairs est une autre caractéristique des pays investissant fortement sur la recherche de la qualité en médecine ambulatoire.

Aux Pays-Bas, les groupes locaux de travail sont la pierre angulaire de la médecine générale. Ils réunissent, à l'échelle du quartier, une dizaine de médecins, pour la discussion de thèmes d'intérêt commun : organisation des gardes et des permanences de week-end, appropriation des *guidelines*, formation médicale continue. Les groupes locaux sont également des instruments importants d'autorégulation de la profession, les pratiques « déviantes » y étant identifiées et discutées. Si la participation n'est pas obligatoire, ni rémunérée, l'autocontrôle caractérisant la profession explique une participation de 98% des médecins aux réunions des groupes locaux. Une autre catégorie de groupes informels, les *FTTO*⁴⁰, réunit une douzaine de médecins (92% des généralistes y participent) et pharmaciens pour discussion et information sur les médicaments. Ces groupes ont permis une utilisation plus rationnelle des produits médicamenteux et une sensibilisation au coût des thérapies⁴¹. Un point faible important est cependant le financement des *FTTO* par les groupes pharmaceutiques, ce qui a conduit à limiter la participation des médecins à 6 réunions par an et à affecter les crédits mis à disposition à l'équipement électronique ou à des actions d'amélioration de la pratique.

Aux Etats-Unis, l'organisation même en réseau, la diversité des outils utilisés, des instances internes conduisent à l'échange permanent entre médecins. Les médecins du réseau peuvent être représentés dans les comités UR (*Utilization Review*) et QA (*Quality Assurance*), placés sous l'autorité du directeur médical. Ces comités établissent les recommandations de bonnes pratiques, les protocoles et standards de prise en charge, et interviennent en dernier ressort, en cas de problème sur la qualité, l'entente préalable, l'utilisation des ressources si la question n'a pu être réglée en amont par l'infirmière et le directeur médical. Outre leur capacité d'influence, ces comités ont également un pouvoir de sanction au sein du réseau. L'encadrement fort du praticien américain dans certains réseaux peut d'ailleurs aboutir à une part importante de l'activité non consacrée à la consultation des patients. Ainsi, le groupe Kayser l'estime à 30% et s'emploie à la réduire.

2.3.2.3 *Les programmes d'assurance-qualité*

Les programmes d'assurance qualité n'ont pas pour vocation de maîtriser les coûts mais un objectif plus large qui est en définitive l'efficience du système de soins. Ils relèvent d'une démarche de santé publique. C'est dans les deux pays anglo-saxons que cette démarche est la plus avancée, des approches similaires tendant à se développer dans les autres pays, et en France également. Il est par ailleurs constaté une convergence dans le choix des thèmes traités au niveau national qui correspondent à des priorités de santé publique (par exemple, tous les pays ont un programme diabète).

⁴⁰ FTTO : *Farmacotherapeutic Transmural Overleg*.

⁴¹ Rapport de l'Inspection générale néerlandaise de la santé publique.

Aux Etats-Unis, pratiquement tous les *managed care plans* ont mis en place des programmes destinés à assurer la qualité de la prise en charge médicale des patients (*QA*) et des programmes dont l'objet est d'optimiser l'utilisation des ressources (*UR*). Ces deux activités, étroitement imbriquées dans la mesure où chacune contribue à la réalisation des objectifs de l'autre, sont conduites par des départements distincts sous l'autorité du directeur médical. Les programmes d'assurance qualité mettent en œuvre plusieurs types d'approches :

repérage et analyse au cas par cas de situations potentiellement liées à un défaut de qualité des soins (par exemple, en cas de plainte), par une analyse systématique du dossier médical par l'infirmière et le passage éventuel devant le comité *QA* pour décision (courrier simple au médecin, audition de celui-ci, action de formation continue, rarement sanctions disciplinaires ou annulation du contrat) ;

- suivi chronologique systématique de certains indicateurs (par exemple, taux de césariennes, d'hystérectomies, d'actes de prévention, de prise en charge de maladies chroniques – diabète, asthme) ;
- enquêtes et audits ponctuels réalisés à partir d'un échantillon de dossiers médicaux pour vérifier le respect des protocoles de prise en charge et les résultats atteints.

Par ailleurs, au niveau national, d'ambitieux programmes ont été mis en œuvre, notamment *HCQIP*⁴² de *Medicare*, *QUERY*⁴³ de la *Veterans administration*. Dans le *HCQIP*, sept priorités nationales ont été progressivement définies : infarctus du myocarde, cancer du sein, diabète, insuffisance cardiaque, pneumonie, accidents vasculaires cérébraux, inégalités de soins au sein des différentes populations bénéficiaires du programme *Medicare*. Pour chacune des priorités ont été précisés des recommandations de bonnes pratiques, un objectif de résultat en terme de santé publique, des objectifs intermédiaires correspondant au bon suivi de certaines procédures. La démarche est similaire dans le *QUERY*. Ces programmes ont d'abord concerné l'hôpital, néanmoins la configuration même du réseau fait que l'ambulatoire y est également partie prenante.

En Angleterre, les actions de santé publique font également l'objet d'une politique incitative nationale en grande partie accompagnée par des incitations financières. Celles-ci concernent trois grands types d'actions :

- la promotion de l'éducation à la santé (*health promotion programs*) est rémunérée à hauteur de 2.740 livres par an pour les médecins généralistes ;
- le suivi des deux programmes nationaux de prise en charge de maladies chroniques pour le diabète et l'asthme fait l'objet d'une rémunération forfaitaire de 475 livres ;
- enfin, les programmes de prévention ciblés sur la vaccination des enfants de moins de 6 ans (*childhood immunizations, preschools boosters*) et le suivi gynécologique offrent un mode de rémunération original en fonction du taux de couverture.

⁴² *Health Care Financing Administration*

⁴³ *Quality Enhancement Research Initiative*

En 2000, 90% des médecins généralistes avaient atteint les seuils de couverture nécessaires à l'obtention du paiement spécifique avec des records pour les vaccinations de la petite enfance (97% des médecins) et la prévention gynécologique (99%). 70% avaient en outre dépassé le seuil de couverture ouvrant droit à la rémunération la plus élevée. Enfin, 95% des médecins participent aux programmes de prise en charge du diabète et de l'asthme.

Le NHS a également défini des standards organisationnels centrés sur la prise en charge de certaines pathologies : les *national services frameworks* (diabète, maladies coronariennes...). Ces standards ne sont pas opposables, mais leur application est évaluée par la *Commission for Health Improvement*.

Cette synthèse des expériences étrangères d'outils d'amélioration de la qualité des pratiques individuelles et collectives conduit à un constat paradoxal : les médecins sur lesquels pèsent les obligations les plus fortes, l'anglais et l'américain, appartiennent à des systèmes diamétralement opposés.

2.3.3 *L'organisation des soins*

Les outils visant à assurer la qualité des soins et la maîtrise des coûts n'atteignent leur pleine efficacité que si l'organisation du système de soins permet d'assurer leur suivi et leur mise en cohérence. C'est également en Angleterre et aux Etats-Unis que les avancées sont les plus significatives. Quelques exemples empruntés aux deux pays donnent un aperçu de ce que peut recouvrir concrètement le terme large d'organisation des soins.

2.3.3.1 *La prise en charge globale du patient*

Dans le modèle le plus intégré, les *HMO* américaines, les médecins contractants (de 100 à 1.000), *primary care physicians* et spécialités les plus communes⁴⁴ reçoivent les patients dans des centres médicaux, où peuvent être également réalisés les examens complémentaires biologiques et radiologiques les plus courants, les soins infirmiers, la kinésithérapie. La pharmacie du centre s'y trouve éventuellement⁴⁵. Les soins hospitaliers sont pour leur part effectués dans des hôpitaux appartenant au plan ou ayant contracté avec lui. L'infirmière de coordination du réseau joue un rôle majeur vis à vis du patient : elle assure la coordination des prestataires et des prestations pour optimiser la prise en charge en ambulatoire et lors de l'hospitalisation. Elle évalue, éventuellement à domicile, la situation médicale et sociale de l'adhérent, elle est en contact régulier avec lui et les intervenants, elle repère les alternatives de prise en charge thérapeutiques et organisationnelles, elle apprécie le niveau d'adhésion et de bon suivi du traitement, le bon déroulement des soins, l'évolution de l'état de santé et des besoins médicaux. Dans les réseaux les plus structurés, les programmes de prise en charge peuvent être focalisés sur certains facteurs de risque (*risk management*), certains malades (*case management*) ou certaines maladies chroniques (*disease management*). En définitive, le système de soins est intégré et organisé autour du patient.

⁴⁴ Pour les spécialités moins courantes, l'assureur établit des contrats avec des médecins qui peuvent être extérieurs au réseau.

⁴⁵ Sinon, envoi des médicaments par la poste dans un délai rapide, à partir d'un centre pharmaceutique du réseau. Le système postal, d'après les calculs effectués (Kaiser), est le moins onéreux.

Cette logique de prise en charge globale du patient sous-tend également la démarche de *clinical governance* initiée depuis 1999 en Angleterre qui implique l'idée d'une responsabilisation du *NHS* à l'égard des patients en ce qui concerne le service public rendu. Son objectif est d'offrir un cadre qui rende toutes les structures du *NHS* responsables d'une amélioration continue de la qualité de leurs services et de la garantie de soins de haut niveau. La *clinical governance* est déclinée localement au sein de chaque structure accueillant le patient : une personne est désignée, chargée de conduire la démarche de réalisation d'un diagnostic collectif identifiant ses forces et ses faiblesses par rapport aux objectifs.

2.3.3.2 *Le dossier médical informatisé*

Dans les pays vus, l'informatisation des cabinets, souvent avancée et susceptible d'apporter des appuis ponctuels au médecin (*guidelines*, médicaments), n'induit pas pour autant l'existence d'un dossier médical informatisé unique du patient.

Celui-ci fait l'objet de réflexions et discussions au niveau national (Allemagne, Etats-Unis) tant les enjeux, en termes de liberté, de confidentialité, sont importants. Par ailleurs, sa mise en place requiert un support (carte de l'assuré contenant les données) ou une organisation très intégrée. Aussi seuls certains réseaux américains mettent-ils à la disposition de leur personnel (médecins et infirmières) un réseau informatique interne avec dossier du patient. Celui-ci apporte alors, avec les divers logiciels intégrés au système, une contribution importante aussi bien en matière de qualité, sécurité, continuité et coordination, que de maîtrise des dépenses inutiles en évitant les redondances :

- information médicale exhaustive sur le patient : consultations, traitements suivis, résultats des analyses, images des radios,...
- aide à la décision du médecin : échanges entre professionnels sans déplacer le patient, clignotants en cas d'anomalie, d'oubli, d'incompatibilité, de résultats anormaux, ...
- suivi du patient : relance par l'infirmière des praticiens, du patient (analyses à faire, traitement à renouveler, vaccination, ...).

2.3.3.3 *L'accréditation et l'évaluation de la performance*

Un autre outil, spécifiquement américain, montrant l'importance de l'organisation du système de soins est l'accréditation et l'évaluation de la performance des réseaux. Devenue assez classique dans les différents pays en matière hospitalière, l'évaluation de la qualité en ambulatoire a été initiée depuis une dizaine d'années aux Etats-Unis par le *NCQA*⁴⁶.

⁴⁶ *National Committee for Quality Assurance* : organisme privé à but non lucratif, créé en 1990, réunissant sur une base volontaire, tous les acteurs du système : acheteurs, usagers, réseaux, professionnels et décideurs politiques. En 2001, plus de la moitié des réseaux y participent, couvrant plus des ¾ des ahérents à une *HMO*.

L'accréditation repose sur le respect de divers critères de moyens (personnel, équipement..), de procédures (évaluation des pratiques, entente préalable, mise en œuvre des programmes de gestion et d'amélioration de la qualité...), d'accès aux soins et respect de l'adhérent (continuité, coordination, prestations de prévention, traitement des plaintes...), de résultats sanitaires (fréquences de complications...).

La mesure annuelle de la performance a pour objectif d'améliorer les conditions de fonctionnement du marché, en informant les acheteurs et en faisant pression sur les offreurs de soins pour qu'ils soient incités à conserver leur autonomie et leur réputation. L'évaluation porte sur une batterie d'indicateurs de procédures et de résultats dans huit champs d'investigation prédéfinis : efficacité des soins, accessibilité aux soins, satisfaction des patients, stabilité et *turnover* au sein du plan, intensité du recours aux services du réseau, coût des soins, information sur les choix de santé, information descriptive sur le plan de santé. Les indicateurs sont progressivement enrichis.

En Angleterre, dans le cadre de la dernière réforme, la performance des autorités locales du *NHS*, les *PCT*, doit être prise en compte dans le budget annuel de la structure et la rémunération de son directeur. Elle est mesurée par des indicateurs sanitaires et de gestion.

2.3.3.4 *Les instances d'appui à la qualité au niveau local*

Pour le programme *HCFA* de *Medicare*, l'administration fédérale a mis en place un dispositif organisationnel permettant d'assurer au niveau local le relais de ses objectifs d'amélioration de la qualité des soins. Elle contracte, dans chaque Etat, avec la *PRO*, *Peer Review Organization*. Structures privées financées par *Medicare-Medicaid*, les *PROs* rassemblent des médecins ayant une expérience clinique, mais n'exerçant généralement plus sauf si l'Etat exige la poursuite d'une pratique clinique, des infirmières, des professionnels de la qualité, des épidémiologistes, des statisticiens, des experts en communication. Elles offrent gratuitement aux professionnels praticiens, sur une base volontaire et non coercitive, une assistance technique et méthodologique, clinique et bio statistique, pour développer et mettre en œuvre des programmes locaux d'amélioration de la qualité, et ce pour tous les patients. Les *PROs* peuvent intervenir dans d'autres domaines (programme fédéral de protection contre les erreurs de paiement, plaintes et recours des assurés, études nationales relatives à la qualité). A l'occasion du renouvellement de leur contrat, les résultats des *PROs* sont évalués. L'extension à d'autres structures ou institutions de santé est prévue (*nursing homes*, *home health agencies*).

En Angleterre, la *clinical governance* correspond à la même démarche en s'appuyant sur des rôles identifiés au sein de chaque structure de soins et une équipe nationale support (*Clinical Governance Support Team*).

Partie 3 : Axes de réflexion et recommandations pour faire évoluer l'encadrement de la médecine de ville en France

Précisions méthodologiques :

La présente partie vise à formuler des axes de réflexion et des recommandations pour la France à partir des observations menées à l'étranger. Ce travail présente néanmoins certaines limites méthodologiques qu'il convient de rappeler :

- La mission n'a pas été procédé à un audit approfondi des outils français, ce qui n'était pas dans son mandat. Elle a néanmoins pris connaissance des constats établis par différents rapports et rencontré, en nombre limité, plusieurs intervenants du système français⁴⁷.

- L'observation des différentes politiques menées dans les pays étrangers concernant la médecine de ville met en évidence leur forte corrélation avec le cadre institutionnel et socio-culturel (organisation du système de santé, démographie médicale, système de relations sociales...). La question n'est donc pas tant de transposer, ce qui peut s'avérer peu pertinent dans un contexte autre. Elle est plutôt de s'inspirer, en les adaptant aux forces et contraintes du système français, de certains des principes d'action observés ailleurs et considérés comme des éléments permettant de se rapprocher des objectifs poursuivis.

Dans cette perspective, la mission s'est attachée à formuler des axes possibles d'évolution de l'encadrement de la médecine de ville. Ces axes ont pour support les tendances convergentes observées à l'étranger. Le cas échéant, certains outils innovants sont proposés lorsque leur transposition paraît pertinente dans le contexte français.

3.1 Le cadre n'est pas neutre

La conclusion des investigations menées par la mission invite à un premier constat général : il n'existe pas un « bon outil », une « recette » unique de régulation de la médecine de ville. Les expériences étrangères montrent que ce sont l'articulation, la mise en cohérence et la persévérence dans la mise en œuvre de nombreux outils qui permettent d'avancer sur la voie, sinon de la maîtrise, du moins de l'optimisation des dépenses de santé et de la qualité des soins. Concernant les objectifs, il apparaît en effet que partout recherche de la qualité et tentative de régulation de la dépense sont indissociables, la plupart des politiques d'encadrement combinant les deux perspectives.

Le second constat porte sur la convergence dans les outils expérimentés ou mis en place. Ces convergences correspondent à une évolution forte des systèmes, malgré des contextes institutionnels hétérogènes. On observe en effet une réelle effervescence,

⁴⁷ ANAES, échelon national de la CANAM, échelon national du service médical de la MSA, CNAMTS : échelons national, régional et local.

relativement récente encore en Europe, autour des outils d'encadrement de la médecine de ville.

3.1.1 *Revoir la méthode*

Au regard des pays étrangers, la France est loin d'être dénuée d'outils encadrant la médecine de ville. Le problème est moins celui de l'insuffisance des outils que de leur utilisation et de leur efficacité.

Outre une nécessaire clarification des relations entre pouvoirs publics, assurance maladie et professionnels - question qui excède le champ de la mission -, trois principes doivent guider les actions menées avec la médecine ambulatoire : la transversalité, la continuité, l'évaluation.

*3.1.1.1 *Construire la transversalité**

C'est établir des priorités, notamment les priorités pluriannuelles de santé publique introduites par la loi du 4 mars 2002, et multiplier le registre de leur mise en œuvre en les déclinant dans les différentes actions menées autour de l'exercice professionnel : définir des référentiels, les introduire dans le système d'information, provoquer des échanges entre pairs sur ces thèmes, des démarches de qualité, passer des accords de bon usage de soins, évaluer et contrôler les pratiques des professionnels les concernant, proposer des actions spécifiques de formation médicale continue... Il n'y a pas, comme cela a été indiqué, « un » outil qui permette l'amélioration des pratiques. Les outils sont multiples et complémentaires. Tous doivent être mobilisés et mis en cohérence autour des priorités sanitaires. Certaines expériences anglaises et américaines sont à cet égard riches d'enseignement.

*3.1.1.2 *Assurer la continuité des actions menées avec les professionnels**

La proposition peut paraître modeste. Néanmoins, chacun s'accorde sur l'importance du facteur temps dès lors qu'il s'agit de faire évoluer les habitudes et les pratiques. L'attrait que constitue l'adoption d'une nouvelle « bonne idée », à défaut de constance et de continuité dans l'action publique, constitue un risque important. L'Allemagne, parfois qualifiée de « championne d'Europe des réformes du système de santé », constitue, à certains égards, un cas qui n'est pas toujours concluant : risque de décalage entre les politiques affichées et les réalisations, démotivation des professionnels...

*3.1.1.3 *Développer l'évaluation plus systématique des actions menées, des pratiques et résultats obtenus**

Ce thème constitue le troisième axe d'évolution préconisé. L'évaluation est un objectif affiché par les différents pays, y compris la France. L'observation montre que notamment les pays anglo-saxons sont nettement plus avancés dans la réalisation effective de cet objectif.

3.1.2 Faire évoluer l'organisation de la médecine ambulatoire

Les expériences étrangères montrent que l'organisation de la médecine de ville peut constituer un facteur important pour la mise en œuvre des actions de régulation.

3.1.2.1 La place du médecin généraliste dans le système de soins est une donnée structurelle forte

Parmi les quatre pays visités, trois d'entre eux ont fait le choix du médecin généraliste comme *gate-keeper* du système de santé (Pays-Bas, Angleterre, Etats-Unis), cette situation étant souvent ancienne (1941 aux Pays-Bas, 1948 en Angleterre). Elle va de pair avec de larges compétences assumées par les généralistes dans ces deux pays ainsi que par les *primary care physicians* aux Etats-Unis.

Plutôt que de préconiser un rôle de filtre ou de point de passage obligés qui ne paraît pas, actuellement, réalisable dans le contexte français, la mission partage certaines des conclusions déjà formulées sur la nécessité de renforcer la place du médecin généraliste dans notre système de santé. Outre l'élargissement des tâches propres qu'il devrait être à même d'assumer, le médecin généraliste doit jouer un rôle central d'aiguilleur de la demande de santé et, le cas échéant, de régulateur, ainsi qu'un rôle de coordinateur de la prise en charge des patients.

Dans cet esprit, la mise en place conventionnelle du médecin référent, qui constitue un premier pas en ce sens, nécessite d'être évaluée et promue.

3.1.2.2 La prépondérance de l'exercice en groupe à l'étranger souligne l'isolement du médecin français

Dans les pays sous revue, la pratique médicale est en effet souvent beaucoup plus collective et exercée en groupes multidisciplinaires et pluriprofessionnels. Ce mode d'organisation permet une meilleure continuité des soins, une organisation plus aisée des gardes. Il donne la possibilité de mieux prendre en compte le souhait de travail à temps partiel de certains, de répondre aux aspirations croissantes d'un exercice moins contraignant en termes de qualité de vie. Il facilite les échanges entre pairs, les débats sur les pratiques et sur les difficultés rencontrées. Il permet, le cas échéant, notamment dans les centres de santé, des transferts de tâches vers des personnels paramédicaux, en permettant au médecin de se recentrer sur ses fonctions de base. Ces conclusions invitent à encourager la mise en place de dispositifs incitatifs facilitant - au-delà de l'installation regroupée - un exercice multidisciplinaire et pluriprofessionnel.

3.1.2.3 La question du transfert de certaines tâches médicales vers d'autres professionnels est partout posée

Les réponses sont souvent plus avancées que chez nous. Favorisé par les cabinets de groupe et plus encore par le développement de centres de santé, le transfert d'attribution de tâches médicales vers des assistants médicaux (Etats-Unis, Pays-Bas) ou des infirmières (Etats-Unis, Pays-Bas, Angleterre) a fait l'objet d'évolutions législatives dans certains pays (Pays-Bas) ou sert d'aiguillon aux réformes en cours (Angleterre). Cette évolution convergente est également susceptible de présenter un sujet de réflexion pour la France.

3.1.3 Réfléchir à l'avenir de la gestion

Le cadre institutionnel de la régulation de la médecine de ville tel qu'observé à l'étranger, s'il n'est pas transposable en soi, fournit des éléments de régulation intéressants pour le contexte français, tant dans les convergences qui se dessinent que dans les réformes engagées.

Il permet en tout cas de poser trois axes de réflexion.

3.1.3.1 L'identification d'un niveau de pilotage en matière de gestion

La réponse est claire aux Etats-Unis dans les réseaux où le pilotage est assuré par les gestionnaires à l'échelle du réseau de soins. En Angleterre, la réforme du *NHS* entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002 fait également clairement le choix d'un pilotage unique et déconcentré de l'offre de soins, les *primary care trusts* se voyant délégués 75% du budget du *NHS*. Corrélativement, la déconcentration de la gestion s'accompagne d'une enveloppe unique ville-hôpital, ce qui constitue un élément de souplesse et d'incitation important quant à l'amélioration de l'offre de soins.

En France, la question du niveau territorial, et de l'identification du pilote à ce niveau, est au cœur de nombreuses réflexions, tant la dichotomie actuelle est forte entre un pilotage régional de l'offre hospitalière et national de la médecine de ville, par le biais de l'objectif de dépenses déléguées (ODD).

3.1.3.2 L'implication des pairs dans la régulation par la qualité des soins

La régulation, lorsqu'elle mêle des objectifs tant de dépenses que de qualité, fait intervenir de nombreux acteurs dans les pays étrangers : Etat, assureurs, professionnels de santé et usagers. L'association et la participation directe des pairs, notamment pour les aspects relatifs à la qualité des pratiques, sont la règle. Cette approche est gage d'acceptabilité et paraît incontournable. Déjà explorée en France, elle doit cependant être approfondie, y compris par la mise en œuvre de mécanismes pratiques facilitant l'implication des professionnels désireux de s'y investir.

3.1.3.3 La clarification des principes et des rôles en matière de sanctions

La situation française est caractérisée par un décalage fort entre les dispositifs réglementaires et leur application. Cette situation est préjudiciable à la crédibilité des actions de régulation. Sans ignorer la réelle difficulté de la question, la mission estime qu'elle constitue un champ à investir à nouveau, auquel la profession doit être associée de façon impérative.

La mission retient des expériences étrangères les pistes suivantes :

- la distinction entre fraude et mauvaise pratique médicale ;
- la sanction systématique de la fraude, dans le cadre de procédures qui devraient être publiques, contradictoires, transparentes ;
- la mauvaise pratique médicale doit pouvoir conduire à des actions d'accompagnement, de conseil et de formation obligatoires ;
- les cas extrêmes de mauvaise pratique médicale avérée et persistante doivent être sanctionnés. Une procédure devrait être enclenchée conduisant à une mesure assurantielle de déconventionnement et/ou une mesure réglementaire de retrait d'autorisation d'exercice. On ne peut toutefois méconnaître les difficultés liées à l'opposabilité de normes en la matière ;
- le concept de sanctions collectives applicables à l'ensemble de la profession n'existe pas dans la plupart des pays. L'expérience allemande ne s'est pas révélée concluante, dans un pays où, pourtant, la profession est nettement plus structurée ;
- à l'inverse, des expériences variées de sanctions « positives », basées sur des résultats sanitaires, méritent de retenir l'attention. Elles existent notamment en Angleterre et aux Etats-Unis, où elles s'appliquent soit à titre individuel soit au niveau du cabinet de groupe.

3.2 Améliorer l'environnement de l'exercice professionnel

3.2.1 Fournir aux médecins davantage d'outils d'aide à la décision

Les connaissances et les techniques évoluent, les médecins restent isolés dans leur exercice, leur information est souvent véhiculée par des intermédiaires non indépendants. Il importe de leur fournir davantage d'aides et de multiplier les occasions d'échanges.

Différents outils sont susceptibles de faciliter et d'améliorer leur pratique quotidienne.

3.2.1.1 Conforter les recommandations de bonnes pratiques

Un rapport récent⁴⁸ en rappelle l'importance et s'attache particulièrement à l'amélioration de leur diffusion. Un autre aspect concerne leur appropriation par les professionnels et les difficultés qu'ils rencontrent parfois pour les traduire en éléments directement opérationnels. On retiendra par ailleurs la pratique anglaise qui consiste à réagir systématiquement et en temps réel à des informations ou messages sanitaires erronés ayant faisant l'objet d'une large diffusion dans les médias (exemple du DHEA).

⁴⁸ Rapport d'Etienne Caniard, 2002

3.2.1.2 Développer les fonctionnalités des systèmes d'information

Un deuxième axe d'évolution pour apporter aux professionnels les supports dont ils peuvent avoir besoin doit tirer partie des évolutions techniques et mettre à leur disposition sur leur système d'information des applications nouvelles. Il importe notamment d'intégrer les recommandations et référentiels de bonne pratique qu'ils sont susceptibles d'utiliser, les programmes et les démarches de qualité, des systèmes programmant les consultations et les examens complémentaires nécessaires au suivi de maladies chroniques ou sécurisant les prescriptions médicamenteuses.... Beaucoup d'applications existent d'ores et déjà. Globalement, elles paraissent peu développées en France au regard de ce qui existe dans les autres pays. Les nouvelles technologies offrent également la possibilité d'échanges aisés entre professionnels (médecins hospitaliers et d'exercice ambulatoire, spécialistes et généralistes...).

3.2.1.3 Instaurer des échanges systématisés entre pairs

Ce point doit constituer un objectif prioritaire pour ce qui concerne la médecine de ville. Ce sont des espaces naturels de conseil, d'accompagnement, d'encouragement, des lieux où se construisent des projets, où se forgent des dynamiques, où se discutent des protocoles, où se dénouent les incertitudes, où peuvent se corriger les insuffisances dans la confiance. Ce sont aussi des occasions de remise en cause, d'influence, voire de pression dans les cas extrêmes avant d'envisager le déclenchement d'une procédure de sanction. Au vu des expériences étrangères, ces échanges doivent être organisés localement et sur une base régulière. S'ils relèvent, à l'évidence, de l'initiative des professionnels, force est de constater les faiblesses du dispositif français, notamment au sein des URML.

3.2.2 Mettre en œuvre des programmes et des démarches de qualité

Ces programmes peuvent être centrés sur l'organisation de la prise en charge, par exemple au niveau d'un cabinet médical ou d'un réseau de santé. Ils peuvent se focaliser sur le professionnel lui-même et sa pratique ou être développés autour du patient, notamment dans le cadre du PIRE. Ils recouvrent, par exemple, des programmes de prise en charge de facteurs de risque ou de maladies chroniques. Les exemples, à cet égard, ne manquent pas, notamment aux Etats-Unis, mais également en Angleterre. Leur ampleur peut varier. Ces programmes sont souvent nationaux et constituent alors des déclinaisons de programmes prioritaires de santé publique. Le développement de programmes locaux est également souhaitable et répond à l'impératif de mieux prendre en compte des préoccupations plus spécifiquement locales.

3.2.3 Aller vers le dossier médical unique

L'enjeu est important car l'existence d'un dossier médical unique a un effet fortement structurant sur la continuité et la coordination de la prise en charge. Il est facteur d'amélioration de la qualité, autant que de diminution des dépenses inutiles. Certains réseaux américains utilisent cet outil. Malgré les contraintes qui peuvent peser sur ce dossier et les précautions nécessaires, l'objectif apparaît particulièrement pertinent et est aujourd'hui envisageable sur le plan technologique.

3.2.4 Privilégier la coordination

L'enjeu de la coordination est nettement ressenti dans les autres pays. Les expériences en la matière varient, notamment en fonction du degré d'intégration du système de prestations de soins, notamment entre ville-hôpital. Dans notre pays, où cette intégration est encore à réaliser, la poursuite des deux approches existantes - individuelle et structurelle – paraît justifiée.

Sur le plan individuel, il s'agit des mesures déjà prises ou envisageables pour inciter chaque praticien, au cas par cas pour chaque patient le justifiant, à consacrer du temps à mieux coordonner sa prise en charge. C'est l'exemple du médecin référent ou de la démarche de soins infirmiers en cours de mise en place avec les infirmières libérales.

Sur le plan structurel, ce sont les centres et les maisons de santé, ainsi que les réseaux de soins. L'aide au développement de ces derniers doit se poursuivre, notamment pour favoriser la coordination sanitaire et sociale de la prise en charge des personnes âgées à domicile. On ne peut néanmoins occulter les difficultés que sont susceptibles de présenter à terme, pour les médecins généralistes, les réseaux focalisés sur la prise en charge d'une seule pathologie.

3.3 Repenser le suivi des médecins

Conjointement aux actions à conduire pour aider les médecins dans leur exercice professionnel, les conditions de leur encadrement méritent d'être revues. Les modalités de ces évolutions, qui constituent, pour certaines, une transformation notable, ne peuvent être fixées que dans le cadre d'une large concertation. Au regard des expériences étrangères, cette réflexion paraît inéluctable, tant les relations entre professionnels et pouvoirs publics/assureurs paraissent bloquées dans notre pays par rapport aux démarches étrangères et décalées par rapport aux exigences légitimes et croissantes des usagers.

Les facteurs de réussite semblent assez convergents dans les pays observés et mêlent incitations et sanctions éventuelles. Les unes et les autres sont le plus souvent individuelles. Des mesures d'accompagnement, éventuellement individualisées, doivent être organisées ainsi qu'une totale transparence des actions menées et des résultats obtenus.

3.3.1 *Redéfinir la portée du contrat*

L'engagement que constitue la passation d'un contrat doit être renforcé dans notre pays. Partout ailleurs, la force contraignante du contrat est en effet sans commune mesure avec la pratique française.

Si le cadre général est souvent collectif, une nette tendance à l'individualisation se dessine ces dernières années dans les pays étrangers.

Quelles que soient les options prises, le contrat doit impliquer des engagements et retenir des orientations de plusieurs types :

- Des engagements en matière de prestations rappelant les missions essentielles du médecin généraliste. Au-delà du médecin référent, la réflexion sur d'autres options conventionnelles individuelles pour certaines prestations (petits gestes chirurgicaux...), comme en Angleterre, mérite d'être poursuivie ;
- Des engagements en matière de continuité des soins, comme cela existe notamment aux Pays-Bas et en Allemagne où ils constituent une obligation collective de la profession ;
- Des engagements en matière de participation à des actions d'amélioration de la qualité des soins (formation, évaluation...) ;
- La prise en compte des résultats obtenus : résultats individuels concernant la santé des patients, résultats collectifs en matière de santé publique ;
- En matière de rémunération, l'introduction d'un certain degré de forfaitisation, comme alternative ou en complément du paiement à l'acte, a tendance à se généraliser. Ces forfaits pourraient être directement corrélés aux résultats obtenus.

Ces engagements et orientations conventionnels confient à l'assureur un rôle majeur dans le bon fonctionnement de la médecine libérale. Dans cette optique, les conditions d'un éventuel déconventionnement devraient également être clarifiées.

3.3.2 Améliorer le suivi de l'activité

3.3.2.1 Débloquer le codage des actes et préparer celui des diagnostics

Au regard des situations étrangères le dispositif français offre certains atouts en matière de système d'information notamment dans le régime général où le système est centralisé et homogène sur l'ensemble du territoire, constitué de bases de données solides relativement riches et exploitables.

L'alimentation de ces bases pourrait toutefois être améliorée. Le codage de la pharmacie et de la biologie a constitué une amélioration indéniable de l'outil. Après les travaux techniques conduits ces dernières années, la mise en place du codage des actes attend maintenant une impulsion politique.

Quant au codage des diagnostics en ambulatoire, ce doit être le prochain chantier.

Il constitue un enjeu important tant pour accroître les sources et la fiabilité d'informations aujourd'hui difficilement disponibles sur les besoins que pour apprécier la pertinence des pratiques.

3.3.2.2 Conforter les profils statistiques

Le suivi de l'activité des médecins au moyen de profils statistiques est un outil partout utilisé. L'expérience étrangère invite à enrichir les pratiques françaises en apportant certaines améliorations dans la démarche :

- Cibler en privilégiant les thèmes prioritaires (les priorités de santé publiques),
- Identifier les référentiels de bonne pratique et les indicateurs principaux qui se rattachent à ces programmes,
- Repérer les pratiques s'écartant de façon manifeste de ces standards, en s'attachant aussi bien aux excès qu'aux insuffisances,
- Encourager des actions de soutien et de suivi ciblées sur les praticiens concernés (formation médicale continue personnalisée, entretiens confraternels, démarches de qualité...).
- Enrichir et commenter l'information destinée au praticien.

3.3.2.3 Imposer une évaluation annuelle des pratiques de chaque médecin

L'évaluation du médecin et de sa pratique demeure très peu pratiquée en France. Malgré la constante volonté politique et les acquis apportés par l'ANAES au plan de la méthode, les réalisations sont ponctuelles, le plus souvent non intégrées à la pratique quotidienne. Aucune dynamique collective ne s'est réellement enclenchée, sauf exceptions localisées, à la différence de ce que l'on observe dans d'autres pays, en particulier en Angleterre et aux Etats-Unis.

Le principe d'une évaluation annuelle obligatoire devrait être posé. Le choix des thèmes devrait porter sur les priorités nationales et les objectifs locaux et s'appuyer

également sur les profils statistiques d'activité de l'assurance maladie. La mise en œuvre des évaluations devrait être organisée localement, associer les pairs et les médecins conseils de l'assurance maladie.

La transparence devrait être assurée tant pour ce qui concerne la conduite de cette évaluation qu'en ce qui concerne les résultats de chacun, notamment auprès des usagers. Les professionnels devraient pouvoir s'en prévaloir auprès de leur clientèle.

3.3.2.4 Instaurer la requalification professionnelle

La requalification professionnelle constitue également une tendance forte dans la plupart des pays. Le modèle en cours de mise en place en Angleterre est riche d'enseignements, tant de par ses aspects techniques que du fait du contexte délicat de pénurie de l'offre de médecins dans lequel il s'inscrit.

La requalification pourrait intervenir tous les cinq ans. Elle devrait s'appuyer sur une implication réelle des professionnels et pourrait cumuler la prise en compte de trois éléments :

- Les résultats des évaluations annuelles des pratiques,
- La participation aux actions d'amélioration de la qualité (démarches qualité, échanges entre pairs...),
- Une évaluation par les pairs des compétences, des pratiques et, sinon du cabinet médical, à tout le moins de la tenue de dossiers médicaux tirés au hasard.

L'élaboration des modalités de cette requalification nécessite aussi une large concertation.

3.4 Quel avenir pour le service du contrôle médical ?

L'existence de services structurés et de corps de médecins en charge du contrôle et des relations avec la médecine de ville est une spécificité française.

Cette spécificité n'est pas sans présenter un certain nombre d'atouts notamment en termes de corpus réglementaire, de nombre de médecins disponibles, de système d'information.

A l'inverse, les médecins conseils sont, à des degrés variables, confrontés à plusieurs types de difficultés :

- Les services de contrôle médical doivent faire face à un nombre important de tâches (relations avec les autres professionnels, travaux avec l'ARH, arrêts de travail, AIP...). Comme en matière d'outils de régulation, la question est moins celle de l'insuffisance des missions que parfois de leur excès, d'où une réelle difficulté à prioriser et à arbitrer entre les actions. Une démarche systématisée doit se poursuivre en la matière.
- Les relations individuelles avec les médecins praticiens sont parfois délicates et doivent éviter l'écueil d'une trop grande proximité liée à un manque de mobilité. Elles peuvent aussi être compliquées du fait d'un décalage entre l'organisation du temps de travail des médecins conseils et les disponibilités des médecins exerçant une profession libérale.
- La crédibilité des médecins conseils est trop souvent contestée par les professionnels. La mission n'a pas expertisé les raisons de ce « diagnostic », qui peut être aussi en partie fondé sur des éléments peu rationnels ou culturels. Ce manque de reconnaissance peut être aussi lié à un défaut de connaissance réciproque et de travail en commun.

Plus largement, le défi est sans doute d'évoluer d'une culture basée largement sur le contrôle sur dossier à une culture de l'échange et de la confiance.

Il ne paraît à la mission ni réaliste, ni même souhaitable de supprimer le contrôle médical. Il importe surtout de le faire évoluer. Les propositions faites à cet égard ne portent que sur les relations entre la médecine conseil et la médecine libérale, à l'exclusion des autres missions des médecins conseils.

L'observation des expériences étrangères d'organisation des services exerçant des fonctions comparables vis à vis de la médecine de ville - services qui sont souvent positionnés au sein des assureurs, mais parfois aussi au sein des associations professionnelles - met en évidence la conjonction de trois facteurs clés :

- La crédibilité des « contrôleurs » tient certes à leurs connaissances et à leurs compétences mais beaucoup aussi au fait d'avoir ou d'avoir eu une pratique et une expérience cliniques ;

- L'activité des services est davantage tournée vers le conseil plutôt que le contrôle. La lutte contre la fraude est souvent dissociée de cette activité ;
- Quelles que soient la nature et la portée des actions entreprises (conseil, contrôle, sanction) les décisions sont prises en impliquant les professionnels et dans la transparence.

3.4.1 Conforter la double mission de conseil et de contrôle

La question sur le partage entre les missions de contrôle et de conseil ne reçoit pas de réponse univoque et de principe dans les pays étrangers. La mission ne propose pas de modification majeure sur ce point. Elle considère que ces deux types de missions, menées au sein d'un même service éventuellement de façon successive par la même personne, se nourrissent et se renforcent réciproquement. En revanche, deux conditions doivent être respectées : pour chaque type d'action menée, la règle du jeu vis à vis des professionnels doit être clairement posée au préalable ; le « contrôleur » doit présenter toute garantie de compétences et d'indépendance pour asseoir la légitimité et l'acceptation de son action.

3.4.1.1 Développer le travail en direct avec les médecins de ville

Les modalités de ce travail en commun doivent être conçues selon les situations et les types d'action envisagées : il peut prendre la forme d'un échange individuel, par exemple avec certains médecins dont les pratiques méritent d'être discutées, ou à l'occasion de la mise en œuvre d'un programme qualité, comme c'est d'ailleurs le cas avec les « entretiens confraternels ». Il peut s'agir d'une action plus collective avec les médecins d'un secteur ou d'une spécialité, par exemple, dans le cadre d'échanges entre pairs.

Les échanges peuvent intervenir dans un contexte d'évaluation ou poursuivre un objectif plus pédagogique, tant l'influence des pairs joue un rôle important en matière d'amélioration des pratiques.

3.4.1.2 Renforcer le rôle d'aide du médecin conseil

Le contenu de cette fonction de conseil peut être varié : information sur la réglementation et la vie conventionnelle, appui à la mise en place et au suivi des outils de qualité déjà mentionnés (référentiels, programmes qualité...), identification et mise à disposition de supports personnalisés pour certains médecins le nécessitant (outils pédagogiques, aide à la décision...).

Certaines occasions peuvent se prêter à des actions systématisées, comme par exemple l'installation de nouveaux médecins dans la circonscription.

3.4.1.3 Cibler davantage la mission de contrôle

Les directives de 2001, « contrôler autrement », constituent une approche pertinente, à conforter, en concentrant le contrôle sur les pratiques inhabituelles s'écartant manifestement des recommandations et des références de bonne pratique, en se focalisant sur les enjeux prioritaires de santé publique.

3.4.1.4 Donner au médecin conseil le pouvoir de déclencher une obligation pour le médecin praticien

Quand les pratiques sont manifestement inappropriées, le médecin conseil doit pouvoir poser une obligation d'évaluation ou de formation complémentaires. Les modalités de mise en œuvre de cette nouvelle responsabilité doivent être concertées avec les professionnels.

3.4.1.5 Faire participer le médecin conseil à l'évaluation des pratiques et à la requalification des médecins

Dans ce domaine également, les modalités sont à définir avec les professionnels. Il ne saurait toutefois s'agir que d'un accompagnement : d'une part, les médecins praticiens doivent rester responsables de leurs pratiques, d'autre part, les professionnels doivent être les premiers impliqués dans ces évaluations.

3.4.1.6 Approfondir la relation avec certains assurés

Si la mission estime que la priorité du service médical doit rester les relations avec les professionnels et que celles-ci doivent être renforcées, il n'en demeure pas moins que certaines des actions menées par l'assurance maladie vis à vis des assurés pourraient être approfondies.

Dans certains réseaux américains, les assureurs agissent directement auprès de certains de leurs assurés pour améliorer les conditions de leur prise en charge (aide à l'éducation et à la participation du patient à son traitement, rappel de consultations, d'examens complémentaires...).

L'opportunité d'expérimenter localement cette pratique pourrait être discutée avec les professionnels, notamment dans le cadre de réseaux de santé ou dans celui des URML, sans qu'il soit question, pour l'assurance maladie, de se substituer à la mission et aux responsabilités du médecin traitant.

3.4.2 Des réformes de gestion et d'organisation

Les pistes proposées ne préjugent pas des organisations internes aux caisses d'assurance maladie.

3.4.2.1 Faire des médecins conseils des médecins référents

Le médecin conseil - à l'instar du « directeur médical » des réseaux de soins américains - devrait être identifié comme correspondant et responsable des médecins d'un secteur géographique et/ou par spécialité, selon les configurations locales.

Sa propre évaluation tiendrait compte notamment des actions menées directement avec les médecins suivis.

Une partie de sa rémunération pourrait être fonction des résultats obtenus par ces médecins : amélioration de leurs pratiques et des résultats sanitaires obtenus pour leurs patients.

3.4.2.2 Créer une équipe mobile de contrôle de second niveau

Cette piste peut constituer une réponse concrète et assez rapide à mettre en œuvre pour pallier certaines difficultés actuelles. Cette équipe interviendrait principalement lorsque le contexte rend délicat une intervention locale.

3.4.2.3 Favoriser l'ouverture

Cela signifie d'abord organiser la mobilité des médecins conseils pour éviter une trop forte implication dans la vie locale afin de faciliter l'exercice des fonctions de contrôle. De même, toutes autres actions susceptibles d'enrichir l'expérience et de constituer une ouverture sur l'extérieur sont à promouvoir : mobilité (ou stages) entre les corps de médecins conseils des différents régimes, voire à l'étranger ou dans des organismes complémentaires publics et privés, stages d'exercice professionnel... La mission n'ignore pas les difficultés pratiques (réglementaires, statutaires, financières...) que soulève la mise en œuvre de telles pistes. Elle lui paraît indispensable de les poser, dans une perspective à terme.

La question de l'unification des corps de médecins conseils des différents régimes ne peut être occultée, quand les législations relatives à la couverture du risque maladie dans les différents secteurs professionnels tendent à se rapprocher.

Le statut des corps des médecins vis à vis des gestionnaires des régimes d'assurance maladie et la question de leur intégration à la hiérarchie, qui diffèrent selon les régimes, n'ont pas fait l'objet d'une analyse spécifique de la part de la mission. Il lui apparaît toutefois que la reconnaissance des professionnels doit l'emporter sur la logique gestionnaire, ce qui conforte le principe de l'**indépendance** des médecins conseils vis-à-vis de la gestion de l'assurance-maladie, qui existe dans le régime général.

Ces différents axes, inspirés de l'observation des expériences qui ont paru les plus riches dans les pays étrangers étudiés, constituent, de l'avis de la mission, des évolutions incontournables dans la perspective d'une stratégie renouvelée d'encadrement et de partenariat avec la médecine ambulatoire. La définition et les modalités de celle-ci ne sauraient se concevoir sans la participation de la profession.

Recommandations pour faire évoluer l'encadrement de la médecine de ville

Le cadre n'est pas neutre :

- Construire la transversalité des actions
- Assurer la continuité des actions menées avec les professionnels
- Développer l'évaluation
- Renforcer la place du médecin généraliste
- Inciter au regroupement des professionnels
- Réfléchir aux transferts de tâches possibles
- Identifier le niveau de pilotage en matière de gestion
- Impliquer les pairs
- Clarifier les principes et les rôles en matière de sanctions

Améliorer l'environnement de l'exercice professionnel :

- Conforter les recommandations de bonne pratique
- Développer les fonctionnalités du système d'information
- Instaurer des échanges systématisés entre pairs
- Mettre en œuvre des démarches et des programmes de qualité
- Aller vers le dossier médical unique
- Privilégier la coordination

Repenser le suivi des médecins :

- Redéfinir la portée du contrat
- Débloquer le codage des actes et préparer celui des diagnostics
- Conforter les profils statistiques
- Imposer une évaluation annuelle des pratiques de chaque médecin
- Instaurer la requalification professionnelle

L'avenir du contrôle médical :

- Conforter la double mission de conseil et de contrôle
- Développer le travail en direct avec les médecins de ville
- Renforcer la fonction support du médecin conseil
- Cibler la mission de contrôle
- Donner le pouvoir de déclencher une obligation pour le praticien
- Participer à l'évaluation des pratiques et à la requalification des médecins
- Approfondir la relation avec certains assurés
- Faire des médecins conseil des médecins référents
- Créer une équipe mobile de contrôle de 2^{ème} niveau
- Favoriser l'ouverture et l'indépendance des médecins conseils

ANNEXE

Le 6 juillet 2001

LETTRE DE CADRAGE

Objet : les dispositifs d'encadrement et de contrôle médical : étude d'administration comparée.

Ref : mission SS/EQ/SS n° 2001-0060 - IGAS

Les actes et prescriptions effectués par les médecins exerçant en ambulatoire font l'objet d'un encadrement recourant à des modalités multiples, afin notamment d'assurer leur pertinence médicale et leur qualité et de contribuer à en réguler le coût pour la collectivité. En France, ces missions d'encadrement sont assurées pour une grande partie par le service du contrôle médical de la CNAM et des différents régimes d'assurance maladie, mais également par d'autres institutions, notamment l'ANAES et l'AFSSAPS, qui contribuent à définir et à diffuser des références médicales et des bonnes pratiques.

L'objectif de la mission de l'Inspection générale est d'étudier la façon dont d'autres pays assurent, au sein de leur système de santé, dans le secteur ambulatoire, cette double fonction d'encadrement des pratiques et des prescriptions médicales et de maîtrise de leur coût. Compte tenu de la diversité institutionnelle des systèmes de santé, la mission devra d'abord identifier les différents acteurs impliqués dans chacun des pays retenus (les « payeurs » quels qu'ils soient, les « contrôleurs », les professionnels eux-mêmes, les agences ou structures autonomes d'évaluation...). Elle analysera ensuite les missions, l'organisation et le fonctionnement des différents systèmes de contrôle et d'encadrement existant dans chaque pays, leurs moyens en personnel, les instruments dont ils disposent (instruments juridiques et techniques, référentiels médicaux, outils d'information...) et les résultats obtenus lorsque des évaluations existent.

Quatre pays ont été retenus dans le cadre de cette étude : les Etats-Unis, l'Angleterre, les Pays-Bas et l'Allemagne. Les Etats-Unis ont été choisis pour une double raison. D'une part, l'importance de leurs dépenses de santé fait de la question de la maîtrise de leur coût l'un des enjeux importants du système. D'autre part, dans le cadre des HMO (Health Maintenance Organizations), des outils d'encadrement des pratiques médicales existent depuis longtemps et ont fait l'objet d'évaluations nombreuses. Les trois autres pays choisis sont européens. Deux d'entre eux – l'Allemagne et les Pays-Bas – présentent d'étroites similitudes institutionnelles avec la France (existence d'une médecine ambulatoire libérale, financement de la santé à travers des caisses d'assurance-maladie). Cette proximité rend les expériences de ces pays plus facilement comparables à l'organisation du système français. Par ailleurs, faisant le constat que de nombreux pays européens ont fait le choix d'un service national de santé (pays nordiques, pays méditerranéens depuis les années 1980) la mission a également retenu l'Angleterre. Il s'agit d'un pays fonctionnant depuis 1948 sur la base d'un service national de santé (National Health Service), que les réformes conduites depuis 10 ans ont significativement fait évoluer, avec une attention croissante portée à la question de la qualité des soins.

Tirant les enseignements des expériences conduites dans ces quatre pays, la mission formulera ensuite des propositions visant à enrichir la pratique française.

Pour mener ses travaux, l'Inspection générale sera amenée à solliciter les services du ministère, en particulier la Direction de la sécurité sociale, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la Direction générale de la santé et les conseillers sociaux des ambassades à l'étranger, ainsi que les services médicaux et administratifs des différents régimes d'assurance maladie, les diverses institutions concernées, notamment l'ANAES, l'AFSSAPS et les structures représentant les professionnels de santé.