

# UNE DEMONSTRATION JAMAIS FAITE JUSQU'ALORS

---

*Robert LAUNOIS<sup>(1-2)</sup>*

Le Concours Médical – Numéro Spécial, 23 novembre 2002 : 17-19.

<sup>(1)</sup> REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

<sup>(2)</sup> UNIVERSITE Paris XIII – Faculté de médecine Léonard de Vinci – 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny – France

## 1. LE BILAN

### 1.1 Des résultats sur les dépenses concluants et prometteurs

*1.1.1 Les premiers résultats sont plus que satisfaisants. Mais, avant d'en prendre connaissance ... un petit discours sur la méthode*

✓ *La méthode*

L'évaluation des dépenses de soins ambulatoires figurait en bonne place dans le cahier des charges auquel l'expérimentation Groupama Partenaires Santé devait satisfaire.

Il s'agissait ici, d'une part, d'évaluer l'évolution des dépenses liées à l'activité des médecins expérimentateurs avant et après l'expérience et, d'autre part, de les comparer avec celles d'un groupe témoin composé de patients de médecins n'ayant pas participé à l'expérimentation et situés dans les cantons avoisinants.

La première évaluation a donc porté sur deux périodes : la période de onze mois précédant la mise en place des groupes de progrès (du 1<sup>er</sup> février 1999 au 31 décembre 1999) et la période de dix-sept mois où ceux-ci ont fonctionné (à partir du 1<sup>er</sup> février 2000). Les données collectées concernent les remboursements des honoraires médicaux, des prescriptions médicamenteuses, biologiques et paracliniques par le régime de base (la Mutualité sociale agricole) et par le régime complémentaire (Groupama), c'est-à-dire la totalité des dépenses ambulatoires remboursées.

On dispose des résultats complets pour les Pyrénées-Atlantiques ; de résultats complets, mais sur une période plus courte, pour les Côtes-d'Armor. Pour des raisons techniques, les données de l'Allier ne sont pas encore mobilisables.

✓ *Les résultats*

Dans les Pyrénées-Atlantiques, les résultats sont particulièrement spectaculaires. Ils portent sur les dossiers de 1 379 assurés adhérent à l'expérience et sur 1 116 assurés « témoins » tirés au sort, et appariés en structure d'âge et de sexe. Dans ce département (tableau), les dépenses générées par les médecins adhérents ont baissé de 4,7 %, alors qu'elles augmentaient de 14,8 % chez ceux qui ne participaient pas à l'expérience. Ce qui veut dire que, par rapport à la tendance, les dépenses engendrées par les médecins expérimentateurs ont diminué de 19,5 %.

De plus, on constate, en regardant le tableau ci-dessous, que les dépenses liées à l'activité des médecins spécialistes évoluent de façon proche dans le groupe des patients adhérents et dans le groupe témoin. Dans la mesure où l'expérimentation ne concernait pas les spécialistes, c'est une sorte de preuve par neuf que la modification du comportement des généralistes expérimentateurs est bien due à leur entrée dans les groupes de progrès.

Récapitulatif des dépenses observées avant et après expérimentation dans le département des Pyrénées-Atlantiques  
(en France)

	Groupe Témoin			Groupama Part. Santé		
	1999	2000	%	1999	2000	%
<b>Honoraires</b>						
MG	995	1 074	7,9	891	801	- 10,1
SP	2 135	1 928	- 9,7	1 919	1 824	- 5
<i>Total</i>	<i>3 130</i>	<i>3 002</i>	<i>- 4,1</i>	<i>2 810</i>	<i>2 625</i>	<i>- 6,6</i>
<b>Prescriptions</b>						
MG	3 528	4 119	16,8	3 493	3 335	- 3,1
SP	996	1 111	11,6	962	1 083	12,6
<i>Total</i>	<i>4 524</i>	<i>5 230</i>	<i>15,6</i>	<i>4 455</i>	<i>4 458</i>	<i>0</i>
<b>Soins ambulatoires (H + P)</b>						
MG	4 523	5 193	14,8	4 384	4 176	- 4,7
SP	3 131	3 039	- 2,9	2 881	2 907	0
<i>Total</i>	<i>7 654</i>	<i>8 232</i>	<i>7,5</i>	<i>7 265</i>	<i>7 083</i>	<i>- 2,5</i>

## 2. ENTRETIEN

### 2.1 Le Professeur Launois a procédé à l'évaluation quantitative de l'expérimentation ? il en analyse les premières données

- ✓ *D'où vient l'ampleur des résultats observés, notamment dans les Pyrénées-Atlantiques ?*

**Pr Robert Launois.** Il faudrait reprendre, dans le détail, les dépenses poste par poste. Les dépenses de médicaments remboursés à 100 %, par exemple, ont baissé de 12 % entre le début et la fin de l'opération chez les patients adhérant à l'opération et consultant les médecins expérimentateurs, alors qu'elles augmentaient de 3 % dans le groupe témoin. Même chose pour les actes infirmiers cotés en AMI : les dépenses ont baissé de 21 % en moyenne d'un côté, alors que de l'autre, elles augmentaient de 32 %. En valeur absolue ? les actes en AMI correspondaient à une dépense de 13 francs (1,98 €) par patient consommant et par mois dans le groupe « Groupama Partenaires Santé » avant l'expérimentation et à 10 francs (1,52 €) après (ce qui fait une économie de 3 francs, 0,45 € par patient et une diminution en valeur relative de 21 %), contre respectivement 21 francs (3,2 €) et 27 francs (4,12 €) en moyenne pour les patients du groupe témoin, soit une progression de 32 %.

- ✓ *Certes, mais ces chiffres montrent aussi que, déjà avant l'expérimentation ? il y avait une différence entre les médecins expérimentateurs et les médecins du groupe témoin, qui généraient plus de dépenses que leurs confrères ... N'y a-t-il pas là un biais ?*

**Pr Robert Launois.** Dans les études non randomisées, cette menace de biais est permanente. On peut en effet se demander si les médecins volontaires n'avaient pas d'emblée un comportement de prescription « plus vertueux » et une activité et un rythme de surveillance de leurs patients mieux auto-contrôlés. Ce n'est pas forcément un biais. Les médecins qui adhèrent à un réseau sont motivés. Ceux qui ont adhéré à Groupama Partenaires Santé avaient peut-être ressenti auparavant le besoin de mieux maîtriser leur activité. Le réseau leur a offert une solidarité confraternelle dans laquelle ils se sont retrouvés entre professionnels ayant les mêmes ambitions. Ce qui est important ? ce n'est pas la valeur absolue, mais les différentiels d'évolution. Le réseau a contribué au développement, chez ces

médecins, d'attitudes de prescription prudentes et vertueuses qu'ils avaient déjà avant d'adhérer au réseau. Celui-ci, à l'évidence, a permis l'épanouissement de ces pratiques, puisque le différentiel s'accroît. L'expérimentation a donc parfaitement atteint ses objectifs, puisqu'elle regroupait près de 50 % des médecins des cantons retenus dans les Pyrénées-Atlantiques.

✓ *Peut-on généraliser les résultats de l'expérience ?*

**Pr Robert Launois.** La critique à l'encontre des réseaux est de dire : « Vos médecins ne sont pas représentatifs. La preuve, leur comportement était déjà différent auparavant ». En effet, par définition, un médecin qui adhère à un réseau n'est pas totalement représentatif de l'ensemble du corps médical. Ses préoccupations l'ont amené à adhérer à l'expérimentation. Mais l'expérimentation elle-même consolide ses attitudes et ses comportements, et accroît ses performances. Cette volonté de mieux maîtriser sa pratique ne pouvait s'épanouir, car il exerçait en solitaire et il n'avait pas la possibilité de dialoguer avec ses pairs ni de réfléchir à l'évolution des prises en charge pour ses patients. Le réseau a permis la cristallisation d'approches nouvelles. Elles se sont alors transformées en protocoles de prise en charge validés par l'ensemble du groupe de progrès. Cela donne plus de puissance, et aux protocoles, et à ceux qui les adoptent. Finalement, pourquoi ne serait-ce pas possible d'obtenir les mêmes comportements chez d'autres médecins ?

✓ *L'expérience est-elle transposable ,*

**Pr Robert Launois.** Le fait que le nombre d'actes en AMI a connu une telle chute dans le groupe expérimentateur laisse penser que l'expérience est reproductible, précisément parce que l'amplitude entre avant et après est importante. Encore faut-il mettre en place les structures qui permettent à chacun de réfléchir à l'évolution de la pratique médicale.

Mais on ne peut jamais dire qu'une expérience est transposable. Le véritable argumentaire, c'est lorsqu'il existe une convergence de résultats des différentes expérimentations. Or, certaines expérimentations menées par ailleurs laissent penser que, en effet, une approche en réseau donne des résultats. Il faut multiplier les expériences.

✓ *Pourquoi ne le fait-on pas ?*

**Pr Robert Launois.** La politique ne s'intéresse pas aux résultats démontrés. Le pouvoir des lobbies est encore plus grand que celui de l'évaluation. Que veut dire extrapolable ? La personne qui pose la question sait qu'il n'y a pas de réponse et elle la pose pour vous mettre dans l'embarras.

Il est difficile de dire si on a neutralisé tous les biais. Mais on parvient à démontrer qu'il existe une efficacité différentielle et un coût différentiel entre les prises en charge traditionnelles et les prises en charge innovantes, pour une population donnée, et que cela – dans certains cas et pas dans d'autres -, est statistiquement valide. Donc, il y a un impact aussi bien en termes de qualité de prise en charge et d'efficacité des soins qu'en termes de coûts. On arrive à démontrer l'efficacité des réseaux et on sort de la logorrhée académique. Car on se situe en pratique courante. Ce sont des expérimentations in vivo qui intègrent la réalité des comportements, le rôle crucial des structures et la complexité de fonctionnement d'un système de santé. Et qui, dans cet environnement extrêmement complexe, arrivent à démontrer qu'elles ont un impact. A la différence des essais cliniques où l'on élimine l'influence des structures, on réintroduit ici cette réalité. On raisonne en tenant compte des comportements des assurés, des pratiques des médecins et des modalités de fonctionnement du système. On arrive à évaluer les mérites relatifs des modalités de prise en charge des malades, ce qui n'avait jamais été intégré et étudié jusqu'alors dans un essai.