

Article 51 : évolution ou révolution ? Des réseaux de soins coordonnés au paiement des équipes de professionnels de santé : un même combat

Waiver 51: evolution or revolution? From health care network to accountable care organisation: The same battle

Robert LAUNOIS

Réseaux d'Évaluation en Économie de la Santé
28, rue d'Assas – 75006 Paris – France
Tél. 33 (0)1 44 39 16 90
Email : launois.reesfrance@wanadoo.fr
Site Internet : www.rees-france.com

RÉSUMÉ

Les sous-ensembles organisés de professionnels de santé se sont multipliés au cours de la dernière décennie, mais leurs conditions de fonctionnement demeuraient aléatoires. En l'absence de financements globalisés et transversaux, leur pérennité était subordonnée à l'enthousiasme de leurs créateurs. Le maintien de cette médecine artisanale n'est plus à même de faire face aux problèmes que pose l'émergence des maladies chroniques. Le défi auquel le monde de la santé doit aujourd'hui faire face est de constituer des équipes structurées et coordonnées autour du malade. Le service médical rendu aux malades doit être au centre du débat. Il est la seule finalité qui permette de transcender les légitimes antagonismes professionnels. Il est le concept opérationnel autour duquel doivent se créer les groupements de professionnels de santé. Seuls, ces groupements, sont capables d'améliorer le service rendu au malade et de renforcer l'efficacité des soins. L'expérimentation en vie réelle des réseaux Groupama et Resalis mis en place au cours des années 2000 dans le cadre des ordonnances Juppé ont démontré que l'exercice coordonné en médecine de ville avait une véritable valeur ajoutée. Cette coordination, si elle entraîne une saine émulation sur le plan de la qualité, n'est pas suffisante pour rationaliser le système

puisqu'elle n'introduit aucun nouveau critère d'économicité dans les choix. Il convient d'inverser les incitations en introduisant des financements globalisés *per capita* et en les complétant par des mécanismes appropriés d'intéressement collectif.

Mots-clés : coordination des soins, parcours de soins, paiement aux équipes de professionnels de santé, rémunération à la qualité, capitation, étude d'impact.

ABSTRACT

Organized subsets of health professionals have proliferated over the past decade, but their operating conditions remained uncertain. In the absence of a global payment to cover the services and cost, their durability was subordinated to the enthusiasm of their creators. The maintenance of this traditional medicine is no longer able to cope with the problems posed by the emergence of chronic diseases. The challenge facing the world of health today is to form structured and coordinated teams around the patient. The medical services have to be patient centered in order to transcend the legitimate professional antagonisms, and to improve the health of their patients. The real-life experiences of the Groupama and Resalis networks set up during the 2000s under the Juppée emergency ordinances, produce evidence for the success of such a move. If co-ordination leads to a healthy emulation in terms of quality, it is not sufficient to rationalize the system unless a new criterion for economic efficiency is brought into. It is therefore necessary to reverse the incentives by introducing a global payment per capita coupled with a set of performances measures.

Keywords: *integrated care units, performance-based payments, partial capitation, managed competition, management & evaluation.*

1. INTRODUCTION

Le problème du coût de la médecine ne peut être dissocié de celui de son efficacité. Le véritable enjeu est celui de la rationalisation du système de soins. Or, quels sont les dérapages que l'on constate en 2019 ? Le déclin constant de l'activité du généraliste au profit du spécialiste et en corollaire la croissance des actes techniques ; le maintien de la prédominance de l'hôpital dans la consommation totale de soins et biens médicaux, la technicisation croissante des prestations hospitalières ayant partiellement compensé la baisse de la fréquentation. Le généraliste n'est plus la cheville ouvrière du système de soins, il n'en contrôle pas l'accès, ce qui favorise la duplication des actes et les

gaspillages. Lorsque, par ses décisions, il évite des hospitalisations inutiles, il ne perçoit rien sur les milliers d'euros dont il permet à la sécurité sociale de faire l'économie. Pour lui restituer son rôle, il faut en faire un nouvel entrepreneur. Pour intégrer l'ensemble des fonctions sanitaires, il faut mettre en place de nouvelles structures et un nouveau système de prise en charge.

Une médecine plus globale et plus humaine requiert que soit intégrée dans les pratiques médicales une attitude préventive. Elle suppose également que tous les professionnels de santé contribuent à sa promotion. Le médecin doit plus que jamais sortir de ses compétences

d'expert de la maladie pour devenir un artisan de santé, ce qui implique de sa part une vision plus globale de la communauté dans laquelle il exerce sa pratique et vis-à-vis de laquelle, il doit se sentir responsable. La complémentarité est la deuxième caractéristique du rôle que doit jouer le médecin dans la société moderne. Un seul individu n'est plus à même de résoudre les problèmes médico-sociaux que pose le monde d'aujourd'hui, il doit être aidé par tous les professionnels de santé, qu'ils appartiennent ou non au monde médical ou au secteur sanitaire. L'exercice isolé ne permet pas de mettre en œuvre ces formes d'intervention.

Telle était la philosophie qui inspirait en 1985 la proposition de création de réseaux de soins coordonnés (RSC). Ces réseaux étaient des structures de regroupement des professionnels de santé, animés par le médecin de famille, choisies par le malade, assurant la prise en charge globale de la santé, prévention comprise. Cela ne voulait pas dire que le réseau devait disposer lui-même de tous les moyens de soigner toutes les affections ; il en aurait résulté à l'évidence des redondances et un suréquipement générateur de coûts disproportionnés. Il suffisait que le Groupement passe convention avec un cabinet de spécialistes proche, pour qu'il mette ses moyens à la disposition de ses adhérents moyennant une rémunération fixée contractuellement.

Pour s'inscrire dans un réseau, il fallait payer un prix global par tête, financé pour partie par un versement forfaitaire de la sécurité sociale : le forfait annuel de santé (FAS), et éventuellement par une contribution personnelle de l'utilisateur. Pour fixer le montant de sa participation, la sécurité sociale devait en

premier lieu, déterminer de manière objective les coûts standards susceptibles d'être financés. A cette fin, son département statistique¹ calculait chaque année, le coût actuariel national des soins (C.A.N.S.) par grandes catégories d'assurés en fonction de l'âge et du sexe, de la présence ou non d'une ALD et éventuellement d'un handicap ; en second lieu, elle fixait le niveau du forfait annuel de santé à verser (F.A.S.) par rapport au coût actuariel (C.A.N.S.) en tenant compte de l'importance des tickets modérateurs existants dans chaque classe de risques. Au lieu que le montant des prestations en nature fasse l'objet d'un remboursement *a posteriori* au titre des dépenses reconnues et remboursées par an et par tête, le projet RSC proposait simplement de les payer d'avance, *ex ante* sous la forme d'un forfait annuel de santé individuel. La somme des forfaits individuels déterminait la rémunération collective du groupement.

L'intérêt d'une telle formule de financement était double. La valeur des forfaits augmentait avec l'importance des besoins de la population prise en charge. Dès lors, les recettes des réseaux étaient proportionnelles à leur coût et le spectre de la sélection des risques était écarté, comme on pense qu'il le sera aujourd'hui dans le cadre du modèle de paiement collectif forfaitaire PEPS. Les forfaits étaient acquis de manière définitive par les réseaux auxquels ils étaient versés que leurs adhérents fussent consommateurs ou non consommateurs. Ainsi lorsque la recherche d'une plus grande économicité présidait à leurs choix, ils pouvaient conserver tout ou partie de leurs gains d'efficience. Le mécanisme d'intéressement mis en place permettait soit d'offrir et de financer de nouvelles prestations

¹ Ce montage institutionnel, différent de celui qui avait été primitivement retenu, tenait compte des observations faites au cours d'un séminaire de l'Assistance Publique par Robert Rochefort.

mises à la disposition de leurs adhérents, ce qui introduisait un ferment de concurrence par la qualité vis-à-vis des systèmes traditionnels de prise en charge, soit de gratifier directement les professionnels du groupement qui étaient à l'origine de son succès. Mais ce dispositif était trop généreux, c'est pourquoi le cahier des charges de la proposition du paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé PEPS propose d'y mettre fin en rémunérant uniquement les soins réalisés par l'équipe expérimentatrice.

La proposition des Réseaux de Soins coordonnés reposait sur des arguments théoriques qui en ont fait un modèle atemporel, plus que jamais d'actualité. La théorie des incitations, le concept de concurrence et le principe de la solidarité étaient introduits d'emblée comme valeurs fondatrices sur la base desquelles la construction se devait d'être érigée. La proposition utilisait la théorie de l'agence et celle du hasard moral. Elle s'appuyait aussi sur les expériences américaines de la concurrence régulée. Mais, il n'était pas question de transposer en France des organisations qui étaient complètement étrangères à sa culture. Contrairement à ce que beaucoup ont cru, ce n'était pas une concurrence entre les organismes assureurs qui était proposée, mais une forme de « concurrence restreinte » à la gestion de groupements de professionnels de santé dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Il est possible aujourd'hui comme hier de s'inspirer des mécanismes économiques qui ont été ou sont à l'origine du succès de certains modèles étrangers pour proposer de nouvelles régulations du système de santé français tout en préservant la solidarité nationale.

Au milieu des années 2000, les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs ont cependant changé. Là où étaient évoqués la primauté de la concurrence, les incitations

financières et les honoraires minimums garantis par patient, les professions de santé ont adopté un autre l'angle d'attaque, en insistant sur l'importance de l'éducation thérapeutique et de la qualité des soins, ce qui leur a permis de reprendre l'initiative. Les acteurs du système, fortement inspirés par le modèle de prise en charge des maladies chroniques d'Edward Wagner y ont vu la solution à tous les maux dont souffrait le système de soins français, en oubliant le poids des contraintes budgétaires. La transformation de la structure des pathologies et le passage des affections aiguës à des maladies chroniques exigeaient, selon eux, un changement de logique. La prise en charge des affections de longue durée ou de la grande dépendance supposait l'ouverture de nouvelles plateformes de services ; le lancement de programmes d'éducation thérapeutique et de formation médicale aux bonnes pratiques cliniques et le développement d'un système d'information performant. Cette démarche de disease-management devait être complétée, dans l'esprit de ses promoteurs par un mécanisme de paiement à la performance, sans qu'il fût nécessaire d'introduire une capitation pour assurer le bouclage financier du dispositif.

Pour évaluer les avantages et les inconvénients de ces nouvelles formes de prise en charge, il convenait de les expérimenter. Les résultats obtenus après 30 mois de fonctionnement par Groupama et la Mutualité de Santé Agricole (MSA) dans le département, des Pyrénées Atlantiques, ainsi que ceux observés après 36 mois de suivi dans le cadre du réseau RESALIS mis sur pied dans l'Eure à l'initiative d'Alliance Médica et de la CPAM de ce département dans le cadre des expériences Juppé des années 2000, sont en ce domaine, riches d'enseignements à la fois en termes de méthodes et en termes d'impact sur l'évolution des pratiques.

Le défi auquel le monde de la santé doit aujourd'hui faire face est de fusionner ces deux dispositifs : réseaux de soins coordonnés et accompagnement des patients, pour organiser des structures modernes bénéficiant de financements globalisés transversaux et structurés autour des notions de qualité et d'évaluation. Le délai qui sépare la conception d'un nouveau dispositif organisationnel ou médical et sa mise en oeuvre a toujours été un défi pour les décideurs. Un retard de 17 ans est souvent évoqué dans la littérature (Balas and Boren, 2000) comme le délai moyen qui s'écoule entre l'évocation d'une nouvelle hypothèse clinique et sa traduction en pratique médicale quotidienne, et quand bien même celle-ci se réalise, sa mise en place en conditions normales d'usage ne concerne qu'entre 11% et 79% des mesures recommandées. Un délai, qui est au moins aussi important en économie de la santé. Il aura fallu cinq ans pour diffuser en France dans les années 90, le concept de qualité de vie, huit ans pour contribuer à éclaircir les notions de coûts et de contrainte budgétaire, treize ans pour ériger l'efficience en principe de bonnes pratiques médicales, trente-trois ans depuis 1985 pour faire pénétrer le concept des réseaux/parcours de soins coordonnés et proposer leur mise en place sous de nouveaux noms dans le cadre de l'article 51. L'accumulation des textes réglementaires au cours des années de 2000 avait fini par dénaturer le projet initial en le vidant de son contenu. Le spectre des forfaits annuels de santé a été très vite écarté pour ne garder que l'idée de coordination. Le guide méthodologique publié en 2012 par la DGOS achève de démanteler le concept en confiant le portage de la fonction de coordination à une structure bureaucratique d'appui aux différents intervenants auprès du patient n'ayant pour seule mission que l'articulation de leurs initiatives sans qu'elle puisse prétendre se substituer, en quoi que soit, à l'activité des effecteurs de soins. Un recentrage qui signait l'arrêt de mort des réseaux puisque la prise en

charge directe des patients par les réseaux leur était interdite. Aujourd'hui la constitution de cellules fédératives d'amélioration de la qualité dans le cadre de groupements des professionnels de santé qui coordonneront l'activité des différents intervenants tout en bénéficiant de modes de financement rénovés semble être la bonne réponse. L'évaluation sera indissociable de l'expérimentation. Elle permettra de vérifier sur des populations clairement définies, si les avantages liés à la mise en place de ces nouvelles formes d'exercice pluriprofessionnelles sont bien au rendez-vous.

2. MÉTHODES

L'objectif d'une évaluation est toujours multidimensionnel. Il convient tout d'abord de vérifier que la montée en puissance de l'innovation organisationnelle est conforme à ce qui avait été prévu. de vérifier ensuite, chemin faisant, si l'écart entre les résultats obtenus et les objectifs poursuivis continue de se résorber par rapport à des valeurs cibles contractuellement prédéfinies en termes de taux de récurrences, de niveau de qualité de vie ou d'autonomie et de coûts des prises en charge annuels. D'estimer enfin, l'impact de la mise en place du dispositif expérimenté ce qui suppose que les informations disponibles sur le site de l'expérimentation puissent être appariées avec des données similaires de malades qui ne participent pas à celle-ci. C'est à cette seule condition qu'une recherche évaluative conduite par rapport à un comparateur pourra être mise sur pied aussi bien en termes de coûts qu'en termes de résultats de santé et c'est sous cette seule condition que l'étude qui sera menée pourra être désignée sous le nom d'étude d'impact. Ces axes d'évaluation permettront de conclure respectivement et conjointement quant à la faisabilité, l'efficience et la reproductibilité d'un dispositif innovant.

Au cours de la montée en puissance d'un dispositif, il s'agit essentiellement de faire une analyse descriptive des efforts déployés par les promoteurs de l'expérimentation pour structurer leur organisation et d'estimer dans quelle mesure celle-ci a atteint ou non les objectifs qu'elle s'était fixés dans le cadre d'études de performances mono bras (sans comparateur) que nous qualifierons d'études normatives par rapport à des objectifs contractuellement définis. Dans le cas d'étude d'impact, il s'agit de toute autre chose : une véritable recherche évaluative doit être conduite pour que des conclusions puissent en être tirées quant à la transposabilité de l'expérimentation. Les modifications de comportements induites par la décision de mettre en place une nouvelle organisation des soins et leurs répercussions sont étudiées à la lumière de ce qui se serait passé si elle n'avait pas été faite (situation contrefactuelle).

L'analyse des retombées des innovations organisationnelles que constituaient les expérimentations Groupama et Resalis a été conduite dans le cadre de ces études d'impact. Dans les deux cas, la mise sur pied d'un schéma d'étude quasi expérimentale « Avant/Après » avec groupe contrôle a permis d'évaluer quantitativement sur le plan médical, l'évolution de l'état de santé des assurés et sur le plan économique, de mesurer l'évolution des dépenses de santé remboursées pour les personnes protégées qui étaient prises en charge dans le cadre de ces expérimentations.

2.1. L'expérimentation Groupama partenaires santé

L'expérimentation Groupama Partenaires Santé, a été mise en oeuvre par Groupama en partenariat avec le régime obligatoire de protection sociale des agriculteurs Mutualité

de Santé Agricole (MSA) dans le cadre des ordonnances du 24 avril 1996. Ce réseau a été agréé par le Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux (comité Soubie) en 1998 a été officiellement autorisé par le gouvernement en 1999, et mis en place en février 2000 dans trois départements : Allier, Côtes-d'Armor et Pyrénées-Atlantiques.

L'objectif de l'évaluation était de pouvoir apprécier comparativement, tant sur le plan médical, que sur le plan économique, les mérites et inconvénients de deux modes de soins ambulatoires : le suivi en réseau et la prise en charge traditionnelle, afin de pouvoir généraliser les conclusions de l'étude à l'ensemble de la population. Pour qu'une telle démarche soit valide, il importait que la nature complexe de l'intervention, le schéma d'étude, et les critères de jugement aient été bien définis et standardisés, que l'échantillon retenu fût aussi représentatif que possible et que le recueil des données puisse être effectué dans des conditions très proches de la pratique quotidienne.

2.1.1. Description de l'intervention

La méthode choisie pour proposer aux médecins de participer à l'expérimentation a été de les faire approcher individuellement, sur leur lieu de travail, par des médecins-conseils des deux institutions, Groupama et la MSA. Ces rencontres individuelles ont permis une présentation personnalisée du projet et une discussion approfondie de leurs motivations et de leurs réticences. Elles ont débouché pour les médecins intéressés sur une réunion de lancement dans le département où les adhésions matérialisées par la charte « Groupama Partenaires Santé » ont été recueillies.

Les praticiens volontaires, en contrepartie d'une rémunération, s'engageaient :

- A réaliser des consultations les plus complètes possible aboutissant aux seules prescriptions médicalement justifiées
- A participer activement à des « groupes de progrès » visant à établir des principes communs de bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques.

Dans le département des Pyrénées-Atlantiques, 6 groupes de progrès réunissant chacun une dizaine de médecins généralistes ont été formés : ils ont choisi librement un thème, soit une pathologie, soit un problème d'organisation de soins en médecine rurale, à partir des critères suivants :

- Problématique fréquemment rencontrée
- Sujet sur lequel les médecins généralistes étaient les principaux décideurs
- Sujet pour lequel des résultats tangibles pouvaient être obtenus sur 18 mois
- Sujet permettant un retour, auprès des assurés volontaires, en matière d'explication, de conseil, de prévention, par un envoi de documents (revue « Tribune Santé », lors de consultations ou de réunions médecins/assurés.

Ces groupes de progrès ont travaillé avec différents outils méthodologiques :

- A partir de l'observation de leurs propres pratiques
- A partir des référentiels existants : Références médicales opposables, référentiels ANAES, documents de formation
- Sur la base d'études spécifiques aux pathologies choisies (Etudes UNAFORMEC, Etudes de la Revue « Prescrire »)
- En faisant appel à des spécialistes du domaine étudié, et aux compétences des médecins-conseils de la MSA.

2.1.2. Une population spécifique et représentative du monde rural

Les critères d'inclusion ont été choisis de façon suffisamment large, pour que les sujets recrutés puissent être représentatifs des patients traités par les médecins bien implantés en milieu rural. Par ailleurs, le cahier des charges applicable aux demandes d'agrément présentées par les organismes d'assurance maladie (prévu dans l'article 2 du décret n°96-789 du 11 septembre 1996) insistait sur le fait que "l'expérimentation devait reposer sur le volontariat des patients et des médecins, ces derniers devant s'interdire de procéder à toute sélection des patients autres que celle constituant l'objet de l'action".

Le processus de recrutement des assurés n'a commencé qu'après l'adhésion des médecins. Seules ont été retenues les adhésions des personnes :

- affiliées à la MSA et adhérant à la mutuelle Groupama
- dont le médecin traitant habituel avait accepté de participer à l'expérimentation.

Le recrutement s'est effectué en trois temps :

- Envoi d'un courrier expliquant la démarche
- Contact téléphonique pour demander l'adhésion
- Contact pris par les administrateurs des institutions partenaires.

Les 1 373 assurés, qui avaient adhéré volontairement à l'expérimentation dans les Pyrénées Atlantiques, ont bénéficié du tiers payant (partie obligatoire et complémentaire) sur les consultations et visites auprès de leur médecin généraliste. Par ailleurs, ces adhérents ont eu un abonnement gratuit au journal « Tribune Santé », journal d'information sur la santé paraissant tous les deux mois. Des documents

spécifiques au réseau leur ont été également envoyés régulièrement.

Le plan d'étude choisi devait interférer le moins possible sur les pratiques quotidiennes et être le plus pragmatique possible tout en offrant un niveau de preuve suffisant pour interpréter les résultats. L'étude quasi expérimentale était celle qui paraissait offrir le schéma le plus adapté. Elle a reposé sur la mise en place d'une étude « Avant-Après » avec un groupe contrôle. Cette démarche permet de neutraliser l'influence des facteurs confondants, tout en réduisant le coût de mise en œuvre de l'étude.

2.1.3. Un schéma d'étude « top down » à partir des bases médico-administratives

Pour évaluer le lien de cause à effet qui existe entre les dépenses associées à l'expérimentation et les résultats de santé qu'elles permettent d'obtenir chez un patient, il aurait idéalement fallu, pouvoir comparer les bénéficiaires qu'il retirait d'un accompagnement renforcé avec ceux qui auraient été les siens, s'il n'en avait pas bénéficié. Cette comparaison au niveau individuel est impossible, puisque le même sujet ne peut pas au même instant, être bénéficiaire et non-bénéficiaire des avantages d'une nouvelle organisation. Le problème ne pouvait être résolu qu'en reconstruisant la situation inobservée à partir d'une situation observable chez ceux qui n'avaient pas bénéficié de l'expérimentation et en calculant la différence d'effet entre les deux groupes. Ce raisonnement a conduit à utiliser des observations reposant sur des groupes, en identifiant les « clones » des bénéficiaires pour définir le groupe de contrôle que l'on désignera désormais sous le nom de contrefactuel compte tenu du caractère contre-intuitif de son origine. On a repéré l'effet causal par différence des effets constatés au niveau du groupe entre le groupe de contrôle et le groupe expérimental et non plus au niveau de l'individu ; encore

fallait-il s'assurer que les deux populations comparées présentaient les mêmes caractéristiques au moment de leurs prises en charge initial.

Compte tenu de la diversité des équipements informatiques des médecins généralistes, il aurait été délicat de leur imposer un système d'information spécifique dans le cadre de cette expérimentation. Groupama Partenaires Santé a donc choisi d'utiliser les systèmes d'information de la MSA pour obtenir les données nécessaires au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation. Cela permettait en plus de ne pas faire de l'informatisation une condition de leur participation au réseau.

Le point de vue retenu pour les calculs de coûts a été celui des assureurs santé, ce terme recouvrant à la fois l'assurance obligatoire de la mutualité sociale agricole et l'assurance facultative offerte par Groupama. Les coûts médicaux issus des consommations de soins en ambulatoire ou à l'hôpital ont été valorisés par les différentes nomenclatures qui leur étaient applicables (ngap, nabm, vidal, prix par discipline médico-tarifaire pour l'hôpital). la somme des remboursements effectués par les deux assureurs santé était égale à la somme des dépenses reconnues et remboursées par les organismes de protection sociale.

Étude Avant-Après

La phase « Avant » a débuté dans les Pyrénées Atlantiques le 1^{er} février 1999 et s'est terminée le 31 décembre de cette même année, date à partir de laquelle les cercles de qualité se sont mis en place. La phase « Après » a colligé les données collectées pendant 17 mois, à partir du premier février 2000.

Dans le cadre du secteur ambulatoire, les dépenses reconnues et remboursées étaient décomposées en un poste d'honoraires et

un poste de prescriptions, le premier recouvrait l'ensemble des activités médicales qu'il s'agisse de consultations ou de visites, d'actes en K, KE, ou Z, des indemnités kilométriques, des honoraires de dentistes. Sous l'intitulé « prescriptions des généralistes », étaient regroupées les consommations médicamenteuses, quel que soit leur taux de remboursement, les prescriptions d'actes d'auxiliaires médicaux, d'infirmiers et de kinésithérapie, ainsi que la totalité des actes biologiques demandés.

Les données agrégées étaient présentées par semestre calendaire et moyennées par classe d'âge de 10 ans. Pour chaque type de remboursement, ReesFrance disposait de la part remboursée par la MSA et de celle remboursée par Groupama. Pour un semestre donné, le terme « consommateurs » désignait les personnes ayant eu au moins une visite à domicile ou une consultation. Des comparaisons longitudinales des actes liés à l'activité des spécialistes et des généralistes ou prescrits par eux ont permis d'étudier comment la consommation médicale évoluait au cours du temps, et d'appréhender l'évolution des comportements des assurés.

Étude Ici-Ailleurs

Une extraction parallèle à celle de l'étude « Avant-Après » et symétrique dans son schéma fût mise en place sur un groupe témoin (GT) constitué d'assurés sociaux couverts simultanément par la MSA et Groupama habitant dans le département des Pyrénées Atlantiques, mais qui ne participaient pas à l'expérimentation. Leur recrutement a été effectué par tirage au sort parmi les adhérents de Groupama de ce département. Au total, 1 116 patients ont été inclus.

Des comparaisons transversales, avant et après le début de l'expérimentation en 2000, des 2 groupes de patients : adhérents au réseau

(GPS) et témoins (GT) ont pu être réalisées pour les spécialistes et généralistes, en termes de : taux de consommation médicale dans l'ensemble de la population et par sexe, volumes moyens consommés pour les recours médicaux (consultations et visites) pour 1 000 assurés remboursements moyens pour 1 000 assurés de l'assurance maladie (MSA) et ceux de la complémentaire maladie (Groupama) sans distinguer les parts respectives des hommes et des femmes, coûts hospitaliers ont fait l'objet d'une analyse spécifique sur coupe transversale, quel que soit le statut des établissements fréquentés, publics ou privés. Cette partie de l'étude n'est pas présentée ici compte tenu du peu d'intérêt de la facturation par disciplines médico-tarifaires.

2.1.4. Une analyse qualitative « bottom up » avant et après la mise en place de l'expérimentation

Les évaluateurs étaient pleinement conscients qu'ils risquaient de ne pas saisir la complexité des résultats de l'expérimentation s'ils s'en tenaient à une approche purement quantitative. Pour comprendre les raisons pour lesquels l'expérimentation fonctionnait, il était important que l'analyse d'impact fût complétée par des analyses qualitatives comportant des interviews les acteurs clés de l'expérimentation et les observations directes des réactions des participants.

Une première série d'enquêtes a été effectuée de juin à octobre 2000, au moyen de 2 types de questionnaires : un autoquestionnaire postal a été envoyé à tous les adhérents au réseau. Ce questionnaire portait sur la perception par les malades de leur médecin généraliste, leurs habitudes de vie (alcool, tabac, alimentation...) et les actions de prévention dont ils avaient bénéficié. Une enquête téléphonique a été réalisée auprès des adhérents ayant renvoyé

le questionnaire postal et acceptant l'entretien téléphonique. Il était prévu d'interroger 250 personnes, sélectionnées au hasard parmi ceux acceptant l'entretien. Ce questionnaire portait sur l'état de santé du patient.

Une deuxième enquête a été effectuée de septembre à octobre 2001. Les mêmes questionnaires ont été utilisés. Des questions sur la satisfaction et la perception du réseau mis en œuvre ont toutefois été ajoutées dans le questionnaire postal.

Les adhérents interrogés ont retourné leur autoquestionnaire à Cemka-Eval au moyen d'une enveloppe T. Groupama n'a jamais eu connaissance du contenu des questionnaires renseignés par les adhérents interrogés. Pour les adhérents rappelés par téléphone, les appels téléphoniques ont été effectués après accord écrit des adhérents interrogés, qui ont noté leurs prénoms et numéros de téléphone sur l'autoquestionnaire postal. Ces données ont été détruites après recueil de l'information.

Les informations recueillies ont été classées sous 8 rubriques : les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe) des patients. L'état de santé des patients à l'aide du questionnaire de Duke, outil de mesure générique destiné à l'évaluation des programmes et actions de santé. Cet indicateur PROM permettait de disposer d'une mesure globale, de l'état de santé à la fois des malades et des bien portants, au moyen de 17 questions standardisées. Des scores de santé physique, mentale, sociale et un score global ont pu ainsi être établis et documentés : le nombre d'affections de longue durée et les pathologies déclarées, les actions de prévention et de dépistage mises en place, l'importance des consommations d'alcool et de tabac ; la satisfaction des répondants vis-à-vis de leur médecin, l'attitude des adhérents par rapport au recours à des sources externes d'information ;

la consommation de médicaments génériques : leurs opinions sur l'expérimentation.

2.2. L'expérimentation RESALIS

La société ALLIANCE MEDICA, une filiale à 100% du groupe Glaxo, et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Eure s'étaient associées en 1997 pour mettre en place un programme de prise en charge globale de la maladie asthmatique dans le département de l'Eure. Cinq interventions avaient été mises en œuvre par les promoteurs de l'expérimentation : 1°) l'informatisation des cabinets médicaux, 2°) l'éducation thérapeutique des patients, 3°) la formation des médecins tant sur le plan diagnostique que thérapeutique, 4°) la définition de recommandations de bonnes pratiques cliniques adaptées aux réalités locales, 5°) l'échange d'informations entre les professionnels de santé concernés.

Dans le cas de RESALIS, l'évaluation s'inscrivait d'emblée dans une perspective d'évaluation externe pour répondre aux attentes des organismes de tutelle. Le but de l'évaluation était de vérifier si les économies promises étaient bien au rendez-vous et si au-delà de la rhétorique du discours, les réseaux de soins coordonnés permettaient bien de concilier l'amélioration des soins et la diminution des coûts.

Description de l'intervention

Le réseau disposait d'une plateforme informatique permettant de recueillir les données sociodémographiques des patients asthmatiques et de documenter leurs parcours de soins en milieu ambulatoire et hospitalier. Les médecins transmettaient les données anonymisées et cryptées à Alliance Médica ; ils envoyaient en outre à la CPAM les consentements éclairés recueillis contenant les 4 caractéristiques nécessaires à l'application de l'algorithme FOIN.

Enfin, Alliance Médica envoyait à REES France les bases de données médico-économiques anonymisées dont elle disposait. Ce qui a permis de faire une évaluation sur données individuelles et non plus sur données agrégées comme c'était le cas dans l'expérimentation GROUPAMA.

Interventions continues :

- la saisie par chaque médecin sur son ordinateur de l'ensemble des informations médicales des patients recueillies à l'occasion de chaque consultation, dans un dossier informatique médical structuré comportant une partie spécifique pour l'asthme,
- la centralisation et le chaînage des informations concernant les patients asthmatiques en provenance des médecins, du centre d'éducation thérapeutique, de l'hôpital et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- l'échange d'informations entre les médecins via la messagerie sécurisée du réseau,
- la mise en place d'un centre d'éducation pour les patients,
- la mise à disposition de chaque médecin, d'un tableau de bord sur sa propre activité afin qu'il puisse autoévaluer sa pratique. Un groupe de travail, réunissant les médecins participant à l'expérimentation, a permis de conduire une réflexion professionnelle sur les résultats obtenus, d'évaluer les pratiques, et de recueillir des propositions pour les faire évoluer.

Interventions ponctuelles pour tous les médecins

- formation à l'informatique,
- formation aux référentiels de prise en charge du patient asthmatique,
- formation à l'évaluation médico-économique.

2.2.1. Choix du site

Justification du choix

Il y avait une opportunité d'accord entre ALLIANCE MEDICA et la CPAM d'Evreux pour la mise en place d'un réseau de soins sur la base du cahier des charges-cadres défini par le décret de septembre 1996. Par ailleurs il s'agissait d'une ville de taille moyenne, hors grande agglomération urbaine, assurant une stabilité des acteurs et en particulier de la relation médecin-patient.

Le site de la ville d'Evreux a été choisi, car il fallait avant tout que les professionnels de santé soient motivés pour que l'expérimentation réussisse. La CPAM d'Evreux était, par ailleurs, à la recherche d'expérimentation sur les réseaux de soins, elle avait fait partie des sites volontaires pour l'expérimentation de la carte Vitale 2, et un certain nombre de médecins était profondément motivé par un nouveau mode d'organisation sociale de la médecine. Tous ces éléments furent autant de facteurs de succès du projet.

Description du site de référence

Le département de l'Eure avait 550 000 habitants, dont 50 à 60 000 dans la ville d'Evreux. Les centres hospitaliers identifiés du département, concernés par la maladie asthmatique étaient au nombre de huit : le Centre Médico-Chirurgical de la MUSSE (St Sébastien de Morsant) avec un service de suite et de réadaptation, le CHG d'Evreux (services de pneumologie, de pédiatrie, de médecine et de réanimation), et les C.H. de Vernon, Gisors, Pont-Audemer, Verneuil sur Avre, Bernay et de Louviers. La plupart des patients étaient hospitalisés dans ces structures, en effet la caisse leur imposait le principe de l'obligation d'aller dans l'hôpital le plus proche.

Il y avait 452 médecins omnipraticiens et 243 spécialistes en 1996 dans le département 20% seulement des médecins étaient informatisés.

Le service médical était à même de connaître le diagnostic des patients bénéficiant du régime des Affections de Longue Durée, la maladie asthmatique étant codée avec la CIM 9 (code 493) ce qui permettait de dénombrer les patients ayant une maladie asthmatique. Le nombre de nouveaux patients asthmatiques inscrits en affection de longue durée s'élevait en moyenne à 300 par an. Dans l'Eure, en 1995 il y avait eu 252 hospitalisations en court séjour ayant l'asthme comme diagnostic principal.

2.2.2. Choix du design de l'évaluation

Un schéma d'étude quasi expérimentale était, là aussi, celui qui paraissait offrir les meilleures garanties. Une étude avant-après avec un groupe contrôle a été mise en place durant 30 mois. Deux précautions ont été prises pour contrôler les biais éventuels qu'une étude comparative non randomisée pourrait présenter. Pour minimiser le biais de régression vers la moyenne il a été décidé d'inclure tous les patients, quel qu'ait été leur degré de sévérité. Pour neutraliser l'éventuelle influence d'une modification structurelle dans les modalités de prise en charge des patients asthmatiques, un groupe contrôle a été mis en place sur des sites sur lesquels aucune intervention n'était programmée avec mise en œuvre d'un calcul de la double différence pour appréhender les résultats qui étaient directement et exclusivement imputables à l'expérimentation.

2.2.3. Choix des indicateurs de résultat

L'acceptabilité d'un nouveau dispositif est un élément fondamental de sa réussite. On ne peut s'en tenir à des résultats purement cliniques. Si l'on veut remettre le patient au

cœur du système de santé, il convient d'utiliser des indicateurs de qualité de vie et de satisfaction au regard desquels ceux-ci sont à même d'apprécier les mérites des innovations institutionnelles qui lui sont proposées. C'est pourquoi l'analyse d'impact a utilisé des échelles spécifiques de qualité de vie, ainsi qu'un indicateur de satisfaction.

Les indicateurs, sur la base desquels le réseau RESALIS a été, évalué, ont été ceux qui avaient été retenus par les promoteurs de l'expérimentation et validés par le conseil d'orientation des filières et réseaux de soins en décembre 1998. Il s'agissait du contrôle de l'asthme au cours d'un trimestre (critère clinique), du coût de la prise en charge des patients asthmatiques (critère financier), du ratio coût-efficacité (critère économique) et de l'échelle de Juniper (critère de qualité de vie).

Puisque l'étude s'effectuait dans des conditions "réelles" d'usage, il ne pouvait être question d'induire de surcoûts ou des modifications importantes des pratiques médicales par un recueil trop lourd des données d'efficacité du traitement. Les critères jugement habituellement utilisés dans un essai thérapeutique (carnet de suivi, VEMS, PC 20, etc.) étaient peu adaptés en l'état en raison de leur lourdeur, et des surcoûts induits lors d'une utilisation sur une grande échelle, dans une population importante d'asthmatiques.

Le carnet journalier de symptômes aurait nécessité un suivi rapproché, une bonne compliance et une bonne implication des patients. Cette méthode est également largement employée, dans les essais thérapeutiques. Son utilisation sur une large échelle, par des médecins non spécifiquement formés, comme cela aurait été le cas lors de la première partie de l'expérimentation, aurait exposé à de nombreuses données manquantes ou non

Tableau I : Dépenses de prescriptions avant et après expérimentation du groupe expérimental et du groupe témoin (€)

	GT			GPS		
	1999	2000	%	1999	2000	%
MG	3 528	4 119	16,8	3 493	3 375	-3,1
SP	996	1 111	11,6	962	1 083	12,6
Total	4 524	5 230	15,6	4 455	4 458	0,1

pertinentes. Ce mode de recueil n'a donc pas été mis en œuvre.

Pour toutes ces raisons, le critère de jugement principal retenu et rapporté par les cliniciens a été un CROM pertinent et facile à utiliser qui mesurait chez les patients le taux de contrôle de l'asthme. Ce critère composite, proche de celui qui avait été défini par l'association des pneumologues canadiens, comportait 6 dimensions (notamment le nombre des arrêts de travail), dont les modalités de réponse binaires étaient documentées au cours de chaque consultation. Un health data hub avant la lettre, en quelque sorte.

3. RÉSULTATS

3.1. Retombées de l'expérimentation Groupama Partenaire Santé

Les dépenses ont progressé plus vite dans le groupe témoin que dans le groupe expérimental. Sur des périodes identiques avant et après la mise en place de l'expérimentation, les dépenses moyennes par patient ont baissé de 2,5% dans le groupe expérimental (GPS) alors qu'elles ont progressé de 7,5% dans le groupe témoin (GT) (Tableau I).

Globalement les prescriptions (MG + SP) ont été stables d'une année sur l'autre dans le groupe GPS (+0,1%) alors qu'elles

augmentaient entre 1999 et 2000 dans le groupe témoin de 15%. Cette stabilité globale des prescriptions dans le groupe GPS masque une réduction des prescriptions des médecins généralistes participant à l'expérimentation. La consommation des patients Groupama a diminué de 3,1% d'une année sur l'autre, alors que les prescriptions des médecins généralistes n'adhérant pas au réseau ont augmenté de 16,8% entre 1999 et 2000. C'est une belle performance si l'on raisonne en tendances, on peut dire que les médecins Groupama ont réduit l'ampleur de leurs prescriptions de près de 20% par rapport à la tendance.

3.2. Les enseignements de RESALIS

Après 3 ans d'expérience, les résultats obtenus par RESALIS sur tous les critères ont été à la hauteur des espoirs que la mise en place du réseau avait suscités. Les performances du réseau furent excellentes sur les trois critères de jugement retenus et statistiquement significatifs. Le taux de contrôle de l'asthme a été amélioré de 11% en valeur absolue ($p < 0,003$) après la mise en place de la formation médicale spécifique et la création d'un centre du souffle soit un gain d'efficacité relative de 20%.

Les coûts ont diminué après intervention d'un montant analogue à celui qui était escompté par les promoteurs du projet dans le protocole d'expérimentation remis à la commission Soubie. La réduction des coûts directs et

indirects trimestriels par patient atteignait au total 24% ($p < 0,003$) sur le site expérimental après intervention alors que le même indicateur relevé dans le cadre de l'enquête parallèle n'enregistrait aucune évolution significative des dépenses totales entre les deux coupes transversales effectuées à deux moments différents du temps chez les mêmes patients. Les comparaisons intrapériode entre le site témoin et le site expérimental montrent que l'écart se creuse entre les coûts moyens de prise en charge par patient et par trimestre dans chacun des deux groupes. Aucune différence statistiquement significative n'était relevée entre eux avant intervention alors qu'une telle différence a été constatée après l'intervention.

La prise en charge en réseau améliorait enfin significativement la qualité de vie des patients, et ce quel que soit le domaine considéré. La différence était significative au risque 5% ($p < 0,05$) pour les domaines « Activités », « Symptômes », « Emotions » et qualité de vie globale. L'influence de la prise en charge en réseau sur les symptômes d'asthme liés à l'environnement apparaît comme « la moins significative » ($p = 0,06$), mais reste acceptable.

Avec une actualisation des coûts à 3% (et pour tout autre taux non nul), on peut dire qu'au risque 5%, la prise en charge expérimentale se caractérisait par une augmentation de l'efficacité et une réduction des coûts par rapport au mode traditionnel de prise en charge. Conditionnellement aux indicateurs de résultats retenus et aux méthodes statistiques adoptées, la prise en charge des malades asthmatiques par le groupement de professionnels de santé RESALIS était donc sur le plan médico économique « strictement dominante » par rapport à la prise en charge traditionnelle.

Les résultats obtenus grâce à la prise en charge en réseau et évalués au vu des indicateurs

retenus se sont traduits par une amélioration statistiquement significative de l'état de santé des patients, une diminution significative des coûts et une amélioration significative de la qualité de vie des malades. Les trois objectifs que poursuivait l'expérimentation : un meilleur état de santé de la population, une meilleure prise en charge des patients aux meilleurs coûts ont été atteints en France en 2002 avant même que Berwick en ait formulé le concept dans son article de *health affairs* publié en 2008 qui définissait les triples objectifs qu'une stratégie de transformation du système de santé devait s'efforcer d'atteindre.

4. DISCUSSION

Le système actuel ne comporte aucune incitation à l'optimisation des choix et des moyens employés. Chaque médecin a un réseau de correspondants, il entretient des relations privilégiées avec certain nombre de spécialistes, de laboratoires d'analyses médicales ou d'établissements de soins qui ont su mériter sa confiance. Ces pratiques d'adressage définissent un parcours de soins que le malade emprunte en fonction des orientations dont il fait l'objet. Il y a bien une véritable chaîne d'intervenants qui couvre la totalité des besoins de la population, mais en cette chaîne est mal organisée.

La multiplicité des intervenants compromet la continuité des soins et pousse à la dépense. Les prestataires de services ne se sentent pas toujours responsables du destin des malades dont ils ont la charge dès lors que ceux-ci sortent de leur champ de compétences propres. Le malade est exposé à une médecine parcellisée plus centrée sur la maladie que sur la santé de l'individu. En second lieu, les prescripteurs ne sont pas amenés à prendre en considération les conséquences financières de leur choix dès lors qu'ils n'en subissent pas directement les effets.

Le paiement à l'unité : à l'acte, ou au GHS et le remboursement *a posteriori*, n'encourage pas la recherche de l'efficacité.

L'article 51 se propose d'inverser radicalement la dynamique des incitations, en créant un système de paiement fondé sur la qualité et l'efficience. L'objectif est de permettre aux patients d'obtenir le meilleur résultat de santé possible en bénéficiant des meilleurs traitements connus, prodigués par le praticien le plus compétent, au bon moment. Le dispositif combine dans le cadre de la rémunération PEPS deux mécanismes de financement :

- Un financement partiel *per capita* ajusté en fonction des caractéristiques des malades, qui introduit chez les professionnels de santé concernés : médecins et IDE, une forte incitation à tirer partie de leurs complémentarités.
- Un système de rémunération à la qualité qui repose sur une batterie d'indicateurs de performance issus du SNDS, de critères de jugements intermédiaires clinico biologiques, d'expériences patient comportant deux dimensions : une dimension fonctionnelle retraçant les événements objectifs qui ont caractérisé leurs parcours de soins ; une dimension relationnelle permettant d'appréhender la qualité de la relation soignants-soignés. Dans la limite d'un certain plafond, ce système permet soit d'augmenter les professionnels soit d'accroître ou d'améliorer les prestations offertes par le groupement. Les conditions d'une vraie concurrence par la qualité sont désormais réunies.

Le dispositif introduit une saine émulation entre les équipes de soins. Une concurrence bénéfique s'instaurera à un triple niveau :

- Entre les groupements de professionnels de santé vis-à-vis de leurs patientèles potentielles. Le groupement qui offrira la meilleure qualité des soins attirera la clientèle. À tout moment, l'usager pourra se prononcer « en votant avec ses pieds » sur la qualité des relations humaines qui s'y nouent et sur l'efficacité des soins dont il a bénéficié. Toute lacune dans un de ces domaines sera sanctionnée par le changement de médecin traitant.
- Entre les professionnels de santé vis-à-vis des groupements. Les ressources du groupement varieront en fonction du nombre de ses adhérents ; pour les attirer et les conserver, il ne doit pas les décevoir sur le plan de la qualité. Ces mécanismes inciteront le groupement à privilégier le recrutement des meilleurs professionnels, susceptibles d'optimiser les prises en charge en sélectionnant les soins présentant la plus forte valeur ajoutée.
- Entre l'ensemble des expérimentations mises en place et le système traditionnel de dispensation des soins. Ce sera aux usagers de faire le choix du type de médecine qu'ils veulent. Ce sera aux praticiens de faire le choix de leur modalité d'exercice et d'en prendre les risques. Rien n'est imposé. À défaut de résultats probants, les expériences proposées disparaîtront d'elles-mêmes.

Cette concurrence par la qualité permet au système d'évoluer volontairement vers une organisation assurant la maîtrise des dépenses et qualité des soins dans le respect de la solidarité nationale.

Le modèle repose sur un mécanisme incitatif dont l'impact sera cependant difficile à évaluer. Les résultats des expériences passées de GROUPAMA et de RESALIS qui ont été obtenus sans qu'aucune incitation particulière n'ait été introduite, montrent que l'incitation

financière n'est pas le seul levier en jeu dans l'amélioration de la qualité. Établir une relation causale avec le modèle de financement nécessiterait d'identifier un dispositif témoin comparable dans lequel les indicateurs de qualité seraient recueillis, mais n'affecteraient pas la rémunération. À défaut, une analyse descriptive de l'évolution de ces indicateurs au cours de l'expérimentation, comparée aux variations de rémunérations pourra être riche d'enseignement.

5. CONCLUSION

L'évaluation est un terme générique qui recouvre de multiples points de vue. Recherche évaluative versus évaluation normative, évaluation formative versus évaluation sommative, évaluation interne versus évaluation externe, évaluation des structures, des processus et des résultats. Autant de mots qui sont révélateurs d'une tension entre une conception démocratique de l'évaluation préoccupée avant tout de l'appropriation par les acteurs des règles de bonnes pratiques qui doivent commander la dispensation des soins et une conception gestionnaire de l'évaluation qui insiste sur la pertinence et le bien-fondé des critères de résultats adoptés.

Dans le premier cas, c'est au regard du référentiel dont les acteurs se sont dotés a priori que l'on juge si les objectifs du programme ont été atteints ou non. Dans le second, l'évaluation de l'impact requiert la mise en place d'un groupe contrôle. En pratique dans le cadre des expérimentations de nouvelles formes d'organisation de la médecine de ville, il semble bien que les deux approches doivent être utilisées de façon séquentielle. La pertinence, l'acceptabilité et la cohérence des programmes sont les facteurs clés de leur mise en place. Leur efficacité, leur efficacité et leur impact sont des éléments déterminants de l'acceptation de leur pérennisation par des acheteurs avisés et prudents.

Pour démontrer l'efficacité en pratique médicale quotidienne des groupements des professionnels de santé, des schémas d'étude au fil de l'eau, extrêmement peu protocolés, difficiles à gérer, mais beaucoup plus réalistes ont été retenus. Ces schémas quasi expérimentaux prospectifs dans le cas de RESALIS et rétrospectifs dans le cas de Groupama présentaient deux avantages : d'une part, ils permettaient d'établir un lien de causalité entre l'expérience mise en place et les résultats médico-économiques obtenus, d'autre part, l'analyse qui en a été faite, décrivait la réalité des comportements du prescripteur et des patients appréhendés en vie réelle avant que le terme lui-même soit devenu à la mode.

La politique actuelle s'efforce, à partir d'une approche centrée sur le patient et non sur les stratégies thérapeutiques, de connaître et de comprendre comment celui-ci est pris en charge, quelle est son évolution clinique et quelles ressources sont mobilisées pour le traiter. Seule une prise en compte globale de la maladie permet de prendre en considération les aspects multifactoriels qui conditionnent les modalités évolutives de l'affection et les caractéristiques multidimensionnelles à travers lesquelles elle s'exprime. Les expériences RESALIS et GROUPAMA ont pu faire la preuve de la possibilité et de la puissance du recours à l'outil numérique pour documenter les informations cliniques, humaines, et économiques indispensables au suivi de la mise en place et à l'évaluation de l'impact des innovations organisationnelles. Les résultats obtenus dans chacun de ces domaines ont démontré scientifiquement le bien-fondé d'une politique de restructuration de l'offre de soins en groupements des professionnels de santé, ce qui a pu constituer au fil du temps une des pierres qui ont contribué à leur mise en place dans le cadre de ma santé 2022.

6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] BALAS E. A., BOREN, S. A. (2000), « Managing clinical knowledge for healthcare improvement », in Bemmel J. et McCray A.T. (dir.), *Yearbook of medical informatics*, p. 65-70.
- [2] BERWICK D.M., NOLAN T.W., WHITTINGTON J. (2008), « The Triple Aim : Care, Health, and Cost », in *Health Affairs*, volume 21, n°3, p.759-769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- [3] BOCOgnANO A., COUFFINHAL A., GRIGNON M (1999). « Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel ». In: *Economie et statistique*, n°328, 1999. pp. 21-36.
- [4] BRAS PL., DUHAMEL G; GRASS E. (2006), « Améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Les enseignements de expériences étrangères » *Pratiques organisation des soins ; 37 (4) : 341-56.*
- [5] BRAS PL., DUHAMEL G. (2008) : « Rémunérer les médecins selon leur performance : les enseignements des expériences étrangères » in rapport IGAS.
- [6] ELLWOOD P.M. (1988), « Shattuck Lecture – Outcomes management. A Technology of Patient Experience », in *The New England Journal of Medicine*, volume 318, n°23, 9 juin, p.1549-1556.
- [7] ENTHOVEN A.C., TOLLEN L.A. (2005), « Competition in Health Care : It Takes Systems To Pursue Quality and Efficiency », in *Health Affairs*, supplément web exclusif, juillet-décembre. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.w5.420-33>
- [8] FRANCE, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (2012), *Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de soin ?*
- [9] FRANCE, SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DES MINISTÈRES SOCIAUX, (2017) *Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis.*
- [10] FRANCE. CNAM, DREES. (2018) *Note sur le cadre d'évaluation des expérimentations dans le cadre du dispositif d'innovation en santé (article 51 de la LFSS 2018).*
- [11] FRANCE. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. *18 septembre 2018. Ma santé 2022, un engagement collectif, Dossier de presse.*
- [12] FRANCE. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. *Arrêté du 17 juillet 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement à l'épisode de soins chirurgicaux colectomie pour cancer et fixant la liste des établissements expérimentateurs.* Journal officiel, 23 juillet 2019, p. 29, SSAH1920414A.
- [13] FRANCE. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. *Arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels en ville et fixant la liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de 2019.* Journal officiel, 3 juillet 2019, SSAS1918156A.
- [14] FRANCE. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. *Arrêté du 21 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'une incitation à une prise en charge partagée et fixant la liste des groupements expérimentateurs.* Journal officiel, 3 juillet 2019, SSAH1918395A.
- [15] GHABRI S., LAUNOIS R. (2014), « Évaluation quasi-expérimentale des interventions médicales : méthode des variables instrumentales », in *Journal de Gestion et d'Economie Médicale*, volume 32, n°5-6, p. 371-388.
- [16] GIRAUD P., LAUNOIS R.J. (1985), *Les Réseaux de soins, médecine de demain*, Paris, Economica.
- [17] LAUNOIS R. (1985), « Les réseaux de soins coordonnés », in *Gestion Hospitalières*, n°250, p.759-763.
- [18] LAUNOIS R.J., MAJNONI D'ITIGNANO B., RODWIN V.G. et al. (1985), « Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : proposition pour une réforme profonde du système de santé », in *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars, p. 37-61.
- [19] LAUNOIS R. (1986), « Santé : l'auto-régulation est-elle un mythe ? », in *Futuribles*, n°105, p. 3-19. Repris sous le titre « Les différents modes de régulation des systèmes de santé », in *Problèmes Economiques*, n°2015, 11 mars 1987.
- [20] LAUNOIS R. (1987), « Comment réintroduire des mécanismes marchands dans la santé », in *Problems and Perspectives of Health Insurance*, Etudes et dossiers n° 111, Genève, Association Internationale pour l'étude de l'économie de l'assurance, Paris, Institut La Boétie.

- [21] LAUNOIS R. (1987), « Les H.M.O. : les arguments et les faits », Colloque Systèmes de Santé, Pouvoirs Publics et Financeurs : qui contrôle quoi ?, *Commissariat Général du Plan*, Paris, La Documentation Française, p. 249-60.
- [22] LAUNOIS R. (1987), « Les réseaux de soins coordonnés, un projet de réforme du système de soins français », in *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, volume 12, n°45, p. 343-349.
- [23] LAUNOIS R. (1989), « Faut-il avoir peur de Margaret Thatcher? », in *Espace Social Européen*, 1^{er} décembre. Publié simultanément dans Maynard A., Boulet E., Launois R. (1990), « La réforme du système de santé britannique », in *Les Cahiers de l'Institut La Boétie*, Paris, Institut La Boétie. Repris sous le même titre dans *Le Caducée*, n°368, juin 1990, p. 21-26, et dans *Hospitalisation Privée 1990*, n°296, 1989, p. 25-29.
- [24] LAUNOIS R. (1991), « Concurrence et Santé », in *Revue des Deux Mondes*, numéro spécial « La santé en questions », avril, p. 38-47.
- [25] LAUNOIS R. (1991), « L'évaluation économique des stratégies thérapeutiques », in *Réalités industrielles*, Annales des Mines, juillet-août, p. 81-86.
- [26] LAUNOIS R. (1991), « Réforme du système de santé, serpent de mer ou choix raisonné », in *Actes du Colloque Comparaisons Internationales des Politiques et des Systèmes de Sécurité Sociale*, Paris, Association Internationale de Sécurité Sociale, mission de recherche et d'expérimentation, p. 155-163. Reprise sous le titre « Protection sociale, une mise en concurrence des organismes assureurs, l'expérience néerlandaise », in *Le Caducée*, n°378, 1991, p. 21-25.
- [27] LAUNOIS R. (1995), « Pays-Bas : assurance publique assurance privée : l'impossible convergence », in *Commission des Comptes et des Budgets Economiques de la Nation*, Dossier Santé, Ministère de l'Economie et des Finances, juin, p. 1-12.
- [28] LAUNOIS R. (1996), « Sharing responsibilities: the public private interface », in *Paying for Health. The New Partnership*, Bruxelles, Association Internationale de la Mutualité : *Proceedings Internationale Conférence Dublin*.
- [29] LAUNOIS R., REBOUL-MARTY J., MEGNIBETO A. (1998), « Resalis réseau asthme », Protocole d'évaluation médico-économique, *Conseil d'orientation des filières et réseaux de soins*, Partie 2, Document technique, CPAM de l'Eure, Alliance Médica.
- [30] LAUNOIS R. (1999), « Evaluation Pragmatique des Réseaux de soins coordonnés », in Giraud A. (dir), *La nouvelle évaluation médicale*, Paris, Economica, Chapitre 3-2, p. 179-219.
- [31] LAUNOIS R., CARTRAUD A., PEREZ V. (2001), « Evaluation of integrated health delivery systems – exemple from France », in Preub K.J., Rübiger J., Sommer J.H. (dir.) *Managed Care Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle*. Schattauer, Stuttgart, Chapitre 12, p. 171-190.
- [32] LAUNOIS R. (2002), « Une démonstration jamais faite jusqu'alors », in *Groupama Partenaires Santé : un exemple de maîtrise médicalisée*, Le Concours Médical, 23 novembre.
- [33] LAUNOIS R., MEGNIBETO A.C., PEREZ V. et al. (2002), « Expérimentation de la prise en charge de l'asthme en réseau de soins coordonnés® bilan de l'expérience RESALIS dans l'Eure, 18 mois avant et 12 mois après intervention », in *Journal d'Economie Médicale*, volume 20, n°6, p. 333-352.
- [34] LAUNOIS R., GHABRI S., FIESTAS NAVARRETE L. et al. (2014), « Paiement à la performance et fixation conditionnelle du prix du médicament », in *Revue Française des Affaires Sociales*, n°4, p. 157.
- [35] LAUNOIS R., TROUILLER J.-B., CABOUT E. (2018), « Comment mesurer l'efficacité en vie réelle ? » in *Annales Pharmaceutiques Françaises*. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2018.07.003>
- [36] OMS (2016), *Integrated care models : an overview*, document de travail, Bureau régional pour l'Europe, octobre.
- [37] PORTER M.E. (2010), « What Is Value in Health Care ? », in *The New England Journal of Medicine*, volume 363, n°26, 23 décembre.
- [38] ROCHEFORT R. (1986), « Quelques réflexions sur la réalisation pratique d'un réseau de soins coordonnés », in *Journal d'économie médicale*, volume 4, n°3-4, mai-août.
- [39] WAGNER E. H (1998), « Chronic Disease Management : What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness ? », in *Effective Clinical Practice*, volume 1, n°1, août-septembre, p. 2-4.
- [40] SONG, YUNAN JI, DANA G. SAFRAN D., et al. (2019) « Health Care Spending, Utilization, and Quality 8 Years into Global Payment » in *The New England Journal of Medicine* 381:252-263, 19 juillet.