

L'évaluation des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (Enmr) en France

Julien Mousquès
mousques@irdes.fr

1. Contexte : soins de premiers recours et regroupement

Soins de premiers recours:

- Renforcement (médecin traitant et parcours, HPST, SROSA, SNS)
- Mais: fragmentation et concurrence exacerbée
- Mais: permanence, sinon augmentation, des inégalités de distribution territoriales

Regroupement:

- Connaissance partielle [d'Humières et al., 1989 ; Audric, 2004 ; Evrard et al., 2011]: inscription/convention individuelle
- Attractif (jeunes): partage des charges, équilibre travail/loisir
- Moins développé, moins pluri., plus petit qu'ailleurs [Bourgueil & al 2009; Kringos, 2013], barrières importantes [Igas, 2004; Juilhard et al., 2010]

=> Laisser faire, accompagner ?

1. Contexte : soins de premiers recours et regroupement

Le regroupement pluriprofessionnel

- Un concept , émergent en libéral, une nouvelle vague, sous la forme de MSP/PDS [Baudier & al., 2009; de Haas, 2010], plus ancien dans les CDS [Acker, 2007]
- Des fédérations (FFMPS, FNCS) qui accompagnent
- Une reconnaissance croissante : offre centrée sur les soins de premiers recours, pluriprofessionnelle , avec un projet santé pour une population sur un territoire (art. 39 & 40 Loi HPST, 2008)
- Des pouvoirs publics qui soutiennent

1. Contexte : soins de premiers recours et regroupement

- Des leviers financiers [Juilhard *et al.*, 2010; Mousquès, 2011]
 - AM (FIQCS-> FIR): aides à l'investissement, l'ingénierie... voire au fonctionnement (2009-2011 : $\approx 6\text{M€}$)
 - Etat : politique d'aménagement du territoire, aides à l'investissement, l'ingénierie... : pôle d'excellence rurale (2008-2010), plan national de cofinancement de la création de 250 MSP (2010-2013 : $\approx 25\text{M€}$)
 - Etat-AM (art. 44 Lfss, 2008) : Expérimentations de nouveaux modes de rémunérations (2010-2013 $\approx 8,5 \text{ M€}/\text{an}$; 2014 $\approx 16 \text{ M€}/\text{an}$)
- Des leviers non financiers
 - Protocole de coopération (art. 51 Loi HPST)
 - Sisa (Loi Fourcade)
 - Labélisation de logiciel de DM partagé & pluripro. (Loi Fourcade)

1. Contexte : Enmr et forfaitisation

- Financement, complémentaire de l'acte, du travail en équipe
- 3 forfaits (modules) : coordination (M1, 7,6 M€ en 2013, 50K€/site), nouveaux services aux patients « ETP » (M2, 950k€), coopération (M3, commence)
- Sites regroupés et pluri (MSP, PDS, CDS): 147 sites dans 19 régions sur la période 2010-2012
- Pilotée par la DSS, DGOS et mise en œuvre par les ARS et sites volontaires
- Prolongement sur 2013
- Extension en 2014 (SNS) à 150 nouveaux sites (module 1 bis = nouveaux critères)
- Issue conventionnelle (art. 49 PLFSS 2012 et 45 PLFSS 2013): ACI rémunération en équipe => échec 11/2014 => règlement arbitral

1. Contexte: les enjeux de l'évaluation

De l'impact des Enmr à celui de l'exercice regroupé pluriprofessionnel

- Un modèle innovant, encore « rare », bien qu'en phase de croissance en libéral (2006: 10 MSP; 2014: 500)
- Une politique de soutien à des structures existantes ou émergentes (pas d'avant), sous la forme d'une expérimentation naturelle, avec des volontaires (biais)
- La perspective de la sortie du cadre expérimental
- Un double objectif : éclairage quali/quantitatif sur les apports du regroupement pluri-professionnel voire des Enmr

1. Contexte: les enjeux de l'évaluation

- Des hypothèses théoriques favorables à l'intégration [Nicholson & Propper, 2012] ?
 - Efficience productive (maximum outputs à inputs donnés): minimisation des coûts de transaction (ex. entre MG et IDE) et de production
 - Qualité des soins : adéquation aux besoins (coopération et soutenabilité des investissements) et « culture » du groupe (contrôle et convergence des pratiques)
 - Efficience allocative (minimisation dépense à qualité/sécurité/accessibilité donnés) : amélioration de la gamme de soins et services de premiers recours et maximisation du rôle de *gatekeeper*
- Des résultats empiriques plutôt positifs mais des biais de mesure (identification du groupe et de son impact), contexte dépendant, dimensions restrictives

1. Contexte: les objectifs de l'évaluation

Evaluation du suivi et production de connaissance

- Suivi de la mise en œuvre des ENMR (ARS, DSS)
- Production de connaissance
 - Où sont les MSP ?
 - Quelles sont les formes prises par les exercices pluriprofessionnels au-delà des intitulés ?
 - Quelles sont les effets des forfaits ENMR sur les processus de travail et les exercices pluriprofessionnels ?
 - Quels impacts des exercices pluriprofessionnels (vs. solo ou monodisciplinaire) sur : l'offre de MG, activité/productivité, recours et les dépenses, qualité des soins et services rendus

1. Contexte: le dispositif et le cadre d'analyse

Une évaluation associant démarche qualitative et quantitative

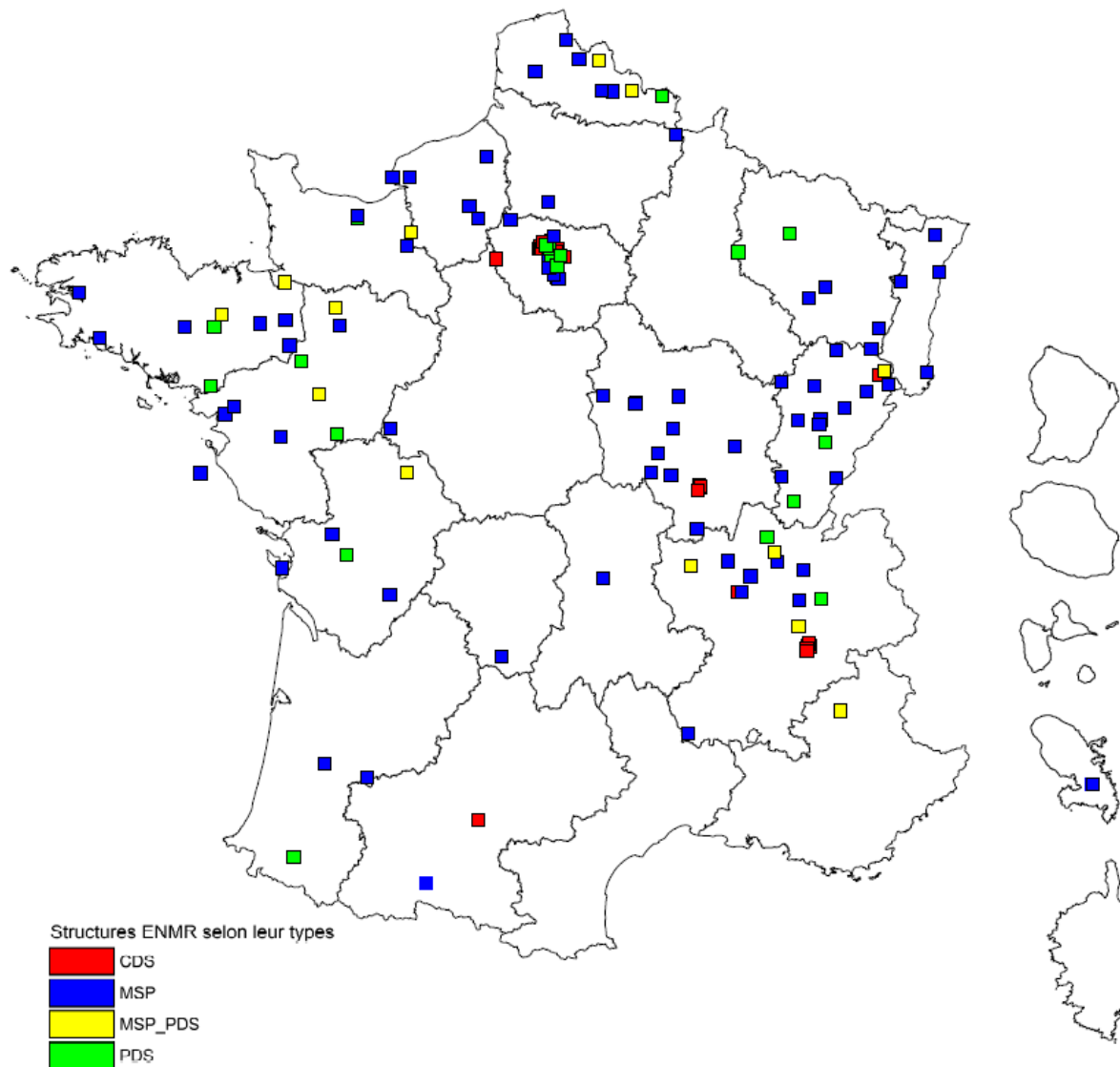
- Un cadre d'analyse quali
 - Des entretiens auprès des PS de 4 MSP/PDS : exercice pluripro. (mise en œuvre, conditions émergence, formes) et ses leviers (dont Enmr)
 - Une démarche compréhensive et inductive (perceptions) à la recherche de « corrélations »
- Un cadre d'analyse quanti
 - Une démarche explicative et hypothético-déductive
 - Avec : qualification préalable de l'environnement géographique (typologies des espaces) et des organisations (enquête sites et typologies)
 - En matière d'impact : expérimentation naturelle => biais (-> regroupement ou son impact) => « traités » vs. « contrôles », comparables, données et analyses longitudinales
 - Sur des dimensions variées

1. Contexte: le dispositif et le cadre d'analyse

Un dispositif interactif et de l'information partagée

- Articulation entre processus de mise en œuvre et production de connaissances
 - Evaluation: financement Cnamts (800 K€), équipes Irdes et Prospere (pluri.), copil (chercheurs/professionnels)
 - Conférences et Copil Enmr-ARS: institutionnels/ARS/chercheurs
 - Copil Enmr nationaux: institutionnels/professionnels/ chercheurs
- Partage des données, méthodes et des résultats
 - Protocoles de recherche et d'analyses
 - Données sur le suivi des sites expérimentaux transmis ARS
 - Rapports intermédiaires et finaux
 - Communication, transfert de connaissance, valorisation: communication spécifique enmr (site, newsletter), colloques/séminaires institutionnels/professionnels, valorisation vulgarisée (QES) académique (colloques, Document de travail, soumissions à des revues)

2. Résultats – les sites Enmr



2. Résultats - l'environnement et l'organisation des sites

■ Environnement

- Objectif : qualifier et analyser à environnement donné
- Dimensions: offre de soins, caractéristiques de la population, structure spatiale
- 7 classes dans l'urbain dense et 6 dans le reste du territoire (gradient de « favorisation »)
- Implantation (vs. MG en exercice) dans des espaces - favorisés et/ou dotés

■ Organisation

- Objectif : qualifier et analyser à organisation donnée
- Organisation et fonctionnement des sites selon des caractéristiques de taille, composition, statuts, coordination interne, coopération pluri, information/informatisation...
- 5 classes de sites, 2 CDS et 3 pour les MSP et PDS (avec un gradient selon l'intensité de l' « intégration »)

2. Résultats – dynamiques et travail professionnels

- Les leviers du mono vers le pluri-professionnel
 - Projet santé +/- projet architectural
 - Gouvernance collégiale, management participatif et leadership partagé
 - Formalisation des actions pluriprofessionnelles
 - Expertise dans la conduite de projet et l'accompagnement au changement
 - L'allocation et la redistribution des forfaits (entre égalité et équité)
- Barrières structurelles travail pluri. et limites ENMR
 - Résistances culturelles => formation
 - Juridiques => clarifier possibilités de coopération et simplifier processus d'autorisation pour les actes dérogatoires
 - Technique-information => logiciel DM partagés y.c. paramédicaux
 - Extension => équilibre paiement forfaitaire collectif /paiement individuel
 - Pérennisation du cadre

2. Résultats – évolution de la densité de MG

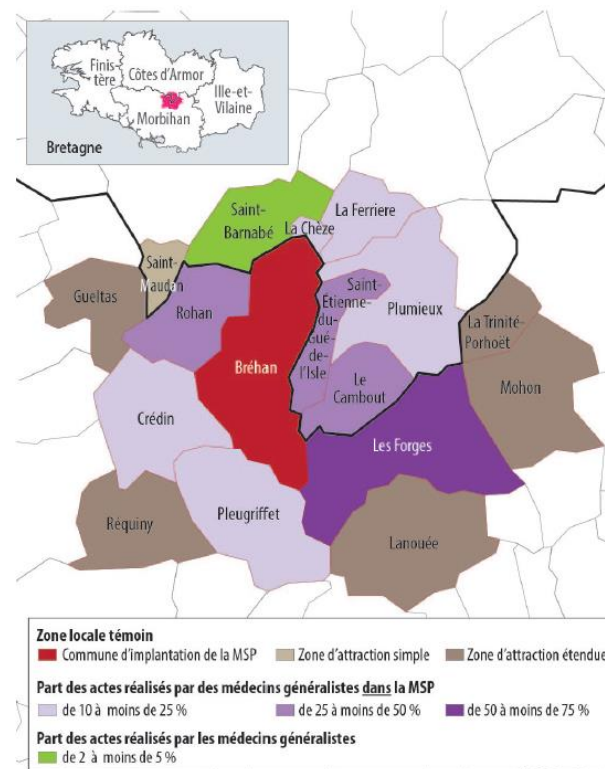
- Traités (bassins de vie ou pseudo-cantons avec MSP ou PDS): 183 espaces ruraux et 74 urbains
- Contrôles (sans MSP ou PDS): 1 228 espaces ruraux et 1752 urbains
- Segmentation selon l'environnement géographique (espaces +/- “défavorisés” et/ou “sous-dotés”)
- Analyse : Δ entre “traités” et “contrôles”, Δ période avant (2004-2008) et après (2008-2012)
- Diminution moindre de la densité de MG dans les espaces à dominante rurale défavorisés et/ou “sous-dotés” avec MSP (+2 MG/100000)
- Amélioration de la densité de MG dans les espaces périurbains défavorisés et/ou “sous-dotés” (+13 MG /100 000)

2. Résultats – efficacité et qualité des soins

- Traités : 64 MSP/PDS , 30 CDS, 342 956 patients inscrits MG-MT
- Contrôles : 94 « zones locales témoins », 2123 MG (solo ou groupe mono), \approx 2.7 million patients inscrits
- Période: 2009-2012 (panel) ou avant/après (DID)
- Selon: environnement géographique, caractéristiques patients, typologie des sites
- Dimensions
 - Qualité: indicateurs ROSP
 - Productivité: Δ outputs (patients rencontrés, inscrits, actes) selon ETP
 - Recours/acquisitions par postes ambulatoires (0/1) et dépenses associées (log€)
 - Hospitalisations toutes causes ou “évitable” (ACSC)

2. Résultats – efficacité et qualité des soins

- Identification des PS exerçant en MSP, PDS et CDS
 - Conventions
 - SNIR-PS et son historicisation
 - +/- validation par les sites
- Zones Locales Témoins (ZLT)
 - MG des communes proches des sites expérimentaux
 - Actifs, S1, non MEP, < 10% actes techniques, <25% d'actes de PDS, > 100 patients MT
 - Avec des critères plancher (n=10) et plafond (n=30) sur le nombre de MG
 - Dans le cadre de l'inter-régime
 - Sous échantillon de 94 sites

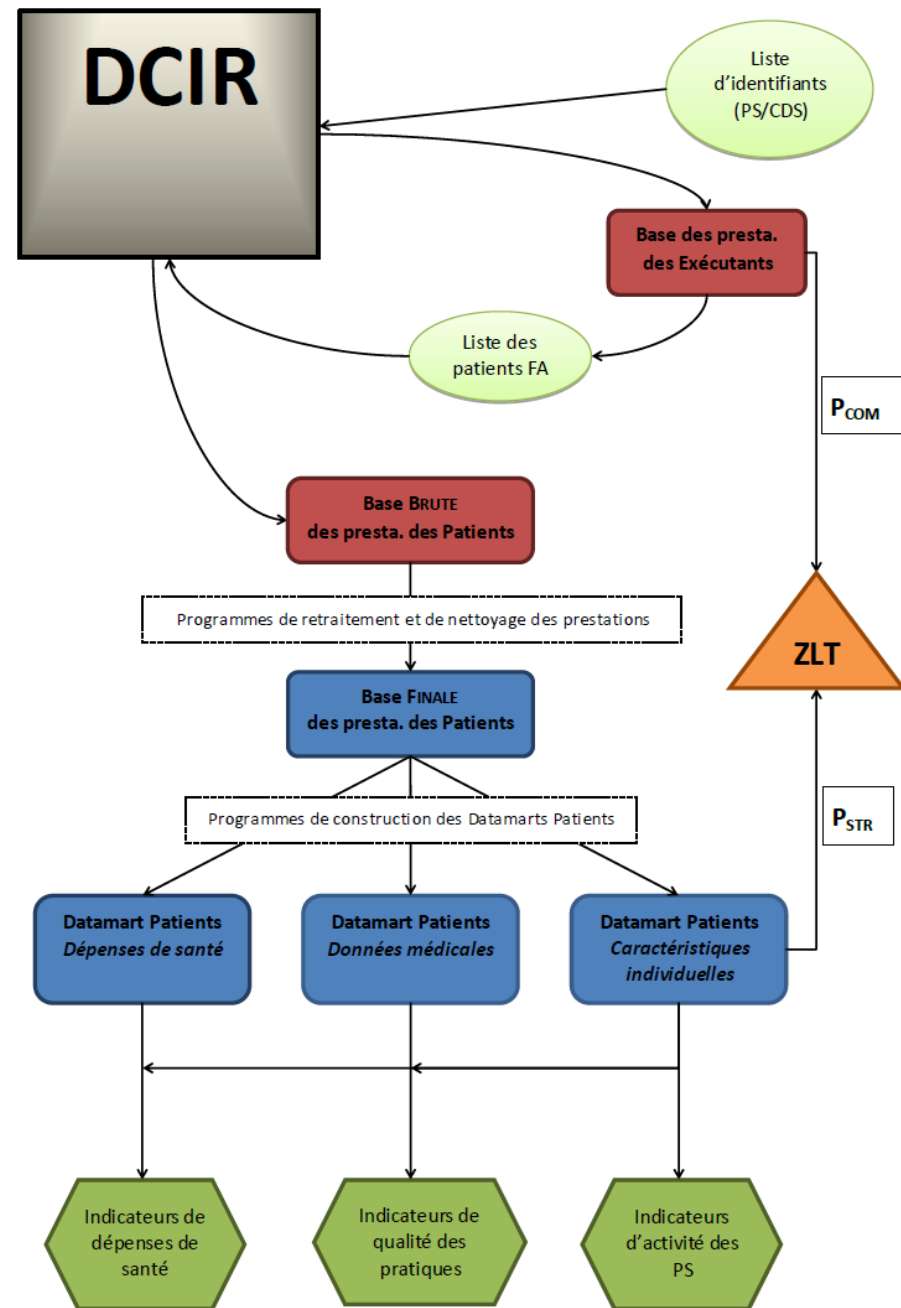


	Cas	Témoins (ZLT)
Nombre de sites ou de ZLT	94	94
Nombre de médecin généralistes	280	2 123
Nombre de patients de 16 ans et plus dans la file active	368 774	2 678 880
Nombre de patients inscrits médecin traitant dans la file active	219 127	1 482 055

2. Résultats – efficacité et qualité des soins

■ Grandes étapes

- Listes sites et de PS (MG, IDE, MK)
- Prestations des patients de la file active des MG
- Listes patients des MG
- Ensemble des prestations des patients
- Bases : prestations, patients,...
- Indicateurs



2. Résultats – efficacité et qualité des soins

- Efficacité productive :
 - MSP « les plus intégrées »: activité de MG supérieure (file active, patients inscrits, actes), comme l'efficacité technique (sauf actes délivrés)
 - MSP/PDS « les moins intégrés »: activité et efficacité technique supérieure file active, équivalence sinon
 - CDS « les plus intégrés »: activité équivalente sinon supérieure (file active, patients inscrits) efficacité similaire
 - CDS « les moins intégrés » : activité équivalente et efficacité moindre (file active, patients inscrits)

2. Résultats – efficacité et qualité des soins

- Efficacité allocative
 - Economie sur la dépense ambulatoire, concentrée sur la dépense de spécialistes (*e.g.* endocrinologie, dermatologie, gynécologie médicale, cardiologie, oto-rhino-laryngologie et rhumatologie), IDE, MK et pharma
 - Economies comprises entre -0,4% pour les moins intégrés et -2,3% pour les plus intégrés
 - Gains > sinon \approx forfaits Enmr

2. Résultats – efficacité et qualité des soins

- Qualité des soins supérieure sinon équivalente
 - Suivi des patients diabétiques (E.M: 1,6 % à 16 %)
 - Vaccination, dépistage et prévention du risque iatrogénique (E.M. 1,7 % et 6 %): supériorité ou équivalence (grippe des 65 ans et plus, mammographie pour les femmes de 50 à 74 ans sauf CDS, >)
 - Taux d'acquisition génériques (E.M: 1,8 % à 5,7 %)
- Hospitalisation
 - Hospitalisation MCO : pas de différences
 - Hospitalisation « évitables »: pas de différences
- Pas d'évidence d'impact des forfaits Enmr (différence-de-différences) sur chacune des dimensions

3. Conclusions-discussions

La mesure de l'impact et son lien avec la mise en œuvre de l'expérimentation

- Impact globalement positif de l'exercice regroupé (supérieur plus intégrés), dans ce cadre particulier (sélection, accompagnement ARS)
- Absence d'impact des forfaits Enmr mais importance de la dimension compensatoire (= encouragement)
- Une place significative et intéressante donnée à l'évaluation dans l'expérimentation (indépendance et interactions)
 - Sanctuarisation de la place de l'évaluation
 - Echange sur cadre d'analyse, méthode et résultats
 - Lien entre résultats mise en œuvre (extension : module 1 bis ; fitness et Sisa)

3. Conclusions-discussions

Réflexions et questions sur la sortie des expérimentations et la généralisation

- La sortie du cadre expérimental par la convention (ACI) => échec. Est-ce le bon levier (donne beaucoup d'importance au statut quo vs. changement, aux facteurs conjoncturels) ?
- Renforcer la capacité à sélectionner et accompagner (ARS, Fédération/Association)
- Renforcer la capacité à impulser : mode de calcul des forfaits adaptés ? Montant suffisant ?
- Renforcer la capacité à suivre et évaluer : recueil d'information à partir des données administratives, favoriser la production de connaissance complémentaires (qualitatives et quantitatives) et sur sites (informatisation)
- Equilibre paiement individuel / forfait collectif

Remerciements

Anissa Afrite, Yann Bourgueil, Fabien Daniel

Pierre-Emmanuel Couralet

Anne Aligon, Sandrine Béquignon et Guénaëlle Marquis

Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli et Stéphane Rican

Cécile Fournier, Marie-Odile Frattini, Michel Naiditch