

« Conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins »

Mme Dominique POLTON, Conseillère auprès de Directeur Général de la CNAMTS

Retranscription intégrale de la conférence

Atelier N°2 - Conférence introductive :

« Conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins »

Madame Dominique POLTON, Conseillère auprès de Directeur Général de la Cnamts

Retranscription intégrale

Merci de m'avoir invité. Je m'appelle Dominique POLTON, Je suis économiste de formation. Je travaille aujourd'hui à l'Assurance maladie. Pendant assez longtemps, j'ai animé une équipe à la Direction de la stratégie, des études et des statistiques, et je suis maintenant au cabinet du Directeur général, et auparavant j'étais Directrice de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé). J'ai rencontré un certain nombre d'entre vous à ce moment-là, nous avons eu l'occasion de travailler ensemble.

Vous m'avez demandé, en tous cas c'est la commande, je réponds à la question que vous m'avez posée, de dire comment vous voyez les conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins. Je vais élargir : pertinence, qualité, efficience... Je me mets en situation de passer les diapos d'une manière un peu plus fluide. Je vais vous parler à la fois de la rémunération des professionnels d'une part, des structures, mais aussi d'une espèce d'objet qui n'est pas très identifié en réalité aujourd'hui, sur laquelle j'aurais quelques exemples étrangers. D'une espèce de rémunération, qui n'est ni réellement une rémunération d'un professionnel, ni d'une structure, mais vous savez ces rémunérations qu'on appelle « au parcours » ou des rémunérations d'un ensemble de professionnels et de structures, finalement, qui intervient tout au long d'un parcours de soins du patient. Dont on voit quelques émergences, encore que ça soit une idée, une belle idée, mais une idée pas très, pas toujours si concrétisable dans la pratique. Et puis je vais aborder 3 questions :

- Est-ce que les modes de rémunération traditionnels, tels qu'on les connaît les uns et les autres, favorisent la pertinence, la qualité, l'efficience ? Et certains plus que d'autres ?

- Face au constat que fait tout le monde, qu'est-ce qu'ont fait les pays, qu'est ce que l'on voit arriver comme idées nouvelles depuis une quinzaine d'années, comme innovations dans ce domaine-là ?

- Et puis, je terminerai par une série de réflexions tendant à relativiser un peu l'importance, ou en tous cas, le caractère parfois fondamental, accordé à ce levier par rapport à d'autres. Et puis on reviendra en France sur ce que l'on fait malgré tout nous aussi depuis quelques années.

Premièrement, je vais commencer, elle est un peu éculée, je le reconnais, mais je me suis dit qu'il y aurait beaucoup de médecins et je ne suis pas sûre que vous l'ayez tous vu, par ce que ça fait longtemps qu'elle traîne. C'est quelqu'un qui est nord-américain et qui est un chercheur (James C. Robinson) qui a écrit cette petite phrase que je trouve assez drôle, qui est de dire effectivement qu'il y a plein de mécanismes pour payer les médecins, mais les pires, les 3 pires sont la capitation, les salaires et le paiement à l'acte ».

Rires

« Conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins »

Mme Dominique POLTON, Conseillère auprès de Directeur Général de la CNAMTS

Retranscription intégrale de la conférence

« C'est pour dire que, en fait, c'est pour introduire, c'est une boutade, mais pour introduire quelque chose de plus sérieux qui est qu'en fait, et ça là-dessus il y a quand même beaucoup, comment dire, de charge y compris de conviction profonde. Mais au fond, on sait quand même et ce qu'on peut imaginer c'est qu'il n'y a aucun mode de rémunération qui soit parfait, qui soit le bon mode, qui va permettre de faire tout bien ou qui d'ailleurs serait assez magique pour que ça le fasse automatiquement. Et que vraiment, tous les modes de rémunération, ces 3 modes classiques par exemple, qu'on vient de considérer, et qu'on considère souvent, par exemple pour la médecine, pour les soins primaires, qui sont le paiement à l'acte, le forfait à la capitation, le salaire. Vous ouvrez n'importe quel bouquin d'économiste de base. On peut dire que tous ces modes de rémunération d'une certaine manière comportent des incitations et ces incitations, elles ne sont pas toutes en faveur de la pertinence et de la qualité des soins. Et quelque part elles s'opposent. Mais ni l'une ni l'autre ne conduisent à dire ça c'est vraiment le mode de rémunération idéal.

Le paiement à l'acte, on le sait, ça pousse plutôt à faire des actes, y compris peut être des actes inutiles, non pertinents, y compris peut être des actes en excès. Ça pousse à une certaine fragmentation du système si chacun est payé de manière individualisée pour ce qu'il est. Ça on le sait.

Le forfait de type capitation, d'une certaine manière c'est un peu ce que l'on a reproché à un moment donné à la T2A. C'est-à-dire de dire on a un forfait global, à l'intérieur est-ce que les hôpitaux ne vont pas faire un peu de dumping sur la qualité des soins qu'ils fournissent pour un tarif donné, et puis ça peut produire de la sélection. Comme un forfait c'est quand même toujours qu'une moyenne, on peut avoir intérêt, d'ailleurs on y reviendra par ce que c'est quelque chose sur lequel les pays travaillent, on peut avoir intérêt à sélectionner des patients en meilleure santé. Ça aussi ça a été beaucoup dit, le risque d'un mécanisme de type paiement à l'activité dans les hôpitaux. Ça pousse aussi d'une certaine manière à reporter les soins sur d'autres. D'ailleurs, on dit par exemple qu'une capitation d'un médecin généraliste sans aucune responsabilisation sur le recours aux soins de spécialités, ça peut pousser à reporter une partie de la, disons à avoir des recours aux soins spécialisés plus importants. On le dit. Mais est-ce que c'est vrai ?

Et puis le salaire, très globalement le salaire n'est pas de manière, disons intrinsèque, une incitation, ne comporte pas d'incitation particulière à produire. Je ne veux pas dire que les gens ne produisent pas. Mais ce n'est pas un mécanisme économique qui pousse particulièrement à ça. Alors on peut dire oui mais ça, c'est l'habitude des économistes, c'est toujours cette idée d'incitations. Mais est-ce que c'est vrai ? Et honnêtement, mais là je n'ai pas le temps, honnêtement je crois qu'on peut dire que quand même beaucoup de travaux empiriques ont montré que ces raisonnements théoriques, ils sont quand même assez vrais dans la réalité, par exemple quand on voit des changements de mode de rémunération, quand on passe à l'acte, on a plus d'actes. Et ça a été constaté suffisamment et je pense de manière suffisamment constante pour dire que même si encore une fois, ça n'est pas le seul levier qui fait bouger les gens et qui les fait agir, les mécanismes attendus sont effectivement des mécanismes qui se produisent dans la réalité. Tous ces modes de paiement finalement comportent une incitation différente, mais des incitations dont aucune, ce qu'on peut dire quand même. Aucune, finalement, c'est que quantitatif, c'est faire plus, éventuellement faire moins, mais aucune intrinsèquement ne récompense la qualité ou la pertinence. Aucun de ces modes de rémunération, pas plus la capitation. Parfois, on dit le forfait, c'est bien mieux que le paiement à l'acte, mais de ce point de vue là, ça n'est ni mieux ni moins bien, ça ne comporte pas particulièrement d'incitation à faire mieux au sens de la qualité et de la pertinence.

Mon deuxième point là-dessus c'est qu'il faut quand même dire qu'il faut considérer la rémunération des professionnels de manière distincte de la rémunération des structures. Dans le cadre d'une médecine qui est encore assez répandue en France, qui ne l'est plus du tout dans d'autres pays, qui est celle du médecin en cabinet isolé, d'une certaine manière on confond complètement la rémunération du médecin avec son outil de travail qu'il finance sur le revenu de ses actes. A l'autre bout, évidemment, on voit bien qu'il y a deux choses qui sont distinctes, dans les établissements hospitaliers où on finance la structure ou l'établissement par exemple la T2A qui est une incitation à produire de l'activité, et à l'intérieur les médecins sont salariés. Ce qui est tout à fait différent, donc on

« Conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins »

Mme Dominique POLTON, Conseillère auprès de Directeur Général de la CNAMTS

Retranscription intégrale de la conférence

a la coexistence de deux types de rémunération. Et puis, au milieu, ce que finalement on est un peu en train de construire en France, mais évidemment ce milieu existait peu chez nous, les centres de santé représentent une partie malgré tout relativement minoritaire de l'offre de soin ambulatoire en générale. Les maisons de santé commencent à se développer et c'est vrai que c'était plutôt émergent jusqu'à présent. Et au fond la question se pose, et c'est celle qui s'est posée lors de la dernière négociation conventionnelle avec le règlement arbitral, la question se pose de savoir si maintenant il faut avoir à la fois un niveau de rémunération des professionnels, mais aussi un niveau de rémunération d'équipe, de structure ou d'éléments communs au travail de ces professionnels qui serait disjoint de celle des professionnels eux-mêmes. Ce que par exemple, les anglais ont fait en finançant une partie d'une certaine manière de la structure dans laquelle travaillent les médecins généralistes.

Et puis dernier point sur lequel je voudrais insister, dans notre système où chacun est rémunéré de manière séquentielle, c'est vrai que l'on ne crée pas beaucoup d'incitation à ce que les transitions se passent bien, l'aval soit pris en charge, etc. On le voit même dans des situations extrêmement simples, type épilogue de soins aigus très courts comme par exemple, lors d'un parcours d'orthopédie après prothèse de hanche avec une rééducation qui peut se faire en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou à domicile, ou pas d'ailleurs, éventuellement suivi de complications avec reprise d'intervention. Ce que l'on voit quand même dans notre mode de rémunération actuel c'est que la pose d'une prothèse de hanche aujourd'hui elle est payée au groupe homogène de séjour (GHS) donc elle est payée avec la tarification à l'activité (T2A). Ça veut dire qu'en fait à l'intérieur, l'hôpital de court séjour, lui est assez intéressé à optimiser son séjour puisque la rémunération est forfaitaire pour ce malade. En revanche, il n'a aujourd'hui aucune incitation particulière à s'occuper de l'aval, il a même plutôt une incitation à essayer de reporter (problème du forfait) une partie de la charge de travail sur l'aval. En tous cas c'est ce que semblent dire un certain nombre d'établissements SSR qui estiment voir arriver des patients, qui par ce qu'effectivement ils sortent de plus en plus rapidement de l'hôpital, représentent pour eux une charge éventuellement plus lourde. Que ce soit le cas ou pas, ce qui est sûr c'est que l'établissement de court séjour, que ce soit un hôpital ou une clinique d'ailleurs, n'a pas dans son mode de rémunération aujourd'hui d'incitation à s'occuper de l'aval. Pas plus d'ailleurs en termes de pertinence de l'orientation. Là on va tomber sur quelque chose que l'Assurance maladie regarde beaucoup, et sur laquelle elle travaille beaucoup. Nous on estime que dans beaucoup de cas l'orientation en service de soins de suite et de réadaptation n'est pas utile. Elle est faite, à la fois pour des raisons éventuellement d'économie, le coût de séjour en MCO est supérieur au SSR. Mais aussi qu'elle est faite à la fois par manque d'organisation au sein de la médecine ambulatoire, où les capacités à prendre en charge certains patients sont mauvaises, par facilité. Et d'une certaine manière, cette efficacité globale qui serait celle d'un parcours où on dirait, cette personne elle n'a pas particulièrement besoin d'un SSR, et donc il est inutile de faire cette rééducation à 5.000 euros au lieu de 1.000 euros si elle était prise en charge en ambulatoire. Cette responsabilisation-là, n'appartient à personne. Et certainement pas à celui qui fait l'intervention. Et d'une certaine manière, on peut dire que ça se traduit par ça. Je vais vous montrer que les taux d'adressage en SSR sont extrêmement variables pour une même structure, on a pris uniquement de l'orthopédie, pas d'urgence. Même structure, hanche et genou, et on a comparé les taux d'adressage en SSR. On voit que c'est extrêmement variable. En bas, vous voyez, ça va de moins de 10%, ça grimpe jusqu'à plus de 80%. (Après pose d'une prothèse de hanche, de 16 à 81% selon les régions). Et ce que l'on a pu constater assez logiquement d'ailleurs, c'est que quand il y a un SSR (à proximité), on va plus souvent en SSR (logique d'offre). Non pas que le séjour en SSR soit forcément non pertinent. Mais ce qui est sûr, c'est qu'on étudie beaucoup les questions de variabilité, et des variabilités pareilles et qui obéissent manifestement à des logiques d'offre, nous questionnent et nous amènent d'ailleurs nous même à avoir des programmes pour essayer de faire en sorte que les gens puissent être rééduqués en ville. En tout cas, ce que ça montre, c'est qu'effectivement, aujourd'hui dans le système, personne n'a vraiment une incitation pour faire ça. Pas plus d'ailleurs pour le SSR que pour le court séjour. Le service de SSR va optimiser le séjour en SSR, mais ne va pas plus s'occuper par exemple de la coordination avec la base quand la personne va sortir. Et ça, il faut qu'elle le trouve successivement avec les personnes rémunérées autour d'elle. Finalement, il y a la question d'ailleurs à laquelle certains pays commencent à répondre avec des solutions de ce type-là, qui est que finalement aujourd'hui on paye un premier séjour hospitalier sans responsabilisation sur

« Conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins »

Mme Dominique POLTON, Conseillère auprès de Directeur Général de la CNAMTS

Retranscription intégrale de la conférence

d'éventuelles complications ou reprises, etc... On a quand même pu voir qu'il y avait un taux de complications qui n'était pas totalement négligeable. Des complications visibles dans des ré-hospitalisations précoces, ou des ré-hospitalisation ne serait-ce que pour les prothèses de hanches, des opérations très très courantes en orthopédie. Et un pourcentage de reprises qui n'est pas non plus totalement négligeable dans les six mois. Pas tellement d'incitation à optimiser le parcours dans son ensemble. Alors ça, c'était une première sorte d'introduction pour dire qu'aujourd'hui, oui, c'est vrai qu'il y a peu d'éléments qui vont dans ce sens-là. Ce que l'on voit en orthopédie, c'est juste pour dire que si les gens passent en SSR c'est peut être un peu de coût supplémentaire, ce n'est peut être pas très efficient au niveau des ressources, mais ce n'est pas forcément pour le malade une perte de chance. Parfois, le fait que l'aval ne soit pas organisé. Ça, on le sait dans l'insuffisance cardiaque. Par exemple, dans l'insuffisance cardiaque, lorsqu'il n'y a pas d'aval organisé après l'épisode aigu, c'est vraiment de nature à augmenter fortement les taux de ré-hospitalisation et de décès. Ça, c'est très frappant dans l'insuffisance cardiaque, nous ce qui nous a amené à monter un programme de facilitation du suivi en ville, mais je pense qu'on aura l'occasion certainement d'en débattre

Mon deuxième point, c'était quelles innovations ? Ce que je vous ai dit au début, voyez finalement, salaire, capitation, acte, tout a des avantages et des inconvénients. Et c'est vrai qu'une des premières idées qu'ont eut un certain nombre de pays, c'est finalement de dire on va peut être faire une mixité des modes de paiement, et au fond rémunérer de façon différentes des activités différentes. Et peut-être qu'on équilibrera selon les incitations et qu'on donnera pour des activités par exemple qu'on a envie de développer de situation positive à faire, rémunérées à l'acte, et que par ailleurs, si on veut plutôt favoriser la coordination on utiliserait plutôt la capitation, etc.... De plus en plus de pays font des mix avec des proportions assez variables (entre les 3 modes traditionnels de rémunération). Je vous donne quelques exemples. Les Pays-Bas, ce n'est peut être pas d'ailleurs le meilleur exemple, le fait qu'ils soient à la fois à la capitation et à l'acte, résulte historiquement de la fusion de deux systèmes, l'un public payé à la capitation et l'autre privé rémunéré à l'acte. Du coup, ils ont mixé les deux. Aujourd'hui ils sont payés plus ou moins moitié-moitié avec d'autres types de rémunération en complément. En Suède, l'un des pays où les médecins généralistes sont salariés, dans des structures de soins primaires. C'est assez bien structuré avec d'autres professionnels. Ces centres-là, je parle au niveau de la structure, pas du niveau des médecins, ils sont effectivement rémunérés en fonction du nombre de personnes qu'ils soignent (capitation) d'une certaine manière, mais ils ont quand même un complément à chaque consultation. Et là, on le voit bien, c'est aussi l'idée d'augmenter l'activité quelque part des gens qui y travaillent, en disant qu'on va quand même rajouter un élément d'intéressement à consulter. En Espagne, les généralistes sont tous salariés comme en Suède, ce qui est assez rare dans la plupart des pays européens. Mais ils ont aussi une capitation variable selon la population. En Italie, capitation complétée par des paiements à l'acte. Et au Royaume Uni, ils ont toujours eu des paiements mixtes : financement aux frais du cabinet, capitation, rémunération à l'acte et paiement à la performance qui est assez important au Royaume Uni. En France, seul 12% du paiement n'est pas à l'acte. On est parti de l'acte, nous, très progressivement on mixe avec un peu de forfait de capitation, mais c'est vrai qu'on reste très majoritairement à l'acte. Les pays qui ont été historiquement au salaire et à la capitation, restent majoritairement à l'acte. Mais quand même avec l'idée qu'il faut mixer les rémunérations. Il y a un certain nombre de pays, et ça renvoie à la critique que l'on faisait tout à l'heure. Quand on est payé à la capitation, malgré tout, si on est payé exactement de la même façon pour tous les patients, et c'était exactement la problématique de la T2A à l'hôpital, on fait des groupes suffisamment homogènes pour que l'établissement n'est pas d'incitations à quelque part, sélectionner les patients les mieux portants pour que dans ce forfait pour eux il soit rentable. Et donc, d'une certaine manière, on a toujours peur que quand on fait un forfait qui n'est pas différencié selon la nature des patients, on entraîne ce type d'effet pervers. Beaucoup de pays font un ajustement du paiement à la capitation selon les caractéristiques des patients, en général avec les caractéristiques démographiques, vous avez un montant plus élevé si les personnes sont plus âgées, et parfois avec des choses un peu plus compliquées comme l'état de santé, parfois la défavorisation, c'est-à-dire une rémunération plus élevée pour des gens plus pauvres. On mixe, mais seulement des incitations qui restent quantitatives.

Et donc la deuxième idée qu'il y a eu c'est de dire au fur et à mesure qu'énormément de systèmes d'information se sont développés, qu'on a regardé plus finalement le contenu des soins, qu'on a eu

« Conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins »

Mme Dominique POLTON, Conseillère auprès de Directeur Général de la CNAMTS

Retranscription intégrale de la conférence

beaucoup de recommandations, beaucoup de pays se sont dit mais on est plus en capacité de mesurer et donc peut être de reconnaître financièrement des éléments de qualité, de performance, les vocables varient, mais c'est quand même *grosso modo* toujours la même idée de dire qu'on rajoute des paiements quelque part sur objectif avec des indicateurs. C'est toujours additionnel, aucun pays n'a basculé sur des parts importantes de rémunération de ce type là. C'est toujours additionnel, mais ça tire quand même beaucoup de choses, on le verra tout à l'heure. Donc, paiement additionnel sur des indicateurs de qualité, voire dans certains pays, comme c'est le cas aux Etats-Unis dans certains cas, de « non paiement » pour « non qualité ». Vous voyez, j'ai repris les mêmes pays que tout à l'heure, tous ces pays-là ont aussi une rémunération de ce type-là. Quelque part une rémunération sur objectif en plus de la capitation, et/ou du salaire et/ou des actes. On a maintenant dans pratiquement tous les pays des systèmes mixtes qui incorporent ce paiement additionnel. Celui qui est le plus important de ce point de vue-là, qui est resté une exception, c'est le Royaume-Uni. Ils ont fait ça à une époque d'ailleurs où il y avait beaucoup d'argent dans le système et ils ont mis énormément d'argent dans ce système-là. Ce qui fait que si on se compare aux anglais, ce que l'on fait, c'est sûr, est moins généreux, puisque ça représente chez eux 15% de leur rémunération. Mais c'est très rare. Dans la plupart des pays ça reste finalement une part additionnelle très modeste. Voilà, alors là c'est juste pour vous montrer, d'ailleurs vous avez la référence, comment l'OCDE à partir d'une enquête qu'elle a faite auprès d'un certain nombre de Pays, en soins primaires, je n'ai pas parlé de l'hôpital et j'ai trouvé que c'était mieux de se centrer sur les soins primaires, mais vous voyez que finalement on a quand même une diversité dans la façon dont sont payées à la fois les institutions, c'est-à-dire les centres de santé, les structures de soins dans lesquelles les professionnels exercent, et les médecins. Mais vous voyez ici que pour une même structure ou un médecin, au nombre de croix en ligne, vous avez une combinaison de modes de rémunération qui est quand même assez fréquente.

Donc, ça devient un peu la norme de combiner les rémunérations. Et on peut dire que c'est une première forme de réponse avec cette dimension de caler cette rémunération sur des bonnes pratiques ou des indicateurs de qualité ou de performance ou d'efficacité. Ce qu'on a mis dans les CAPI et dans la ROSP. Alors justement, je voulais faire un petit détour. Quels sont les résultats du paiement à la performance ? Parfois négatifs, parfois positifs, quand vous regardez les analyses vous trouvez des choses qui ne sont pas si claires que ça. La tendance générale : c'est un peu positif, que ça n'est pas spectaculaire. Que ça a des bénéfices éventuellement secondaires, quand même. C'est-à-dire que par exemple, voyez au Royaume Uni, le « Quality and Outcome Framework (QOF) », qui est leur système de paiement sur objectifs, il a objectivement réduit les écarts entre zones territoriales pauvres et riches sur la qualité des pratiques. *Grosso modo* ce que vous voyez un peu, le sens du graphique c'est-à-dire qu'effectivement ça s'est plus amélioré dans les zones qui étaient les plus défavorisées et où les résultats étaient moins bons. On sait que les résultats (de santé) sont en partie liés à la situation socio-économique. Ça véhicule des valeurs positives et ça c'est totalement intéressant. Je ne crois pas qu'on puisse avoir un outil économique qui agirait directement sur le comportement. En revanche, s'est souvent intéressant comme traduction du changement et finalement, c'est porteur d'autre chose, par exemple le paiement à la performance (P4P en anglais), pratiquement dans tous les pays, il a constitué un assez fort levier pour que les médecins s'informatisent, c'est quand même un facteur de transparence, ça permet de constituer des bases de données, il y a quand même des effets collatéraux assez positifs. Il y a possiblement des effets indésirables qui ont été exprimés par pas mal de gens, sur lesquels il n'y a pas énormément aujourd'hui d'évidence empirique. On ne peut pas dire non plus qu'il n'y a pas de risque sur ce type de rémunération. Mais aujourd'hui ce qu'on peut retenir c'est que c'est un peu positif, ça fait pas non plus des rémunérations qui soient extraordinaires, c'est parfois plus sur les collatéraux que sur le reste.

J'irai très vite sur les questions du « paiement au parcours » (« bundled payments »). Ce qu'on appelle chez nous « paiement au parcours », c'est la capitation anglaise. *Grosso modo*, le paiement au parcours signifie que l'on peut rémunérer soit par épisode de soins, soit une espèce de capitation pour un ensemble de professionnels. Voilà, vous prenez en charge une population, un historique. Et l'attendu, c'est finalement l'idée que puisque l'on donne un forfait, les membres vont se coordonner à l'intérieur de ce forfait. Ils vont accroître la pertinence des soins qu'ils fournissent dans le cadre de ce forfait puisqu'ils n'ont pas intérêt à ne pas limiter les actes inutiles et puis, ils vont essayer de diminuer les conséquences indésirables dès lors qu'ils sont responsabilisés dessus y compris financièrement.

« Conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins »

Mme Dominique POLTON, Conseillère auprès de Directeur Général de la CNAMTS

Retranscription intégrale de la conférence

Mais, ce qu'il faut voir quand même, c'est qu'il n'y a aucun pays, et ça je vais vous donner deux exemples, il n'y a aucun pays qui finalement ait fait et tenté ça, sans, et c'est pareil que le paiement à la performance, sans que finalement, en même temps ce soit une occasion plutôt de réfléchir sur les indicateurs de qualité qu'on associe à ça. Du coup c'est le paiement par épisode de la chirurgie en Suède. Ils ont fait une première expérimentation autour des prothèses de hanche, le type-même de parcours que l'on avait tout à l'heure. Ils ont pris des patients relativement homogènes. Ils donnent un montant total à l'établissement qui couvre à la fois tout ce qui est pré-admission, admission etc..., mais le suivi pendant 3 mois, mais surtout ce qui est très intéressant, c'est ce qu'il y a en bas à droite. Les établissements sont responsables des complications et de toute chirurgie liée à ces complications pendant deux ans, et cinq ans s'il y a une infection nosocomiale. C'est l'idée au fond que l'on a un montant pour une prestation avec toute une série d'éléments de qualité que l'on spécifie et qui sont définis par les professionnels eux-mêmes, là-bas ça a été complètement co-construit avec les sociétés savantes et avec une espèce de garantie finalement sur le résultat final pour les patients. Et ça va même jusqu'au point, je vais vous montrer, ils essayent de l'étendre et ils l'ont étendu dans un domaine qui est assez intéressant qui est la chirurgie du rachis dans lequel ils prennent comme l'un des indicateurs de résultats, qu'on utilise très peu en France, mais qui est assez intéressant comme philosophie, ça s'appelle les « Patient Reported Outcome Measures (PROM) », c'est-à-dire que ce sont des indicateurs de résultats, non pas cliniquement mesurés par le médecin, mais reportés par les patients, sur la douleur, sur un certain nombre d'enjeux fonctionnels, thérapeutiques, etc... Par exemple, des pays comme le Royaume Uni, qui recueillent ces éléments là, avant et après une intervention pour un certain nombre d'interventions chirurgicales, de manière assez systématique maintenant. Les suédois ont décidé de les intégrer de manière à avoir une espèce de bonus en fonction y compris du résultat que perçoit le patient après sa chirurgie du rachis. C'est assez innovant, du point de vue de la pertinence. Et surtout, c'est aussi une manière de dire finalement, la vision du patient est aussi intégrée dans le résultat économique. Le deuxième exemple, aux Pays-Bas, ils ont fait un forfait de soins pour la prise en charge des patients diabétiques, et ils ont dit, ce forfait de soins on le donne à quelque chose qui s'appelle un « care group », un groupe de soins, vous les constituez comme vous voulez, on fait un forfait et après vous vous débrouillez, vous vous organisez entre vous de façon là encore, à ce que dans le forfait il y ait au moins tout ça qui soit fait... C'est-à-dire, c'est assez classique, c'est le suivi classique que l'on voit un peu dans tous les pays, l'examen du pied, etc... etc..., Mais, voilà, on liste aussi ce à quoi on s'attend dans le forfait. Chaque fois qu'on fait des forfaits de ce type là, ce qui est quand même frappant, en fait c'est aussi l'occasion d'explicitier finalement la qualité de ce qui est attendu au sein de cette rémunération. En l'occurrence, ils ont eu une petite amélioration des résultats, mais ils étaient déjà à un niveau très haut. Et c'est une amélioration dont je ne sais pas si elle a accéléré cette évolution positive ou pas. Mais, ils en sont très contents, ils en sont surtout très content par ce que, et c'est là où l'on voit aussi que les « bundled payments » ont d'autres effets que ceux directement pour lesquels ils sont fabriqués. Pour moi, après ça a été un levier de structuration très puissant. Par ce qu'ils ont effectivement restitué les 4 groupes (médecins généralistes, infirmiers du cabinet, ophtalmologistes, optométristes), ils ont donc organisé une tarification assez différente de ce qu'il faisait avant, ils se sont organisés en groupes avec des infirmières et des médecins qui se répartissent les tâches un peu en fonction de ce qu'ils souhaitent du moment que les choses sont faites et que quelque part on peut rendre compte de la qualité du processus que l'on a mis en place.

Je dois dire que j'arrive à mes conclusions qui ne sont pas très nombreuses. D'abord, je voudrais quand même dire que certes, on peut dire non ça ne bouge pas beaucoup, etc... Malgré tout, ça bouge et ça bouge finalement dans le même sens que ce qu'on a vu. C'est-à-dire qu'on bouge quand même en France vers une diversification progressive de la rémunération des médecins généralistes. Même si aujourd'hui on est à 12% de ce qui est à l'acte. Ce qui peut paraître très peu, probablement les proportions notamment pour les soins primaires pourraient, l'idéal sans doute serait différent compte tenu des résultats. Mais c'est vrai qu'on fait un peu ce chemin. De ce point de vue là, d'ailleurs la ROSP, même si elle a que quelques effets, somme toute pas si mal que ça, est aussi chez nous un puissant levier, y compris sur l'informatisation des cabinets médicaux. Et, tout récemment, la rémunération d'équipe (« bundled payments ») est venue de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) qui portait sur 150 puis 300 maisons de santé et pôles de santé, et qui dans le règlement arbitral, mais fondamentalement dans le cadre de la convention, ils n'étaient pas très loin

« Conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins »

Mme Dominique POLTON, Conseillère auprès de Directeur Général de la CNAMTS

Retranscription intégrale de la conférence

de ce qui a été discuté, introduit au fond des rémunérations d'équipes et des rémunérations de structures, ce qui est quand même, là aussi en France une relative nouveauté. Avec cette idée un peu de matrice de maturité, c'est-à-dire on a un certain nombre d'axes sur lesquels on peut aussi quelque part rendre compte d'un niveau d'accomplissement par ce que c'est toujours l'idée sur une longue portée, c'est aussi une occasion de dire qu'est ce que l'on recherche et où est-ce qu'on voudrait aller. Juste pour vous dire donc que si les modes de rémunération influent mécaniquement sur les comportements on n'aurait pas dans un pays où les niveaux de rémunération sont tous les mêmes, des variations aussi importantes des pratiques. Donc, on voit bien que les modes de rémunération, certes ils poussent peut être à faire des actes pertinents, non pertinents, mais en tous cas, manifestement il y a plein de facteurs externes à ça qui jouent, et c'est un peu à cela que je voulais en venir. C'est que les modes de rémunération peuvent peut-être faciliter les choses, du moins, vous pourrez dire que je suis assez prudente là-dessus. Pour les gens qui disent « on ne pourra rien faire tant que l'on ne réformera pas le paiement à l'acte. Peut être, mais je pense que, c'est peut être plus par ce que c'est, comment dire, associé à l'idée d'un changement, qui n'est peut être pas d'ailleurs un changement de mode de rémunération, mais un changement de culture ou de façon de voir les choses, plus que par le paiement lui-même. Par ce que le paiement en lui-même, c'est vrai qu'on peut dire si on fait un paiement groupé, on met une responsabilité globale, si on met une rémunération sur objectif, et bien au moins on prend en compte l'effort fait pour atteindre cet objectif, si on rémunère par exemple un acte chirurgical avec des examens précisant l'utilité ou pas de la faire, en pré-opératoire, qui soient intimidants, peut être que c'est une incitation effectivement à être plus pertinent dans le fait de poser cette indication chirurgicale. Mais, malgré tout, ce n'est pas une panacée. C'est-à-dire que, au fond, ce qu'on voit c'est que l'intérêt souvent de changer de mode de paiement ou de le faire évoluer, c'est aussi ce qu'on pousse, c'est-à-dire par exemple le levier d'informatisation qui est aussi un levier sans doute d'amélioration de la qualité indirect mais qui peut arriver à rémunérer dans un système de paiements sur objectifs. C'est aussi de la transparence, c'est une sensibilisation sur la coordination. Et bien, les patients ont payé un forfait par épisode de soins. Ce n'est pas magique. Ce n'est pas par ce que l'on paye un forfait que tout d'un coup les gens se coordonnent. Et la raison pour laquelle ça marche. Je pense que c'est la vraie démarche. Et elle est associée non seulement au fait de changer de paiement, mais elle est associée dans un projet dont l'élément essentiel est ça. C'est la litanie qui fait que l'on décrit en même temps ce qu'on veut faire à l'intérieur de cette rémunération. Et d'une certaine manière ça pousse à expliciter les éléments de qualité qu'on souhaite mettre en avant. Je pense que cette dynamique elle traduit ces leviers majeurs me semble-t-il en Suède. C'est à dire que les professionnels, d'une certaine manière, ils ont rapidement amélioré leurs résultats, mais ils se sont, et puis on le voit bien d'ailleurs, dans les très bonnes études américaines. C'est tout à fait cette démarche-là. Alors parfois on met l'accent sur la forme de paiement, ce n'est pas la forme de paiement qui est impliquée dans la qualité. C'est le fait que les professionnels ont profité de l'occasion quelque part pour avoir des chartes, des éléments qu'ils se donnent comme objectifs. Je pense que cette amélioration elle passe par le financement mais par beaucoup d'autres leviers et que peut être finalement ce qu'il faut retenir c'est cette idée de stratégie de changement. C'est vrai qu'on peut être porteur avec cette évolution des modes de rémunération du fait de ces mécanismes qui finalement sont puissants mais ne sont pas directement inclus dans le fait de payer d'une façon ou d'une autre.

Omar BRIXI « Merci Madame »

Applaudissements.

Echanges avec les participants

Omar BRIXI, Médecin de Santé Publique, Membre du groupe Princesps et coorganisateur du colloque : « J'ouvre une liste restreinte, je contiens les intervenants, je donnerai ensuite la parole à Madame POLTON pour répondre. Il est 15h15, il faut que l'on donne la parole à nos trois invités ;

Gérard DELÉPINE, Chirurgien, AP-HP : « Votre intervention était intéressante et je voudrais simplement attirer votre attention sur le caractère tout à fait « impressionniste » du CAPI (contrat

« Conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins »

Mme Dominique POLTON, Conseillère auprès de Directeur Général de la CNAMTS

Retranscription intégrale de la conférence

d'amélioration des pratiques individuelles). Par ce que l'on parle de la rémunération à l'acte, mais je pense que le problème de la rémunération sur objectifs, c'est les objectifs eux-mêmes. Or malheureusement, les objectifs ne sont pas toujours très bien choisis. Pour les objectifs en France, j'en vois déjà deux, qui sont le GARDASIL® (vaccin anti-papillomavirus) et le dépistage organisé du cancer du sein qui sont deux « horreurs ». Ce sont des choses qui médicalement ne devraient pas avoir lieu, car ils ne sont pas efficaces. Et, ils sont sources de beaucoup de complications et ça dilapide un budget considérable. Le dépistage organisé du cancer du sein, un milliard et demi. Le GARDASIL®, un demi-milliard. Donc, il y a deux milliards qui partent en fumée et en plus, on rémunère les médecins pour ça. Et, c'est vraiment très dommage. Donc, le choix des objectifs est crucial.

Michel DORÉ, Médecin Généraliste, ancien Directeur du département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Bobigny, coorganisateur du colloque : « C'est une question qui complète. Pourquoi en France les critères de la ROSP ne sont pas discutés avec les sociétés savantes, alors que c'est le cas dans d'autres pays comme vous venez de le dire ? Et pourquoi sur certains critères on cherche à se faire rémunérer pour atteindre des modifications de pratiques qui sont délétères, comme cela vient d'être rappelé pour le dépistage du cancer du sein ?

Omar BRIXI : « Vous voyez que si je ne contiens pas le débat vous allez avoir la corporation ».

Maillys MICHOT-CASBAS, Médecin Hospitalier, Toulouse, Association Civic Santé, Coorganisatrice du colloque : « Je représente un peu la ville et la province, merci beaucoup pour cette intervention claire, brillante, intéressante, dans laquelle on se retrouve tous je crois sur les objectifs. Qu'est ce qu'on pourrait faire pour que, ce que j'entends aujourd'hui, on l'entend dans nos régions, on l'entend dans nos groupes de pairs, dans nos groupes de travail ; Voilà, comment faire pour améliorer ce dialogue, quelles sont les pistes aujourd'hui pour pouvoir permettre d'améliorer. Par ce que visiblement on a tous envie d'aller dans le même sens. Comment est-ce qu'on pourrait faire ? »

François PESTY, Pharmacien, Consultant indépendant, membre du groupe Princeps et coorganisateur du colloque : « J'ai lu ça ce matin, donc j'ai peu de mérite, cet article signé de la Ministre de la Santé américaine, Sylvia BURWELL, dans le New England Journal of Medicine, publié le 29 janvier 2015¹. Elle dit qu'il y a 3-4 ans il n'y avait aucun paiement à la qualité par MEDICARE. Aujourd'hui ils sont à 20%, ils vont monter à 30% en 2016, et leur objectif, c'est 50% de paiement à la qualité en 2018. Et les américains et je m'arrête-là, on commencé à recueillir les résultats de leur énorme investissement dans l'hôpital numérique. La Cnamts va être chargée du Dossier Médicale Partagé (DMP). Ils ont sur le site de la haute autorité de santé américaine, le 18 décembre, mis en ligne les résultats intermédiaires de mesures de résultats de santé dans les hôpitaux, et ils auraient évité sur les 3 années 2011, 2012 et 2013, par rapport à 2010, 50.000 décès aux Etats-Unis, dont 12.000 par erreur médicamenteuse, ils auraient récupéré 12 milliards (\$ US) de gains économiques et évité 1.300.000 événements indésirables graves, en collectant les informations par fouille informatique dans les dossiers médicaux informatisés de qualité. On vous a senti un petit peu timide sur la proportion de paiement à la qualité, vous n'avez pas parlé des Etats-Unis d'Amérique dans vos slides (diapositives) ? Qu'en pensez-vous ?

[1] Setting Value-Based Payment Goals — HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. N Engl J Med 2015; 372:897-899. March 5, 2015. DOI: 10.1056/NEJMp1500445

Jean-François MAZOYER, Médecin Radiologue : « Je rejoins un peu ce que vient de dire François, mais pas tout à fait sur le même terrain, mais je pense qu'il y a une question de dosage. L'expérience jusqu'à maintenant nous incite plutôt au pessimisme. Il n'y a pas de miracle, pas de remède miracle. Mais est-ce que les difficultés dans l'avancement en France, ne proviennent-elles pas du sous-dosage des paiements alternatifs par rapport à l'acte, et d'une résistance corporatiste des syndicats à l'évolution de ces modes de rémunération et notamment au maintien de la prédominance du paiement à l'acte ?

« Conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins »

Mme Dominique POLTON, Conseillère auprès de Directeur Général de la CNAMTS

Retranscription intégrale de la conférence

Nicole DELÉPINE, Médecin, Ancienne Chef de service d'Oncologie Pédiatrique, AP-HP : « Je voulais juste poser la question suivante. Vous dites « résultats ». Mais si l'on regarde juste deux pays que je connais bien et qui sont les Pays-Bas et l'Italie, indirectement, par ce que mon frère y a vécu 20 ans dans chaque. En gros, ils viennent se faire soigner en France, n'est-ce pas, depuis toujours pour des raisons de disponibilité, à 17h00 c'est fini, le Week-end c'est fini. Et les patients pour l'Angleterre, on nous en met des kilos de témoignages pour la même raison, car ils attendent, ou ils vont en Inde ou ils vont ailleurs. Donc quel est le critère d'évaluation des objectifs que vous avez mis, enfin ce n'est pas vous, ce n'est pas moi, que des économistes et des administratifs ont mis, en oubliant ce qu'ils souhaitaient d'important pour notre patient. Et juste pour finir, Jean-Paul HAMON a montré dans son livre ² qui vient de sortir qu'on est au 19^{ème} rang du classement des systèmes de santé pour la France alors qu'on était en 1998 premier ou deuxième. Alors, il y a quand même un vrai problème. Selon le classement, ça va être le 10^{ème}, le 12^{ème} ou le 19^{ème}, mais en tous cas c'est reconnu qu'on a régressé de façon fantastique.

[2] La fin de notre système de santé ? Le trou de la sécu fait aussi des heureux. Dr Jean-Paul Hamon & Daniel Rosenzweg. Edition Albin MICHEL. Avril 2015.

Omar BRIXI : « Merci. Madame POLTON, cinq minutes ».

Mme Dominique POLTON : « On n'a pas parlé que des indicateurs. Mais, vous avez raison de dire que dans un premier temps, et il faut quand même dire qu'il ne faut pas penser que c'est une innovation, ce qu'on a fait. Quand on dit qu'on ne peut pas bouger, on a bougé, et la preuve ça a fait, alors là, je peux vous dire, on a cru même que. On a eu beaucoup de mal à penser que ça marcherait. Sinon, ça a marché. Maintenant, ça rencontre une assez grande adhésion. Ça été fabriqué d'une certaine façon. Je ne pense pas qu'on s'en serait sorti si à l'époque on avait voulu faire tout très, très, très bien, avec tout le monde. Mais parfois, il faut avoir des acquis comme ça. Après, je veux dire tout évolue. Nous, on n'a pas choisi les indicateurs, on a pris ceux de la Loi de Santé Publique (2004), et vous dites qu'ils sont mauvais, ils sont mauvais. Mais, nous on n'est pas là pour faire les indicateurs. De toute façon, dès les CAPI, la première fois que je suis intervenue sur les CAPI, j'ai dit vous prenez le cancer du sein, c'est un très mauvais sujet, on ne voit pas pourquoi vous avez mis ça. Pour l'instant, que je sache, les autorités de ce pays, nous, on ne fait que reprendre les choses extérieures. Donc si effectivement à un moment donné on peut tout à fait changer ça. On peut travailler avec le collège de la médecine générale (CNGE = Collège National des Généralistes Enseignants). Qui nous a dit d'ailleurs que les indicateurs de la ROSP soient faits avec le collège de la médecine générale, bon j'ai rien de tout ça. Il faut distinguer je pense fondamentalement ce qu'on est capable à un moment donné de lancer et puis la façon dont on le fait évoluer. Les indicateurs peuvent changer, on peut introduire une dimension sur la satisfaction des patients. Tout ça est tout à fait possible. Aujourd'hui, c'est quand même rentré dans les mœurs et honnêtement, ce n'était pas gagné quand même. On pense que c'est déjà ça. Si en France, effectivement, vous avez raison de dire, qu'il est difficile de changer, je pense qu'il faut commencer à faire des choses comme ça. Quelque part, bon, ça permet d'aller plus loin. A l'étape d'après, ensuite on fera tout ça un peu différemment, on va changer certainement aussi sur les rémunérations d'équipes. Tout ça c'est fait pour bouger. Ce n'est pas gravé dans le marbre. Deuxièmement, moi les trucs internationaux, on en regarde tous beaucoup. Je n'ai pas la prétention de tout connaître. Je pense que c'est quand même, on a beaucoup ... dans l'autre. Je n'ai pas dit que c'était parfait ailleurs, moi je regarde des choses très précises et je regarde des indicateurs très précis. Je n'ai pas l'impression que les Pays-Bas soient pires. Typiquement, c'est un pays où la démographie médicale est assez faible. Il y a des généralistes qui soignent 2.300 patients aux Pays-Bas. C'est dire qu'à mon avis, ils sont quand même assez, c'est une charge assez lourde. En tous cas, c'est ce qui nous semble. Mais, quand vous me dites on est dix-neuvième. Je ne crois pas du tout, alors là, je ne suis pas d'accord avec vous. Mais, ça mériterait plus que ce débat. Il faut regarder ensemble de quel classement on parle. Des classements, il y a en a plein. Des classements consuméristes qui sont faits par les suédois, des classements faits par, des classements comme l'OMS... ; Je veux dire, selon les indicateurs qu'on prend, on est très vite... Ce que je peux vous dire moi, c'est qu'on est très très bons sur des indicateurs de type santé où le système de soins permet, l'espérance de vie à un âge élevé, l'espérance, et ça on le sait par cœur, tous ces trucs-là on le sait depuis très longtemps. Et on est très mauvais sur les indicateurs à faire évoluer sur la durée qui

« Conséquences des modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins sur la pertinence des soins »

Mme Dominique POLTON, Conseillère auprès de Directeur Général de la CNAMTS

Retranscription intégrale de la conférence

n'ont quand même qu'un rapport plus lointain avec le système de soins et sur lesquels on a à la fois une question d'incapacité à avoir des types d'interventions efficaces, qui vraiment etc, etc... Ça, on le sait depuis très longtemps. Mais honnêtement, la comparaison avec d'autres pays, elle a été faite par beaucoup de gens, je ne crois pas que l'on ait tellement à rougir de ce que l'on fait. Après, il y a plein de choses que l'on peut améliorer, mais dire qu'on est passé du deuxième au dix-neuvième, il faudra que vous me disiez de quel classement vous parlez. Quant à Jean-Paul HAMON, je n'ai pas ouvert son livre, mais chacun peut penser ce qu'il veut aussi. On passe beaucoup de temps à dire, « oui mais ils sont très mal soignés ailleurs, nous on est très bien. Et puis à l'inverse, on est maintenant très très mal... Je pense qu'il faut regarder des choses assez précises. Je pense que chaque pays, ... Les anglais ont été très rationnés, ils avaient des listes d'attente, il n'y a aucun doute là-dessus. Ils ont remis de l'argent dans le système. Ça s'est quand même amélioré. Leurs listes d'attente se sont assez nettement améliorées. Au moins, c'est un pays qui a l'habitude d'une médecine assez, effectivement, peut être moins confortable que la notre, ça c'est probable ».

Omar BRIXI « Il y a même des indicateurs qui nous le prouvent »

Ah ils ont de bons indicateurs, mais après, ce que les gens ressentent, c'est très important aussi. Je suis d'accord avec vous. D'ailleurs, ça avait été noté dans le classement de l'OMS, la façon dont les gens étaient traités effectivement

Omar BRIXI « Permettez-moi juste de revenir à une logique d'intervention. Je vais donner la parole à Didier MENARD, par ce que lui, il voulait prendre au vol la question des modes de rémunération