

Evaluation d'impact des politiques publiques: la politique de santé

Les réformes autour de l'organisation de l'offre de soins ambulatoires

mousques@irdes.fr

Economiste (PhD), DR IRDES, CA CESP/Inserm

Contexte et enjeux en matière de régulation des soins ambulatoire

- Place macro. importante mais relativement défavorable relativement à l'hôpital (ambu/hosp= 0,7 vs. 1.2 OCDE)
- Déséquilibre entre régulation de la demande vs. offre [Palier, 2005 ; Elbaum, 2010 ; Askenazy et al., 2013; Dormont & al., 2014] cf. déterminants de l'évolution des dépenses de santé
- Marges de manœuvre pour une régulation plus «poussée» et plus «qualitative» (financement et organisation) de l'offre

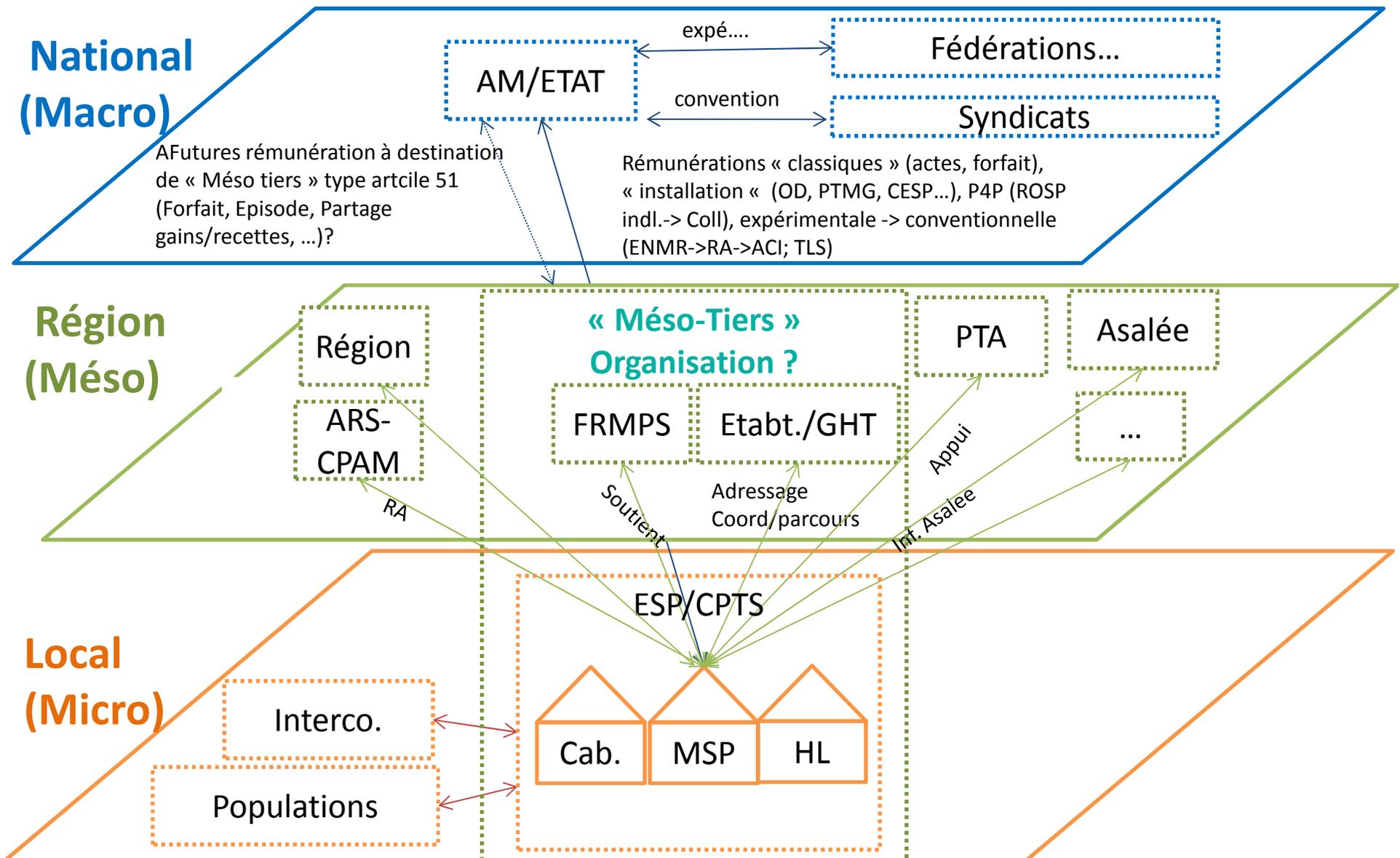
Contexte et enjeux en matière de régulation des soins ambulatoire

- Notamment en direction d'un renforcement des soins 1^{er} recours [Starfield et al., 2005] et d'une coordination voire intégration des soins (horizontale, verticale) [Nicholson and Propper, 2012], compte tenu :
 - Des enjeux en matière d'accès aux soins (implantation, productivité) et de performance (qualité, productivité, parcours/dépense)
 - De la nature de notre modèle (conventionnement centralisé, faiblement hiérarchisé, frontières professionnelles fortes et monopole médical, rémunération à l'acte quasi-exclusive...=> faiblement coordonné/intégré

Contexte et enjeux autour en matière de régulation des soins de premiers recours

- MT+ parcours 2004 + HPST 2008 & SROSA + LMSS 2016: 1ère définition du périmètre des SP, jusqu'à sa déclinaison en proximité
- EGOS & LFSS 2008, Loi Fourcade 2011, ACI 2015, Loi MSS 2016, Plan pour l'égal accès aux soins 2018, Article 51...:
 - National : nouveaux contrats et modes de rémunération (alternatives à la rémunération à l'activité)
 - Micro: émergence et renforcement d'une politique de soutien aux dynamiques profl. autour de l'intégration (MSP, CDS...) et la coopération (Asalée, IPA) pluriprofessionnelle coopération [Mousquès, 2011; Fournier & al, 2015; Chevillard, 2015]
 - Méso: renforcement de la coordination territoriale (acteurs & parcours, dispositif d'appui) [Laude & Tabureau, 2016]

Contexte et enjeux autour en matière de régulation des soins de premiers recours



Intégration et coordination (micro et méso): de quoi parle-t-on?

- Intégration (horizontale and verticale) comme un continuum de "coordination" [Valentijn et al., 2013]
- Intégration comme une forme d'organisation micro et méso pour gérer des ressources " communes "
[McGinnis, 2013]
- Intégration et coordination à différentes échelles > centralisation ou marché sous un ensemble de circonstances et de conditions [Nicholson & al., 2012 <- Williamson, 1991 ; McGinnis, 2013 <- Ostrom, 1990]

Intégration et coordination (micro et méso): que peut-on en attendre?

- Eco.: intégration, coûts (transaction/production), gestion ressources
 - ↘ coûts transaction et production [Williamson, 1991 ; McGuire, 2011]
 - ↗ capacités management ressources communes complexes [McGinnis, 2013; Ostrom, 2010] et investissements appropriés [Getzen, 1994; Cutler, 2010]
- Géó.: diffusion, attractivité territoriale et localisation
 - Innovation et diffusion spatiale [Hägerstrandt, 1953 ; Saint-Julien, 2004]
 - Développement et attractivité territoriale [Davezies et Talandier, 2014]
 - Localisation et amélioration de l'accessibilité [Mérenne-Schoumaker, 1999]
- Socio.: construction de la pluriprofessionnalité
 - Amélioration de la culture de la "performance" en raison des logiques interaction-contrôle-convergence [Encinosa & al 2007]

Intégration et coordination (micro et méso): enjeux en termes d'EPP

- Difficultés techniques [Lopez-Acevedo et al., 2012 ; Contandriopoulos & al., 2000 ; Nolte and Pitchforth, 2014]:
 - Micro: facteurs contextuel, structurel, organisationnel/fonctionnel (gouvernance, capacités/capabilités...) => sélection + variabilité de mise en oeuvre + hétérogénéité des contextes (*e.g.* risques/patients)
 - Méso : variabilité du contexte régional et local (ex. Ressources, intensité de la concurrence...)
- Conséquence: souvent difficile de tirer des enseignements de recherches se traduisant par un résultat "moyen"
- Solution: méthode mixte associant approches qualitatives, quantitatives exploratoires, quantitatives confirmatoires [Nolte & Pitchforth, 2014; Cretin et al., 2004]

Evaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalee - Daphnee

Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation (Daphnee)

Préambule: l'expérimentation/protocole Asalee

- Une expé. de coopération MG – infirmière (IDE) unique en ambulatoire:
 - 2004 : 3 cabinets, 12 MG et 3 IDE
 - 2007: 18 cabinets, 41 MG et 8 IDE
 - Art. 51 => 2013-2015 : \approx 293 cabinets, 780 MG, 875 MG, 220 IDE, 1150 paires
- Objectif « historique » : améliorer la qualité des soins (dépistage des facteurs de risque et l'accompagnement en ETP incl.)
- Objectif « actuel » (module 3 – Enmr): autofinancement via gain d'efficacité résultant de la substitution MG-IDE, avec 1 ETP IDE / 5 ETP MG => \approx 80 jours d'économie de temps MG (écart rémunération 1 à 3)
- Décembre 2015, décision de prolongement du financement pour 3 ans dans le cadre du collège des financeurs (financement dérogatoire ...) et de l'extension du nombre d'ETP

Préambule: l'expérimentation/protocole Asalee

- Une gouvernance national<->local: protocole, recrutement, formation, compagnonnage, concertation, SI...
- Une IDE qui a bénéficié d'une formation type, qui intervient sur un ou plusieurs cabinets à temps partiel ou complet salariée ou libérale
- Une activité de gestion de données et de consultation
 - Mise à jour des dossiers des médecins et alimentation base de données ASALEE
 - Consultations dépistage et suivi (objectif de 6 à 7 consultations/jour et actes dérogatoires)
- Orientée sur des protocoles détaillés
 - Dépistage : BPCO (1 cs bilan -> adressage au MT -> suivi effet arrêt tabac) et troubles cognitifs (1 cs bilan et adressage au MT)
 - Dépistage et suivi (1 CS dépistage et plan ETP) : diabète et RCVA
 - Actes dérogatoires: BPCO (spirométrie), RCVA et diabète (ECG), diabète (examen du pied)

Design

Qualitative Evaluation (Compréhensive)

obj: interactions et innovations

Figure
de
l'IA

Déploiement

Intéactions
et
Dynamiques

Enquête Coopération et Interaction auprès des MG et IDE

Entretiens semi-directif +
obs. (cabinet, consult.) MG & IA

Quantitative Evaluation (Hypothético-déductive)

Obj: impact efficacité et efficience

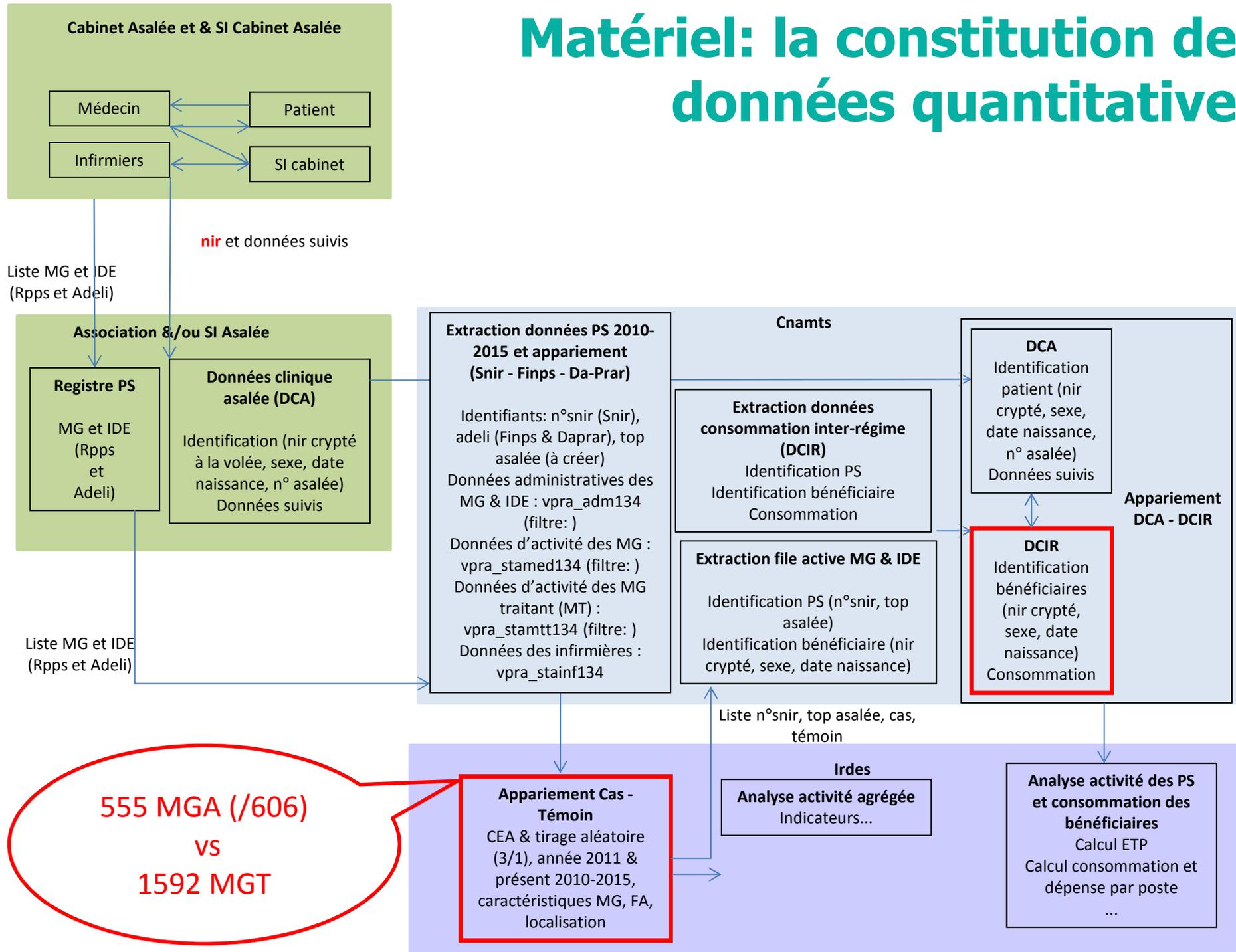
Temps de
travail et
activité MG

Qualité des
soins
(diabétiques)

MG & Patients: SNDS +/- SI Asalee

Traités vs Témoins,
avant/après (2010-2015)
Ajustement (envt., patients, MG)

Matériel: la constitution des données quantitatives



Qualitative Evaluation (Compréhensive)

obj: interactions et innovations

Figure
de
l'IA

Déploiement

Intéractions
et
Dynamiques

Quantitative Evaluation (Hypothético-déductive)

Obj: impact efficacité et efficience

Temps de
travail et
activité MG

Qualité des
soins
(diabétiques)

Enquête Coopération et Interaction auprès des MG et IDE

Entretiens semi-directif +
obs. (cabinet, consult.) MG & IA

MG & Patients: SNDS +/- SI Asalee

Traités vs Témoins,
avant/après (2010-2015)
Ajustement (envt., patients, MG)

Sélection IA et MG
Complémentarité/Subst.
Hétérogénéité paires

QES, DT et Articles en cours
de diffusion

MG JT +2%
Patients +5-7%
C,V =
Selon les paires

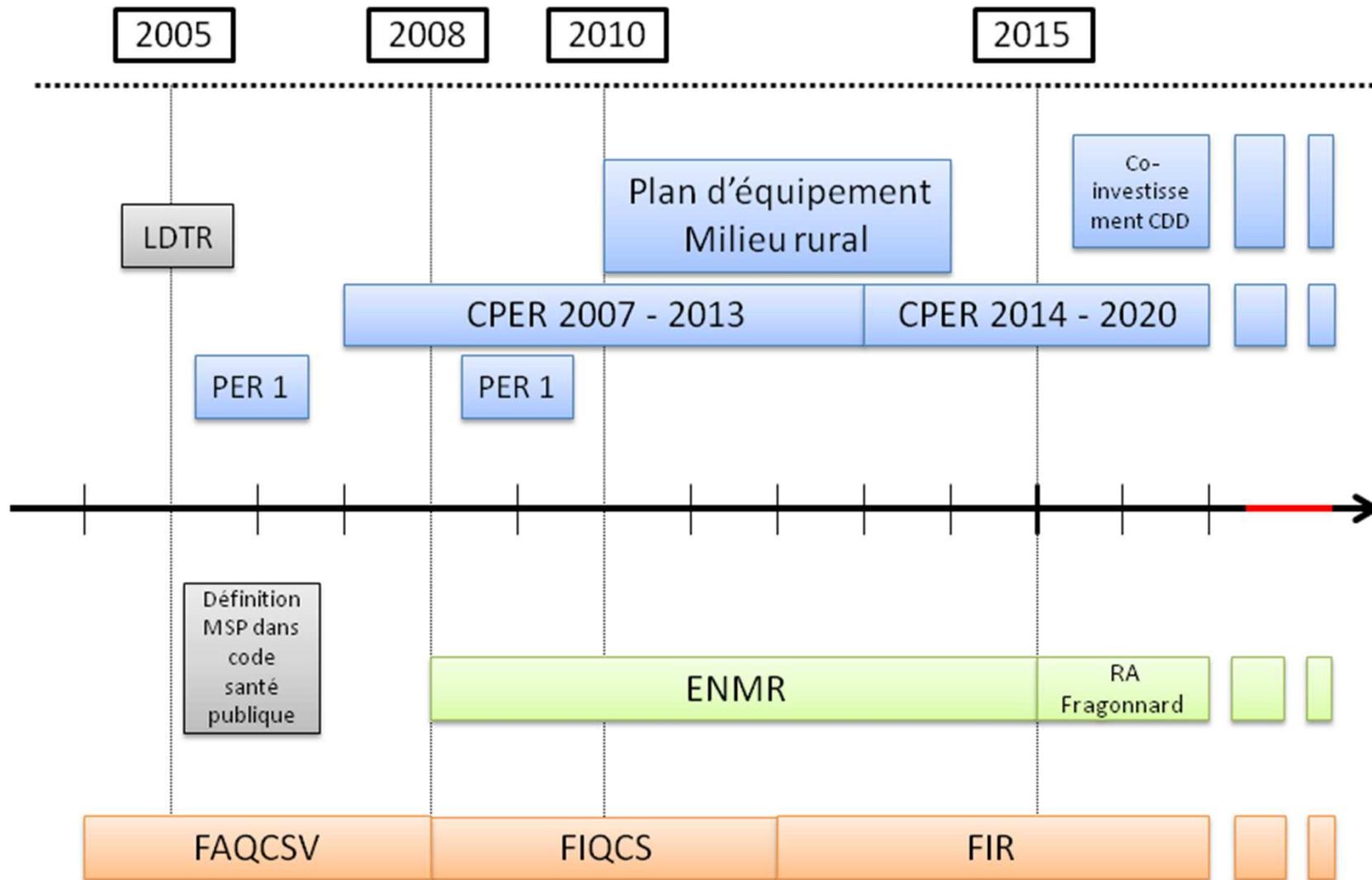
Rec./Dép.
(hôpital, ambu)
=

Qualité
Suivi
+ 4-16%

Evaluation de l'impact des MSP dans le cadre des ENMR puis de l'ACI

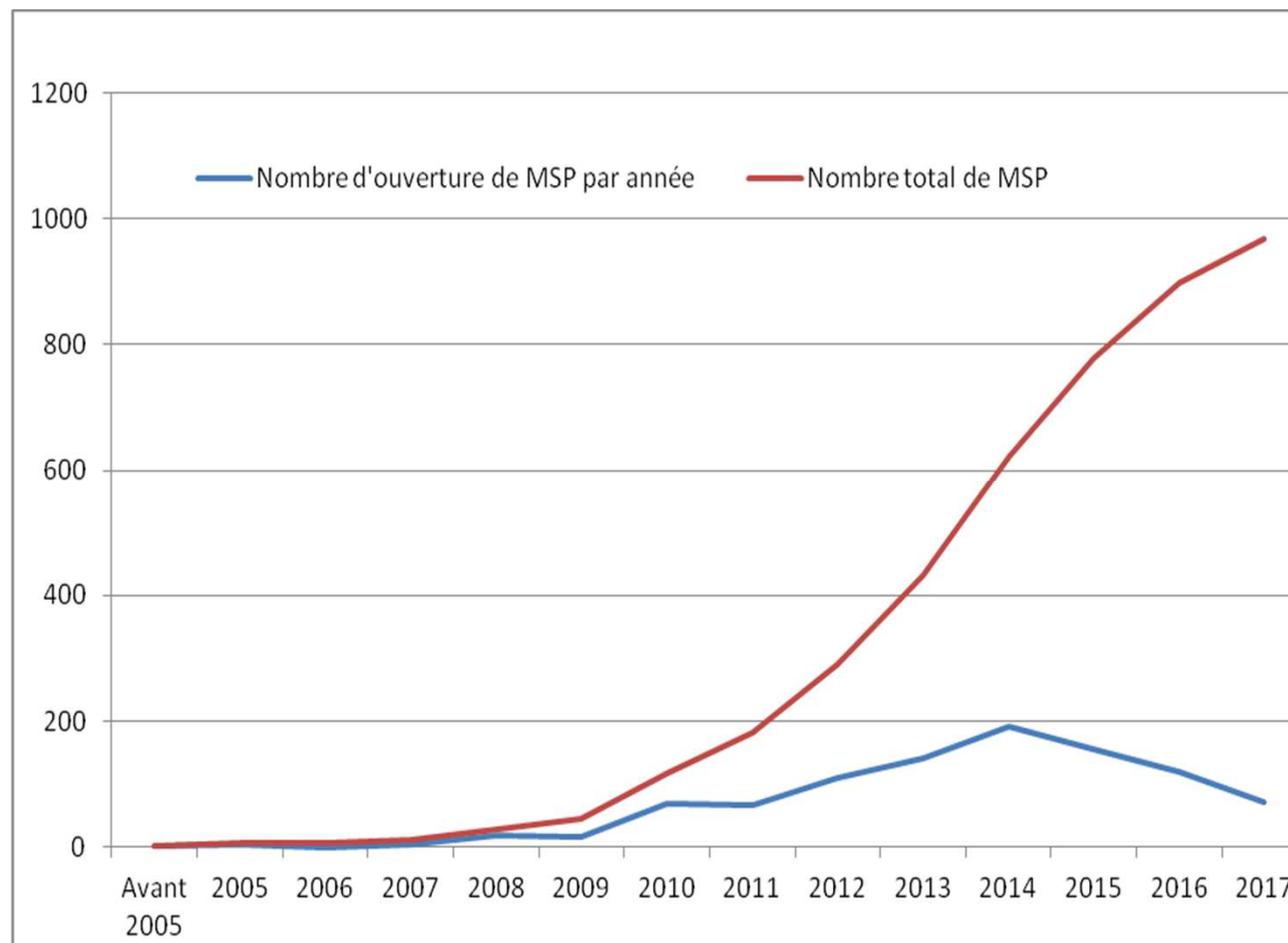
- En quoi les MSP contribuent-elles à la réduction des inégalités d'accès (implantation) et à l'amélioration de la réponse à la demande (productivité) ?
- En quoi les MSP génèrent-elles des gains d'efficience (qualité, parcours, dépense) ?

Préambule: MSP et mesures d'accompagnement



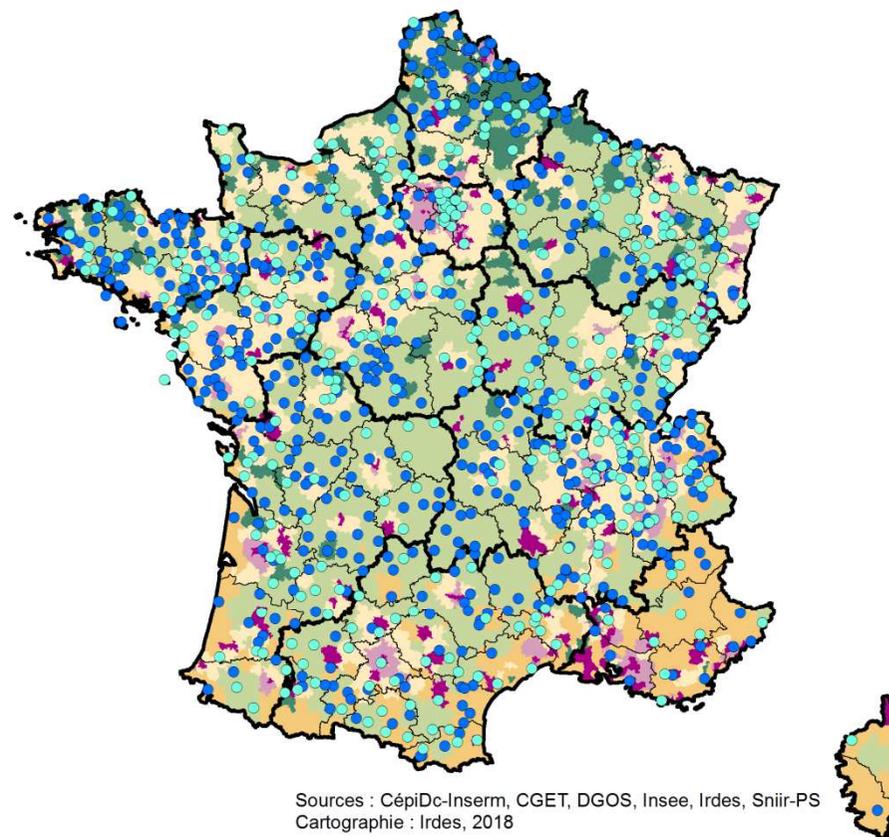
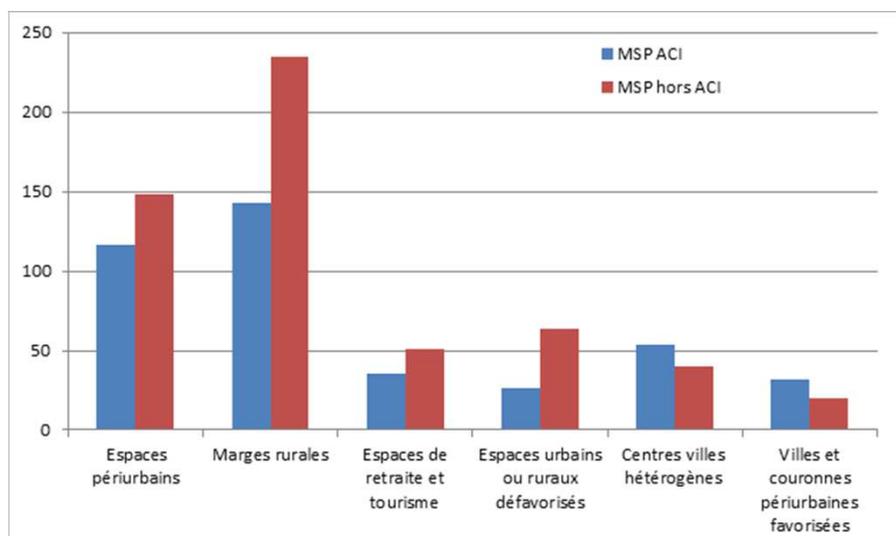
Préambule: diffusion temporelle des MSP

- Une croissance exponentielle: 964 au 1er janvier 2018
- Une innovation:
 - à l'étape de la maturité ?
 - à la recherche d'un 2nd souffle ?



Préambule: diffusion spatiale des MSP

- 964 MSP recensées DGOS (1er janvier 2018), dont 406 contrat ACI
- Typologie territoire (offre, population/besoins, attractivité)
- Diffusion inter/infra régionale hétérogène (décalage dans le temps)
- Localisation majoritaire: périurbains sous dotés, marges rurales



Légende

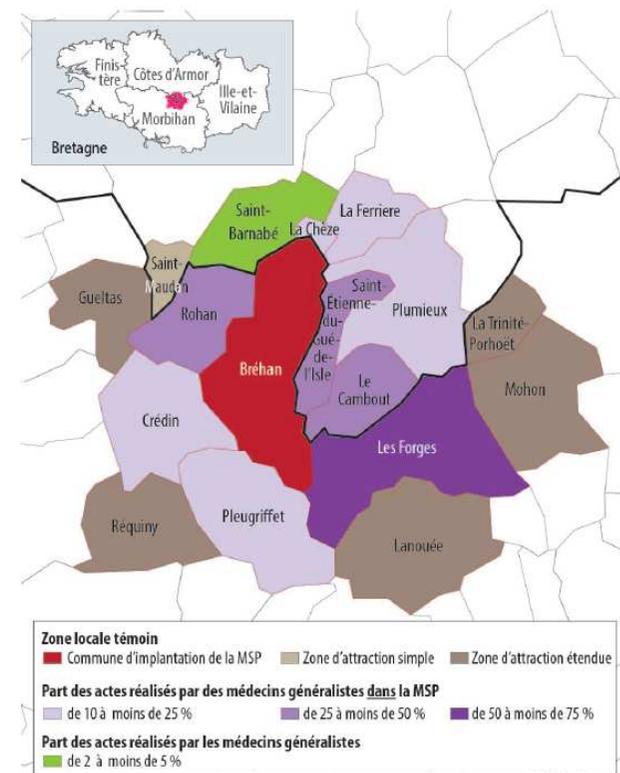
- MSP participant aux ACI
- MSP hors ACI

Types de territoires de vie

- Classe 1 : Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins
- Classe 2 : Marges rurales peu attractives aux populations fragiles
- Classe 3 : Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins
- Classe 4 : Espaces urbains ou ruraux défavorisés au plan socio-sanitaire
- Classe 5 : Centres villes hétérogènes socio-économiquement
- Classe 6 : Villes et couronnes périurbaines favorisées

Impacts : l'évaluation de 2009- 2012

- 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 et hospitalisations toutes causes ou “évitables”
 - Productivité: Δ outputs (patients rencontrés, inscrits, actes) selon ETP
 - Recours/acquisitions par postes ambulatoires (0/1) et dépenses associées (log€)



Impacts : l'évaluation de 2009- 2012

- MSP => une construction du travail en équipe qui repose sur # leviers dont forfait (compensation et allocation), des changements multi.
- Hétérogénéité des contextes locaux et des organisations (intégration, gouvernance, fonctionnement/coordination/« capacités », travail en équipe,...)
- Localisation MSP => moindre dégradation voire amélioration densité MG dans certaines zones
- Enmr => pas d'impact, mais MSP (hétérogène et fonction du niveau d'intégration) > exercice « standard »

Impacts : l'évaluation de 2009- 2012

- 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
- Pas d'évidence d'impact sur l'hospitalisation
- Pas d'évidence d'impact des forfaits Enmr (différence-de-différences) sur chacune des dimensions
- Des gains net fonction du niveau d'intégration

	HCC - Classe 1	HCC Classe 2	HCN/MGP classe 3	HCN/MGP classe 4	HCN/MGP classe 5
Savings (€/practice)	6 711	-76 883	36 322	-13 642	-3 710
Savings (€ all practices)	100 668	-1 153 241	326 898	-259 192	-133 543

Le nouveau programme d'évaluation de la valeur des MSP et de l'ACI : calendrier

1. Géographiques (1^{er} semestre 2018):
 - Dynamiques d'implantation sur des territoires divers
 - Impact démographie des PS: mise à jour 2016-2017 en cours
2. Socio et Qualitatives (en cours) :
 - Dynamiques d'engagement et transformation des pratiques professionnelles
 - Dynamiques de contractualisation et de soutien territorial
3. Récupération des données SNDS (en cours)
4. Enquête déclarative des sites (1^{er} semestre 2018): organisation et fonctionnement des MSP
5. Impact (2018-2021)
 - Conditions de pratiques (=> revenus complet appariement DG-FIP), satisfaction des professionnels? (2018)
 - Satisfaction des patients, 2018 (PSPC)
 - Activité et productivité MG, recours/dépenses et parcours de soins patients
 - Qualité des soins et efficience

Conclusion: EPP, retour d'expérience

- Respecter les stades et modalités de diffusion de l'expérimentation (pilote, extension, généralisation)
- Tenir compte des contraintes propres à l'évaluation (témoins, temporalité, résultats/constats vs reco.)
- Clarifier les objectifs et l'imputabilité
- Définir les populations cibles (anticiper les témoins potentiels)
- Tester les hypothèses d'imputabilité

Conclusion: EPP, retour d'expérience

- Choisir les unités d'analyse appropriées (bénéficiaire, prof./organisation, territoire)
 - Tenir compte des contextes socio-économiques, démographiques et d'offre de soins (organisations et fonctionnement) => méthode mixte
 - Estimer l'impact de façon robuste : contrefactuel et panel (DDD, RD, VI...)
- => Processus itératif décision-évaluation, méthode de recherche mixtes (quali-quant), données complexes

Merci de votre attention

mousques@irdes.fr

L'équipe

Julien Mousquès et Carine Franc (éco)

Anissa Afrite (statistique)

Cécile Fournier, Michel Naïditch et Isabelle Bourgeois (SP et Socio)

Guillaume Chevillard (géo)

Charlie Ménard (data)

Christophe Loussouarn (éco, Doctorant UPEC-ERUDITE)