

Par tête ou par acte ? impact d'un changement de paiement des centres de santé pluriprofessionnels en France

Damien Bricard^{1,3}, Cassou Matthieu³, Franc Carine^{2,3} Mousquès Julien ^{3,4}

Empirical work / keywords: Différence en différence ; Comportement des médecins ; Systèmes de paiements ; Soins primaires ; Equipe ; Collaboration pluriprofessionnelle.

Abstract :

Dans le cadre de dérogations aux modes de rémunération conventionnels des médecins, destinées à promouvoir des réorganisations du système de soins primaires, la France a expérimenté à partir de 2018 la substitution de la rémunération à l'acte des médecins généralistes par un mode de rémunération à la capitation auprès de structures volontaires, presque exclusivement des centres de santé (CDS). Ce travail s'appuie sur ce cadre quasi-expérimental pour évaluer les effets d'un tel changement d'incitation sur l'activité des structures expérimentatrices et sur les recours aux soins et la qualité des parcours de soins de leur patientèle inscrite en médecin traitant. Nous mobilisons des données du système national des données de santé, appariées aux données de l'observatoire des CDS, de la plateforme d'expérimentation et à des données contextuelles, pour conduire des analyses de doubles différences sur la période 2016-2023. L'évolution des indicateurs d'activité des structures est comparée à celle d'un groupe témoin sélectionné parmi des structures raisonnablement comparables et aux profils initiaux équilibrés par appariement statistique (PSM). Les analyses conduites à l'échelle des structures montrent une réaction au changement d'incitations en termes de nombre de patients inscrits, qui croît plus vite, et de ventilation de leur activité de médecine générale (MG), de moins en moins consacrée à la prise en charge de patients non-inscrits en médecin traitant (MT), alors que le nombre de visites MG délivrées, au sens de la nomenclature conventionnelle, n'évolue pas significativement différemment. Les analyses des recours et parcours de soins des patients inscrits en MT des structures, tout au long de la période, suggèrent que les recours en MG ont décliné plus vite pour les patients des CDS expérimentateurs, sans évolution significativement différente des autres recours (infirmiers, spécialistes, MCO, recours aux urgences non suivis d'hospitalisation, etc.), ni des indicateurs de qualité considérés (vaccin contre la grippe, polymédication, prescription inappropriée, hospitalisations potentiellement évitables, etc.). Les analyses descriptives des recettes d'activité de médecine générale des structures révèlent enfin une croissance des recettes par patient inscrit, qui contraste avec la décroissance observée chez les témoins. Le même constat peut être formulé concernant les dépenses totales en médecine générale auprès de l'assurance maladie (dans et hors structure).

¹ MRE, Université de Montpellier

² INSERM - CESP Team: S-PRI, Villejuif, France.

³ Institute for Research and Information in Health Economics (IRDES), Paris, France.

⁴ Univ Rennes, EHESP, CNRS, Inserm, Arènes - UMR 6051, RSMS (Recherche sur les Services et Management en Santé) - U 1309 - F-35000 Rennes, France