

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2)

Rapport (volet 2) du programme d'évaluation Era2
sur l'expérimentation d'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)
inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018

Synthèse

L'expérimentation d'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) constitue une première expérience en France d'intéressement partagé. Elle vise à promouvoir des gains d'efficience, par la rationalisation des soins et de leur qualité, et à partager les gains réalisés entre les producteurs de soins et les financeurs. L'intéressement est versé en complément du mode de rémunération à l'acte des professionnels. Une part des gains associés à des évolutions favorables des dépenses, comparativement aux dépenses de l'année précédente et de celles des assurés du régime général, est reversée aux structures, et s'accompagne d'une évaluation et valorisation de leur qualité.

Ipep a été initialement pensé pour les patients inscrits « médecin traitant » de médecins généralistes (MG) d'organisations variées dénommées ici « groupements », des structures de délivrance des soins primaires et pluriprofessionnelles (maisons de santé pluriprofessionnelles-MSP et centres de santé-CDS), des organisations de coordination des soins (communautés professionnelles territoriales de santé-CPTS), des établissements ou groupements hospitaliers, voire des groupements ville-hôpital. Au total, 29 groupements ont été sélectionnés : neuf centres hospitaliers (CH), neuf « ville hôpital » – parfois en groupement de coordination sanitaire (GCS) ou CPTS –, huit MSP ou groupements de MSP porteuses, et trois CDS.

La mise en œuvre d'Ipep était prévue en trois phases à partir de 2019 : une première phase de versement de crédits d'amorçage (une année) pour faciliter les investissements initiaux, une deuxième phase de versement de l'intéressement selon l'évolution des dépenses et/ou de la qualité (deux années), et une troisième phase de versement de l'intéressement selon l'évolution des dépenses modulé à la qualité (deux années).

Cette mise en œuvre a conduit à plusieurs évolutions et ajustements. Le projet « responsabilité populationnelle » porté par les établissements de la Fédération hospitalière de France (FHF) a finalement constitué un projet à part spécifique à la FHF (Bourgeois, 2026). La mesure de la qualité par l'expérience patient, en complément des indicateurs mesurés au sein des groupements à partir des données SNDS et/ou déclarés par ces derniers, n'a pas été mise en œuvre de façon complète. La pandémie de Covid-19 s'est traduite par le fait que l'année 2020 n'a pas été prise en compte dans le calcul de l'intéressement, et qu'un mécanisme de garantie budgétaire a été étendu à une année supplémentaire. Enfin, des intéressements en 2023 et 2024 ont pu être versés uniquement dans le cas de gains en qualité.

Nous avons dû, dans le cadre d'analyse de l'évaluation d'impact d'Ipep, prendre en compte ces différentes évolutions et ajustements, mais aussi restreindre le champ de l'évaluation des groupements pour lesquels nous étions en mesure d'identifier sans confusion possible l'effet de l'intéressement, à savoir 12 MSP. Nous avons donc exclu les types de groupement suivants : les CH porteurs du projet santé populationnelle en raison de populations différentes ; les CPTS sans structure de délivrance des soins identifiée en raison de l'impossibilité de constituer des témoins comparables ; les MSP de CPTS porteuses d'Ipep en raison de la différence et dilution des incitations et la difficulté d'identifier des structures témoins pour les MSP récentes, sans pré-période Ipep ou avec une pré-période insuffisante ; et, enfin, les MSP expérimentant simultanément Ipep et Peps en raison de la confusion des incitations.

Il est attendu de l'intéressement qu'il encourage les efforts de rationalisation de la production de soins en partageant les bénéfices générés en matière de dépenses de soins par patient entre le financeur, l'Assurance maladie, et les groupements de professionnels. Les initiatives de rationalisation de la production et de gestion du « risque » maladie sont ainsi décentralisées vers les acteurs qui produisent ces soins, ces derniers étant supposés être les plus à même d'identifier les marges d'amélioration les plus pertinentes sur leur territoire.

Afin de mesurer les impacts d'Ipep sur l'activité au sein des MSP, la qualité et la pertinence des soins délivrés, ou encore les parcours-recours des patients, nous avons conduit des analyses d'évolution comparatives entre des MSP Ipep dites « MSP cas », et des MSP « témoins », les médecins généralistes de ces MSP, ainsi qu'entre leurs patientèles respectives inscrites « médecin traitant » (MT).

La taille de la patientèle (file active et inscrite MT) des MSP Ipep a augmenté significativement plus rapidement que celle des MSP « témoins », à la suite de la mise en œuvre d'Ipep. Ce résultat, qui ne figurait pas parmi les premiers objectifs de l'expérimentation, s'expliquerait surtout par une évolution plus favorable des effectifs de MG dans les MSP Ipep. Il est possible que cela soit aussi le résultat de réallocation d'activité, soit entre MG, soit entre MG et paramédicaux, sans que l'on soit en capacité de le mesurer ici. Notons que ni le volume d'activité par MG, ni les tailles de patientèle par MG « cas », n'ont évolué significativement différemment de ceux des MG des MSP témoins quand on restreint l'analyse aux seuls MG présents sur toute la période d'expérimentation, afin de contrôler le plus rigoureusement possible les effets de composition de la patientèle.

Une évolution plus favorable des dépenses est observée à l'échelle des patientèles MT des MSP Ipep, à la fois au global et pour les principaux postes de dépenses pris séparément, mais avec des niveaux de preuve variables. Ces moindres dépenses sont plus marquées et significatives lorsque sont considérées des sous-populations pour lesquelles les marges d'amélioration sont les plus probables, et notamment en retenant les 50 % des patients ayant des dépenses importantes sans être extrêmes.

En parallèle, il ne semble pas que des mécanismes significatifs de sélection de certains profils de patients aient eu lieu, tels que mesurés à partir d'un ensemble de variables restreintes (patients de plus de 65 ans, patients en affection longue durée-ALD, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire-C2S). Ce résultat est à rapprocher des mécanismes d'ajustement du modèle de dépenses par tête qui, intégrant le profil des patients, limitait l'opportunité des effets de sélection.

Ces évolutions ne s'accompagnent pas de changements manifestes des recours aux soins de ville, mais plutôt d'évolutions différenciées, allant dans le sens d'une amélioration, en matière de parcours de soins, de qualité des soins (recours aux urgences non suivi d'hospitalisation, polymédication, vaccin contre la grippe, re-contact à 30 jours suivant une hospitalisation). Ces indicateurs de qualité étaient identifiés parmi les leviers actionnables pour atteindre à la fois des objectifs de rationalisation des dépenses et d'amélioration de la qualité.

La principale limite de cette évaluation d'impact concerne sa validité externe, compte tenu de sa mise en œuvre, qui n'a concerné qu'un faible nombre de structures expérimentatrices, avec 21 MSP porteuses participantes en 2023 (seules ou dans un groupement de MSP porteuses). Le faible nombre d'expérimentateurs invite à une prudence accrue concernant l'interprétation des non-résultats ou résultats non significatifs, en particulier à l'échelle des groupements ou des MG, qui ne sauraient être interprétés comme une preuve d'absence d'effet, mais plutôt comme une absence de preuve.