

points de repere



LES RÉFORMES DANS L'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES EN ANGLETERRE

Les soins primaires ont fait l'objet, en Angleterre, de nombreuses réformes depuis les années 1990, avec la constitution des *Primary Care Trusts*, organismes responsables au niveau local du financement et de l'organisation des soins. La convention avec les médecins généralistes, signée en 2004, comporte des incitations nouvelles au regroupement entre praticiens, à la délégation des tâches et modifie la structure de rémunération, puisqu'une part significative y est désormais conditionnée à l'atteinte d'objectifs. Afin de développer l'offre de soins, de multiples canaux se mettent en place : médecin gestionnaire, services médicaux des *Primary Care Trusts*, émergence de grandes entreprises recrutées sur appels d'offre.

Si les éléments tangibles permettant de peser clairement les avantages et les coûts des nouvelles formes d'organisation manquent, les réformes visent à agir à la fois sur la qualité des soins, la régulation des dépenses et la satisfaction des patients.

Depuis une quinzaine d'années, les réformes se sont succédé à un rythme rapide dans le système national de santé britannique (*National Health Service, NHS*). Après les changements radicaux opérés par le gouvernement Thatcher au début des années 90, le gouvernement travailliste arrivé au pouvoir en 1997 a opéré de nouvelles transformations, dans un contexte d'investissement financier massif destiné à régler les difficultés d'accès aux soins caractéristiques du NHS. L'objectif affiché était d'amener le niveau des dépenses de santé à la moyenne des pays européens.

Si le rythme des changements opérés dans le système est soutenu, on observe néanmoins une certaine continuité des orientations stratégiques qui les sous-tendent. L'une d'entre elles est la mise en concurrence et la responsabilisation économique des producteurs de soins, et corrélativement le développement d'une culture de résultats (selon les principes théoriques de la troisième voie, à savoir l'instauration de la concurrence et du choix dans le service public à travers des quasi-marchés internes). Une autre ligne de force est le renforcement du rôle des soins primaires dans l'organisation et la régulation du système au niveau local.

● David Bernstein (CNAMTS).

● Les soins primaires jouent un rôle de premier plan dans l'organisation des soins

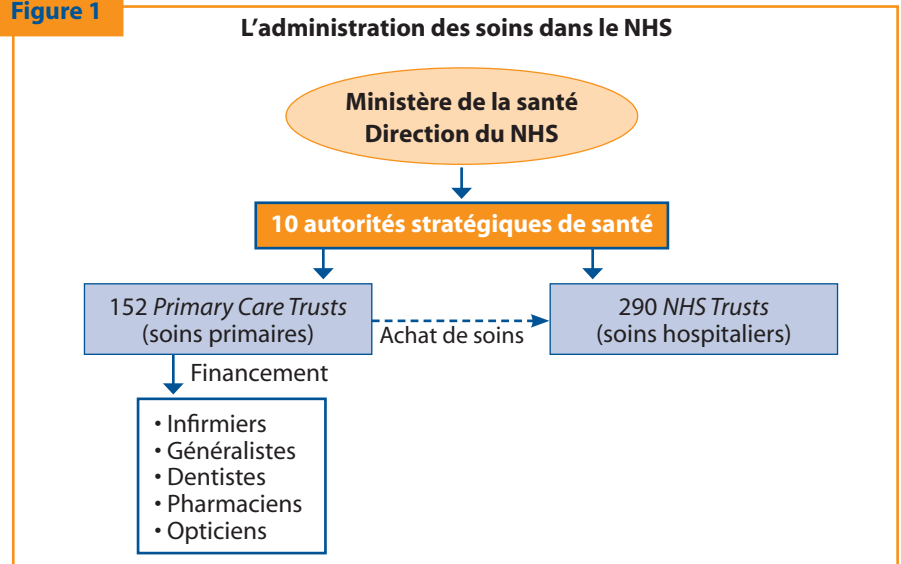
L'organisation des soins diffère quelque peu entre les quatre pays du Royaume (Pays de Galles, Ecosse, Angleterre, Irlande du Nord), mais nous nous bornons à exposer ici le cas anglais.

Les 152 *Primary Care Trusts* (PCT), organisés sur la base d'un maillage territorial, sont responsables de l'ensemble des soins de première ligne pour la population qu'ils desservent.

Un PCT est une structure locale, couvrant en moyenne 330 000 habitants, qui :

- d'une part « chapeaute » environ 50 cabinets de médecine générale en moyenne (soit un peu plus de 200 médecins généralistes) et d'autres professionnels indépendants, avec lesquels il contracte et qu'il finance
- et d'autre part fournit directement des services avec du personnel salarié (soins infirmiers à domicile, PMI, santé scolaire, santé mentale, soins de kinésithérapie...). Par exemple, Westminster PCT emploie directement 600 professionnels de santé pour des centres de santé et des programmes de suivi de malades chroniques ou de personnes âgées.

Figure 1



Mais la responsabilité du PCT ne s'arrête pas aux soins primaires, car il est aussi « acheteur » de soins hospitaliers pour le compte de la population qu'il sert. En d'autres termes, une grande partie du budget des soins secondaires (qui comprend les consultations de spécialistes sans hospitalisation) transite par le PCT, qui contracte avec les hôpitaux de son secteur et les finance.

Aujourd'hui, plus de 80% des dépenses totales du NHS sont gérées par l'ensemble des PCT, soit 72,3 milliards de livres¹. En revanche, les PCTs ne sont pas responsables des dépenses relatives aux services sociaux, qui restent une compétence des collectivités locales. Néanmoins, il peut y avoir dans certains endroits des budgets mis en commun pour faciliter une meilleure articulation entre les deux secteurs.

● Les PCTs, résultat d'un long processus politique visant à conférer aux soins primaires une place centrale dans l'organisation générale des soins au niveau local

Depuis les débuts du NHS, les généralistes anglais ont assuré un rôle de filtre (*gatekeepers*) pour l'accès aux soins spécialisés, dispensés uniquement à l'hôpital. A ce titre, ils ont toujours eu une fonction clé dans l'organisation des soins au niveau local. Mais leurs fonctions ont évolué depuis une quinzaine d'années.

Jusqu'aux années 1990, le système de santé britannique était en effet l'archétype du système national de santé, avec une intégration des services sous la gestion directe des autorités sanitaires et un contrôle hiérarchique descendant depuis le niveau national jusqu'aux services hospitaliers ou communautaires. Seuls les généralistes ont eu, de tout temps, un statut de profession indépendante sous contrat.

La réforme Thatcher de 1991 a modifié profondément l'architecture du système, en séparant les fonctions d'achat de soins et de production de soins (*purchaser-provider split*). Les hôpitaux sont devenus des entités autonomes, séparées des administrations locales dans lesquelles ils étaient auparavant intégrés ; les autorités sanitaires de district (*district health authorities*) sont devenues des acheteurs de soins, pouvant négocier et passer contrat avec l'un ou l'autre des hôpitaux présents dans leur zone géographique. Mais l'innovation majeure a été de confier également un rôle d'acheteur de soins à des cabinets de médecins généralistes, qui se sont vus attribuer un budget global couvrant leurs prescriptions de médicaments, de consultations de spécialistes (à l'hôpital) et d'hospi-

talisation non urgente. Les économies réalisées sur leur budget par ces généralistes « gestionnaires de budgets » (*fundholders*) pouvaient être réinvesties dans l'amélioration des cabinets et le développement de nouveaux services. La dévolution d'un budget global aux médecins généralistes à travers le *fundholding* apparaissait comme le prolongement logique de leur fonction historique de filtre, qui leur donne une position clé dans l'organisation des soins.

Les travaillistes arrivés au pouvoir en 1997 abandonnèrent le *fundholding* des généralistes, jugé inefficace et injuste², mais déplacèrent le centre de gravité de la gestion médico-économique locale vers le secteur des soins primaires plutôt que les autorités locales de santé.

¹ Departmental Report 2007, *Department of Health* p.131 http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_074767.

² Le système de *fundholding* était critiqué pour des coûts de transaction élevés (multiplication du nombre de contrats) et accusé de favoriser les inégalités entre patients car les praticiens *fundholders* mettaient leurs patients en tête des listes d'attente.

Les cabinets acceptaient de perdre de la marge de manœuvre individuelle (arrêt du *fundholding* et nouvelle structure hiérarchique) mais gagnaient collectivement du pouvoir, puisqu'à travers la création de réseaux organisés de cabinets, ils acquerraient une véritable influence sur la politique de santé locale.

Le processus d'autonomisation des soins primaires s'est fait progressivement : dans un premier temps, les réseaux, constitués en 500 *Primary Care Groups*, ont été hiérarchiquement soumis aux autorités locales de santé, leur servant d'abord de sous direction.

Dans un second temps (entre 1999 et 2002), ayant fait preuve de leurs capacités de gestion financière et administrative, les *Primary Care Groups* sont devenus les entités autonomes que sont les *Primary Care Trusts*.

Ainsi les actuels *Primary Care Trust*, ont-ils une double filiation : des autorités de district ils héritent des missions d'achat de soins primaires et secondaires, de contrôle sur les fournisseurs de soins primaires et d'atteinte des objectifs

gouvernementaux de santé publique. Conjointement, comme traditionnelles entités du NHS, ils dispensent également des soins directement en employant du personnel médical salarié.

Cependant, avec la constitution des PCTs, le pouvoir des généralistes dans l'administration des soins primaires a diminué. Alors qu'ils étaient gestionnaires directs des PCG, une structure de type administrativo-professionnelle, ils n'ont plus aujourd'hui qu'un rôle consultatif dans ce qui correspond à un échelon local du *Department of Health*³. Il est toutefois fréquent que des médecins généralistes de la localité soient embauchés à temps partiel pour assurer des fonctions dans lesquelles l'intervention d'un pair professionnel est jugée meilleure.

Cette formule d'intégration de professionnels en exercice dans la régulation du système constitue une forme originale d'organisation, même si cet ancrage professionnel est moins prégnant aujourd'hui que dans les *primary care groups* de la première heure.

Actuellement une nouvelle orientation, qui accroît encore la responsabilité des

PCTs, consiste à « sortir » certains soins spécialisés du cadre hospitalier pour les délivrer en ville, afin d'améliorer à la fois l'accès au soins et l'efficacité économique (cf. *infra* le *practice-based commissioning*). A certains égards, on y retrouve des éléments du *fundholding* des années 1990.

Les 152 PCTs ne sont pas en relation directe avec le niveau national. Un échelon intermédiaire est formé de 10 autorités stratégiques de santé⁴ (*Strategic Health Authorities*). Elles sont responsables de la déclinaison au niveau régional des objectifs généraux définis nationalement au niveau du Ministère de la Santé⁵, de l'audit de la performance des PCTs et des hôpitaux, de la cohérence de l'offre de soins sur le territoire régional et du suivi de certains grands projets d'infrastructure, notamment dans le domaine informatique.

S'ils sont hiérarchiquement soumis aux *Strategic Health Authorities*, les PCTs sont cependant le principal lieu de définition des politiques de gestion du risque et de planification en Angleterre⁶.

● Des PME de médecine générale : pratique collégiale, délégation des tâches et choix des prestations médicales fournies

Tout comme leurs homologues français, les médecins généralistes d'outre-manche ont historiquement un statut de profession libérale et sont liés au *National Health Service* par le biais d'accords négociés. Ainsi le principal contrat avec les généralistes, le *General Medical Services Contract* (GMS), entré en vigueur au printemps 2004, est-il le fruit de négociations ayant duré 18 mois entre la « section généralistes » du grand syndicat national, *British Medical Association* (BMA), et le NHS.

Avec un taux d'adhésion de 75% et un

total de 134000 membres, la BMA a toute l'assise et la crédibilité pour se présenter comme le représentant des médecins anglais auprès du NHS⁷.

Cette place prépondérante de la BMA dans l'économie politique de la santé au Royaume-Uni constitue un trait fondamental pour comprendre la nature des relations entre professionnels de santé et leur financeur⁸.

Les médecins généralistes peuvent exercer sous l'un des deux régimes contractuels suivants :

- Les deux tiers exercent dans le cadre de la convention nationale (*General Medical Services, GMS contract*)
- Un tiers des médecins exercent dans le cadre d'un contrat particulier avec le PCT local, dans des conditions de rémunération adaptées aux spécificités locales (*Personal Medical Services, PMS contract*). Apparu à la fin des années 1990, ce contrat a été créé afin d'adapter les règles uniformes du contrat national aux spécificités locales (populations immigrées, sans domicile fixe...).

³ L'instance consultative, le Bureau des Professionnels (*Professional Executive Committee, PEC*) fournit une aide à la décision pour le Directoire (*Board*)

Le PEC se compose d'au moins 13 personnes représentant les professionnels de santé (généralistes, infirmières, paramédicaux, professionnels de la santé publique, représentants des services sociaux), ainsi que des directeurs du PCT, et est souvent présidé par un généraliste.

⁴ Avant 2006, il y avait en Angleterre 28 *Strategic Health Authorities* et 303 *Primary Care Trusts*, réduites depuis à respectivement 10 et 152. Depuis 15 ans, le NHS ne cesse d'enchaîner les réorganisations administratives de toutes sortes, qui se traduisent notamment par des regroupements d'institutions et des modifications récurrentes des compétences entre les niveaux local, régional et national.

⁵ Il s'agit notamment des recommandations définies par les *National Service Frameworks* (des recommandations de bonne prise en charge des pathologies, établissant un socle de qualité minimale dans les domaines de la santé mentale, des cancers, des maladies coronariennes...) ou par le *National Institute for Clinical Excellence* en matière de produits pharmaceutiques.

⁶ Les PCTs définissent un plan triennal d'offre locale de soins (*Local Delivery Plan*), dont la cohérence régionale est assurée par les autorités stratégiques de santé (*Strategic Health Authorities*).

⁷ *The New NHS : A Guide* Alison Talbot-Smith and Allyson Pollock Routledge, 2006 page 154

⁸ Patrick Hassenteufel. « Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne ». Presses de Sciences Po, 1997

La grande majorité des médecins généralistes sont des praticiens indépendants (*independent NHS contractor*) mais dans le cadre des deux contrats, certains généralistes sont salariés d'un PCT ou d'un cabinet de médecine générale sur la base d'un nombre déterminé de sessions cliniques. Dans ce dernier cas, le salarié est employé par des praticiens indépendants signataires d'un contrat GMS ou PMS avec le NHS. En 2006, seuls 16% des généralistes sont salariés⁹. Depuis quelques années, on observe une tendance notable à l'accroissement du nombre de médecins généralistes salariés directement par des cabinets, tandis que le modèle de salariat direct par les PCT est en déclin.

L'exercice en groupe des médecins généralistes est la norme : seuls 21% des 33091 généralistes du pays exercent seuls (*single handed general practitioners*)¹⁰. La notion de groupe s'entend ici au sens fort du terme puisqu'il s'agit dans la majorité des cas de constitution de sociétés dans lesquelles chaque généraliste apporte ses fonds personnels.

Il s'agit d'un véritable partenariat économique, qui dépasse la simple mutualisation des coûts immobiliers.

On observe d'ailleurs une tendance récente à l'augmentation des grands

Encadré 1

Quelques chiffres sur les cabinets de médecine générale en Angleterre (2006)

Nombre de généralistes :	33 091
Equivalent temps plein (ETP).....	30 931
Densité/100 000 habitants :	65
Nombre de cabinets :	8325
Nombre de patients listés/cabinet :	6240
Part des cabinets de généralistes en groupe :	79%
Part des cabinets à 5 généralistes et plus :	36%
Nombre de généralistes/cabinet :	4
Nombre d'infirmières et de paramédicaux/cabinet :	2,4 (ETP)
Personnel administratif/cabinet :	6,6 (ETP)

Sources : Royal College of General Practitioners et NHS Information Centre

cabinets parmi les 8325 du pays : la proportion de cabinets comprenant 5 médecins ou plus est passée de 26% en 2003 à 36% en 2006.

Ces regroupements permettent aux professionnels d'être soulagés de certaines contraintes d'emploi du temps, notamment par le biais des remplacements : 26,7 % des généralistes anglais exercent à temps partiel¹¹.

De plus, ce mode d'organisation permet d'envisager la coopération avec d'autres professionnels de santé (infirmières, pharmaciens, personnels administratifs...), salariés ou partenaires, exerçant sur les mêmes lieux. On compte aujourd'hui 2,2 personnes (personnel administratif et paramédical) en équivalent temps plein

par généraliste, leur nombre ayant crû de 23,5% depuis 1995. De tels arrangements organisationnels permettent d'amoin-drir substantiellement la pression démographique sur les soins primaires. Un cabinet moyen comprend en 2006, 4 médecins, 2,4 infirmières (ETP) et 6,6 autres ETP (essentiellement du personnel administratif). Parmi ces derniers, le gestionnaire du cabinet (*practice manager*), dont le rôle s'est accru avec l'évolution des contrats passés avec le PCT (suivi des budgets alloués, des indicateurs de performance, montage de nouveaux services...) La taille des cabinets facilite également les investissements informatiques : le taux d'informatisation des cabinets anglais est proche de 100%.

● Le contrat de 2004 entre les PCTs et les généralistes

Notons d'abord que l'installation d'un cabinet de généralistes est limitée par la contractualisation au niveau local. Un cabinet ne peut en effet s'installer que si le PCT accepte de le financer, et pour ce faire, de contracter avec lui, à ses propres conditions. Ainsi donc, un médecin généraliste qui souhaiterait s'installer dans une région donnée a le choix entre rejoindre un cabinet existant en tant que salarié ou partenaire, soit créer un nouveau cabinet, sous réserve de l'accord du PCT.

Le nouveau contrat *General Medical Ser-*

*vices*¹², conclu en 2004, consacre explicitement le regroupement puisqu'il est désormais *conclu au niveau du cabinet et non de chaque généraliste*, contrairement à ce qui se pratiquait auparavant. La contractualisation au niveau du cabinet a plusieurs conséquences. Premièrement, cela signifie que les patients sont inscrits sur la liste de leur cabinet et que les remplacements par les collègues partenaires ou salariés sont plus aisés. Ceci est un point important dans un système historiquement très cadré, dans lequel les patients étaient tenus

de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste, et dans lequel les possibilités de consulter d'autres praticiens étaient limitées.

La contractualisation au niveau du cabinet de médecine générale renforce encore la logique d'organisation collective et d'optimisation du partage des tâches entre professionnels. Si le phénomène n'est pas nouveau, la délégation des compétences correspondant à une politique ancienne dans le NHS, on assiste depuis peu à une accélération du phénomène (**cf. encadré 2**).

⁹ The Information Centre, General and Medical Services, England 1996-2006 : <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/nhsstaff2006/gp/1996-2006%20GP%20Bulletin.pdf>.

¹⁰ « Profile of UK practices », Royal College of General Practitioners http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_02_MAY06.pdf

Les fiches du Royal College of General Practitioners fournissent de données sur les soins primaires : http://www.rcgp.org.uk/services__contacts/information_services/is_publications/information_sheets.aspx

Pour des chiffres plus récents :

<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-numbers/general-and-personal-medical-services-2006> NHS Information Centre

¹¹ « Profile of UK general practitioners », RCGP http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_01_JUL06.pdf.

¹² Le contrat commenté est disponible sur le site de la *British Medical Association* : <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/content/investinggp>.

Autre nouveauté : les professionnels de santé autres que médecins généralistes peuvent désormais devenir partenaires de plein droit d'un cabinet, au lieu de salariés. Ainsi, arrive-t-il parfois, notamment dans les zones rurales, que des infirmiers soient propriétaires du cabinet de médecine générale, tandis que les médecins y sont salariés¹⁷. Il est difficile de déterminer s'il s'agit-là d'un phénomène anecdotique ou appelé à se développer.

Le contrat de 2004 spécifie pour la première fois le contenu des services qu'assurent les cabinets de médecine générale, avec des options possibles choisies en accord avec le PCT.

3 niveaux de services peuvent être fournis :

- les services essentiels (*essential services*) : les généralistes doivent obligatoirement les assurer puisqu'il s'agit surtout de consultations¹⁸
- les services additionnels (*additional services*), comprennent notamment les vaccinations, le suivi de la contraception ou le frottis vaginal. Leur délivrance n'est pas obligatoire, chacun des éléments étant optionnel
- les services avancés (*enhanced services*), également optionnels, ils comprennent essentiellement des services de suivi et de prévention (immunisations, petites chirurgies, addictologie, poses de stérilet, contrôle d'anti-coagulants, suivi des femmes enceintes, dépistages MST...), mais on y trouve aussi des aspects de qualité de service (horaires d'ouverture, rapidité des rendez-vous, disponibilité à distance) ainsi qu'un choix plus large de spécialistes auxquels le patient peut être adressé.

Le développement de ces services avancés (*enhanced services*) participe de la stratégie actuelle des autorités britanniques qui vise à intégrer dans la médecine de ville certains soins habituellement

Encadré 2

De nouvelles compétences associées aux soins primaires

Depuis quelques années, on observe dans les soins primaires anglais le développement de nouveaux métiers, dont voici quelques exemples :

Community Matrons: employées le plus souvent par les PCTs, leur rôle est d'assurer la coordination des professionnels de santé et des services sociaux autour de la prise en charge des maladies chroniques et de participer à l'éducation thérapeutique des patients et de leurs proches. Ce rôle de coordination et d'accompagnement correspond au *disease management* qui se répand en Europe. Le gouvernement a affiché l'intention de disséminer ces postes encore peu développés dans tous les PCTs.

Emergency Care Practitioners (ou *Rapid Response Nurses*): également un nouveau métier, employés par les PCTs, ces infirmiers spécialisés assurent une réponse rapide à des urgences médicales ne nécessitant pas le recours à l'hospitalisation.

*Nouvelles catégories de prescripteurs*¹³

- *Supplementary Prescribers*: depuis quelques années, les infirmiers et les pharmaciens peuvent prescrire des produits médicamenteux dans le cadre d'un accord écrit tripartite médecin-prescripteur-patient

- *Independent Prescribers*: depuis mai 2006, les pharmaciens et les infirmiers peuvent prescrire de façon entièrement indépendante des produits médicamenteux dans des catégories prédéfinies, après une formation spécifique et sur agrément du PCT. En tous les cas, il est prévu que les nouveaux prescripteurs ne puissent prescrire que dans leurs domaines de compétence particuliers.

*General Practitioners with a Special Interest*¹⁴: il s'agit de médecins généralistes ayant acquis une expertise dans un domaine clinique spécifique et qui prennent en charge des patients après référencement de leur généraliste. Ils sont donc une alternative à un spécialiste en milieu hospitalier et s'inscrivent dans les dispositifs de *practice based commissioning* et de *enhanced services*, explicités *infra*. Les domaines cliniques les plus répandus sont la dermatologie, l'ORL, et la petite chirurgie¹⁵.

Practice Managers: les nouveaux rôles des généralistes dans le système de soins allouent leurs tâches de gestion administrative. Les *practice managers* sont les gestionnaires des cabinets de médecine générale. Ils doivent être en relation avec les PCT, suivre les divers outils de *reporting* (notamment dans le cadre du paiement à la performance) et gérer les projets de *practice based commissioning*.

Physician Assistant: encore à l'état de projet, il s'agirait d'un nouveau professionnel de santé qui « bien que non médecin, travaille sur un modèle médical, avec les principes éthiques, les compétences et la base de connaissances lui permettant de délivrer des soins généraux sous la stricte supervision des médecins »¹⁶.

Source : Royal College of GPs « The Primary Care Practice and its Team » Février 2007

dispensés en milieu hospitalier. Rappelons en effet que les soins spécialistes au Royaume-Uni sont prodigués à l'hôpital (*outpatient hospital care*), et qu'ils se caractérisent historiquement par de longues listes d'attente.

Ainsi, les généralistes sont-ils incités à organiser entre eux des soins dits avancés pour des considérations à la fois financières et d'amélioration d'accès aux soins.

¹³ « Debate: Nurse prescribing » Eurohealth Volume 12 Numéro 1 2006 Pages 4-7

¹⁴ « General practitioners with a special interest », Royal College of GPs http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_11_JAN06.pdf.

¹⁵ Par exemple, le *practice based commissioning cluster* de Battersea, dont nous avons assisté au comité de direction, a pour projet de faire appel aux services d'un General practitioner with a special interest ORL (curetage, traitement des saignements de nez)

¹⁶ « The competence and curriculum framework for the physician assistant » http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh_@en/documents/digitalasset/dh_4139319.pdf.

¹⁷ « Nurse partners prove their worth » Healthcare Republic, 11 avril 2005 <http://www.healthcarerepublic.com/news/Nurse/571703/News-Focus-Nurse-partners-prove-worth>.

¹⁸ Plus précisément : « La gestion de patients malades, ou qui croient qu'ils le sont, dont la guérison est généralement espérée ; l'accompagnement général des maladies chroniques et le suivi non spécialisé de malades au stade terminal » RCGP The GMS contract Février 2007 http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_GMS07.pdf

La rémunération des services essentiels et de chacun des services additionnels est prise en compte dans la somme calculée à la capitation (*global sum*-cf. *infra*) tandis que les services avancés sont rémunérés à l'acte.

Il est intéressant de noter que les *Primary Care Trusts* peuvent également mettre en place et financer directement des services avancés dont le contenu et la rémunération sont entièrement négociés localement (*Local Enhanced*

Services). En pareils cas, les PCTs ne sont pas tenus par les modes de rémunération nationaux et peuvent faire preuve d'imagination et d'adaptation à la structure locale d'offre de soins.

Encadré 3

Le contrat de 2004 avec les généralistes (*General Medical Services*)

	Avant 2004	Après 2004
Niveau contractuel	Le généraliste individuellement	Le cabinet
Rémunération des services essentiels	Capitation pondérée simple (âge/sexe en 3 niveaux)	Capitation pondérée complexe (âge/sexe en 7 niveaux + indices de précarité)
Services optionnels	Quelques services	Grand choix de services définis avec le PCT
Permanence des soins	Responsabilité des généralistes	Responsabilité du PCT
Paiement aux résultats	Quelques paiements au résultat (vaccination et cancer du col, en fonction du taux atteint dans la patientèle)	Grand système de 135 indicateurs
Budgets pour les soins secondaires	Pas depuis 1997 (expérience du <i>fundholding</i> de 1991 à 1997)	A travers le <i>practice based commissioning</i> (cf. <i>infra</i>)

Source : National Audit Office Report, Mars 2008 NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England

● La mixité des modes de rémunération des praticiens : capitation, paiement à l'acte et à la performance

Avant la réforme de 2004, les généralistes anglais étaient rémunérés avec un système mixte comprenant :

- des **paiements forfaitaires** finançant une fraction des coûts de fonctionnement, surcoûts en zone rurale, etc. (pour 15%)
- une **capitation par patient** inscrit sur la liste du généraliste, avec trois niveaux selon l'âge et un supplément en zone défavorisée (pour 50%)
- des **paiements à l'acte** pour les visites de nuit, les vaccinations, la petite chirurgie et autres (pour 25%)
- des **paiements aux résultats** (« *target payments* »), pour le dépistage du cancer du col et la couverture vaccinale des enfants (pour 10%).¹⁹

Actuellement, il existe trois sources de rémunération des praticiens généralistes indépendants : le paiement à la capitation

pour les services essentiels et additionnels, le paiement à l'acte pour les services avancés et l'introduction récente d'incitations financières à la performance (la répartition des sommes versées aux cabinets de généralistes figurent dans l'encadré 4) :

- **La part à la capitation**²⁰ (*global sum*) : cette somme fixe par patient inscrit couvre les coûts de fonctionnement du cabinet, dont les revenus des généralistes, les salaires du personnel médical et administratif, les coûts des services essentiels et additionnels éventuels (cf. **encadré 5**).

La méthode de pondération de 2004, qui correspond à un raffinement du modèle utilisé auparavant, a été introduite pour pallier les inégalités générées par le système de capitation précédent, plus rustique²¹.

Cependant, en réalité, la plupart des cabinets sont rémunérés selon les critères d'avant 2004²². En effet, faisant le constat qu'une partie non négligeable de cabinets subirait une baisse de revenus suite à l'introduction du nouveau calcul, la *British Medical Association* a négocié la garantie d'un maintien de rémunération (*minimum practice income guarantee*).

- Le **paiement à l'acte** : la convention actuelle rémunère à l'acte les services avancés, auxquels s'ajoutent les éventuelles prestations médicales mises en place par le cabinet dans le cadre du praticien-acheteur, *practice based commissioning*.
- Le **paiement à la performance** : cf *infra*

¹⁹ L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins. Grignon M., Paris V., Polton D. avec la collaboration de Couffinhal A., Pierrard B., In «Les forces de changement dans le système de santé canadien. Les études de la commission Romanow», Volume II, 2004, pp. 226-260.

²⁰ On appelle capitation un paiement déterminé de manière prospective (*ex ante*) pour la délivrance ou l'achat de prestations concernant un individu pour une durée déterminée, sans définition précise de leur quantité.

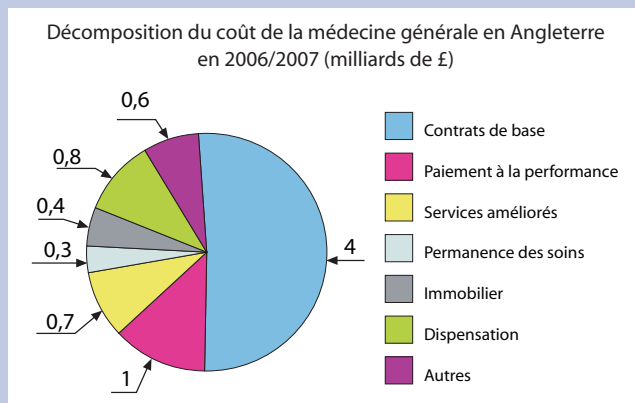
²¹ La méthode est appelée « Carr-Hill formula » du nom de l'universitaire Roy Carr-Hill (Université de York) qui a développé le modèle correspondant.

²² 10% des cabinets anglais seulement sont entièrement rémunérés selon les critères de pondération de Carr-Hill.

Encadré 4

Le coût de la médecine générale en Angleterre

Les 290 millions de consultations de médecine générale dans les 8325 cabinets du pays ont coûté 7,8 milliards de livres au NHS d'Angleterre, soit 10% de la dépense totale. Cette somme se décompose comme suit :



Entre 2003-2003 et 2005-2006, les rémunérations moyennes du généraliste indépendant (contrat NHS) est passée de 72011£ à 113614£ tandis que celle du praticien salarié est de 46905£ soit 74000£ en équivalent temps plein.

On note une nette amélioration du recrutement, avec une augmentation de 15% des généralistes ETP en 4 ans (salariés et indépendants confondus). Cependant, il n'est pas possible de l'attribuer à l'augmentation de revenu puisque d'autres mesures augmentant les effectifs ont eu lieu (augmentation des étudiants, médecins immigrés).

S'il y a plus de candidatures par poste à pourvoir, le nombre de partenariats indépendants s'est réduit au profit du salarié.

Tandis que le nombre total de consultations en cabinet a augmenté considérablement, le nombre de consultations par généraliste a baissé, en raison de l'augmentation des délégations aux infirmiers.

Entre 1995 et 2006, la proportion de consultations faites par un(e) infirmier(e) est passée de 21% à 34%. En conséquence, le temps de consultation moyen avec un généraliste a augmenté.

La productivité des soins primaires aurait baissé de 2,5% par an entre 2004 et 2005, selon les estimations du *Office of National Statistics* (ONS). En effet l'augmentation des consultations a été moins rapide que celle des dépenses.

Source : National Audit Office Report, Mars 2008 NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England

Encadré 5

Le calcul de la rémunération de base telle que définie par la convention anglaise de 2004

La somme globale correspond aux coûts du cabinet pour la dispensation des services essentiels d'un cabinet de généralistes. Souvent, la moitié de la somme couvre les coûts de personnel, le restant se partageant entre la rémunération des partenaires et l'achat de matériel.

Elle est calculée trimestriellement, versée mensuellement, sur la base du nombre de patients enregistrés dans le cabinet, à partir duquel on calcule un nombre de patients pondérés (*Carr-Hill formula*). On multiplie ce nombre de patients pondérés par une somme exprimée en livres, modifiée régulièrement (54,72£ en 2006/07)

De la liste de patients à un indice pondéré : la formule de Carr-Hill

Le système de pondération appliqué aux effectifs de patients intègre 6 variables :

Fréquence et durée des consultations selon l'âge et sexe

Sur une base de 240 cabinets médicaux, le *General Practice Research Database* fournit des informations sur la fréquence des consultations par individu, et des informations sur le temps passé par les professionnels de santé sur le dossier du patient.

Charges de travail pondérées par âge et sexe (1 = garçon de 5 à 14 ans)

Âge	0-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85+
Homme	3,97	1	1,02	2,15	4,19	5,81	6,27
Femme	3,64	1,04	2,19	3,36	4,9	6,56	6,72

Une pondération spécifique pour les patients hébergés en établissement d'hébergement pour personnes âgées : un patient en établissement vaut 1,43 patient, cela correspond à une sorte de majoration pour visite.

Indice de changement de liste (*list turnover adjustment*) : un patient nouvellement listé vaut 1,46 patient car il est observé que ces nouveaux patients donnent lieu à plus de travail.

Situation locale de morbidité et de mortalité : deux indicateurs pour capturer les spécificités sanitaires locales

Indice de marché du travail, pour prendre en compte les différences de salaires entre régions.

Indice d'enclavement (*rurality index*) pour prendre en compte les coûts associés à l'isolement géographique. Il combine un indicateur de distance de la patientèle au cabinet et un indicateur de densité de population

Divers ajustements sont ensuite effectués :

- un ajustement spécial pour les cabinets londoniens (coûts du travail et de l'immobilier très supérieurs)
- un ajustement selon que les cabinets délivrent les « services additionnels » suivants (options dans le contrat) : frottis vaginal, suivi pédiatrique, chirurgie mineure, services de maternité, suivi de contraception, vaccinations infantiles, vaccinations adultes, permanence des soins.

● Le paiement à la performance : le Quality and Outcomes Framework et les incitations autour de la prescription

A la traditionnelle rémunération à la capitation exposée plus haut, la convention nationale ajoute une innovation majeure : le *Quality and Outcomes Framework* (QOF)²³. Il s'agit d'un système de mesures incitatives, instauré pour encourager les généralistes à assurer un suivi de leur patientèle qui corresponde aux recommandations nationales de bonne pratique, en particulier celles définies dans les *National Services Frameworks*²⁴.

Outre son aspect incitatif, le QOF permet d'informer le public sur la qualité des soins des cabinets de leur pays, et participe ainsi d'une politique poursuivie par le gouvernement depuis plusieurs années de transparence et d'information aux usagers. En effet, les résultats pour chaque cabinet sont librement disponibles en ligne²⁵.

Aux côtés d'indicateurs de procédures et de résultats cliniques, on y trouve également des aspects organisationnels et des éléments concernant l'attention portée au patient et la satisfaction de celui-ci. (cf. encadré 6)²⁶.

Le barème du QOF mis en place pour les années 2006/2007 contient 135 indicateurs, correspondant à un total de 1000 points. Chaque point donne droit à une rémunération supplémentaire (un point moyen équivaut à 75£ en 2004/2005 et 124,60£ en 2006/2007).

Des ajustements sont effectués dans la formule finale de rémunération pour prendre en compte les caractéristiques démographiques, notamment les prévalences de pathologies dans la patientèle du cabinet et le nombre de patients du cabinet. Pour ne pas pénaliser les praticiens qui feraient face à des situations exceptionnelles, ils ont la possibilité d'ex-

Encadré 6

Les domaines couverts par le Quality and Outcomes Framework (2006/2007)

La qualité des soins (80 indicateurs)

Maladies coronariennes (10 indicateurs)
 Insuffisance cardiaque (3 indicateurs)
 Accidents vasculaires cérébraux (8 indicateurs).
 Hypertension (3 indicateurs).
 Diabète (16 indicateurs).
 Maladies pulmonaires obstructives chroniques (5 indicateurs).
 Epilepsie (4 indicateurs).
 Hypothyroïdie (2 indicateurs)
 Cancer (2 indicateurs)
 Soins palliatifs (2 indicateurs)
 Santé mentale (6 indicateurs)
 Asthme (4 indicateurs).
 Démences (2 indicateurs)
 Dépression (2 indicateurs)
 Maladies rénales chroniques (4 indicateurs)
 Fibrillation auriculaire (3 indicateurs)
 Obésité (1 indicateur)
 Difficultés d'apprentissage (1 indicateur)
 Tabagisme (2 indicateurs).

L'organisation des cabinets (43 indicateurs)

Tenue des registres et informations (12 indicateurs)
 Communication avec les patients (4 indicateurs)
 Education et formation (8 indicateurs)
 Gestion des médicaments (9 indicateurs)
 Gestion du cabinet (10 indicateurs).

L'attention au patient (4 indicateurs)

La durée de la consultation (1 indicateur)
 Le recueil de l'avis des patients (3 indicateurs).

Les services additionnels (*additional services*) (8 indicateurs)

Ce domaine comporte 4 champs :
 - Examens gynécologiques (4 indicateurs)
 - Surveillance de la santé des enfants (1 indicateur)
 - Soins périnataux (1 indicateur)
 - Contraception (2 indicateurs).

clure certains patients du calcul de leur rémunération à la performance (*exception reporting*, estimé à 6% des patients listés en 2006)²⁷.

Les objectifs du QOF ont été aisément atteints par les généralistes. Le NHS avait estimé que les généralistes atteindraient 75% des objectifs du QOF la première

année, or, dès la première année le taux de réussite était supérieur à 90%²⁸. En conséquence, leur rémunération a augmenté de façon substantielle²⁹ (+23% en 2006 par rapport à 2004, 46% ayant un revenu supérieur à 100000 livres), de telle sorte que le QOF représente aujourd'hui entre 20% et 30% du revenu total du praticien.

²³ Les travaux empiriques montrent que les modes de rémunération ont tendance à produire les incitations attendues, et notamment que des paiements forfaitaires comportent une incitation à prodiguer peu de soins ; dès lors les compléter avec d'autres modes de paiement, à l'acte ou aux résultats, lorsque l'on veut inciter à la production de certains soins ou à l'atteinte d'objectifs, est apparu comme une solution équilibrée dans plusieurs systèmes de santé.

²⁴ Recommandations de bonne prise en charge, établissant un socle de qualité minimale dans les domaines de la santé mentale, des cancers, des maladies coronariennes... http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/DH_4070951

²⁵ Sur ce site gouvernemental, <http://www.qof.ic.nhs.uk/search.asp>, taper « Smith » par exemple

²⁶ La liste détaillée des indicateurs est disponible sur le site du ministère de la santé anglais : http://www.dhsspsni.gov.uk/qof_all_indicators_2006_07.pdf

²⁷ <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/QOF/2006-07/Exception%20reporting/QOF%20200607%20Exception%20Reporting%20Bulletin.pdf>

²⁸ En effet, c'est bien un socle très minimal de qualité qui est indiqué, certains indicateurs étant particulièrement bas. Par exemple, l'indicateur « le pourcentage de patients diabétiques dont le niveau HbA1C est inférieure ou égal 10 dans les 15 derniers mois » apparaît peu ambitieux.

²⁹ "GP Earnings and Expenses Enquiry 2004/05 final report" <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-earnings/gp-earnings-and-expenses-enquiry-2004-05-final-report>

Cette sous-estimation des indicateurs a coûté dès la première année 400 millions de livres de plus qu'escompté à l'origine³⁰, et provoqué un débat largement relayé dans les médias³¹.

Certains seuils des indicateurs ont d'ailleurs été relevés depuis l'introduction du dispositif tandis que des projets d'encadrement de l'*exception reporting* sont en cours.

De plus, à travers le QOF, les autorités anglaises ont investi dans la constitution d'une vaste base de données exhaustive sur l'état clinique de leur population et sur leur suivi par les professionnels de santé. C'est d'ailleurs l'absence de ces données lors des négociations avec la profession qui a conduit à la sous-estimation des taux de réussite.

Juger de l'influence propre du QOF sur l'amélioration de la prise en charge n'est pas aisé dans la mesure où une nette amélioration dans certains domaines cliniques (maladies coronariennes, diabète, asthme) avait été constatée avant son introduction. Cependant, le taux de croissance de la qua-

lité de prise en charge a augmenté significativement pour le diabète et l'asthme entre 2003 et 2005, après l'introduction du paiement à la performance³².

Depuis l'introduction du QOF, on constate une augmentation du nombre de maladies vraisemblablement liée à un enregistrement plus systématique des pathologies³³. On a trouvé également un meilleur recueil des facteurs de risque dans les registres³⁴.

Le QOF est centré sur des critères de qualité de soins (prise en charge des patients, gestion de l'information et organisation du cabinet), mais des incitations à l'efficacité, notamment dans le domaine de la prescription pharmaceutique, existent également à travers d'autres dispositifs distincts. En effet, au côté du QOF, dont les indicateurs sont définis nationalement, il existe d'autres mécanismes de rémunération variable propres à la politique locale du *Primary Care Trust*.

En particulier, les PCTs sont libres de mettre en place des incitations monétaires spécifiques autour de la prescription médica-

menteuse, les *prescribing incentive schemes* (cf. encadré 7).

Les PCTs étant responsables du budget de prescription médicamenteuse qui est leur est alloué par les autorités centrales, il apparaît en effet cohérent qu'ils aient à leur disposition des leviers nécessaires à la régulation médico-économique.

L'utilisation par les cabinets des fonds reçus dans le cadre de ces programmes est ambiguë. Si la plupart des *prescribing incentive schemes* stipulent que la somme allouée doit contribuer à l'amélioration du cabinet médical et ne versent le solde qu'après présentation de factures par le praticien (achat de nouveau matériel, par exemple), d'autres rémunèrent explicitement le praticien. En réalité, la distinction n'est pas aisée dans la mesure où il s'agit de petites entreprises en nom propre, de telle sorte que l'on peut sans doute parler de zone grise à ce sujet.

Pour remplir leurs objectifs en matière de prescription médicamenteuse, les cabinets mettent en place des outils spéci-

Encadré 7

Un programme d'incitations sur les prescriptions, de Wandsworth PCT (en 2005/2006)

Structure des compensations incitatives

La compensation est plafonnée à 50 pence par patient listé.

Éléments pris en compte	Poids dans le calcul	Mode de calcul
1. Maîtriser son budget par rapport à l'année précédente (en ajustant pour le nombre de patients listés, l'entrée sur le marché de médicaments très chers)	50%	Nombre de patients listés
2. Avoir un taux de prescription en DCI ³⁵ de 72%		
Cibles de prescription		
- Prescription en simvastatine	10%+10%+10%	Nombre de patients listés
- Prescription d'omeprazole		
- Meilleur suivi du methotrexate		
Participation à des ateliers de prescription organisés par le NHS (<i>best practices</i>)	20%	Nombre de patients listés et le taux de présence aux ateliers par GP. Environ £100/GP/atelier.

Un autre exemple qui nous est parvenu de *Wandsworth PCT* : partant du constat que 20 des 50 cabinets du PCT ont un usage de la simvastatine inférieure à 60%, la cible alors recommandée par le NHS, les cabinets reçoivent une somme supplémentaire en cas de substitution à l'intérieur d'une fourchette de 50 à 70%, selon un système de barème mobile. Le projet s'autofinance.

Ainsi un cabinet dispensant à 60% de la simvastatine reçoit 486 livres, s'il dispense à 70%, il reçoit 996,80 livres. Le plus souvent, les *prescribing incentive schemes* s'appuient sur des budgets de prescription indicatifs, dont la bonne tenue est également rémunérée.

³⁰ « Pay for performance: too much of a good thing? A conversation with Martin Roland » Health Affairs 6 septembre 2006.

³¹ BBC News « GPs 'earn up to £250,000 a year » 18 avril 2006 <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/4917454.stm>. Pulse « £1.8bn overspend on GPs, report finds » 25 septembre 2007 <http://www.pulsetoday.co.uk/story.asp?storycode=4114817>.

³² Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B., and Roland M (2007), « Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance » *New England Journal of Medicine*, 357(2), 181-190.

³³ Par exemple, le taux de prévalence de l'hypertension est passé de 11,3% à 12,5% entre 2004 et 2007, ce qui correspond à 740000 cas supplémentaires.

³⁴ Sutton M, Elder R, Guthrie B and Watt G (2007), « What quality improvement did the Quality and Outcomes Framework produce? » Health Economics Study Group, Septembre 2007.

³⁵ Dénomination commune internationale : l'appellation non commerciale d'une substance active pharmacologique.

figes : par exemple, des groupements de cabinets embauchent un pharmacien qu'ils mutualisent pour les conseiller sur les aspects médico-économiques de leurs prescriptions. Parallèlement, des logiciels d'aide à la prescription innovants se

développent. Ces derniers prennent explicitement en compte la dimension économique de la prescription tandis que le contenu de la base de données peut faire l'objet d'adaptations selon la politique locale de « maîtrise médicalisée »³⁶.

De plus, les équipes de pharmaciens du PCT (*prescribing advisors*) viennent conseiller directement les cabinets, d'autant qu'il existe presque partout sur le territoire une ligne téléphonique permettant de bénéficier de leurs conseils à la prescription.

● **Le *practice based commissioning*, une nouvelle forme d'incitation à l'efficacité et au développement des soins dans un cadre ambulatoire**

Le système de soins anglais actuel se caractérise par la multiplication d'outils de gestion visant à augmenter l'offre de soins, dans un contexte caractérisé historiquement par des problèmes de liste d'attente. Depuis quelques années le choix du patient est un leitmotiv de la politique de santé.

Pour atteindre ces objectifs, les autorités sanitaires anglaises s'appuient en grande partie sur le médecin généraliste, dans la continuité historique du principe du médecin *gatekeeper*³⁷.

Le développement de services nouveaux et plus accessibles dans les soins primaires passe par le *practice based commissioning* (PBC), nouvel instrument dont le ministère de la santé espère qu'il structurera l'offre de soins future. Ce terme peut se traduire comme « achat de soins par les généralistes ».

Il s'agit d'un mécanisme d'incitations visant à modifier l'organisation de l'offre de soins locale à travers l'allocation aux généralistes, par les *Primary Care Trusts*, de budgets incitatifs. Les domaines concernés doivent comprendre au moins la prescription de produits pharmaceutiques et les adresses aux spécialistes, mais peuvent également inclure les recours aux urgences par exemple.

Cette idée d'un médecin détenteur de budgets de prescription et de soins des spécialistes n'est pas nouvelle en Angleterre, puisqu'une expérimentation similaire avait été mise en œuvre par les conservateurs dans les années 1990

(*fundholding*, déjà mentionné *supra*).

Un exemple concret : les possibilités récentes de développement des compétences des médecins généralistes (cf. encadré 2 *supra*) rendent envisageable l'émergence de services de petite chirurgie au sein des cabinets de médecine générale³⁸.

L'expérience montre que le coût de 320 actes annuels d'excision cutanée dans un cabinet de médecine générale est de 53400£ tandis que l'hôpital facture 192000£. Les 4000 livres nécessaires à la formation spécifique du médecin généraliste paraissent donc financièrement rentables. Le gain de 134000£ est partagé entre le PCT et le cabinet pour mettre en œuvre de nouveaux projets³⁹.

La plupart du temps, ces soins spécialisés ne sont pas organisés à l'échelle d'un cabinet mais d'un groupement de cabinets, de façon à mutualiser les ressources sur des populations de taille suffisante⁴⁰.

Le principe incitatif du PBC repose donc sur la différence de coûts entre l'hôpital et le milieu ambulatoire. Les budgets de PBC étant calculés sur la base des tarifs hospitaliers, dispenser les mêmes services dans un cadre moins onéreux permet au groupement de cabinets de réaliser des gains. Ces services peuvent être dispensés directement par les généralistes ou achetés par ces derniers en mettant en concurrence divers établissements, publics et privés. La différence entre les coûts de la prestation pour le groupe-

ment de cabinets et le revenu qu'il en tire, basé sur les tarifs hospitaliers, constitue un fond dont une partie peut être utilisée pour des projets de santé publique portés par les médecins généralistes, toujours en accord avec leur PCT⁴¹.

Le processus est le suivant : le champ précis des services couverts par le *practice based commissioning* (PBC) est défini sur une base volontaire entre des groupements de cabinets de médecine générale et le PCT local. Ce dernier calcule des budgets indicatifs pour chacun des domaines. Ce groupement de cabinets s'efforce collectivement de respecter les budgets qui leurs sont dévolus après avoir réalisé un plan de développement qui décrit les nouveaux services envisagés, les bénéfices attendus sur le plan médical et économique ainsi que leurs coûts estimés.

La différence entre la dépense constatée et le budget alloué doit être partagée entre le PCT et le groupement de cabinets. Les fonds épargnés dans le cadre du PBC peuvent être réutilisés par le groupement pour mettre en place des projets de prévention, de promotion de la santé, d'amélioration des soins (séances de diététique pour les patients obèses, services de prévention des MST...), ou optimiser l'organisation des cabinets (informatisation, personnel d'accueil...). S'ils ne doivent en aucun cas être utilisés pour le revenu personnel des médecins, ils contribuent cependant à l'amélioration de leur qualité de vie dans

³⁶ Par exemple, le logiciel Scriptswitch propose au praticien une prescription alternative à celle originellement rédigée, sur la base de la politique locale de « maîtrise médicalisée ».

³⁷ The Economist Britain: The power game; The National Health Service. London: Mar 3, 2007. Vol. 382, Iss. 8518, p. 32

³⁸ Par exemple, un grand cabinet de Cornouailles développe la chirurgie en son sein (avec notamment 400 opérations de hernie abdominales par an), en concurrence directe avec l'hôpital <http://www.pulsetoday.co.uk/story.asp?sectioncode=40&storycode=4117316&featurecode=79>. « Delivering day-case surgery in primary care » Pulse.

³⁹ <http://www.pulsetoday.co.uk/story.asp?sectioncode=40&storycode=4117317&c=3&featurecode=79>. « Why it pays to fund extra GP training in minor surgery » Pulse, février 2008

⁴⁰ D'après nos entretiens, le seuil minimal pour un budget robuste sur les prescriptions et les soins secondaires serait de 10000 patients. Cf. aussi Risk and the GP budget holder, University of York, Centre for Health Economics.

⁴¹ Par exemple, un cluster de cabinets de médecine générale de Battersea, à Londres, propose un service de suivi d'anti-coagulants qui coûte 10 livres par rendez-vous alors qu'il est rémunéré sur la base du tarif hospitalier de 97 livres. Les gains obtenus dans le cadre du *practice based commissioning* leur permettent de mettre en place actuellement un programme de lutte contre l'obésité ainsi qu'un projet de prévention des MST pour leur patientèle.

la mesure où ils peuvent être utilisés également pour renouveler le matériel, rénover le bâtiment, embaucher du personnel... Il est fondamental ici de préciser que ces budgets ne s'entendent pas au sens strict du terme : ils demeurent purement indicatifs et ne correspondent pas à des transferts effectifs de fonds entre le PCT et les groupements de cabinets. Ces budgets constituent donc un instrument pour créer un mécanisme incitatif particulier, le risque financier demeurant *in fine* du côté des PCTs, qui font face à une contrainte stricte, leur budget

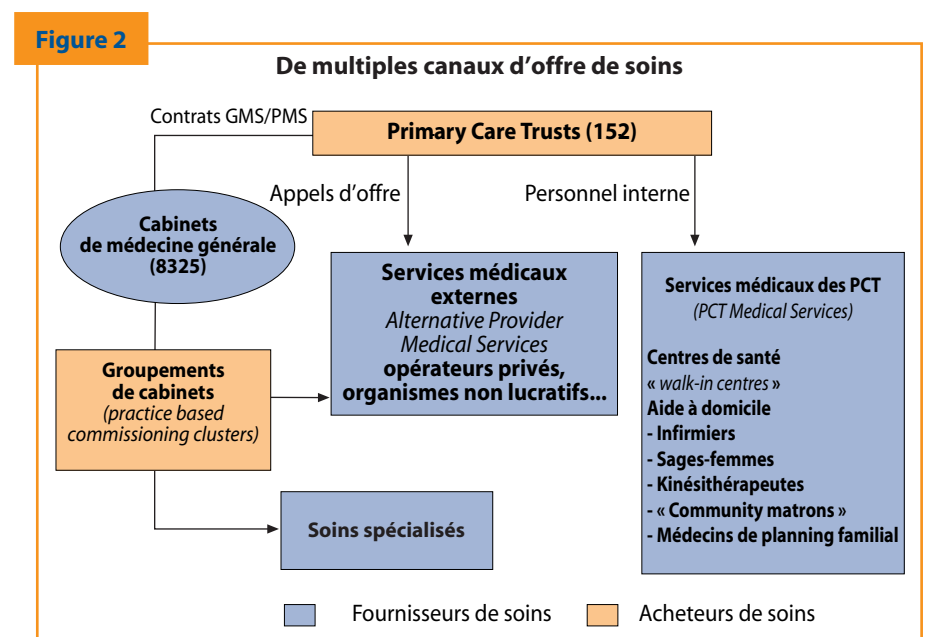
étant limitatif. En d'autres termes, un cabinet qui dépasse le budget alloué n'encourt pas de sanctions financières directes. Cependant, la qualité de ses relations avec le PCT pourra s'en ressentir. Outils de négociation avec les professionnels, ces budgets constituent un point de départ pour des discussions souples autour des besoins de financement⁴². Ainsi incités à tenir ces budgets, les professionnels doivent s'adapter et trouver de nouvelles solutions. Le PBC a donc pour vocation d'augmenter

l'offre locale de soins spécialisés en intéressant financièrement les médecins à les réaliser ou les sous-traiter, puisqu'ils peuvent utiliser les économies générées pour déployer des projets. Le système de santé serait donc doublement gagnant : proximité des services délivrés chez le généraliste, réduction des délais d'attente et mise en concurrence des prestataires de soins spécialisés⁴³ d'une part ; et émergence de nouveaux projets de santé publique portés par les groupements de cabinets d'autre part.

● L'externalisation des services de soins des *Primary Care Trust* et l'émergence de nouveaux acteurs

En plus des initiatives de généralistes décrites ci-dessus, les PCTs peuvent également participer directement à l'offre de soin en embauchant du personnel soignant pour des projets spécifiques, notamment dans les domaines de la prévention et de l'accompagnement de pathologies chroniques. Ces services de santé dispensés directement par les *Primary Care Trusts* (*PCT medical services*, cf. figure 2) sont l'héritage de « l'ancien NHS », celui d'avant la séparation entre acheteurs et offreurs des années 1990. Ce modèle est considéré comme caduque par le ministère de la santé, et le *Department of Health* a déclaré son intention de faire disparaître cette fonction de fournisseur direct pour 2009⁴⁴. Pourtant, la fonction d'employeur des PCTs demeure encore importante à ce stade, un PCT moyen employant 500 à 1000 professionnels de santé (en majorité des infirmières, mais aussi des masseurs-kinésithérapeutes, voire des pharmaciens, des dentistes...)

Parallèlement, un développement récent émerge aujourd'hui et pourrait bien s'avérer structurant : la possibilité pour les PCTs de faire appel à des prestataires externes (*Alternative Provider Medical Services*) pour enrichir l'offre de soins primaires. Des appels d'offre pour la délivrance de services spécifiques sont lancés localement. Peuvent y répondre des organismes du secteur privé à but lucratif et non lucratif (entreprises de *disease management*, cliniques spécialisées, groupements



de médecins, fondations charitables) mais également d'autres organisations du NHS (PCT, hôpitaux)⁴⁵. L'organisme qui remporte l'appel d'offres contractualise directement avec le PCT et salue des médecins pour offrir les services concernés. Outre des soins spécialisés, les PCTs peuvent avoir également recours à des procédures d'appels d'offre pour monter de nouvelles structures de soins primaires sur leur territoire. Cette tendance est encore marginale mais le gouvernement a l'ambition d'ouvrir 100 nouveaux cabinets de médecine générale et 150 nouveaux centres de santé dans les

prochaines années par ce biais, grâce à une nouvelle ligne de crédit de plus de 1 milliard de livres⁴⁶.

En l'occurrence, ces marchés sont conclus essentiellement avec de grandes entreprises internationales, qui offrent également des soins de suivi des pathologies chroniques, conjointement à des centres de santé « clés en main » (*Atos Healthcare, Unitedhealth*)⁴⁷. L'installation de tels centres de santé « clés en main » est vécue comme une menace par la médecine générale traditionnelle.

Ceci est particulièrement visible à Londres, où le projet de mise en place de *polycli-*

⁴² À ce titre, le responsable des budgets de médicaments d'un *Primary Care Trust* a évoqué un « processus de durcissement du budget au fur et à mesure de l'année ».

⁴³ Ce qui provoque d'ailleurs des tensions locales parfois fortes entre prestataires « GPs hire surgeon to cut wait time » Melanie Newman 18 janvier 2007 Hospital Doctor.

⁴⁴ Department of Health Commissioning a Patient-Led NHS. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4106507.pdf.

⁴⁵ Ainsi, *Westminster PCT* a un contrat spécifique avec une société privée spécialisée pour le diagnostic des fonds d'œil des personnes diabétiques.

⁴⁶ Mark Britnell, directeur du commissioning du *Department of Health* : « Il y a un potentiel d'affaires de plus de 1 milliards de livres pour Virgin, Assura, Boots et d'autres prestataires privés, aux côtés des généralistes existants » in « Branson launches healthcare business » Financial Times 11 janvier 2008.

⁴⁷ « PCTs favouring firms over GPs on APMS tenders » <http://www.pulsetoday.co.uk/story.asp?sectioncode=23&storycode=4116973>

nics, des « supercabinets » de médecine générale, composés d'une dizaine de médecins généralistes et devant disposer de tous les services de soins primaires intégrés⁴⁸, suscite le rejet de la *British Medical Association*.

Pourtant, des médecins généralistes, notamment parmi les jeunes générations, trouvent aussi leur compte dans les propositions de certains investisseurs privés.

Ainsi le groupe Virgin propose-t-il des cabinets « clés en main » dans lesquels les médecins peuvent venir exercer en gardant leur statut libéral⁴⁹ (*independent NHS contractor*) mais sans avoir à supporter les coûts d'installation ou les préoccupations de gestion d'un cabinet⁵⁰. Notons que ces structures offrent souvent aussi à la population des services supplémentaires non couverts par le NHS.

Sans aller jusqu'à des contrats aussi glo-

baux, un nombre croissant de généralistes fait appel à la sous-traitance pour assurer les fonctions de gestion administrative, logistique ou immobilière de leurs cabinets (Assura, Alliance Boots...) L'intervention de prestataires externes dans les cabinets peut donc se faire à des degrés divers, allant de la fonction de comptabilité à la mise à disposition de cabinets clés en main, en passant par la location de locaux.



Conclusion

Le secteur des soins primaires, pierre angulaire du système de santé britannique, a fait l'objet de multiples réformes depuis une quinzaine d'années. Aux médecins généralistes gestionnaires de budget du début des années 90 (*fundholders*) ont succédé à partir de la fin de la décennie les groupes de soins primaires (*Primary Care Groups* puis *Primary Care Trusts*), rassemblant sur une base territoriale les soins de premier recours et les soins communautaires.

Ces organisations ont elles-mêmes évolué dans le temps. Les réseaux constitués en 1999 étaient des organisations de petite taille (50 médecins généralistes en moyenne), dominés par les professionnels. Ils ont été regroupés pour constituer des structures de taille plus importante, qui s'apparentent plutôt aujourd'hui à des administrations locales, même si des praticiens en exercice sont associés aux décisions.

La multiplicité et le rythme des changements apportés au système rendent leur évaluation globale difficile. Par ailleurs, dans un contexte d'investissement financier massif dans le NHS, les réformes récentes se sont accompagnées d'augmentations significatives de rémunération pour les professionnels ; leur acceptation en a été facilitée (notamment par exemple l'introduction de la rémunération à la performance pour les médecins généralistes), mais leur efficacité globale fait débat.

Dans ces transformations permanentes, des lignes de force demeurent inchangées : la responsabilisation économique des producteurs de soins (groupes de soins primaires, hôpitaux), leur mise en concurrence, une culture de résultats (beaucoup d'objectifs quantifiés) et la recherche d'un basculement du pouvoir des soins secondaires vers les soins primaires.

Mais les évolutions successives sont aussi le reflet de la difficulté à trouver des réponses satisfaisantes à certaines questions :

- la taille optimale des organisations locales : la priorité donnée à la mutualisation des risques, condition nécessaire de la responsabilité budgétaire, a conduit à accroître fortement la taille des groupes de soins primaires initiaux (qui sont passés de près de 500 à 150 aujourd'hui)⁵¹
- l'équilibre entre les dispositifs nationaux et l'initiative locale : le balancier est revenu récemment du côté du local, les PCTs ayant des marges de manœuvre pour organiser les services, lancer des appels d'offre...
- le conflit d'intérêt potentiel entre le rôle d'acheteur de soins et de producteur de soins : élément essentiel de la réforme Thatcher, la séparation acheteur - producteur est à nouveau en débat aujourd'hui avec le *practice based commissioning*.

L'auteur tient à remercier pour leur aide précieuse Mark Ashworth (King's College, London), Mark Atkinson (Westminster PCT), Nick Beavon (Wandsworth PCT), Vincent Chevrier (Ambassade de France à Londres), Catherine Duggan (The School of Pharmacy, London), Bruce Guthrie (University of Dundee), Joe Hegarty (Westminster PCT), l'ensemble du cabinet médical Lavender Hill Group Practice et du groupement de cabinets Battersea Practice Based Commissioning Cluster, l'équipe de direction de la SHA West Midlands et la direction du PCT Heart of Birmingham.

⁴⁸ Le rapport de Lord Darzi évoquant les polycliniques est disponible : <http://www.healthcareforlondon.nhs.uk/pdf/aFrameworkForAction.pdf> pages 87-112
The Economist 28 février 2008 Polyclinics in the NHS : the latest new new thing

⁴⁹ Ils ne sont en effet pas salariés : ils utilisent les revenus de leur contrat avec leur PCT pour acquitter une commission à ces entreprises qui leur allègent la charge de travail.

⁵⁰ « Branson launches healthcare business » Financial Times 11 janvier 2008

⁵¹ Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'aujourd'hui, après de multiples réorganisations, le système retrouve, avec les autorités stratégiques et les PCTs, une structuration territoriale proche de ce qui existait antérieurement avec les échelons régionaux et les anciennes autorités de district.

Contact : david.bernstein@cnamts.fr