

**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

Directeur D'hôpital

Promotion 2002 - 2003

---

**« Economie des ressources humaines et des  
politiques sociales », Paris I :  
La fonction d'achat de soins : l'expérience  
des *Primary Care Organisations*  
au Royaume-Uni**

---

Ghislain PROMONET

---

# Remerciements

---

Je remercie ma maître de stage, Mme Aline FERRAND-RICQUER, pour m'avoir à la fois soutenu et laissé toute latitude dans l'organisation de mon stage pour rédiger ce mémoire.

Je remercie également Mme Martine BELLANGER, pour son soutien et ses conseils, ainsi que pour m'avoir ouvert les portes d'un stage extrêmement riche et instructif.

Je remercie enfin toutes les personnes au Royaume-Uni qui m'ont donné l'envie de rédiger mon mémoire sur la situation britannique, et plus particulièrement Mr McCULLOUGH et Mr McATEER.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 CHAPITRE LIMINAIRE :</b> .....	<b>8</b>
<b>PRESENTATION DES EVOLUTIONS DU SYSTEME DE SANTE BRITANNIQUE</b> .....	<b>8</b>
1.1 LE NHS AVANT 1991.....	8
1.2 LES REFORMES DU GOUVERNEMENT THATCHER ET LE MARCHÉ INTERNE.....	12
1.3 LE SYSTEME DE SANTE BRITANNIQUE DEPUIS 1999 .....	17
<b>2 PREMIERE PARTIE :</b> .....	<b>25</b>
<b>DOUBLE RELATION D'AGENCE EN MEDECINE GENERALE ET ACHAT DE SOINS</b> .....	<b>25</b>
2.1 LE MEDECIN GENERALISTE, AGENT DU PATIENT ET DES POUVOIRS PUBLICS.....	25
2.1.1 <i>Rappel sur le cadre de la théorie de l'agence</i> .....	26
2.1.2 <i>Application de la théorie de l'agence au domaine de la santé</i> .....	31
2.2 QUEL CONTRAT POUR LE <i>GENERAL PRACTITIONER</i> ?.....	39
2.2.1 <i>Rémunération directe des GPs et relations d'agence</i> .....	40
2.2.2 <i>Rémunération indirecte, délégation budgétaire et achat de soins</i> .....	45
2.3 QUEL CONTRAT POUR L'ACHETEUR DE SOINS ? .....	56
2.3.1 <i>Problème théorique de l'optimalité du contrat en situation de délégation budgétaire</i> 56	
2.3.2 <i>Les choix du régulateur britannique</i> .....	60
<b>3 SECONDE PARTIE :</b> .....	<b>66</b>
<b>LA RELATION ENTRE ACHETEUR ET PRODUCTEUR DE SOINS</b> .....	<b>66</b>
3.1 LE RÔLE DE L'INFORMATION DANS LE CONTRAT.....	66
3.1.1 <i>Relation d'agence et contrat entre acheteur et producteur</i> .....	66
3.1.2 <i>Le rôle de l'information dans la relation acheteur-producteur de soins</i> .....	73
3.2 CONTROLE, CONCURRENCE OU COOPERATION ?.....	81
3.2.1 <i>Contrat et coopération</i> .....	81

3.2.2	<i>Nature des relations entre acheteur et producteur de soins.....</i>	90
4	<b>CONCLUSION :</b> .....	96
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	99
	<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ❖ BMA : *British Medical Association*
- ❖ BMJ: *British Medical Journal*
- ❖ CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et maternité des travailleurs non salariés non agricoles
- ❖ CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
- ❖ CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- ❖ DHA : *District Health Authority*
- ❖ DoH : *Department of Health*
- ❖ DRG: *Diagnosis Related Group*
- ❖ ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
- ❖ GMS : *General Medical Services*
- ❖ GP : *General Practitioner*
- ❖ HA : *Health Authority*
- ❖ HImP : *Health Improvement Programme*
- ❖ HLPI : *High Level Performance Indicator (set)*
- ❖ HMO : *Health Maintenance Organization*
- ❖ HRG: *Healthcare Resource Group*

- ❖ INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- ❖ LHSCG : *Local Health and Social Care Group*
- ❖ MCO : *Managed Care Organization*
- ❖ MSA : Mutualité Sociale Agricole
- ❖ NICE : *National Institute for Clinical Excellence*
- ❖ NHS : *National Health Service*
- ❖ NRCI: *National Reference Costs Index*
- ❖ OCDE: Organisation de la Coopération et du Développement Economiques
- ❖ PCCGP : *Primary Care Commissioning Group Pilot*
- ❖ PCG : *Primary Care Group*
- ❖ PCO : *Primary Care Organisation*
- ❖ PCT : *Primary Care Trust*
- ❖ PMS: *Personal Medical Services*
- ❖ POS: *Point Of Service*
- ❖ PPO: *Prefered Provider Organization*
- ❖ SHA: *Strategic Health Authority*
- ❖ S&MPCT: *Sutton and Merton Primary Care Trust*
- ❖ TPP: *Total Purchasing Pilot*

## **CONTEXTE DE REDACTION DU MEMOIRE :**

Je voudrais ici préciser le contexte de réalisation de ce mémoire et de choix de sujet. Dans le cadre de ma formation à l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP), j'ai en effet bénéficié de l'opportunité d'effectuer un stage à l'étranger. Ce stage a fortement influencé la définition de mon sujet de mon mémoire.

Mon choix de stage s'est porté sur les îles britanniques, et plus particulièrement sur l'Irlande du Nord, tant pour des motifs personnels que pour l'intérêt que pouvait représenter le système britannique pour ma double formation. Organisé par M. Eric McCULLOUGH, président de la *National Association of Primary Care* et ancien directeur du plus gros *Multifund* d'Irlande du Nord (cf.: chapitre liminaire, *infra*), le stage s'est réparti ainsi : quatre semaines en Irlande du Nord, une semaine en Angleterre et une semaine en République d'Irlande. Il a consisté en des rencontres avec de nombreux acteurs du système, des entretiens, des accompagnements de professionnels sur le terrain, des visites de structures et des participations à des conférences

Il avait au début pour but d'étudier deux facettes du système britannique, qui avaient été isolées lors de la préparation du stage : l'interface entre soins de ville et hôpital (c'est-à-dire entre soins primaires et secondaires) dans un système intégré de soins d'une part, et la contractualisation entre acteurs du système d'autre part. M McCULLOUGH organisa le stage dans cette double optique. La fonction d'achat de soins, finalement devenu l'objet central de ce mémoire, n'était pas alors au cœur de mes préoccupations bien que les deux facettes étudiées recouvrent et recourent ce thème.

En Irlande du Nord, où s'est déroulée la majeure partie du stage, j'ai ainsi passé une semaine dans un réseau intégré de soins, le *Down Lisburn Integrated Acute and Community Services Trust*, qui regroupait soins communautaires et hospitaliers, somatiques et psychiatriques. J'y ai rencontré des médecins généralistes, regroupés en cabinets qui avaient participé aux expériences des *Commissioning Group Pilots* (cf. : chapitre liminaire, *infra*). J'ai ensuite passé une semaine dans le plus grand hôpital universitaire d'Irlande du Nord, le *Royal Group of Hospitals Trust*, pour me confronter aux problèmes actuels des hôpitaux britanniques, et plus particulièrement les listes d'attente et les pénuries de personnels qualifiés, et voir les moyens mis en œuvre pour tenter d'y

remédier. Ce fut aussi l'opportunité pour moi de voir les relations qui liaient le principal producteur de soins de la région avec ces différents acheteurs j'ai été les jours suivants dans une autorité sanitaire (cf. : chapitre liminaire, *infra*), l'*Eastern Health & Social Services Board*, pour voir le fonctionnement du côté de l'acheteur. Enfin, j'ai passé deux jours au ministère pour des entretiens d'une visée plus politique et stratégique. A ces blocs d'entretiens et de visites, se sont rajoutées des rencontres sans réel lien avec les objets d'étude, mais facilitant une compréhension globale du fonctionnement du système : médecins responsables de la formation continue des médecins généralistes, infirmière en charge d'un projet de santé pour regrouper les deux communautés, etc...

Mon stage continua par une semaine en Angleterre qui est des quatre nations du Royaume-Uni la plus avancée en matière de *managed care* et de *primary care* (cf.: encadré 3, *infra*). La semaine s'est divisée en deux jours à Leeds au *Department of Health* (DoH) à la direction du *primary care* et trois jours dans le plus grand *Primary Care Trust* (PCT) d'Angleterre, le *Sutton & Merton Primary Care Trust*, pour une étude de cas (cf. : encadré 5, *infra*).

Enfin, la dernière semaine a été passée à Dublin en République d'Irlande. Bien que la fonction d'acheteur de soins n'y soit pas encore développée, l'étude du système est intéressante dans la mesure où il emprunte des caractéristiques aux systèmes français et britannique : médecin-référent de type *gatekeeper* mais rémunéré sur la base d'un paiement à l'acte, système gratuit mais avec un financement à plusieurs étages et avec la participation d'assureurs de type mutualiste et commercial, politique de *primary care* sans pour l'instant de délégation budgétaire en vue d'achat de soins.

Ce récit succinct du stage a pour but de rendre compte de la période de « maturation » et de réflexion qui a précédé l'élaboration de l'objet d'analyse. En effet, si à partir des deux facettes d'étude, la question de l'achat de soins (le *commissioning* dans la terminologie sanitaire britannique) m'est rapidement apparue comme une évidence, au point d'avoir dès le début du stage rédigé un questionnaire (cf.: Annexe 1) dans le but de décrire plus précisément la procédure, je n'avais pas encore d'appuis théoriques précis. La recherche bibliographique a été un second moment dans l'élaboration de ce travail.

Pour mener mes recherches, j'ai pu disposer de plusieurs types de documents sur le thème de l'achat de soins au Royaume-Uni. Les premiers sont les documents officiels provenant des ministères de la santé d'Angleterre et d'Irlande du Nord, et des autres administrations sanitaires (cf. : bibliographie). J'ai ensuite fait appel à une littérature professionnelle, médicale et gestionnaire, qui se rapproche des préoccupations rencontrées lors de mes entretiens. Le troisième type de documents est la littérature économique en tant que telle. Généralement de langue anglaise, elle emprunte à des courants différents sur ce sujet. Trois en particulier ont retenu mon attention ; celui de

l'évaluation de la performance du système, celui de l'économie industrielle à travers la réflexion autour du *managed care* et le paradigme de la théorie des contrats.

L'étude de cas sur le terrain et la revue de la littérature sont donc les deux principales sources de connaissance de ce mémoire. Parfois contradictoires, elles ont souvent été complémentaires. La contradiction a été dans tous les cas appréhendée comme une valeur ajoutée, entre une littérature économique, souvent générale et inspirée de l'expérience américaine, et une expérience particulière d'un système en profondes et répétées mutations.

Une des limites de cette méthodologie a été la place et la nature même du stage. Partie intégrante de la formation des directeurs d'hôpital, il a été organisé dans cette optique par M. McCULLOUGH. Dès lors, les entretiens ont été d'abord orientés dans cette logique par les professionnels et par moi-même. Ensuite, la période de décembre-janvier a été un peu précoce et aurait gagné à être accompagnée d'un plus grand bagage théorique. Enfin, l'absence de références tant dans la littérature que dans le monde académique français a été une difficulté qui s'est ajoutée à la contrainte linguistique du sujet.

Ces limites sont aussi ce qui ont rendu le sujet intéressant, parce qu'exigeant : découvrir un autre système sanitaire, une nouvelle organisation économique, et permettre ainsi de mettre en perspective son propre fonctionnement avec un système si différent, bien que d'un pays limitrophe.

---

# Introduction

---

L'hypothèse d'un cadre institutionnel d'organisation des soins propre à chaque époque de l'histoire de la médecine est une hypothèse souvent soutenue. C'est en particulier celle de C. LE PEN (1999). Selon cet auteur, l'histoire de la médecine a ainsi façonné l'organisation des systèmes de soins et l'inadéquation d'une conception de la médecine avec le cadre institutionnel qui lui est propre, est génératrice de la crise qui va précipiter la chute du système organisationnel de soins et l'avènement d'un nouveau cadre.

Au cours du vingtième siècle, C. LE PEN distingue trois âges de la médecine et de fait trois types d'organisation des soins. Le premier âge est celui de l'assistance, quand le regard du médecin n'est souvent qu'humanitaire et le soin palliatif. Ce soin est alors fourni par des médecins libéraux se déplaçant à domicile, sans que la condition sociale et professionnelle de l'individu n'ait d'influence réelle sur le soin et sur l'état de santé de celui-ci: que vous fussiez riche ou pauvre, l'inefficacité curative était souvent la même.

Avec les progrès de la médecine, de la chimie et de la biologie ( progrès de la clinique, découvertes pasteuriennes, découvertes des antibiotiques pendant l'entre-deux-guerres...), la médecine entre dans l'âge des soins efficaces. En parallèle, le système de soins se recentre sur l'hôpital qui connaît un développement exceptionnel. L'hôpital passe de son statut d'ancien hospice, autant prison que mouvoir réservé aux indigents, à un statut de lieu privilégié de soins et de recherche ; que l'on songe à cet effet à la loi DEBRE de 1958 en France, qui crée les Centres Hospitaliers Universitaires ainsi que le statut de Praticien Hospitalier à temps plein, qui pour la première fois donne la possibilité à des médecins d'exercer uniquement à l'hôpital dans un cadre valorisant et recherché. Cette nouvelle efficacité de la médecine et du système de soins rend alors décisive la question de l'accès aux soins, question qui se traduit par une socialisation des systèmes de soins. Le corollaire à ce mouvement est l'explosion financière, incompatible avec les capacités de financement de systèmes devenus socialisés.

Pour ne pas revenir sur les acquis de cette seconde période, préserver le large accès à la santé et ne pas entraver le progrès des techniques, la question devient alors de « maîtriser les dépenses de santé ». Claude LE PEN voit dans cette crise du financement des systèmes socialisés la cause majeure du passage à la troisième période, celle du *managed care* ou soin géré. Il s'agit de gérer le soin et non plus seulement le système de financement de la santé. Ce changement organisationnel se double d'une évolution de la médecine, que l'auteur qualifie d' « industrialisation de la médecine », au

sens où l'on assiste à une standardisation du produit médical et à une référence accrue aux normes et aux indicateurs de qualité. Citons à cet égard le sous-titre de son ouvrage : « Du médecin artisan au médecin ingénieur ». Dans ce modèle que l'auteur estime encore théorique sous certains aspects, le « médecin ingénieur » est un scientifique certes, mais un technicien plutôt qu'un savant.

En prolongeant l'analyse de C. LE PEN associant âges de la médecine et cadres institutionnels d'organisation des soins, on peut dire qu'à chacun de ces cadres est liée une fonction-type. Ainsi l'âge de l'assistance se caractérise-t-il par la simple relation entre les fonctions de production et de consommation des soins. Avec la période des soins efficaces et la mutualisation, voire la socialisation, de la demande s'ajoute une fonction d'assurance à celles de production et de consommation. On retrouve ici l'exemple de la situation française, avec une fonction de production éclatée entre de nombreux acteurs (les hôpitaux publics et privés, les professions médicales et para-médicales en ambulatoire), une fonction de consommation des soins caractérisant l'usager du système de soins et une fonction d'assurance, elle aussi éclatée entre les régimes de Sécurité Sociale et les organismes de protection complémentaire.

La troisième période se caractérise quant à elle par la distinction d'une quatrième fonction, celle d'achat de soins. Le passage de la période des soins efficaces à celle du *managed care* et l'apparition concomitante d'une nouvelle fonction sont bien illustrés par le principal mot d'ordre de la réforme du gouvernement Thatcher de 1991 (cf. : chapitre liminaire, *infra*). Cette réforme, qui s'inspirait ouvertement de l'expérience américaine de *managed care*, avait en effet comme mot d'ordre politique, le *provider/purchaser split*, la séparation entre producteur et acheteur de soins. Cette notion d'achat de soins est donc intimement liée avec celle de *managed care* et est déduite de la définition-même de celui-ci. On peut en effet considérer que l'acheteur de soins sera l'acteur principal de cette gestion des soins.

Cette expression de *managed care*, d'abord apparue aux Etats-Unis, est définie par l'*American Medical Association* comme « l'ensemble des systèmes et des techniques utilisés par toute entité de délivrance, d'administration ou d'assurance pour contrôler ou influencer la qualité, l'accessibilité, l'utilisation, le coût et le prix des services de santé pour une population donnée » (cité dans C. LE PEN, 1999). Comme le souligne cette définition, la fonction d'achat de soins ne se réduit pas à l'identification d'un acteur unique. De fait, si au Royaume-Uni cette fonction est assurée par des réseaux de soins primaires, elle est dévolue en Allemagne (réformes BLÜM et SEEHOFER de 1993) et aux Pays-Bas (réforme DEKKER-SIMON de 1989) aux caisses d'assurance maladie, qu'elles soient publiques ou privées. Enfin aux Etats-Unis, cette fonction est le fait de différents types de *Managed Care Organizations* (MCOs), réseaux proposés par les assureurs, fermés de type *Health Maintenance Organizations* (HMOs) ou fonctionnant à guichet ouvert comme

les *Preferred Provider Organizations* (PPOs), ou encore réseaux contractant directement avec les employeurs tels que les *Points Of Service* (POS), modèles mixtes...

Si cette fonction d'acheteur de soins est dévolue selon les systèmes à différents acteurs, elle consiste dans tous les cas à faire tout ce que le patient isolé peut difficilement faire – à savoir organiser la production des soins, rationaliser la circulation des patients dans le système, sélectionner et évaluer les producteurs, contracter avec eux sur la base de référentiels de qualité, les rémunérer de manière incitative...La fonction d'achat de soins dépasse donc la simple contractualisation en vue de se procurer un produit médical. Ce qui fait préférer à certains auteurs l'utilisation du vocable d' « entrepreneur de soins » (cf. : CHONE, GRIGNON, MAHIEU, 2000)<sup>1</sup>.

Ces auteurs, principalement des chercheurs du CREDES et de l'INSEE, représentent la principale littérature française sur la question du *managed care* (cf. BOCOGNANO *et al.*, 1998 ; BOCOGNANO *et al.*, 1999 ; CHONE *et al.*, 2000). Leurs travaux, se plaçant dans le paradigme de l'économie industrielle, cherchent à évaluer l'efficacité d'un tel système et la possibilité d'une application du *managed care* à la situation française où il n'existe pas encore d'acheteurs de soins clairement identifiés. A cette fin, cette littérature s'est dotée de critères d'évaluation, que sont l'efficacité productive du système de santé (à distinguer de l'efficacité allocative), l'équité dans l'accès aux soins et le respect de normes de qualité minimales (BOCOGNANO *et al.*, 1999 ).

---

<sup>1</sup> Nous conserverons pour notre part, l'expression d' « acheteur de soins », dans la mesure où les deux réformes principales au Royaume-Uni (1991, 1999) ont mis l'accent sur cette notion d'achat par l'utilisation des termes de *purchaser* et de *commissioning* (cf. : *infra*).

Avant de définir ces critères, il est intéressant de noter que leur choix n'est pas indépendant de l'objet d'étude, le *managed care*, qui, rappelons-le, est un modèle ayant pour objectif de gérer le soin et non plus seulement le système de financement de la santé. A l'époque des soins efficaces, la question essentielle est celle de la maîtrise des dépenses de santé. A celle du *managed care*, le mot d'ordre devient l'efficience, c'est-à-dire le juste soin au juste coût. Ainsi l'efficacité productive du système, entendue comme « la mise en œuvre de moyens garantissant la meilleure utilisation possible des dépenses par la maîtrise des coûts médicaux » (BOCOGNANO *et al.*, 1999) ne peut désormais plus se concevoir sans le respect de normes de qualité minimales tant les acheteurs de soins seront tentés d'arbitrer entre ces deux critères. Enfin, si la question de l'équité, simplement entendue comme une équité horizontale dans l'accès géographique et économique aux soins, était fondamentale lors de l'âge des soins efficaces, elle garde toute sa pertinence et son acuité dans la période du *managed care*, quand les acheteurs de soins peuvent être autorisés selon les pays à recruter les professionnels avec lesquels ils vont travailler, mais surtout les patients qui vont souscrire à leurs réseaux.

Nous reprendrons ces critères quand nous traiterons de l'évaluation de notre objet d'analyse, la fonction d'achat de soins au Royaume-Uni. Evaluer le processus de *commissioning*<sup>2</sup>, terme britannique pour l'achat de soins, apparaît comme essentiel dans la mesure où notre analyse pourra déboucher sur des enseignements ou des perspectives pour le système français. Sans parler évidemment d'« importer » un système culturellement, politiquement et socialement très différent du nôtre, si nous

---

<sup>2</sup> Voir plus loin la définition du *commissioning* dans le chapitre liminaire

devons faire des propositions, celles-ci devront être justifiées au regard de leur efficacité, et donc nécessiteront d'être évaluées. Cependant, si cette question de l'évaluation est essentielle, elle ne sera pas au cœur de notre travail qui s'attachera aux relations et interactions entre certains acteurs du système. Notre souci principal étant d'approfondir un paradigme de la théorie économique, celui de la théorie des contrats, nous ne mobiliserons qu'accessoirement la branche de l'évaluation du système de santé, en donnant les résultats de certaines études auxquelles le lecteur pourra se reporter pour de plus amples analyses. De même, nous ne ferons appel que de manière annexe aux résultats fournis par la théorie économique des organisations et celle de l'économie industrielle, et qui font l'objet des articles cités précédemment.

Le choix de la théorie des contrats comme paradigme principal d'analyse se justifie à nos yeux par l'importance des problèmes liés à l'incertitude et à l'information qui peuvent survenir dans le domaine de la santé, et plus particulièrement autour des médecins généralistes. En effet, ces derniers disposent dans un contexte d'incertitude, d'informations auxquelles n'ont accès ni le patient, ni les pouvoirs publics. Cette double relation, médecin généraliste-patient et médecin généraliste-pouvoirs publics, sera le point de départ de notre analyse. Cette situation qualifie-t-elle une relation d'agence, concept qu'il reste à préciser, et justifie-t-elle une délégation budgétaire au médecin généraliste pour le placer dans une position d'acheteur de soins ? Dans l'affirmative, quelle forme cette délégation budgétaire doit-elle prendre ? La théorie des contrats permet-elle de dessiner un cadre optimal à cette délégation ? Qu'est-ce que l'expérience britannique à travers les *Primary Care Organisations* permet-elle de conclure quant à ces résultats théoriques ? Il va également falloir nous s'interroger sur la nature du contrat

entre l'acheteur et le producteur, compte tenu de la difficulté pour l'acheteur de connaître objectivement le service médical produit et vendu. Quel rôle joue à cet égard l'information dans la relation entre l'acheteur et le producteur de soins ? Quels types de relations s'instaurent entre les deux parties?

Cet ensemble de questions, qui concerne la nature de la relation entre ces différents acteurs et ses conséquences sur la définition du contrat qui va les lier, relève explicitement du champ de la théorie des contrats. L'objet de ce mémoire va être alors, non pas de développer un modèle issu de cette théorie, mais plutôt de voir en quoi le paradigme choisi permet dans sa pluralité d'appréhender et d'analyser ces différentes relations. Ainsi étudierons nous l'applicabilité de la théorie de l'agence, versant « normatif<sup>3</sup> » de la théorie des contrats, et plus particulièrement du modèle principal-agent, aux relations entre médecin généraliste et pouvoirs publics d'une part et patient d'autre part. Cette analyse nous permettra de dresser les limites d'un tel modèle, et de

---

<sup>3</sup> L'approche « normative » de la théorie des contrats, ou théorie de l'agence, désignerait les modèles qui prédisent des contrats optimaux *ex ante* entre un principal et un agent. Cette notion s'opposerait à l'approche « positive » de la théorie des contrats, qui elle, désignerait les modèles pour lesquels la notion d'agence est étendue à toute sorte de coopération sans qu'il y ait nécessairement un principal et un agent (CHARREAUX, cité dans ROCHAIX, 1997). Cette dernière notion recouvrirait des théories telles que celles de l'organisation, des conventions, des coûts de transaction de O. WILLIAMSON ou encore la théorie des transactions informelles. Néanmoins comme le souligne L. ROCHAIX (1997), cette distinction peut sembler arbitraire, dans la mesure où les théories « positives » conduisent souvent à des conclusions normatives. Nous retiendrons cette distinction généralement admise dans la littérature pour des raisons de clarté, en gardant cependant à l'esprit cette objection.

voir quels autres modèles de la théorie des contrats peuvent être mobilisés pour rendre compte de ces limites. Nous ferons notamment référence aux modèles d'agence commune pour appréhender la procédure de délégation budgétaire en vue de l'achat de soins. De même, nous ferons appel à l'approche « positive » de la théorie des contrats pour appréhender les contrats implicites qui peuvent se nouer entre les parties, et notamment entre l'acheteur et le producteur.

Dans une première partie, nous montrons que le médecin généraliste est au centre d'une double relation d'agence, pour laquelle une délégation budgétaire en vue de l'achat de soins secondaires permet de trouver un contrat associant assurance de l'agent contre les risques et incitations de celui-ci.

Cette délégation budgétaire fait du médecin généraliste un acheteur de soins, lui-même principal du producteur de soins, dans une relation d'agence que le régulateur britannique cherche à résoudre par la mise en place de systèmes d'information et l'instauration de relations coopératives entre les parties. Ce qui nous permet en conclusion de souligner la spécificité de l'expérience britannique qui regroupe intérêts économique et sanitaire.

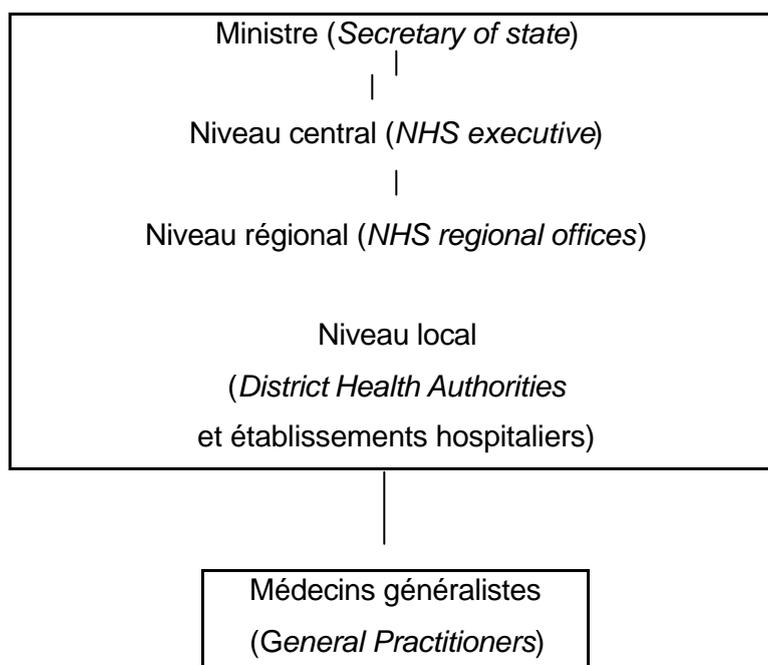
## CHAPITRE LIMINAIRE :

# PRESENTATION DES EVOLUTIONS DU SYSTEME DE SANTE BRITANNIQUE

## Le NHS avant 1991

Le *National Health Service* (NHS) est mis en place en 1948 à la suite du rapport BEVERIDGE de 1942 qui pose les bases d'un système universel, uniforme et unique. Si le NHS subit de nombreuses réformes structurelles jusqu'en 1991, il reste néanmoins toujours fidèle à ses principes de base : un système public, gratuit, universel et financé par l'impôt.

### L'organisation du système en 1990 :



→ : flux financier

(schéma élaboré par nos soins)

Il offre une gamme complète de soins à toute la population, mais ne couvre pas les dépenses de certaines prescriptions médicamenteuses, des soins ophtalmologiques et dentaires (cependant, une large partie de la population est exemptée de ces dépenses

du fait de caractéristique particulière : âge, grossesse, maladies chroniques, critères sociaux...)<sup>4</sup>.

En 1990, le système se décompose en quatre niveaux hiérarchiques. Le ministère est à la tête de l'édifice et définit la politique du NHS qui l'exécute aux niveaux central, régional et local. Au niveau local, les hôpitaux ne se distinguent pas alors des autorités sanitaires, les *Districts Health Authorities* (DHAs) et forment avec elles une seule et même entité juridique responsable à la fois de la production des soins hospitaliers, de la planification sanitaire et de la rémunération des médecins généralistes.

---

<sup>4</sup> Comme dans les autres systèmes nationaux de santé (Suède, Espagne, Québec,...), il n'existe pas de définition explicite du panier de soins couverts par le NHS (MOUSQUES, PARIS, 2002).

### Encadré 1 : le médecin généraliste, pivot du système de soins

Le *General Practitioner* (GP) a un rôle central dans l'organisation du système de soins. Il est en effet la porte d'accès pour le patient, *gatekeeper*, à l'ensemble des soins offerts par le système. L'utilisateur ne peut, sauf urgence, se rendre à l'hôpital qu'après avoir consulté un GP. Chaque personne est tenue de s'inscrire sur la liste d'un cabinet de généralistes de son choix pour une durée minimum d'un an, sauf circonstances exceptionnelles.

Le médecin généraliste est le seul professionnel indépendant du NHS, alors que les spécialistes, qui exercent exclusivement à l'hôpital, ont un statut de salarié du NHS mais peuvent être autorisés à exercer à titre privé au sein de l'hôpital sous certaines conditions.

Les GPs ont une convention nationale qui définit leur rémunération et leur mode de contractualisation avec l'autorité sanitaire. Leur rémunération actuelle est une formule mixte associant paiement forfaitaire, paiement à la capitation et paiement à l'acte. La part du paiement à la capitation représente environ 50% de la rémunération moyenne des médecins généralistes (Cf. : Annexe 2, fiche de paie d'un médecin généraliste).

Deux éléments essentiels distinguent le GP britannique de son confrère français. Ainsi, à la différence du médecin généraliste français, le GP est autant un agent de santé publique qu'un médecin délivrant des soins privés à ses patients. Ceci est dû à la place de la santé publique au Royaume-Uni, ainsi qu'au mode de rémunération du GP, ces deux arguments étant d'ailleurs liés. Payé à la capitation, le GP est responsable d'une population dont la variation de l'état de santé ne modifiera qu'à la marge son revenu. D'autre part, cette mission de santé publique est explicitement mentionnée dans la convention qui lie le NHS à ses GPs et fait l'objet d'une rémunération spécifique (cf. : encadré 6, le mode de rémunération des GPs, *infra*).

Ensuite, le GP britannique est très impliqué dans la gestion du NHS (GLENDINNING, 1999). Par son rôle de pivot du système de soins et de *gatekeeper*, c'est lui qui conditionne l'utilisation des services du NHS par le patient. De fait, s'il est un acteur indépendant du NHS, la complémentarité de sa mission avec celle du NHS en a toujours fait un partenaire impliqué, comme en témoigne aujourd'hui la politique de *primary care* (cf. : encadré 2, qu'est-ce que le *primary care* ?).

Depuis 1984, le système était organisé selon un modèle de gestion hiérarchique intégrée (*general management*) dont le but était de créer une ligne directe de responsabilité du haut vers le bas du système. Connu sous le nom de *control and command system*, le NHS est alors un système direct, hiérarchique et communément considéré comme le plus centralisé des systèmes de santé de l'OCDE.

Ce système gratuit et universel rencontre cependant à la fin des années 1980 des problèmes récurrents, au premier rang desquels on trouve un sous-financement chronique qui génère des listes d'attente pour toute une série d'interventions programmées et semi-urgentes et une insatisfaction grandissante de la population face à ces listes et à la qualité des services. D'autant que ce sous-financement se double d'une inefficience technique puisque de nombreux services fonctionnent en-deçà de leur capacité (D. CONTRANDIOPOULOS, 2000).

## Les réformes du gouvernement Thatcher et le Marché Interne

Après sa réélection en 1987, le gouvernement conservateur de Mme THATCHER introduit dans le secteur de l'Etat-Providence (à savoir la santé, l'éducation, les logements sociaux et les services sociaux) une série de réformes radicales largement inspirées des thèses néo-libérales et des théories du *public choice*<sup>5</sup>. Ces réformes se fondent sur une orientation commune : la séparation entre la fonction de financeur qui reste assurée par l'Etat et celle de « fournisseur de services » qui est attribuée à des prestataires indépendants, mis en concurrence à l'intérieur de marchés internes. L'idée est que « l'argent doit suivre le patient ».

Ainsi, dans le secteur de la santé, la réforme de 1991 (*NHS and Community Care Act*) s'appuie sur ces principes énoncés dans le Livre Blanc sur la Santé de 1989. Elle vise à introduire des mécanismes concurrentiels dans des structures demeurées entièrement publiques. Le marché est dit interne puisque la dépense totale reste prédéterminée et contrôlée et qu'offreurs et demandeurs demeurent des organes du NHS. Les hôpitaux ainsi que les fournisseurs de « soins communautaires<sup>6</sup> » deviennent

---

<sup>5</sup> voir notamment l'ouvrage de référence concernant le NHS par l'auteur américain A. ENTHOVEN, *Reflections on the Management of the NHS*, 1985, Nuffield Provincial Hospital Trust, London

<sup>6</sup> La notion de « soins communautaires », *community care*, définit les soins dispensés par des professionnels de santé au sein de la communauté. Cette définition assez large désigne généralement au Royaume-Uni les soins prodigués à domicile par les infirmières de district et les visiteurs de santé auprès de populations prioritaires (personnes âgées, handicapés...), souvent en

progressivement des organisations non lucratives appelés *trusts*, distincts des *District Health Authorities* mais toujours au sein du NHS. Ces trusts deviennent alors propriétaires des actifs nécessaires pour assumer la fourniture des services et se voient dotés d'une autonomie financière et d'une personnalité juridique leur conférant certaines marges de manœuvre quant à la gestion et à la rémunération de leur personnel, les substitutions de compétences et la délivrance du soin. Ces nouveaux *trusts* ne sont en revanche pas autorisés à conserver ou réinvestir leur surplus. Les autorités sanitaires locales (DHAs) passent de 192 à 100 et sont renommées *Health Authorities* (HAs). Elles abandonnent leur fonction de producteurs de soins au profit des nouveaux trusts, ainsi que celle de planification sanitaire au profit de la nouvelle concurrence censée s'installer entre les trusts au sein du Marché Interne. Ces nouvelles autorités sanitaires sont recentrées sur un rôle d'acheteur de soins auprès des *trusts*. Cette séparation entre acheteur et producteur de soins (*purchaser/provider split*), axe majeur de la réforme THATCHER, vise à réduire les files d'attente par la contractualisation et à lutter contre l'inefficience technique de l'organisation précédente par l'instauration d'une concurrence entre producteurs de soins.

Mais l'élément le plus innovant de cette réforme est sans doute le système de gestion de budget par les médecins généralistes (*General Practitioner Fundholding scheme*). Introduit en même temps que le Marché Interne, mais à distinguer formellement de celui-ci (D. CONTRANDIOPOULOS, 2000), le système du Fundholding donne la possibilité à un groupe de médecins généralistes, dès lors que leur patientèle dépasse un seuil

---

partenariat avec les conseils de quartier qui sont des institutions très développées au Royaume-Uni.

minimum, de disposer d'enveloppes budgétaires fermées censées couvrir, outre les salaires du personnel auxiliaire du groupement, les dépenses de prescription pharmaceutique, les examens complémentaires et les soins secondaires. Ces soins achetés par le groupement représentent en majorité des consultations externes et des actes de chirurgie programmable pour environ 20% des dépenses en soins secondaires de leurs patients. Les potentiels bénéfiques réalisés sur l'enveloppe peuvent être utilisés par le groupement en vue d'améliorer la qualité des soins (et uniquement à cet effet) et par conséquent offrent la possibilité aux médecins du groupe d'attirer de nouveaux patients dans la liste de leur cabinet (cf. : annexe 3, liste des projets réalisés grâce aux économies faites sur l'enveloppe des prescriptions médicamenteuses par un tel groupement). Les budgets sont décidés par le *NHS Management Executive* et versés par les autorités sanitaires locales sans imputabilité<sup>7</sup> directe de ces groupes vis-à-vis des autorités sanitaires. Lors de la dernière année du système de Marché Interne, à peu près la moitié des médecins généralistes anglais appartiennent à ces groupes gestionnaires de budgets.

Des variantes de ce dispositif apparaissent dès le début de l'expérience. Les groupes gestionnaires se réunissent pour mutualiser leurs budgets et ainsi les risques, au sein de *multi-funds*. Certains groupes sont autorisés à acheter l'ensemble des soins

---

<sup>7</sup> Le terme d' « imputabilité » est le mot que nous avons choisi pour traduire le mot anglais d' *accountability* qui désigne la responsabilité en tant que celle-ci implique de rendre des comptes (*accounts*) à une personne désignée ; ainsi de la responsabilité d'un homme politique vis-à-vis de son électorat ou d'un *manager* vis-à-vis de son actionnaire. Le terme de *responsibility* est quant à lui plus général et n'implique pas la relation bipartite.

secondaires de leurs patients sous la tutelle des autorités sanitaires (*Total Purchasing Pilots* - TPPs). Enfin les médecins généralistes qui ne participent pas au dispositif du Fundholding peuvent se regrouper au sein de *Primary Care Commissioning Group Pilots* - PCCGPs) et disposer de budgets indicatifs alloués par les autorités sanitaires pour acheter certains services de seconde ligne aux hôpitaux.

Les critiques faites à ce système pointent les coûts de transaction<sup>8</sup> qu'engendrent l'instauration de mécanismes concurrentiels et contractuels ainsi que les inégalités dans les prises en charge qui naîtraient des différentes expériences (cf. : PROPPER *et al.*, cités dans CHAMBARETAUD & LEQUET-SLAMA, 2002, montrent que la durée d'attente pour un patient est fonction de l'appartenance ou non du médecin généraliste à un groupe gestionnaire). Le gouvernement conservateur décide donc en 1996 de modifier sa terminologie et d'abandonner le terme de *purchasing* (achat) par celui de *commissioning*<sup>9</sup>, le premier étant jugé comme trop concurrentiel et libéral. D'autre part, il est décidé que

---

<sup>8</sup> Les coûts de transaction sont définis par O. WILLIAMSON (1975) comme les « coûts de fonctionnement du système économique », c'est-à-dire les coûts de négociation, de mise en place, de contrôle, de correction et d'évaluation des contrats.

<sup>9</sup> Le terme de *commissioning* signifie littéralement «mandater», «commanditer». Il désigne au Royaume-Uni la procédure d'achat de soins et en détermine les étapes de l'évaluation des besoins de santé de la population à l'évaluation du résultat du contrat signé avec le trust pour la fourniture des soins (cf. : encadré 7, *infra*). Nous conserverons par la suite faute de traduction satisfaisante, le terme anglais de *commissioning* quand celui-ci désigne la procédure formalisée d'achat de soins mis en œuvre par les autorités sanitaires ou les différentes organisations de soins primaires constituées à cette fin.

l'accent soit désormais mis sur les soins primaires, à travers le *NHS (primary care) Act* de 1997. La principale mesure de cette loi est la possibilité pour les médecins généralistes de signer avec les autorités sanitaires des contrats dits PMS (*personal medical services*) permettant aux généralistes d'être employés sur la base du salariat à des tâches plus larges de prévention et de santé publique.

### Encadré 2 : qu'est-ce que le *Primary Care* ?

Littéralement, le terme de *primary care* désigne les soins primaires, c'est-à-dire les soins fournis par les professionnels de première ligne tels que les médecins généralistes, les soins infirmiers à domicile, les pharmaciens d'officine... Les soins secondaires définissent quant à eux, les soins spécialisés dispensés à l'hôpital et qui nécessitent l'adressage (*referral*) par un médecin généraliste. On peut citer en exemple la consultation externe d'un spécialiste ou une opération chirurgicale programmée. Les soins tertiaires désignent enfin les soins pratiqués uniquement par quelques grands centres hospitaliers universitaires, comme la chirurgie cardiaque.

Mais la notion de *primary care* renvoie aussi à une approche de la politique nationale de santé centrée sur ces soins primaires. L'accent est alors mis sur le travail en réseau des professionnels de première ligne avec un effort particulier sur les politiques de santé publique et de prévention. Ce type de politique implique un rééquilibrage du pouvoir dans la relation entre soins primaires et hôpital, rééquilibrage qui prend souvent la forme d'une délégation budgétaire accordée aux professionnels de première ligne.

La Nouvelle-Zélande, le Canada, l'Australie, le Royaume-Uni, l'Irlande, les Pays-Bas, la Suède et la Norvège entre autres, se sont aujourd'hui lancés dans une telle politique de *primary care*.

## Le système de santé britannique depuis 1999

Le gouvernement travailliste de Tony BLAIR élu en 1997 s'est engagé à abroger le système du Marché Interne. Le vocabulaire de la concurrence et du marché doit laisser place à celui de la coopération et du réseau. Il maintient néanmoins la séparation entre acheteur et producteur de soins et laisse pratiquement inchangé le statut des *NHS trusts* (ils sont désormais habilités à conserver leur surplus selon le même principe que les *GP Fundholders*). La diversité des expériences menées lors de la période précédente (Fundholding, TPPs, PCCGPs) est à cet égard d'une grande aide pour le nouveau gouvernement qui s'en inspire pour la mise en place à compter d'avril 1999 des *Primary Care Groups* (PCGs), réseaux intégrés de soins primaires censés remplacer ces différentes organisations.

Au nombre de 481 en 1999 pour l'Angleterre, ces PCGs sont organisés juridiquement en sous-commissions des *Health Authorities* avec délégation budgétaire. Ils se voient déléguer un budget unifié pour la fourniture directe de soins primaires ainsi que pour l'achat des soins hospitaliers et communautaires pour lesquels ils signent des contrats de trois ans avec les hôpitaux. Ce passage d'une durée contractuelle de un à trois ans est censé témoigner de la volonté du gouvernement travailliste de réduire les coûts de transaction et de la nouvelle collaboration qui doit s'installer entre les différents acteurs. Les quatre principales missions des PCGs sont alors la fourniture de soins primaires, la négociation de conventions pour les soins communautaires, secondaires et tertiaires, l'amélioration de l'état de santé de la population et la réduction des inégalités de santé, particulièrement marquées au Royaume-Uni. Quant aux *Health Authorities*, elles abandonnent leur mission d'acheteur de soins et se recentrent sur des fonctions d'organisation générale et stratégique du système et l'amélioration de la qualité des soins. Les budgets des PCGs ne sont plus distribués par ces autorités sanitaires mais directement par le ministère qui les calcule à partir d'une formule unique de capitation (cf. encadré 4, le financement du système).

Les médecins généralistes, pour qui dorénavant l'adhésion à un tel groupement est obligatoire, se voient en échange octroyer un pouvoir important au sein de ces nouvelles organisations. Ils sont en majorité au conseil d'administration et décident de l'attribution de la fonction de président du conseil. Pour mettre l'accent sur la dimension multidisciplinaire de ces organisations, le conseil est par ailleurs constitué d'un ou deux infirmiers, un travailleur social, une personnalité qualifiée, un représentant de l'autorité sanitaire ainsi que du directeur du PCG.

Enfin, ces nouvelles organisations couvrent des populations plus larges que les anciens groupes gestionnaires de budgets. Ainsi, quand le nombre moyen de GPs dans

un groupe gestionnaire était de cinq pour une population couverte moyenne de 10 000 habitants, les PCGs regroupent environ 55 GPs pour 100 000 habitants.

### Encadré 3 : la politique sanitaire et les quatre nations du Royaume-Uni

Le Royaume-Uni est constitué de quatre nations : l'Angleterre, l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord.

A la création du *National Health Service* en 1948, il n'existe qu'une politique sanitaire qui s'applique à l'ensemble du Royaume-Uni. Celle-ci est décidée à Londres. A partir des années 1970, les nations sont autorisées à moduler la politique sanitaire en fonction des spécificités locales tout en conservant le cadre général. Mais le changement majeur intervient en 1999 avec le gouvernement travailliste de M. BLAIR. Celui-ci entreprend une grande politique de décentralisation (*devolution*) qui aboutit à rendre les nations autonomes, notamment quant à leur choix de politique sanitaire. Cependant, les voies pour l'instant suivies par l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord sont très similaires à celle de l'Angleterre qui joue dans la circonstance le rôle de « grande sœur ».

Ainsi en Irlande du Nord, lieu de notre stage extérieur à l'ENSP, le marché interne n'a été aboli qu'en 2001 et ont alors été mis en place des *Local Health and Social Care Groups* sur le modèle des PCGs anglais. Mais est conservée dans cette nouvelle structure la spécificité locale d'une complète intégration des services sanitaires et sociaux.

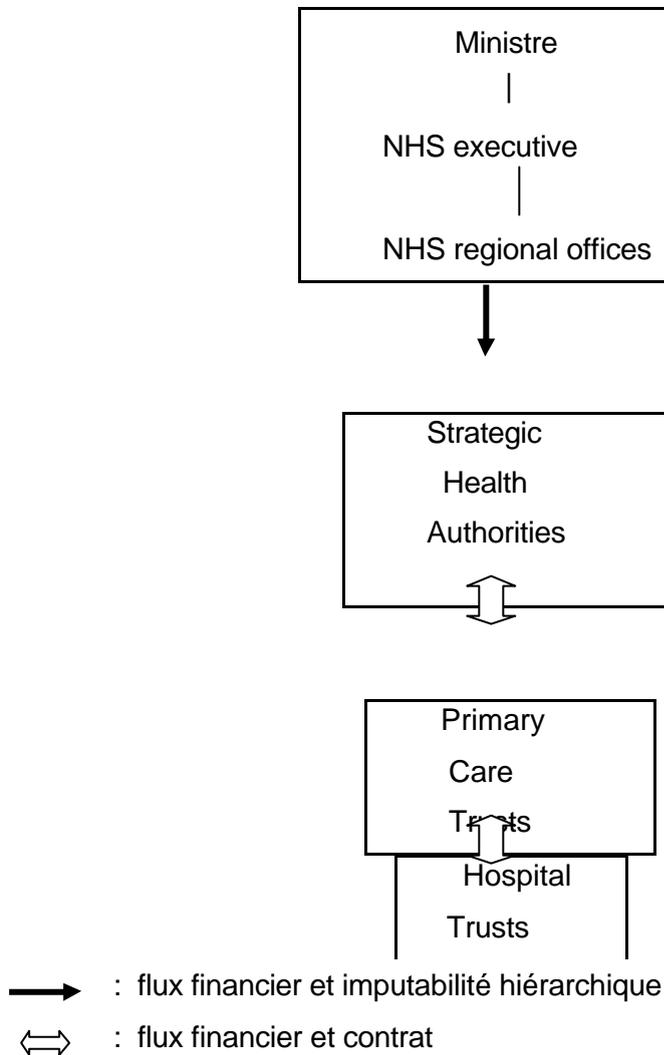
Dans ce mémoire, nous nous appuyons donc sur une littérature qui ne concerne que la situation anglaise, mais les exemples pour souligner telle ou telle spécificité pourront être pris dans les différents types de structure qui constituent dans leur ensemble ce que nous dénommons les *primary care organisations*.

Dès l'année suivant la création des PCGs et la réorganisation sanitaire qui en découle, le système est encore conduit à évoluer. Le NHS a ainsi connu en une douzaine d'années une série de réformes et d'évolutions qui est l'un des traits marquants du système britannique, comme le soulignent de nombreux auteurs (D. WILKIN, 2002 ; LAPLACE *et al.*, 2002<sup>10</sup>). Cette évolution consiste en une plus grande autonomie donnée aux PCGs qui sont incités à devenir des *Primary Care Trusts* (PCTs) sur le modèle des *Community Care Trusts* et des *Hospital Trusts*. Le passage des PCGs, qui juridiquement ne se distinguent pas des autorités sanitaires, à un statut d'indépendance juridique et financière s'accompagne d'un mouvement de fusion et de regroupement de ces structures. Initialement prévu pour avril 2004, le passage des PCGs aux PCTs doit être achevé au printemps 2003. Une des conséquences de cette transformation juridique est la création d'un second conseil d'administration constitué uniquement de personnalités qualifiées et contrebalançant de fait le pouvoir des médecins généralistes.

---

<sup>10</sup> Il est à cet égard intéressant de noter que ces deux articles qui soulignent la succession rapide de réformes au Royaume-Uni et leur relativement bonne acceptation par les professionnels, sont des articles issus de revues étrangères, l'une australienne et l'autre française.

L'organisation du système en 2003 :



(schéma élaboré par nos soins)

Cette concentration des organisations de soins primaires se double de celle des autorités sanitaires qui depuis avril 2002 sont au nombre de 20 et sont désignées sous le vocable de *Strategic Health Authorities* (SHAs), soulignant encore leur repositionnement vers des missions stratégiques d'orientation générale et de management de la performance par la mise en place et le suivi notamment d'une batterie d'indicateurs communs à tous les trusts, hospitaliers ou de soins primaires.

#### Encadré 4 : Le financement du système

La dépense totale de santé est déterminée par le biais d'un vaste processus de négociation tripartite entre le ministère de la santé (DoH), le Trésor (*HM Treasury*), et les autres ministères de dépenses publiques (éducation, logement,...). Une enveloppe fermée est alors déterminée pour les soins secondaires, les soins tertiaires et les prescriptions pharmaceutiques. Le paiement des services des GPs n'est pas encadré (cf. encadré 6, *infra*).

Ces enveloppes sont ensuite allouées du ministère vers les SHAs selon une formule de capitation ajustée au risque qui suit une méthode sophistiquée : le *Resource Allocation Working Party* (RAWP). Les critères sont multiples et fonction du type de soins (aigus, psychiatriques,...). A titre d'exemple, l'allocation des ressources pour les soins aigus prend en compte le taux de mortalité standardisé des moins de 75 ans, le nombre de retraités vivant seuls, la proportion d'enfants dans des ménages monoparentaux, le taux de chômage, le taux de prévalence de maladies de longue durée à âge et sexe donnés des moins de 75 ans.

Une part de ces enveloppes sera conservée par le NHS qui réalise le versement (« *top sliced funds* »), pour financer la recherche et certains soins très spécialisés.

Des SHAs vers les PCTs, l'allocation est réalisée selon une formule de capitation ajustée au risque, qui suit des modalités plus frustes (âge, sexe, prix relatif des soins). Des contraintes techniques (population de référence trop limitée et mal connue)

empêchent l'utilisation de méthodes plus raffinées. La reconfiguration des HAs en SHAs devrait permettre de dépasser la plupart de ces contraintes et d'utiliser les mêmes principes d'allocation qu'entre le ministère et les SHAs.

De même les SHAs, ne distribueront pas l'ensemble de l'enveloppe qui leur aura été versée, afin de financer son activité propre et la couverture des dépassements de budget des PCTs, s'ils sont justifiés.

(encadré notamment inspiré de MAJEED & MALCOLM, 1999, et MOUSQUES & PARIS, 2002)

Ces dernières réformes sont à replacer dans le contexte de l'engagement fortement médiatisé fait par le gouvernement BLAIR de s'attaquer à deux problèmes majeurs du NHS : les listes d'attente (cf. : annexe 4, temps indicatifs d'attente à l'hôpital universitaire de Belfast) et les inégalités géographiques de santé, connues sous le nom de *post code lottery*<sup>11</sup>.

La santé apparaît alors d'autant plus comme un enjeu majeur du débat politique d'outre-Manche, que sur le plan de l'état de santé, le Royaume-Uni occupe une position moyenne, ses indicateurs étant même souvent inférieurs à ceux observés dans les autres pays de l'Union Européenne. Ainsi, selon des chiffres de la base éco-Santé de l'OCDE

---

<sup>11</sup> Littéralement la loterie du code postal, l'expression de *post code lottery* désigne les fortes inégalités géographiques qui existent au Royaume-Uni. Celles-ci, qui ne se réduisent pas aux seules inégalités sociales entre zones géographiques, traduisent notamment les inégalités d'accès aux soins, d'autant plus fortes que le patient n'a pas le choix de son médecin.

(cités dans CHAMBARETAUD & LEQUET-SLAMA, 2002), le Royaume-Uni enregistre en termes de mortalité infantile des résultats plutôt médiocres avec 5,9 décès pour mille naissances contre 5,2 en moyenne dans l'Union Européenne. De même, si l'espérance de vie à la naissance y est assez proche de la moyenne européenne, l'écart est nettement plus marqué en ce qui concerne l'espérance de vie à 65 ans, notamment pour les femmes (elle est de 18,5 au Royaume-Uni contre 19,2 en moyenne).

Ces différentes réformes du NHS ont fait l'objet de nombreuses études et évaluations. Si l'efficacité technique du *managed care* semble être acquise (cf. : articles de MILLER & LUFT, 1997, 2001), il en ressort des constats ambigus voire contradictoires pour la réforme britannique du marché interne. Julian LE GRAND (1999) considère ainsi que le marché interne a abouti lors de sa première année à de fortes hausses en terme d'efficience et que celle-ci a ensuite décliné fortement pour atteindre des valeurs négatives à partir de 1997. Cependant les évaluations de cette réforme considèrent en général que le système du Fundholding a eu un effet positif sur les files d'attente et le service rendu par les hôpitaux (cf. : PROPPER *et al.*, déjà cité). De même, l'instauration des groupes de médecins gestionnaires de budget a eu un effet positif sur la maîtrise de l'enveloppe des prescriptions médicamenteuses (ASHWORTH *et al.*, 2002).

Les évaluations des réformes BLAIR des années récentes ne sont qu'à un premier stade tant les évolutions sont nombreuses et encore en cours. Si elles n'ont pas encore pu confirmer ou infirmer l'efficacité technique des PCGs/PCTs, elles ont pu en revanche déterminer les pistes d'amélioration de la procédure de *commissioning* (SMITH & GOODWIN, 2002).

#### Encadré 5 : un exemple de *primary care organisation*,

##### Le Sutton & Merton Primary Care Trust

Le S&MPCT est né en 2002 de la fusion d'un PCT et de deux PCGs. Couvrant les populations de deux villes de la banlieue sud-est de Londres, Merton et Sutton, le S&MPCT fournit ses services à 375 000 habitants. Les populations couvertes ont des besoins assez hétérogènes entre la localité de Merton plutôt habitée par une population âgée et aisée, et la localité de Sutton caractérisée par une population plutôt jeune et défavorisée.

Il regroupe 58 cabinets de généralistes pour 185 médecins et emploie environ 1500 personnes pour l'administration et la production de soins primaires et communautaires.

Son budget pour 2002/2003 est de 290 M de £ (environ 442 M d'€) censés couvrir la production de soins primaires et communautaires et l'achat de soins secondaires et tertiaires. Le budget pour l'achat des soins aigus et psychiatriques représente 72% de ce

budget en 2002/2003.

Le S&MPCT signe actuellement des contrats avec 35 *NHS trusts*. Ces contrats sont généralement d'un an ou de trois ans avec des avenants annuels.

Le S&MPCT est par ailleurs l'acheteur de référence (*lead commissioner*) pour trois hôpitaux de sa circonscription, le Royal Morsten Hospital, St-Georges Healthcare NHS Trust et Epsom & St-Helier NHS Trust. Ce rôle d'acheteur de référence lui impose un travail en collaboration avec ces hôpitaux pour définir des normes de qualité que les autres PCTs contractants s'engagent à accepter.

## **1 PREMIERE PARTIE :**

# **DOUBLE RELATION D'AGENCE EN MEDECINE GENERALE ET ACHAT DE SOINS**

### **1.1 Le médecin généraliste, agent du patient et des pouvoirs publics**

L'article de K. ARROW de 1963 fait pour de nombreux économistes de la santé figure d'article fondateur de leur discipline (ROCHAIX, 1997). Par l'introduction du concept de *moral hazard* (souvent traduit en Français par les expressions de risque moral ou d'aléa moral) tiré de l'économie de l'assurance, K. ARROW attire l'attention sur la double incertitude qui règne dans le domaine de la santé, incertitude quant à la maladie et quant à l'efficacité des soins.

La prise en considération des asymétries d'information et de l'incertitude dans la relation de soin fonde la spécificité du « bien santé » en soulignant la complexité et la subjectivité de l'activité médicale. Cette prise en compte, née avec l'article de référence d'ARROW et développée de façon plus systématique à partir des années 1980, débouche sur une nouvelle perspective économique en rupture avec le paradigme standard. Il ne s'agit plus en effet, comme avait tenté de le faire un premier courant d'économistes de la santé de rechercher les conditions qui conduisent sur le marché des soins à l'équilibre entre offre et demande de soins en tentant d'identifier la demande de santé (cf. : GROSSMAN, 1972) ou l'offre de soins (cf. : RICE, 1966). Ce second courant, à la suite des travaux fondateurs d'AKERLOF (1970) et de ROTHSCHILD & STIGLITZ (1977), effectuera un renversement de perspective, de la marchandise à la transaction, d'une coordination externe des comportements par le marché à une coordination par l'établissement de contrats entre les acteurs. Ce nouveau cadre théorique utilisant notamment la théorie des contrats s'est d'abord développé dans une approche normative qui recouvre la théorie de l'agence. L'objectif devient alors de mieux comprendre les stratégies des acteurs du système de santé et de trouver le contrat optimal en situation d'asymétrie informationnelle pour atteindre un équilibre de second rang.

L'analyse des relations entre les différents acteurs du système de santé (pouvoirs publics, médecins, patients-consommateurs) au regard de ce cadre théorique fera l'objet de cette partie.

### 1.1.1 Rappel sur le cadre de la théorie de l'agence

#### A) Cadre général du modèle principal-agent<sup>4</sup>

Dans le cadre de la théorie normative des contrats, la définition d'une relation d'agence conduit à identifier et à distinguer le *principal* de l'*agent*.

On peut brièvement définir l'agent comme la partie détentrice d'une information que l'autre partie de la relation bilatérale, le principal, ne détient pas. Le principal est, quant à lui, détenteur d'un pouvoir de définition des termes du contrat et donc d'un pouvoir décisionnel qu'il pourra déléguer à l'agent afin de l'inciter à révéler cette information. Il faut tout de suite noter que dans les modèles de type principal-agent, une réelle autonomie est concédée aux acteurs, qui construisent intentionnellement les termes de leur relation.

---

<sup>4</sup> Les termes de « principal » et d' « agent » sont des traductions littérales de l'Anglais, qui sont cependant restés dans la littérature économique française et auxquels sont préférés parfois les notions de « mandant » et de « mandataire ».

On parlera ainsi de relation d'agence quand la partie désignée comme agent agira soit de la part, soit comme représentant du principal. La relation d'agence sera qualifiée de parfaite lorsque l'action de l'agent peut être parfaitement observée par le principal et qu'aucune autre information privée ne peut être cachée. A cet égard, il faut souligner deux conditions à l'émergence d'un problème d'agence dans un contexte d'incertitude. Il faut certes qu'existe une asymétrie d'information, mais il faut ensuite qu'existe une divergence d'intérêts entre les parties. En effet, dans une situation d'asymétrie d'information où il y aurait une convergence d'intérêts des deux parties de la relation, une solution de premier ordre est possible, dans la mesure où l'agent agira dans le sens souhaité par le principal. De même, dans le cas d'une relation où les intérêts des parties divergeraient mais où il n'y aurait pas d'asymétrie d'information, une solution optimale est possible, puisque le principal est capable de contrôler si l'agent se comporte de manière opportuniste.

Dans ce contexte d'incertitude avec asymétrie d'information et divergence d'intérêts entre les parties, le problème de la relation d'agence se résumera alors à la simple recherche du partage optimal des risques en fonction des stratégies de chacun et de la nature du risque encouru. Etant donné son pouvoir de définition des termes du contrat, le but du principal sera donc de proposer à l'agent un contrat acceptable et qui satisfasse sa fonction-objectif, c'est-à-dire se réapproprier à moindre coût l'information ou inciter l'agent à lui-même révéler la véritable information. En situation d'asymétrie d'information, le contrat doit alors vérifier des contraintes d'incitation (cf. : SALANIE *in* CAPUL, 1995). De fait, ces contraintes auront un coût et elles imposeront un équilibre de second rang. D'autre part, l'agent étant supposé par hypothèse avoir une aversion pour le risque supérieure à celle du principal, ces contraintes le protégeront en l'assurant contre

les risques pouvant survenir et en interdisant au principal de s'approprier tout le surplus de la collaboration.. La théorie économique qualifie ce surplus de rente. Le contrat réalisera donc un arbitrage entre partage des risques, et donc abandon d'une rente à l'agent, et efficacité de la relation par la mise en place d'un système d'incitations poussant l'agent à révéler son information cachée.

## B) Des situations-types du modèle principal-agent

La théorie distingue ainsi généralement trois situations particulières qui donnent lieu à des problèmes d'agence :

### ➤ les situations de « risque moral »:

Cette expression désigne les situations d'agence qui naissent de l'existence même d'un contrat. On considère donc qu'il s'agit de situations *ex post*, puisqu'elles apparaissent après la signature du contrat<sup>5</sup>.

Ces situations surviennent lorsque le comportement ou l'effort de l'agent à satisfaire l'intérêt du principal n'est pas observable par celui-ci. La possibilité pour l'une des parties de recourir à des actions cachées, l'autre en subissant les conséquences,

---

<sup>5</sup> Cependant on parle parfois en matière de santé de risque moral *ex ante* pour désigner la propension d'un individu à relâcher sa vigilance parce qu'il est assuré, opposé au risque moral *ex post* désignant quant à lui, la propension des assurés, une fois le sinistre advenu, à consommer davantage de soins médicaux que leur état ne le justifierait.

représente une situation sous-optimale susceptible d'être à l'origine d'une relation d'agence. De façon générale, il y a risque moral lorsqu'une des parties d'un contrat peut agir de façon à léser l'autre partie, soit parce que celle-ci est moins bien informée, soit parce que le contrat est incomplet, ne prenant pas en compte tous les états du monde. Il est à noter que l'asymétrie d'information ne suffit pas à susciter un problème de risque moral, il faut en outre que cette information inobservable, l'« effort » de l'agent, ne puisse pas être directement inférée du résultat final. Le résultat ne constitue qu'un signal de la qualité du travail fourni (des éléments extérieurs, non maîtrisables par l'agent, peuvent influencer ce résultat).

Les principales applications de la théorie de l'agence à des situations de risque moral concernent le marché du travail où les contrats incomplets en contexte d'incertitude permettent difficilement à l'employeur de contrôler le niveau d'effort de l'employé, ainsi que le marché de l'assurance où la probabilité d'occurrence du risque assuré (maladie, accident ou sinistre) dépend du comportement de prévention et d'autoprotection de l'assuré, inobservable par l'assureur (cf. : ARROW, 1963).

➤ Les situations de «sélection adverse »<sup>6</sup> :

Ce terme vient du vocabulaire des assurances pour désigner le fait que les individus à haut risque ont tendance à s'assurer plus que les autres, de sorte qu'une

---

<sup>6</sup> Comme les termes de «risque moral », de « principal » ou d'« agent », celui de « sélection adverse » est une traduction littérale de l'Anglais qui, bien qu'impropre, est restée dans la littérature économique française, où l'on trouve aussi les expressions d'« autosélection » ou d'« antisélection ».

sélection s'opère parmi les assurés, mais dans un sens défavorable à l'assureur qui en vient à sélectionner une population la moins favorable à ses objectifs.

La notion de sélection adverse désigne plus généralement les situations où l'agent détient une information inconnue du principal : information quant au coût de la production dont la gestion lui a été confiée, information quant à la qualité des services qu'il fournit, information quant au risque personnel qu'il encourt... Cette information privée est généralement appelée « caractéristique » ou « type ».

Il peut être dans l'intérêt de l'agent de cacher cette information ou de la manipuler. De fait, cette situation est source d'un problème d'agence et d'un optimum de second ordre, voire d'absence d'équilibre (cf. : l'exemple canonique du marché des voitures d'occasion *in* AKERLOF, 1970).

Comme les situations de risque moral, les situations de sélection adverse surviennent en présence d'asymétrie d'information dans un contexte d'incertitude où des éléments extérieurs non maîtrisables par l'agent peuvent modifier le résultat du contrat. Les situations de sélection adverse se distinguent cependant de celles de risque moral par la nature de l'information cachée, qui relève du comportement de l'agent pour le risque moral et des caractéristiques de celui-ci pour la sélection adverse.

Les principales applications de la théorie de l'agence à des situations de sélection adverse concernent les marchés de l'assurance, du travail, du crédit et toutes les situations de qualité cachée, non révélée ou inobservable comme dans les activités de services.

➤ Les situations de « passager clandestin » :

Cette notion recouvre les situations pour lesquelles les préférences individuelles de l'agent constituent l'information cachée et prennent alors une dimension stratégique puisqu'elles sont sujettes à manipulation. Cette non-révélation des préférences induit l'asymétrie d'information caractéristique de la relation d'agence quand elle survient dans un contexte d'incertitude. Ce phénomène est cependant plus souvent traité par la théorie des jeux et celle des choix sociaux que par celle de l'agence, dans la mesure où l'allocation individuelle et collective qui résulte d'un phénomène de passager clandestin dépend de l'interdépendance des actions et des choix de chacun.

Après avoir rappelé le cadre théorique de l'agence, il convient maintenant d'étudier sa pertinence dans le domaine de la santé, et plus particulièrement à travers les relations entretenues par les médecins généralistes avec les pouvoirs publics d'une part, et avec les patients d'autre part. Nous n'introduisons que dans un deuxième temps l'acteur acheteur de soins, c'est-à-dire dans notre étude les *primary care organisations*, dans la mesure où cet acteur est déjà une réponse au double problème d'agence rencontré par les professionnels de soins primaires.

### 1.1.2 Application de la théorie de l'agence au domaine de la santé<sup>7</sup>

La théorie de l'agence a connu en économie de la santé un retentissement remarquable, au point de faire figure aujourd'hui de cadre de référence de cette discipline. Il faut en effet noter que le domaine de la santé est caractérisé à la fois par un contexte d'incertitude, des divergences au niveau des objectifs des différents acteurs des situations et des asymétries d'information entre médecins d'une part et pouvoirs publics et patients d'autre part.

#### A) l'incertitude<sup>8</sup> dans le domaine de la santé

Cette incertitude concerne avant tout l'occurrence de la maladie ou de l'accident ; car si l'occurrence de la maladie n'est pas toujours aléatoire et qu'une partie de la

---

<sup>7</sup> Cette partie s'est notamment inspirée de l'ouvrage de S. BEJEAN (1994)

<sup>8</sup> Pour définir l'incertitude, nous reprendrons la désormais traditionnelle définition de F. H. KNIGHT (1921) qui distingue le risque comme événement identifiable et probabilisable de l'incertitude pour laquelle on ne peut pas dresser la liste de toutes les éventualités. Cependant on ne peut qu'inciter le lecteur à lire l'article de P. ABECASSIS (*in* BEJEAN, PEYRON, 2002) concernant les limites d'une telle définition en matière médicale.

médecine devient prédictive, il reste néanmoins que l'individu est généralement placé devant cette incertitude<sup>9</sup>, que ce soit de la maladie ou encore plus de l'accident.

Mais en plus de cette incertitude fondamentale que l'on peut qualifier d'événementielle, il existe une seconde forme d'incertitude inhérente au savoir médical. La médecine, si elle n'est plus complètement un art, n'en est pas encore une science exacte. Et Claude LE PEN (1999), s'il parle de « médecin-ingénieur », reconnaît dans le même temps que ce nouveau modèle reste encore sous bien des aspects un cadre théorique et que l'avènement du médecin ingénieur ne fait pas de la médecine une science exacte.

En effet, le diagnostic du médecin reste incertain, car à une conjonction de symptômes peut se rapporter plusieurs diagnostics différents. Cette incertitude peut être réduite par le recours à des actes techniques d'aide au diagnostic tels que des examens complémentaires, mais ceux-ci ont un coût et posent parfois des problèmes d'accès. D'autre part, ils n'assurent pas nécessairement d'un diagnostic certain. Ensuite l'incertitude inhérente au savoir médical réside aussi dans l'efficacité des traitements et prescriptions. Or celle-ci est soumise à l'état des connaissances médicales et techniques et conserve un caractère complètement aléatoire selon les patients : on parle à cet égard d'« aléa thérapeutique<sup>10</sup> ».

---

<sup>9</sup> Il est à noter que cette incertitude individuelle quant à l'occurrence de la maladie devient souvent un risque au niveau collectif, puisque la maladie devient alors identifiable et probabilisable.

<sup>10</sup> L'indemnisation en France depuis la loi du 4 mars 2002 de l'aléa thérapeutique par un fonds national à cet effet, témoigne de cette incertitude de l'acte médical et de l'impossibilité d'imputer la responsabilité du résultat au médecin.

Enfin, Sophie BEJEAN (1994) relève une dernière forme d'incertitude relative à l'inégale répartition de l'information. Le patient, profane quant au savoir médical, est aussi ignorant des caractéristiques de l'offre et de la qualité des soins. De fait, « ses décisions de consommation médicale s'effectuent dans un contexte incertain où la rationalité<sup>11</sup> de ses choix est limitée par l'information dont il dispose ». Cette dernière forme d'incertitude est néanmoins à nuancer dans le cas britannique, puisque chaque patient est inscrit sur la liste d'un médecin généraliste (GP) qui l'adresse au spécialiste ou à l'hôpital qu'il estime nécessaire.

Première caractéristique d'une relation d'agence, l'incertitude se cumule en matière de santé à une divergence d'intérêts des différents acteurs.

## B) la divergence d'intérêts entre les acteurs

---

<sup>11</sup> La question de la nature de la rationalité, si elle est essentielle, ne sera pas traitée dans ce mémoire. La théorie de l'agence s'appuie en effet sur une hypothèse de rationalité substantielle peu crédible en matière médicale. Néanmoins, nous ne la remettons pas en cause pour pouvoir continuer l'analyse. Concernant le débat sur la nature de la rationalité, le lecteur pourra cependant se reporter avec intérêt aux articles de BEJEAN, MIDY, PEYRON (2001) et de MIDY, PICARD (*in* BEJEAN, PEYRON, 2002).

Il apparaît clairement que les acteurs des relations médecins – pouvoirs publics et médecins – patients n'ont pas les mêmes fonctions- objectifs.

L'objectif du patient va être de restaurer ou d'améliorer son capital santé. Pour ce faire il va demander des soins, et ce quel que soit le prix : dans un système gratuit comme le système britannique, le prix n'est pas une variable de calcul de l'utilité du patient. De plus, les expériences de ticket modérateur ont souvent révélé une faible élasticité-prix de la demande de soins, comme on a pu l'observer en France.

La fonction-objectif des pouvoirs publics va être caractérisée par le concept de solidarité nationale (ROCHAIX, 1987) au nom duquel ils vont opérer un partage des risques entre malades et bien-portants (solidarité horizontale) et dans le cas britannique entre niveaux de revenus par le financement par l'impôt (solidarité verticale). Les pouvoirs publics vont donc représenter l'intérêt collectif.

La définition de la fonction-objectif du médecin généraliste va être quant à elle plus complexe et fait encore aujourd'hui objet de débat. Comme le souligne L. ROCHAIX (1987), ses objectifs sont multiples et sont façonnés par le cadre institutionnel dans lequel le médecin exerce. Ainsi, en complément du couple revenu-loisirs de la théorie micro-économique standard, certains auteurs ont rajouté un argument d'éthique (MURRAY, 1974, RICHARDSON, 1981, cité dans L. ROCHAIX, 1997) dans la fonction d'utilité, ainsi qu'un argument de prestige (DIONNE & A. P. CONTRANDIOPOULOS, 1984, cité dans L. ROCHAIX, 1997). Une étude sur les généralistes en Norvège (KRISTIANSEN & HOLTEDHAL, 1993, cité dans GRIGNON, PARIS, POLTON, 2002) étudiant les effets d'une variation de leur mode de rémunération sur leur revenu, arrive même à la conclusion que le médecin reste plus motivé par le besoin sanitaire de son patient que par son revenu. Si ce résultat confirme l'assertion de L. ROCHAIX (1987), selon laquelle la fonction-objectif du médecin dépend du cadre institutionnel dans lequel celui-ci exerce, il reste néanmoins peu commun et la littérature retient généralement le revenu cible comme argument principal de la fonction-objectif (particulièrement mis en évidence dans le cadre de la théorie de la demande induite de R. EVANS, 1974).

La prise en compte de l'incertitude et de la divergence d'intérêts peut mener à une situation non-optimale s'il existe de plus une asymétrie d'information entre les parties.

### C) les asymétries d'information dans le domaine de la santé

Ces asymétries d'information sont de plusieurs ordres et caractérisent toutes les relations entre les acteurs : médecins-patients, médecins-tutelle, médecins-assurance. On retrouve en effet dans le domaine des soins médicaux, les trois situations décrites plus haut : risque moral, sélection adverse et passager clandestin.

Dans le cas britannique, il faut cependant noter que le système étant « gratuit à l'entrée » et financé par l'impôt, il n'existe pas de fonction d'assurance sociale. Les assurances complémentaires, si elles existent, sont minoritaires et réservées aux plus hauts revenus du fait de leur coût. Ces assurances complémentaires travaillent avec l'offre privée de soins qui représente environ 15% des dépenses de santé (sources : OCDE, 2001 *in* European Observatory on Health Care Systems, 2002). D'autre part, outre cette offre privée parallèle réservée aux plus hauts revenus, les médecins généralistes (GPs) sont aussi des acteurs indépendants du NHS. A la différence des médecins spécialistes, des infirmiers ou des professions para-médicales, les GPs sont financés par le NHS mais n'en sont pas salariés (cf. : encadré 6, le mode de rémunération des GPs). Il y a donc, outre l'offre privée, les généralistes d'une part, et le NHS intégré au ministère (cf. : schémas *in* chapitre liminaire) d'autre part.

Nous étudierons donc dans un premier temps les situations d'asymétrie d'information entre médecins généralistes et pouvoirs publics, à la fois tutelle et financeur, puis celles entre médecins généralistes et patients.

➤ la relation GP - pouvoirs publics (NHS – DoH) :

On peut parler de relation d'agence pour qualifier cette relation puisque le médecin agira en représentant des pouvoirs publics qui financeront la prise en charge médicale. Les pouvoirs publics vont en effet financer la dépense ordonnée par le médecin. Or le GP est le principal ordonnateur des dépenses de santé, puisque dans son rôle de *gatekeeper*, il décide du recours et de l'adressage (*referral*) aux médecins spécialistes, du recours au système hospitalier, de la prescription de produits pharmaceutiques et de l'utilisation d'actes techniques et spécialisés, notamment d'aide au diagnostic. A titre d'exemple, L. ROCHAIX (1987) estime pour la situation française, que le médecin généraliste participe à l'allocation d'environ 70% des ressources du secteur de santé. Dans l'exemple britannique, un document du ministère nord-irlandais impute aux professionnels de soins primaires jusqu'à 90% des dépenses, que le soin ait été fourni ou adressé par eux (Department of Health, Social Services & Public Safety, 2000). Dès lors, les asymétries d'information qui peuvent exister entre médecins généralistes et pouvoirs publics prennent une importance primordiale en vue de la définition du contrat optimal et du mode de contrôle des généralistes.

Ce contrôle est néanmoins rendu difficile par le caractère incertain de l'occurrence de la maladie et par la subjectivité d'appréciation de la gravité de celle-ci. A cela s'ajoutent les asymétries d'information qui sont de plusieurs ordres et qui impliquent à la fois des situations de risque moral et des situations de sélection adverse.

Les pouvoirs publics sont en effet dans une situation où ils connaissent mal, à la différence du médecin généraliste, les caractéristiques de la patientèle. Cette asymétrie

d'information est renforcée dans le cas britannique par le fait que les GPs ont une liste nominative de patients et que ces patients ne peuvent changer de médecin qu'une fois l'an. Or le profil de cette clientèle va conditionner le niveau et la structure de activité du médecin. Cette difficulté d'observabilité des caractéristiques de la clientèle est à l'origine d'un phénomène de sélection adverse entre le médecin et les pouvoirs publics, puisqu'on peut assimiler la connaissance de la patientèle par le médecin généraliste à une de ces caractéristiques.

D'autre part, les pouvoirs publics ne peuvent pas contrôler ni observer le comportement du médecin dans son « colloque singulier » avec le patient. Cette inobservabilité de l'« effort » du médecin généraliste par les pouvoirs publics, associée à l'impossibilité d'inférer cet « effort » du résultat de l'activité médicale, est génératrice d'une situation de risque moral qui s'ajoute à celle de sélection adverse et qui laisse toute liberté au médecin généraliste d'adopter un comportement stratégique, dans la mesure où les pouvoirs publics sont dans l'incapacité d'évaluer le bien-fondé de son activité.

➤ la relation GP – patient :

K. J. ARROW (*in* PRATT & ZECKHAUSER, 1985), dans une introduction générale à la théorie principal-agent, fait de cette relation médecin-patient l'idéal-type d'une relation d'agence. C'est que cette relation est caractérisée par une situation d'asymétrie d'information dans un contexte d'incertitude, avec risque moral et sélection adverse.

En effet, le patient délègue son pouvoir décisionnel au médecin, expert détenteur du savoir médical. Cette expertise sanctionnée par un diplôme de docteur en médecine ne permet pas cependant d'appréhender complètement la qualité des services rendus par le généraliste, c'est-à-dire leur adéquation aux besoins du patient, ; cette qualité dépendra notamment des efforts consentis par le médecin en matière de formation continue. De fait, cette asymétrie d'information en faveur du médecin peut-être à l'origine d'un effet de sélection adverse.

Ensuite, le comportement du médecin et son « effort » sont des données inobservables pour le patient. Cette inobservabilité est accrue par la complexité de l'activité médicale : celle-ci s'étend de l'identification de l'état de santé du patient ou de la sévérité de la maladie et la révélation des besoins du patient en matière de santé (phase du diagnostic) à la connaissance de la pertinence et de la toxicité du traitement, en passant par la décision de consommation en lieu et place du patient, les conseils et informations quant aux caractéristiques du système de soins... Tâches auxquelles sont associées des actions que le patient ne peut observer et résultat de l'activité médicale qui ne constitue qu'un signal de la qualité du travail effectué, constituent l'asymétrie d'information et le contexte d'incertitude susceptibles d'être à l'origine de situation de risque moral.

Ce risque moral et cette sélection adverse font de la relation médecin généraliste – patient une relation d’agence dans laquelle l’agent, en l’occurrence le médecin généraliste, est incité à adopter un comportement stratégique de manipulation de l’information qu’il détient.

Contexte d’incertitude, divergence d’intérêts entre les différents acteurs, asymétrie d’information entre GPs et pouvoirs publics d’une part et GPs et patients d’autre part, les conditions d’un problème d’agence sont toutes réunies dans le domaine de la santé. A la suite de la théorie normative des contrats, il convient à présent de voir quel contrat la théorie prédit pour chaque relation d’agence et le confronter à la réalité de l’expérience britannique.

Etudier le contrat élaboré par le principal et l’agent pour optimiser ce problème d’agence, c’est faire face à une première limite de l’application du modèle principal-agent à l’analyse des médecins généralistes. En effet, selon ce modèle, le principal, en l’occurrence le patient si on considère la relation patient – médecin généraliste, va définir avec l’agent, les termes d’un contrat dans lequel il délèguera sa décision afin que le médecin réalise en son nom une tâche définie *a priori*, la gestion de son capital santé. Or dans la majorité des systèmes de santé, le contrat n’est pas défini entre le patient et son médecin, ni même entre le médecin et la caisse d’assurance maladie, mais entre l’Etat et les syndicats nationaux de médecins<sup>12</sup>. C’est le cas en France où les trois principales

---

<sup>12</sup> Cette distinction du mode de rémunération des médecins généralistes face au cadre théorique soulève un second point de débat quant à l’application du modèle principal-agent en matière

caisses nationales d'assurance maladie (CNAMTS, CANAM, MSA) et les syndicats représentatifs des médecins généralistes et spécialistes négocient une convention que l'Etat approuve en dernier ressort. Il en est de même au Royaume-Uni, où la procédure est assez proche, avec une négociation entre le très puissant syndicat de médecins, la *British Medical Association* (BMA) et le Ministère de la Santé (DoH) associé au NHS, convention qui est ensuite approuvée par les médecins de chaque nation avec une possibilité d'adaptation selon le contexte.

Ce contrat signé au niveau national ne rend pas compte de la complexité du problème d'agence, soulevée plus haut. Paiement à l'acte dans l'exemple français, formule mixte associant un paiement forfaitaire à la capitation et un paiement à l'acte au Royaume-Uni, ces modes de rémunération font montre d'une simplicité, qui contraste

---

médical, celui de l'autonomie réelle du patient. Ce modèle met en présence deux parties désireuses de contracter et qui construisent intentionnellement les termes de leur relation, postulant ainsi l'autonomie du patient. On peut néanmoins se demander si l'ignorance du patient ne dépasse pas la simple asymétrie d'information, remettant de fait en cause l'hypothèse d'une rationalité maximisatrice. C'est en tout cas l'hypothèse faite par un courant de l'économie de la santé à la suite de l'article de R. EVANS (1974), postulant une demande de soins médicaux induite par l'offre et un pouvoir discrétionnaire du médecin. Pour le citer, nous ne rentrons pas dans ce débat, qui rejoint celui de la nature de la rationalité, puisque l'hypothèse d'absence d'autonomie du patient face au pouvoir discrétionnaire du médecin justifie l'établissement du contrat au niveau national et non plus lors du « colloque singulier ». Dès lors, cette conception qui gagne en réalisme, impose également d'étudier le contrat négocié au niveau national.

avec la sophistication des contrats prédits par une application de la théorie principal-agent à la complexité du problème d'agence en matière médicale<sup>13</sup>.

Cette distinction posée, l'étude du contrat va nous amener à traiter la question, jusqu'à présent peu traitée, du mode de rémunération des médecins généralistes et de son lien avec cette double relation d'agence qui fait du GP l'agent à la fois du patient et des pouvoirs publics.

## **1.2 Quel contrat pour le *General Practitioner* ?**

Le contrat dans une relation d'agence cherche à arbitrer entre deux objectifs : celui de l'agent qui cherche à se prémunir du risque, du fait de son aversion et contre laquelle le principal va lui abandonner une partie de la rente de la collaboration, et celui du principal qui cherche à maximiser sa fonction d'utilité par la mise en place d'un système d'incitations. Ces incitations, généralement financières et parfois sanitaires, posent alors la question du mode de rémunération de l'agent. La forme que va prendre cette rémunération va être déterminé par le contrat qui, nous l'avons vu, est dans la pratique signé au niveau national et non entre le principal et les différents agents.

---

<sup>13</sup> Il convient de souligner que ce fait stylisé n'est pas particulier à la santé (ROCHAIX, 1997)

## 1.2.1 Rémunération directe des GPs et relations d'agence

### A) les formes-types de la rémunération directe des médecins généralistes

Il est d'usage de distinguer trois grands modes de rémunération des médecins généralistes, selon une échelle de forfaitisation croissante : le paiement à l'acte, la capitation et le salariat (cf. : GRIGNON, PARIS, POLTON, 2002).

#### ➤ le paiement à l'acte :

Il représente sur cette échelle la rémunération la moins forfaitaire, puisque la plus décomposée, de l'activité médicale. C'est le mode de rémunération utilisé en France pour les médecins généralistes en ville, exception faite de l'expérience des médecins-référents et de quelques médecins salariés par des associations et des institutions. Malgré tout, dans l'exemple français, il s'agit encore d'un forfait. Que la consultation soit courte ou longue, qu'elle nécessite un examen clinique ou le simple renouvellement d'ordonnance, elle relèvera de la même lettre-clé dans la nomenclature de la Sécurité Sociale. En cela, on peut considérer que le paiement à l'acte reste une rétribution forfaitaire.

#### ➤ la capitation :

Ce second mode de rémunération représente un degré de forfaitisation supplémentaire, puisque le médecin est rémunéré de la même manière pour un patient quelle que soit la quantité de services qu'il lui fournit. Le revenu du médecin ne varie alors qu'en fonction du nombre de malades pris en charge. Ce mode de rémunération est souvent associé à l'exemple britannique, en partie à tort, puisque dans le cas britannique, on a une formule mixte comprenant pour moitié une rémunération à la capitation, et pour une autre moitié un paiement à l'acte et à la performance (cf. : encadré 6, le mode de rémunération des GPs).

#### ➤ le salariat :

Le troisième mode enfin de rémunération correspond à la situation extrême du paiement forfaitaire. Le revenu du médecin généraliste est alors invariant quelle que soit son activité, qu'il s'agisse du nombre de patients soignés ou de la quantité de services fournis par patient. Cette formule se développe actuellement au Royaume-Uni, à travers les contrats de type PMS (*personal medical services*), permettant à des PCTs d'employer des généralistes à des tâches de santé publique ou de coordination sanitaire. Ce développement suit l'évolution des mentalités concernant la fonction de médecin

généraliste, désormais conçue par les jeunes générations comme un métier « comme les autres », devant permettre de concilier vies professionnelle et familiale.

Ces trois modes de rémunération types sont en pratique souvent associés, comme en témoigne l'exemple britannique. Il est à noter dans cet exemple que 65% de la rémunération directe moyenne des GPs est indépendante du service (rémunération de type forfaitaire) et que paiement à l'acte et rémunération à la capitation sont associés à une autre forme de rémunération qui ne s'inscrit pas dans cette échelle de forfaitisation, le paiement à la performance (*target payment*).

#### Encadré 6 : le mode de rémunération des GPs

La rémunération des GPs est définie au niveau national par convention entre la BMA et le *NHS Management Executive*. Elle est encore versée par les autorités sanitaires (HAs) en Irlande du Nord et dorénavant par les PCTs d'affiliation en Angleterre.

La rémunération actuelle se compose de plusieurs enveloppes (cf. : Annexe 2, fiche de paie d'un médecin généraliste).

La première enveloppe comprend une allocation de base destinée à couvrir les frais de fonctionnement généraux (*general medical services*), soit les locaux, le matériel informatique et les personnels employés par le cabinet (secrétaires médicales, infirmiers...). Cette allocation prend la forme d'un forfait par patient, dégressif en fonction du nombre de patients. Une allocation supplémentaire compense les surcoûts liés à l'exercice en région rurale. Des majorations sont également versées en fonction niveau d'étude du médecin (*postgraduate education allowance*) et de son expérience acquise (*seniority payment*). Cette enveloppe représente environ 15% de sa rémunération.

Une seconde enveloppe correspond à un paiement à la capitation (*standard capitation fees*), fonction du nombre de patients inscrits sur la liste du GP et de leur âge (moins de 65 ans, 65 à 74 ans, 75 ans et plus). Les patients des zones défavorisées donnent lieu à une capitation additionnelle à taux variable selon la zone (*deprivation payment*). Cette seconde enveloppe rend compte d'environ 50% du revenu du GP.

Une troisième enveloppe couvre des paiements à l'acte pour différents types de services : gardes de nuit, suivi de la contraception, consultations en urgence pour des patients non inscrits sur la liste, petite chirurgie (*minor operations*), surveillance des jeunes enfants, prise en charge des grossesses. Elle équivaut

à 25% environ de la rémunération des GPs.

La dernière enveloppe enfin correspond à des paiements aux résultats (*target payments*) qui prennent la forme de primes forfaitaires attribuées en fonction de l'implication du médecin en termes de prévention ou de prise en charge des maladies chroniques et calculées selon le résultat (Ex. : taux de couverture vaccinale des enfants de deux ans). Ce paiement à la performance représente environ 10% du revenu du généraliste.

Une nouvelle convention est en cours de négociation et devrait être signée dans le courant de l'été 2003. Le principal reproche fait à l'actuelle convention est de ne pas prendre en compte la qualité du service rendu. La future convention prévoit donc une forme de rémunération fondée sur l'introduction d'indicateurs de qualité.

## B) Incitations et rémunération directe

La forme que prend la rémunération (paiement à l'acte, capitation, salariat) a des effets sur le comportement de l'agent et sur les critères d'évaluation que nous avons retenus en introduction.

Du point de vue de l'efficacité technique et de la maîtrise des coûts, le mode de paiement à l'acte est théoriquement sous-optimal puisque dans le contexte d'incertitude et

d'asymétrie d'information décrit plus haut, le médecin est incité à fournir une quantité de services plus importante que ce qu'aurait souhaité le patient (cf. : GRIGNON, PARIS, POLTON, 2002). En effet, dans une formule de paiement à l'acte, fournir une consultation supplémentaire va apporter un revenu au médecin. Or ni le patient qui délègue sa décision, ni les pouvoirs publics ne sont en mesure d'observer la sévérité de la maladie et l'adéquation du traitement prescrit. Le médecin va donc disposer d'un pouvoir de modifier la demande du patient<sup>14</sup>.

Dans le cas de paiements forfaitaires tels que la capitation et encore plus le salariat, le médecin n'est pas rémunéré en fonction des ressources qu'il engage ni de l'« effort » qu'il peut fournir. Il n'est donc aucunement incité à multiplier les actes et préfère traiter le patient en utilisant le moins possible de ressources pour atteindre une qualité donnée. En termes d'agence, le paiement forfaitaire abandonne une rente à l'agent et l'assure contre le risque mais ne l'incite pas à l'« effort ».

La rémunération forfaitaire semble donc optimale d'un point de vue de la maîtrise des coûts. Or on constate que tous les systèmes sanitaires n'ont pas adopté de telles formules de rémunération de leurs généralistes et que même dans la situation anglaise, les modes de rémunération forfaitaires ne représentent pas la totalité du revenu des

---

<sup>14</sup> Il est à noter que la théorie de la demande induite (EVANS, 1974) est construite sur une hypothèse de rémunération à l'acte. Néanmoins, cette théorie va au-delà du simple pouvoir du médecin à influencer la consommation de soins. En effet, elle pose que dans l'ignorance dans laquelle se trouve le patient, le médecin induit la demande pour répondre à son objectif de revenu cible. Entre pouvoir discrétionnaire et simple pouvoir d'influencer, la différence tient à la nature de l'asymétrie d'information, partielle ou radicale, et à la nature de la rationalité qui en découle.

généralistes mais environ 65%. S'il est certainement des raisons historiques à cette constatation, on peut aussi invoquer la prise en considération des deux autres critères d'évaluation, la qualité et l'équité.

Si le mode forfaitaire de rémunération permet de résoudre le problème de l'augmentation des volumes de soins dispensés par le médecin, et donc de maîtriser les dépenses de santé, il fait en revanche peser le risque que le médecin fournisse trop peu de services (consultations, examens) ou trop peu d'« effort » (consultations plus courtes, moins d'attention). Or le régulateur, en l'occurrence l'autorité sanitaire ou le PCT, a des difficultés pour observer cet effort (cf. : situation de risque moral), malgré la définition de règles de bonnes pratiques (LE PEN, 1999). Nos observations sur le terrain indiquent que les patients sont vus généralement lors de consultations d'une dizaine de minutes pour un rendez-vous pris dans la semaine. Toutefois, ces patients semblent satisfaits d'un tel fonctionnement et semblent beaucoup plus se plaindre des temps d'attente pour les consultations de spécialistes. Ces observations n'ont évidemment pas valeur d'indicateurs de qualité sur le service rendu par le médecin et ne font que confirmer la bonne image générale des GPs au Royaume-Uni.

De plus, la littérature considère généralement que le paiement forfaitaire va faire porter un risque sur l'équité dans l'accès aux soins (cf. : GRIGNON, PARIS, POLTON, 2002). « Si les médecins ont de l'aversion pour les situations incertaines, ils vont refuser de prendre en charge les patients à forte variance de coût *ex ante* », c'est-à-dire les personnes généralement qualifiées de « mauvais risques ». Ce problème connu sous le nom de sélection des risques perd de sa pertinence dans la situation britannique puisque les GPs sont obligés d'accepter un patient sur leur liste, à moins d'avoir dépassé un seuil de clientèle qu'il leur permet de refuser, mais le patient a alors la possibilité de s'inscrire sur la liste d'un autre médecin du cabinet. D'autre part, la formule de capitation utilisée est dite ajustée puisqu'elle prend en considération l'âge ainsi que la zone d'habitation des patients inscrits sur la liste (cf. encadré 6, *supra*). Cependant la formule de capitation ne permet jamais un ajustement parfait de l'enveloppe au risque réel de la population couverte, et le médecin sera donc toujours dans une situation de sélection adverse vis-à-vis de l'autorité sanitaire (HA) ou du PCT qui lui versera son enveloppe budgétaire, du fait de sa meilleure connaissance de l'état de santé de la population qu'il couvre. Or dans la situation britannique où le médecin ne peut pas sélectionner ses patients, il a en revanche la possibilité de manipuler cette information cachée en faisant varier son « effort » selon que le risque soit considéré par lui comme « bon » ou « mauvais ». En effet, producteur de soins, le GP est aussi le *gatekeeper*, la porte d'entrée de tout le système. Dès lors, s'il considère le risque comme mauvais et exigeant un effort plus intense que la moyenne des cas qu'il traite, il aura la possibilité, tout en restant soucieux de la santé de son patient, soit d'augmenter la prescription médicamenteuse, soit d'adresser à un médecin spécialiste de l'hôpital. C'est un phénomène que nous avons rencontré en Irlande du Nord

lors d'une visite des urgences du centre hospitalier universitaire : les médecins généralistes nord-irlandais estiment que le tarif des consultations de nuit est trop faible et ils préfèrent donc adresser directement leurs patients au service des urgences, ce qui a pour conséquence d'encombrer les urgences la nuit et de proposer au patient un traitement inadéquat et plus onéreux d'un point de vue collectif. Ainsi, la forme forfaitaire de rémunération des GPs et son corollaire, la possibilité de sélection des risques par l'agent, ont un effet, non tant sur l'équité dans l'accès aux soins, que sur l'efficacité technique du système.

Ce double risque que fait porter la rémunération forfaitaire des médecins, sur la qualité et sur une utilisation sous-optimale des ressources du système, va justifier une forme indirecte de rémunération, la délégation budgétaire.

### 1.2.2 Rémunération indirecte, délégation budgétaire et achat de soins

#### A) approche pratique de la délégation budgétaire : l'expérience du Fundholding

La première expérience de délégation budgétaire au Royaume-Uni a été le système de gestion de budget par les médecins généralistes (*General Practitioner Fundholding scheme*) introduit en 1991 en même temps que le marché interne. Ce système permettait aux cabinets de généralistes volontaires de détenir un budget en vue d'acheter les prescriptions pharmaceutiques, les examens complémentaires et certains besoins en soins secondaires nécessités par les patients inscrits sur leur liste, tels que la chirurgie programmable (cf. : chapitre liminaire, *supra*). Ce budget était calculé par la combinaison d'une formule de capitation simple (proportionnelle à la taille de la liste du cabinet) et du niveau d'activité passé basé sur le nombre d'adressages vers les spécialistes des traitements concernés l'année précédant l'adhésion. Il était versé par les *NHS Regional Offices* et était alors déduit de celui de l'autorité sanitaire (HA) d'appartenance du cabinet.

#### Encadré 7 : les étapes de la procédure d'achat de soins

Ces étapes sont données à l'adresse des différents types d'acheteur par un guide pratique produit par l'Health & Social Services Executive, le niveau central du NHS pour l'Irlande du Nord (HSSE, 1997). La procédure de *commissioning* est décrite comme devant être annuelle et cyclique, la dernière étape redéclenchant le cycle.

- 1./ Evaluation des besoins de la population (*Needs Assessment*) : phase présentée comme essentielle, elle est confiée aux professionnels de première ligne les plus à même de connaître les besoins des populations dont ils ont la charge, avec l'aide des autres professionnels locaux et des autorités sanitaires.
- 2./ Stratégie et priorisation des besoins (*Priority Setting*) : élaboration d'un document présentant les priorités sanitaires locales en fonction des objectifs de la politique sanitaire régionale.
- 3./ Planification (*Investment Planning*) : étude des ressources disponibles pour la faisabilité du projet et définition des normes de qualité attendues pour les services à acheter.
- 4./ Contractualisation (*Contracting*) : contrat qui couvre la quantité, la qualité et le coût et doit définir les termes de l'« imputabilité » entre acheteur et producteur.
- 5./ Contrôle (*Monitoring*) : contrôle du service produit (*output*) et du niveau d'activité avec possibilité de variabilité de la rémunération en cas de non-respect des termes du contrat.
- 6./ Evaluation des résultats (*Care Outcomes*) : comparaison des services produits avec les besoins de la population et les priorités définies et calcul des écarts pour une nouvelle évaluation des besoins.

Cette première expérience d'achat de soins cherche à répondre aux risques soulevés par le mode forfaitaire de rémunération des GPs, à savoir risque sur la qualité et risque sur l'efficacité technique par l'adressage à l'hôpital ou par une sur-prescription médicamenteuse à un coût plus élevé.

Le choix par le régulateur des services destinés à l'achat de soins par le cabinet gestionnaire du budget est à cet égard significatif. Ce sont les services sur lesquels le pouvoir discrétionnaire du médecin peut jouer. En effet, le médecin se trouve devant un double choix. Tout d'abord, il peut être confronté au choix entre « faire » ou « faire faire », comme dans le cas de la petite chirurgie ambulatoire pour laquelle il est habilité (exemple rencontré au S&MPCT où les GPs s'occupent de la petite chirurgie dermatologique). Ensuite il a le choix de sa prescription ou de son adressage. Or, par la délégation budgétaire, ce choix est endogénéisé, puisque le GP est désormais responsable financièrement de son choix de prescription (de médicaments ou d'exams complémentaires) et de son adressage vers certains soins secondaires. Les GPs sont donc incités à utiliser au mieux leur budget, en négociant avec les producteurs de soins secondaires la prise en charge de leur patient au meilleur rapport qualité-prix. Cependant par crainte d'une faillite des hôpitaux, le régulateur imposa de très lourdes contraintes sur

les prix, ce qui transforma de fait une négociation sur les prix et la qualité en une négociation uniquement sur la qualité, qualifiée généralement de concurrence restreinte (BOCOGNANO *et al.*, 1998).

Une des motivations du régulateur lors de l'introduction du système de *Fundholding* était de confier la définition de la planification sanitaire à l'acteur le plus à même de connaître les besoins de santé de la population, à la fois expert et proche de la population. Cet accent mis sur le local et le choix du médecin généraliste, qui préfigurent le *NHS Primary Care Act* de 1997, sont soulignés par l'importance dans la rhétorique du *commissioning*, qu'a l'évaluation des besoins de santé de la population (cf. encadré 7, *supra*)<sup>15</sup>.

Meilleure évaluation des besoins de santé de la population et responsabilisation du principal ordonnateur des dépenses de santé étaient les principaux objectifs affichés de la réforme de 1991. Ces objectifs politiques se doublaient d'un intérêt économique, pallier l'asymétrie d'information entre pouvoirs publics et médecins généralistes par ce système de délégation budgétaire et d'incitations financières, qu'il nous reste à étudier.

---

<sup>15</sup> L'Ecosse, autre nation du Royaume-Uni lancée dans la politique d'achat de soins par des réseaux de soins primaires, a ainsi publié un guide d'une cinquantaine de pages sur les différentes méthodes d'évaluation des besoins de santé de la population (Scottish Needs Assessment Programme, 1998)

## B) approche théorique du Fundholding

Le médecin est, nous l'avons vu, dans une double position d'agent, à la fois du patient et des pouvoirs publics. Il se trouve donc devoir arbitrer entre les intérêts du patient et des pouvoirs publics ; ce qui fait dire à L. Rochaix (1987), parlant de cette « difficulté d'un arbitrage entre intérêt collectif et intérêts individuels », qu'il s'agit d'un « dilemme de plus pour le médecin ». La résolution de l'arbitrage dépendra des arguments de la fonction-objectif du généraliste ainsi que du contrat fixant le mode de rémunération de celui-ci. La difficulté de résolution de ce problème par le modèle principal-agent réside dans l'éclatement en trois pôles (voire quatre, quand sont distingués acheteur et producteur de soins secondaires) de ce qui est traditionnellement analysé comme un échange bilatéral entre un agent et un principal. La recherche du contrat optimal doit donc prendre en considération de manière conjointe cette double relation afin d'appréhender les phénomènes de double risque moral et de collusion implicite qui peut en découler<sup>16</sup>.

Devant cette limite du modèle principal-agent, une nouvelle génération de modèles issus de la théorie des contrats est apparue, modélisant la relation entre un agent et deux ou plusieurs principaux. Ces modèles, connus sous le nom de modèles multi-principaux ou modèles d'agence commune, s'appliquent donc particulièrement bien au domaine médical. Nous présenterons ici brièvement l'une de ces premières

---

<sup>16</sup> A titre d'exemple, on peut considérer que le système français de paiement à l'acte remboursé automatiquement par l'assurance maladie, peut être à l'origine d'une collusion implicite entre le patient et son médecin pour une sur-consommation de soins, au détriment de l'assurance maladie.

modélisations, le modèle de Å. BLOMQUIST<sup>17</sup> (1991). Si ce modèle s'applique à l'expérience américaine des HMOs et non à celle des *GP Fundholders*, ses enseignements peuvent néanmoins être retenus pour notre étude dans la mesure où il formalise une relation à trois, un agent et deux principaux. L'agent, le médecin généraliste qui dispose de la fonction d'adressage vers d'autres médecins du HMO, est rémunéré selon un mode forfaitaire, en l'occurrence par un salaire avec des incitations financières. Les deux principaux, le patient et l'assureur, se distinguent par leur niveau d'information. Le patient se sait malade, mais ne connaît pas la nature ni la sévérité de la maladie. L'assureur ignore en plus si le patient est malade ou pas. Ce modèle qui compare l'équilibre entre un système dans lequel le médecin est payé à l'acte et le patient remboursé ensuite par son assureur, et un système dans lequel le patient est pris en charge par un réseau intégré de soins tel qu'un HMO qui fournit lui-même les soins par des médecins salariés, aboutit au résultat que ce dernier fonctionnement permet d'atteindre un équilibre et de résoudre les problèmes d'asymétrie d'information entre médecin et assureur. En effet, même si ce fonctionnement ne résout pas l'asymétrie d'information entre le médecin et le patient, il élimine la situation de risque moral *ex post*, puisque c'est le médecin qui va être le seul décideur du niveau de prescriptions et d'examens complémentaires que la pathologie du patient va exiger.

---

<sup>17</sup> Nous ne ferons pas ici une présentation formalisée de ce modèle, autant pour des raisons de complexité de la formalisation que pour le peu d'intérêt qu'une telle démarche pourrait avoir pour notre démonstration. Notre but est en effet de faire référence à ce modèle pour ces résultats. Néanmoins, nous ne pouvons qu'inciter le lecteur à se reporter à l'article original pour y trouver la formalisation complète (BLOMQUIST, 1991).

Si le système du *Fundholding* se distingue du fonctionnement en HMO en cela que les médecins ne sont pas salariés d'un réseau de soins intégrés, on peut néanmoins considérer que la délégation budgétaire (dont le salariat est la forme ultime) par la responsabilisation financière du médecin qu'elle implique, va permettre de résoudre, à l'exemple des HMOs, le problème d'agence entre médecin et autorité sanitaire. Ce résultat est obtenu au prix d'une collusion explicite, et même d'une convergence d'intérêts entre le financeur, le *NHS Regional Office*, et l'agent-médecin.

Or cette convergence d'intérêts est, dans l'expérience américaine, mal perçue par le patient, mais aussi par le médecin qui la ressent comme un conflit d'intérêts entre son intérêt financier et l'éthique professionnelle. Ainsi aux Etats-Unis, une enquête sur 766 médecins généralistes dont 58% faisaient l'objet d'incitations dans le cadre d'organisations de type HMO, montre que 57% des généralistes ressentaient une pression pour limiter les adressages et 17 % pensaient que cela pouvait influencer négativement sur la qualité de la prise en charge (chiffres cités *in* GRIGNON, PARIS, POLTON, 2002). Cette étude semble montrer que cette convergence d'intérêts se fait au détriment du patient, et que dans l'arbitrage entre intérêt collectif représenté par les pouvoirs publics et intérêt individuel du patient, le médecin tranche en faveur du premier. Å. BLOMQUIST préconisait donc dans son modèle un mécanisme de régulation supplémentaire, capable de protéger les intérêts du patient en résolvant les problèmes d'asymétrie d'information entre médecins et patients.

L'étude du contrat entre NHS et *GP Fundholders* va nous permettre de voir si et comment ce dilemme a été résolu dans l'exemple britannique.

Ce contrat opère un partage des risques entre le NHS et les groupes de médecins gestionnaires. Ce partage des risques s'appuie sur un triple dispositif. Tout d'abord, le groupe de médecins gestionnaires doit avoir une liste de patients dont le nombre doit être supérieur à une taille minimale (initialement 11 000, ce nombre a été progressivement réduit à 5 000). Ces groupes sont ensuite autorisés à dépasser leur budget de 5% par an, dépassement qui est pris en charge par le NHS. Ils sont également autorisés à reporter le coût de l'adressage vers des soins secondaires sur l'année budgétaire suivante. Enfin, existe un dispositif en cas d'adressage coûteux (*stop loss arrangement*) : pour les patients dont le coût de l'adressage dépasse £6000 (environ 9150€), la dépense sera prise en charge par l'autorité sanitaire (HA) et non par le groupe de médecins gestionnaires. Les surplus sont quant à eux conservés en totalité par les médecins gestionnaires, mais ne peuvent en revanche constituer un revenu supplémentaire pour les GP qui doivent les utiliser en vue d'améliorer leurs soins, sous forme de nouveaux services ou d'amélioration des locaux (cf. : annexe 3, liste des projets réalisés grâce aux économies faites sur l'enveloppe des prescriptions médicamenteuses par un *Commissioning Group Pilot*<sup>18</sup>).

A la différence des incitations financières que touchent les médecins généralistes dans les *Managed Care Organizations* américaines et qui font peser un conflit d'intérêt entre intérêt financier du médecin et éthique professionnelle, la formule britannique du *Fundholding* n'incite pas les généralistes gestionnaires à rationner les soins. En quoi le médecin gestionnaire est-il alors incité à participer à cette délégation volontaire de budget ? La réponse est de deux ordres. D'une part, la formule du *Fundholding* semble prouver que la fonction-objectifs du médecin généraliste ne se réduit pas au couple

---

<sup>18</sup> Cf. : chapitre liminaire, *supra*

revenu / loisirs, et que l'éthique et le prestige en sont des arguments probables<sup>19</sup> ; en effet, en 1998 à peu près la moitié des GPs anglais appartenaient à des cabinets pratiquant ce système fondé sur le volontariat et dont l'incitation reposait sur l'amélioration du soin. D'autre part, si l'incitation repose sur l'amélioration du service rendu, la formule n'empêche pas un médecin particulièrement efficace dans la gestion de son budget d'attirer un nombre croissant de patients désireux de bénéficier des meilleurs services, puisque les patients sont autorisés à changer de médecin généraliste une fois par an<sup>20</sup>.

Le contrat entre le NHS et les médecins gestionnaires de budget a ainsi l'avantage d'associer responsabilisation financière du principal ordonnateur des dépenses de santé, incitations financières et amélioration de la qualité du service rendu. Associé à la rémunération directe et traditionnelle du GP, qui est en majorité forfaitaire, il permet de réaliser un arbitrage entre le partage des risques, qui implique que la rémunération offerte dépende peu du résultat (du fait de l'aversion au risque de l'agent<sup>21</sup>) et la recherche des

---

<sup>19</sup> C'est là une limite reconnue par l'auteur, du modèle de BLOMQUIST (1991) dont la fonction d'utilité « ne reconnaît pas l'importance de l'éthique et des codes de déontologie médicale, qui incitent le médecin à s'abstenir d'exploiter son avantage informationnel » (traduit par nos soins).

<sup>20</sup> Nous ne possédons pas de données chiffrées sur cette question, mais la littérature semble admettre que cette possibilité est en pratique peu utilisée autrement que dans le cas d'un déménagement (LE GRAND, 1999)

<sup>21</sup> La littérature concernant la théorie de l'agence considère généralement que l'agent est « averse » au risque, tandis que le principal y est neutre, notamment du fait de la plus petite taille de l'agent (cf. : SALANIE *in* CAPUL, 1995)

incitations, qui nécessite une rémunération pour partie fonction du résultat, sans que cela se fasse au détriment de la qualité du service rendu au patient.

### C) évaluation de l'expérience du Fundholding

Les évaluations qui ont été menées concernant les groupes de médecins gestionnaires confirment généralement leurs effets en termes d'amélioration de l'efficacité productive et de la qualité (D. CONTRANDIOPOULOS, 2000 ; CHAMBARETAUD & LEQUET-SLAMA, 2002).

En matière d'efficacité productive, une étude économétrique a tenté d'évaluer dans cinq pays l'impact sur l'efficacité productive d'une délégation budgétaire aux médecins de première ligne (WILTON & SMITH, 2002). L'étude aboutit à un impact de l'introduction de la délégation budgétaire sur l'efficacité productive par un ralentissement des dépenses de soins primaires. Néanmoins, l'étude ne permet pas d'isoler l'introduction de la délégation budgétaire d'autres modifications du système (pour l'exemple britannique, l'étude n'isole pas le système du *fundholding* et l'introduction de la délégation budgétaire de celle du marché interne et de la séparation acheteur / producteur). L'effet aurait été particulièrement marqué en matière de prescriptions pharmaceutiques (ASHWORTH *et al.*, 2002). Ces auteurs rappellent notamment que les groupes de médecins gestionnaires ont très souvent fait appel à un pharmacien-conseil dans le but de les aider à gérer leur enveloppe pour les prescriptions pharmaceutiques. L'effet serait moindre, voire contrasté, concernant les soins secondaires (WYKE *et al.*, 2001 ; GRIGNON *et al.*, 2002), les raisons invoquées étant notamment la position de quasi-monopole des hôpitaux britanniques et la réticence des médecins à faire jouer la sanction du marché vis-à-vis d'hôpitaux avec lesquels ils avaient l'habitude de travailler.

Les résultats sur la qualité ont aussi été reconnus, bien qu'il soit difficile de trouver des indicateurs valides concernant l'activité des généralistes. Un des critères généralement retenus au Royaume-Uni est l'effet en termes de files d'attente. Sur ce point, l'appartenance du patient à un cabinet de médecins gestionnaires a un effet positif sur la réduction du temps moyen d'attente (PROPPER *et al.*, in CHAMBARETAUD & LEQUET-SLAMA, 2002).

Ces auteurs notent dans le même temps que cet effet sur la qualité fait porter un risque sur l'équité dans l'accès aux soins. En effet, les patients pris en charge par des médecins gestionnaires étaient ainsi privilégiés dans l'accès aux soins dans la mesure où leur temps d'attente était en moyenne plus faible que les autres patients. D'autant que si théoriquement le patient a la possibilité de changer de GPs une fois par an, cette possibilité est peu appliquée dans la pratique du fait de la relation de confiance qui s'instaure entre le patient et son « médecin de famille ». Ces inégalités se sont rajoutées

aux disparités géographiques d'accès aux soins causées par la pénurie de l'offre de soins secondaires dans certaines régions.

Ce modèle d'acheteurs nombreux, locaux et à la charge des médecins généralistes avec un transfert de risque modéré et pas de profits directs est, nous l'avons vu, généralement considéré comme très intéressant.

Il résout le problème d'agence entre les pouvoirs publics et les médecins généralistes, sans que cette collusion explicite ne soit défavorable au patient, puisque l'incitation, si elle peut être financière par l'accroissement de la taille de la liste de patients, passe par l'amélioration des soins et du service rendu. Il permet ensuite de placer la procédure d'achat de soins dans un contexte local, où le GP est celui qui dispose de la meilleure information sur l'état de santé de la population dont il est en charge. De fait, il est le plus à même de définir les besoins de santé de la population, tâche qui lui est confié par délégation budgétaire à travers la procédure de *commissioning* mettant tout particulièrement l'accent sur l'étape d'évaluation des besoins de santé. Enfin, par association d'une rémunération directe majoritairement à la capitation (et qui donc est peu sensible au risque médical) et d'une rémunération indirecte prenant la forme d'un intéressement financier et sanitaire, qui est en partie fonction de son activité, la rémunération du médecin généraliste gestionnaire se rapproche du contrat optimal décrit par la théorie de l'agence, contrat procurant à la fois une assurance à l'agent contre son aversion au risque, médical et financier, par le partage de celui-ci, et l'incitation à maximiser son « effort » et à dévoiler son information sur les caractéristiques et les besoins de sa patientèle.

Ce relatif succès (cf. : *supra*) du *Fundholding* a préservé la formule dans les réformes du gouvernement BLAIR et a été un exemple pour l'introduction des différentes *primary care organisations*. Néanmoins, ces nouvelles structures d'achat de soins cherchent à résoudre les faiblesses du système précédent : certaines inégalités selon que le généraliste soit ou non un médecin gestionnaire ; une certaine inefficacité de la procédure d'achat pour les soins secondaires, l'acheteur devenant lui-même le principal d'une structure hospitalière bien plus importante que lui et souvent dans une situation monopolistique qui ne l'incite pas à l'amélioration de son efficacité productive et de la qualité de son service ; le fait que tous les soins secondaires n'étaient pas achetées par les *GP Fundholders*, ce qui laissait par exemple la possibilité au médecin gestionnaire, quand son enveloppe était sur le point d'être épuisée, d'adresser les patients aux urgences pour lesquelles le médecin n'avait pas de délégation budgétaire.

Ces faiblesses de l'ancien système posent alors les questions de la généralisation du système du médecin généraliste à un nouvel acteur, les réseaux de soins primaires, et

du partage des risques, tant financier que médical, que cette généralisation impliquera. Peut-on arbitrer entre évaluation et connaissance des besoins de santé de la population, qui impliquent d'être suffisamment proche de la population et donc d'être une structure relativement petite, et négociation avec les hôpitaux qui nécessite une taille critique minimale ? Quelle est ensuite la gamme de soins qui doivent être achetés, pour concilier efficacité et réactivité de la procédure d'achat (ce qui privilégierait quelques services particuliers) avec un système qui permette d'éviter la substitution dans les soins (ce qui impliquerait d'intégrer la gamme la plus large de services)? Comment enfin inciter ces structures d'achat à une plus grande efficacité, tout en préservant l'équité dans l'accès aux soins et dans la qualité du soin ?

### 1.3 Quel contrat pour l'acheteur de soins ?

Ces questions suscitées par l'expérience du *Fundholding*, sont aujourd'hui au cœur du débat sur la politique sanitaire et sur le fonctionnement du système. Elles nous amènent à prendre en compte un nouvel acteur, l'acheteur de soins, parfois distinct du GP comme dans le cas des *primary care organisations*, réseaux de soins primaires au budget délégué. Particulièrement vives en Irlande du Nord où des *Local Health and Social Care Groups* (LHSCGs) sont actuellement mis en place à la suite de l'abolition locale du *Fundholding* en 2001, ces questions commencent à trouver des réponses en Angleterre où les PCG/Ts sont déjà en place depuis quatre ans. Les réponses font explicitement référence à la théorie économique, que ce soit celle de l'entreprise et des organisations industrielles (BOJKE *et al.*, 2001), tant les évolutions dans le fonctionnement ont rapproché le système des problématiques de cette branche de l'économie, qu'à la théorie des contrats. Celle-ci analyse les situations où les acheteurs de soins par la délégation qui leur a été faite, assument en outre une fonction d'assurance et pour laquelle il va falloir trouver un contrat arbitrant entre partage du risque et incitations de l'agent à agir dans le sens voulu par le principal.

#### 1.3.1 Problème théorique de l'optimalité du contrat en situation de délégation budgétaire

A) un contrat qui doit opérer un arbitrage entre partage des risques...

On peut considérer que la délégation budgétaire correspond également à une délégation du risque. Ce risque est de deux ordres. Il recouvre le risque que l'on peut qualifier de financier, puisque la délégation budgétaire, en rendant l'agent responsable du budget, le rend également des pertes et des surplus. Or ce risque financier, s'il dépend de la gestion que fait l'agent du budget, dépendra aussi d'un second risque, le risque médical. Ce risque correspond à l'occurrence de la maladie. Ainsi un risque médical fait-il porter sur le détenteur du budget un risque financier lourd, lorsque la prise en charge du risque médical quand il se réalise, est coûteuse. Cela pose le problème général des risques médicaux rares à la prise en charge coûteuse : le détenteur du budget n'est pas incité à s'assurer contre un risque dont la prime sera élevée et la réalisation peu probable.

Il existe alors pour le détenteur du budget plusieurs manières de gérer ce risque financier exceptionnel (BACHMANN & BEVAN, 1996). Un des déterminants du risque est la

taille du groupement de risque (*risk pool*) souvent exprimé en années-personnes, soit le produit du nombre de patients couverts par le nombre d'années sur lequel le budget court. Plus le *risk pool* est grand, plus le risque est faible, puisque la variance du *risk pool* est relativement plus petite. Le détenteur du budget peut alors soit augmenter la taille de la population couverte, soit étaler sur plusieurs années la prise en charge du risque. Le détenteur du budget peut également mutualiser le risque en partageant la couverture de ce risque entre plusieurs détenteurs de budgets. Une autre possibilité consiste en un partage du risque entre le détenteur du budget et l'autorité sanitaire ou l'organisme de tutelle qui délègue le budget. Enfin le détenteur du budget peut déléguer cette fonction d'assurance qui lui est dévolue, à un assureur commercial.

Ainsi les *GP Fundholders* géraient-ils le risque en faisant appel à différentes modalités : effet sur le *risk pool* par une taille minimale autorisée de la population couverte et par la possibilité de reporter le coût sur l'année budgétaire suivante, partage des risques avec le NHS en cas de pertes inférieures à 5% du budget et avec les HAs pour l'achat de prises en charge supérieures à £6000, mutualisation des risques par le regroupement des médecins gestionnaires en *multifunds*.

#### B) ...et incitations de l'agent.

Ces techniques de gestion du risque doivent permettre de réaliser un arbitrage entre assurer l'agent contre son aversion pour le risque et responsabiliser celui-ci en le faisant participer au résultat financier, qu'il soit positif ou négatif. Cet arbitrage va déterminer l'optimalité du contrat entre le principal, l'autorité de tutelle et l'agent détenteur du budget délégué. A celle du partage du risque, cet arbitrage va donc ajouter une seconde question : celle des incitations. Ces incitations sont d'abord la condition de participation à la relation contractuelle liant le principal, qui va déléguer sa décision et un budget, à l'agent. Ensuite, ces agents qui acceptent de participer à la relation et d'être délégués d'un budget doivent être incités à acheter dans un souci d'équité, des soins maximisant le couple prix / qualité.

De fait, si ces incitations doivent pousser à une plus grande efficacité productive, elles ne doivent pas aller à l'encontre de la qualité du produit acheté. Le système de partage des risques et d'incitations mis en place ne doit donc pas opposer maîtrise des coûts et objectif de qualité, par un système qui reposerait exclusivement sur des dispositifs financiers. Une étude de cas menée sur les secteurs des autorités sanitaires (HAs) de Camden et Islington (quartiers de Londres) pour les années 1996-1997, a ainsi montré que la contractualisation de ces HAs pour l'achat de soins, était avant tout tournée vers le respect d'un équilibre financier plutôt que vers des objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population prise en charge (MCCARTHY, 1998).

Cette considération posée, les incitations pour améliorer l'efficacité productive seront favorisées à trois conditions (WILTON & SMITH, 2002) :

- les budgets délégués reflètent correctement le niveau de risque médical de la population prise en charge (a);
- il existe des dispositifs convenables de partage du risque (*risk-sharing arrangements*) entre l'organisme de tutelle et les médecins dépositaires de la délégation (b);
- il existe des dispositifs budgétaires globaux, plutôt que partiels, afin d'éviter, ou au moins de réduire, les déplacements de coûts et la substitution d'un soin par un autre (c).

Le non-respect de la première condition (a) lorsqu'il est associé à une meilleure connaissance du risque par le médecin, est, nous l'avons vu, susceptible d'être à l'origine d'un phénomène de sélection adverse par le médecin qui sera incité à manipuler son information cachée dans le but de ne traiter que les « bons » risques. Si le budget n'est jamais l'exact reflet du risque médical de la population (risque qui, s'il est mieux connu par le médecin généraliste, n'en est pas pour autant complètement identifié par lui), l'écart entre budget et risque tend à être réduit par la sophistication des formules de capitation ajustée à ce dernier (cf. encadré 4 *in* chapitre liminaire). Néanmoins cette réduction de l'écart par la sophistication de la formule de capitation bute aujourd'hui au Royaume-Uni

sur une difficulté due à la mise en place d'un système rémunéré à la capitation. Beaucoup de PCG/Ts regroupent des *community care trusts* autrefois financés par une enveloppe qui était le reflet de considérations historiques. Or le passage d'un financement par le niveau historique d'activité<sup>22</sup> à un financement à la capitation peut se heurter à des écarts, positif ou négatif, entre les deux montants, qui rendent impossible un passage direct et imposent un lissage sur plusieurs années pour résorber cet écart. Le *Down Lisburn Integrated Acute and Community Services Trust*, que nous avons visité en Irlande du Nord, a actuellement un financement de 9% inférieur à celui qu'il est en droit d'attendre d'un financement à la capitation. La décision du ministère nord-irlandais de passer à un financement à la capitation achoppe sur cet écart, qui doit logiquement être résorbé par ponction sur les budgets des *trusts* dont l'écart est positif.

La troisième condition (c) apporte ensuite une nouvelle dimension dans la recherche du contrat optimal de délégation de budget. C'est la question de la gamme de services à prendre en compte dans la définition du budget. C'était une limite rencontrée dans l'expérience des *GP Fundholders* qui avaient la possibilité pour ne pas dépasser leur budget d'adresser leurs patients vers les urgences ou des services de soins secondaires dont ils n'avaient pas en charge l'achat. Cette substitution opérée par les médecins gestionnaires, en plus de ne pas offrir le traitement adéquat à la pathologie diagnostiquée, avait des effets sur l'efficacité productive, puisqu'elle « ne garantit pas la meilleure utilisation possible des dépenses » (cf. : définition de l'efficacité productive en introduction). S'il semble donc optimal de faire acheter par le même acheteur la plus grande gamme possible de services pour éviter les potentiels substitutions et

---

<sup>22</sup> Comme le budget global hospitalier en France.

déplacements de coûts, cette troisième condition peut cependant s'opposer à la question de la taille de l'organisation mandatée pour l'achat de soins et de l'implication de ses membres. En effet, la tutelle devra arbitrer entre une organisation suffisamment grande pour être en charge de l'achat de la plus grande gamme possible de services, et une organisation qui maintient impliqués ses professionnels de première ligne détenteurs de l'information nécessaire aux différentes étapes du *commissioning*.

On voit donc que le contrat proposé par le NHS aux différentes organisations responsables du *commissioning* devra arbitrer entre plusieurs questions : celle de la gamme de services achetés, et son corollaire celle de la taille de l'organisation ; la question de la prise en charge du risque, financier et médical, celle du partage du risque ; la question enfin de la nature des incitations qui doivent permettre d'impliquer les professionnels de première ligne ainsi que leur offrir un cadre propice à l'amélioration de la qualité du soin acheté au meilleur prix.

### **1.3.2 Les choix du régulateur britannique**

#### A) Gamme de services achetés et budget unique

La décision qui fut prise avec la création des PCGs puis des PCTs fut celle d'un budget unique à la fois pour la production de soins (primaires pour les PCGs, primaires et communautaires pour les PCTs) et pour l'achat de soins (communautaires, secondaires et tertiaires pour les PCGs, secondaires et tertiaires pour les PCTs). Ce budget se présente sous la forme d'une enveloppe unique fermée. Il n'existe donc qu'une enveloppe pour l'ensemble de la gamme de soins couverts par le NHS à la charge d'une entité

unique qui décide ensuite de produire ou d'acheter<sup>23</sup> (à l'époque du marché interne, les HAs étaient en charge de plusieurs enveloppes non fongibles destinées aux différents types de soins – primaires, communautaires, secondaires, tertiaires). Cette enveloppe unique fermée, si elle résout *de facto* la question d'une possible substituabilité et celle de déplacements de coûts, soulève certaines interrogations quant à son allocation. La *primary care organisation* (PCO) détentrice du budget, qui a des objectifs définis avec le NHS lors de la négociation de son contrat, va devoir arbitrer entre ses propres objectifs et ceux définis dans le contrat en fonction des moyens dont elle dispose. Elle pourra alors arbitrer aux dépens de services qui apparaissent mineurs au regard d'objectifs présentés comme prioritaires (ex. : réduire les files d'attente). Des garde-fous ont donc été posés, notamment concernant le contrat des GPs (MAJEED & MALCOLM, 1999). Si dorénavant, les PCOs sont autorisés à négocier des contrats de type PMS avec les GPs, ceux-ci ne pourront pas remettre en cause sans l'autorisation du *local medical committee*<sup>24</sup>,

---

<sup>23</sup> Cette décision de « faire » ou « faire faire », si nous l'avons déjà rencontrée dans le cas des *GPs Fundholders*, peut paraître curieuse dans la mesure où les services produits sont des soins primaires alors que ceux achetés sont des soins secondaires. Une telle décision présuppose donc une certaine substituabilité dans le traitement entre soins primaires et secondaires. Si de nombreux exemples peuvent être donnés, la question est de savoir quel est le degré de cette substituabilité. Cette question fait l'objet d'évaluations économiques actuelles. Pour notre part, nous supposons l'existence d'un degré de substituabilité, comme l'a fait le régulateur britannique pour justifier le recours à un budget unique.

<sup>24</sup> équivalent pour le Royaume-Uni du conseil départemental de l'ordre en France

l'enveloppe que touche le généraliste pour ses frais généraux de fonctionnement (cf. : encadré 6, *supra*).

Il existe néanmoins une exception de soin qui n'est pas confié au budget unique des PCOs. Il s'agit de soins tertiaires ultra-spécialisés tels que les greffes de certains organes dont le *commissioning* est effectué au niveau national par le ministère de la santé (DoH). Cette exception pose alors la question du niveau approprié du *commissioning* et de la gestion du risque, médical et financier.

## B) Taille et gestion du risque

La question de la taille optimale des PCOs relève de plusieurs problématiques issues de théories économiques différentes. Les PCOs ont vu dans cette question un moyen de faire des économies d'échelle (le financement des frais de gestion prévoit une formule simple de capitation, soit £3 par personne prise en charge). C'est aussi un moyen pour eux de gérer le risque médical. Si l'accroissement de leur taille diminue le risque, celui-ci va à l'encontre d'une réponse flexible et centrée sur le patient comme peuvent la fournir les GPs. Cette question du niveau optimal de *commissioning* fait encore aujourd'hui débat (SMITH & GOODWIN, 2002). Ces auteurs, qui ont réalisé après trois années de fonctionnement une évaluation du *commissioning* à travers une revue de la littérature, montrent qu'une certaine convergence semble néanmoins s'établir sur une distinction selon les services à acheter et le risque financier à couvrir. Les prescriptions, les examens complémentaires ainsi que les soins communautaires devraient être achetés au niveau local des cabinets de GPs, comme en témoigne le relatif succès du Fundholding, les soins secondaires au niveau du PCG/T et les soins tertiaires au niveau inter-PCOs ou national. Cette typologie est celle que nous retrouvons pour le S&MPCT qui est par son nombre de patients couverts, le plus grand PCT d'Angleterre. Le S&MPCT a constitué avec quatre autres PCTs du sud-ouest de Londres un regroupement d'acheteurs pour le *commissioning* de soins tertiaires. Certains petits PCTs s'associent aussi pour acheter les soins d'urgence et de réanimation, qui sont à la fois coûteux et de volume élevé. L'étude de SMITH et GOODWIN (2002) souligne néanmoins que l'achat au niveau des PCOs n'a pas encore produit tous les gains d'efficacité productive et de qualité attendus. Une des raisons avancées est le manque d'expérience de ces organisations. Notre expérience semble en partie aller dans ce sens. Lors de notre étude de cas sur le S&MPCT, nous avons rencontré le *manager* chargé du *commissioning*. Celui-ci reconnaissait que la question de l'évaluation des besoins de santé préalable à toute procédure d'achat n'était pas traitée, même s'il lui arrivait de recevoir des lettres de médecins généralistes pour l'achat de tel ou tel soin spécialisé, et que les contrats étaient passés avec les hôpitaux sur la base de l'activité de l'année précédente. L'importance apportée à l'inscription de

standards de qualité dans le contrat était sa préoccupation principale. Si cet exemple anecdotique peut témoigner du manque d'expérience des acheteurs et du temps nécessaire à l'instauration de règles de qualité, il souligne néanmoins ce qui semble une seconde faiblesse du système actuellement mis en place : le retrait des médecins généralistes de la procédure d'achat.

### C) Participation des GPs et incitations

Si les incitations, nous l'avons vu, doivent pousser l'agent à agir dans le sens voulu par le principal, elles sont avant tout la condition de participation à la relation. Cette considération n'est pas vaine, puisque les réformes du gouvernement Blair, s'appuyant sur le relatif succès du *Fundholding* et l'échec des HAs comme acheteurs, sont construites sur l'idée que le groupe de médecins et de professionnels de première ligne est le lieu d'intégration des objectifs cliniques et économiques. Cette idée qui fonde la qualité de la procédure du *commissioning* puisqu'elle tend à résoudre l'asymétrie d'information existant entre le médecin et les pouvoirs publics concernant l'état et les besoins de santé de la population, rencontre des difficultés dans sa mise en œuvre. Les médecins généralistes avaient une place privilégiée dans les PCGs puisqu'ils étaient majoritaires au conseil d'administration. Cette place était ce que le gouvernement avait offert aux GPs en échange de leur adhésion obligatoire aux PCGs. Les PCTs sont quant à eux dotés d'un second conseil d'administration constitué de gestionnaires et de personnalités qualifiées, qui a eu pour effet de relativiser le pouvoir des médecins au sein des PCOs. Ce problème de participation est particulièrement frappant en Irlande du Nord, où les LHSCGs devaient être mis en place au 1<sup>er</sup> avril 2003 et où les médecins généralistes ont refusé de participer en invoquant deux raisons principales : le conseil d'administration ne leur donne pas la majorité des voix (Department of Health, Social Services & Public Safety, 2002) et le système d'incitations n'est pas satisfaisant. Beaucoup de généralistes nord-irlandais lors de nos visites et entretiens disaient regretter le système du *fundholding*.

Les incitations dans les PCOs sont de trois ordres. Le principe du *fundholding*, selon lequel les surplus sont gardés par l'agent mais doivent être réinvestis afin d'améliorer les soins, a été repris et généralisé aux *trusts* hospitaliers ainsi qu'aux PCOs. Ce principe est aussi appliqué aux généralistes pour les services dont ils sont en charge de l'achat. Ce principe est pour eux avantageux, puisqu'ils conservent généralement l'achat des services sur lesquels leur action a le plus de marges (prescriptions pharmaceutiques, examens complémentaires et soins communautaires). La seconde forme d'incitation réside dans les capacités techniques mises à leur disposition par les PCOs. Ainsi l'évaluation annuelle pour 2000/2001 des PCGs et des PCTs (COLEMAN, GILLAM, WILKIN, Ghislain PROMONET - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2003

2001) indique qu'après un an de fonctionnement, 70% des PCOs utilisaient des référentiels de prescriptions, 61% faisaient appel à un pharmacien-conseil et deux tiers avaient mis en place des bases de données des prescriptions disponibles pour tous les GPs de l'organisation. La dernière forme d'incitation est une rémunération financière devant compenser le temps (*protected time*) consacré par les GPs (*reduced time GPs*) au *management* et à la coordination de l'organisation (cf. : annexe 5, rémunération des GPs membres du conseil d'administration d'un LHSCG nord-irlandais).

La prise de distance des GPs avec les PCOs et la perception que « le *management* prend le dessus » font craindre aux GPs d'avoir bientôt à arbitrer en défaveur de leur patients selon les priorités des PCOs (MAJEED & MALCOLM, 1999). Ce risque de voir le médecin arbitrer en faveur du PCO constituerait une évolution du système vers les système américain, comme vu précédemment avec le modèle de BLOMQUIST (POLLOCK, 2001). Et ce peut-être aux dépens de ce qui a fait le relatif succès du système du *fundholding*, à savoir regroupement des intérêts économiques et cliniques et résolution de l'asymétrie d'information par une responsabilisation du médecin qui passe par l'amélioration de la qualité du soin et la délégation d'un pouvoir décisionnel et budgétaire.

Parmi les problèmes d'agence qui surviennent lors de l'activité du médecin généraliste, deux ont retenu notre attention : la relation d'agence entre le médecin généraliste et les pouvoirs publics et celle entre le médecin et son patient. La spécificité du domaine médical implique de prendre cette double relation d'agence de manière conjointe, ce qu'arrive difficilement à faire le modèle principal-agent. Cette difficulté théorique se double d'une difficulté pratique, puisque cette double relation d'agence fait porter sur le triptyque un risque de collusion entre deux de ses membres aux dépens du troisième. L'expérience britannique du *fundholding* a trouvé une réponse originale permettant de résoudre le problème d'agence entre *General Practitioner* et NHS, tout en ne défavorisant pas le patient qui bénéficiait de cette convergence d'intérêts. Le contrat des médecins gestionnaires permettait à cet égard d'arbitrer entre partage des risques et incitations. La généralisation de ce système à l'ensemble des GPs et à l'ensemble des soins, pose cependant de nouveaux problèmes dans la définition du contrat et impose de nouveaux arbitrages quant à la gamme des soins achetés, la taille des *primary care organisations* et l'implication des GPs dans ces structures. Le choix du régulateur britannique a été celui de structures capables d'acheter toute la gamme de soins et de supporter le risque financier, peut-être au détriment de l'implication des GPs.

Les problèmes rencontrés actuellement par les différents types de *primary care organisations* soulignent le fait que ces structures d'achat de soins ne sont pas assimilables aux médecins généralistes et qu'elles constituent un acteur propre, l'acheteur de soins. Dès lors, si l'acheteur de soins reste l'agent à la fois des pouvoirs publics et du patient en tant que producteur de soins primaires et acheteur de soins secondaires, il devient en revanche le principal d'un acteur ignoré jusqu'à présent, le producteur de soins secondaires. Cette nouvelle relation d'agence va être l'objet de notre seconde partie.

## **2 SECONDE PARTIE :**

### **LA RELATION ENTRE ACHETEUR ET PRODUCTEUR DE SOINS**

#### **2.1 Le rôle de l'information dans le contrat**

L'approche normative de la théorie des contrats permet également d'appréhender la relation entre acheteur et producteur de soins. Comme dans le cadre de la théorie de l'agence le principal et l'agent sont bien identifiés, désireux de collaborer et signent un contrat qui prend en compte le contexte d'incertitude et les asymétries d'information.

##### **2.1.1 Relation d'agence et contrat entre acheteur et producteur**

- A) une situation d'asymétrie d'information dans un contexte d'incertitude, avec divergence d'intérêts des parties

Les conditions d'un problème d'agence sont réunies au sein de la relation entre acheteur et producteur de soins secondaires: incertitude, asymétrie d'information et

divergence des objectifs de l'agent, le producteur de soins secondaires<sup>25</sup>, et du principal, en l'occurrence l'acheteur de soins.

On retrouve les incertitudes déjà soulignées en matière de médecine générale : incertitude événementielle quant à l'occurrence individuelle de la maladie puisque l'acheteur ne peut pas connaître avec exactitude le niveau de son activité, incertitude inhérente au savoir médical et incertitude sur l'efficacité des prescriptions et des traitements médicaux. Cette dernière incertitude, résumée notamment par l'expression d' « aléa thérapeutique », implique que le régulateur ou le financeur ne puisse pas inférer la qualité du service rendu de l'observation du résultat final (*output*). Le résultat de l'activité du spécialiste ne constitue en effet qu'un signal de la qualité du travail effectué.

Cette impossibilité d'inférer la qualité du résultat observé, lorsqu'elle est associée à une asymétrie d'information, est susceptible d'être à l'origine de situations de risque moral ou de sélection adverse. Deux types d'asymétrie d'information peuvent être relevées dans la relation entre l'acheteur et le producteur de soins. Le producteur, en l'occurrence l'hôpital, est le mieux à même de connaître ses coûts unitaires par pathologie ou en tout cas par services de soins à acheter. Ces coûts dépendent d'abord de la productivité de l'hôpital, c'est-à-dire du rapport entre son activité et les facteurs de production utilisés (moyens humains et matériels destinés aux soins). Cette première

---

<sup>25</sup> Nous assimilerons le producteur de soins secondaires à un producteur de soins aigus, de type hôpital général en France, pour des raisons de facilité, dans la mesure où les articles sur lesquels nous nous appuyons portent exclusivement sur cet exemple. Néanmoins les PCOs achètent également des soins psychiatriques ou des soins de suite et de réadaptation pour lesquels l'analyse serait similaire.

asymétrie d'information reposant sur les caractéristiques du producteur est donc susceptible de déboucher sur une situation de sélection adverse. Ensuite, ces coûts unitaires par services achetés sont aussi fonction de l'effort déployé par le producteur. Or l'acheteur ne peut connaître ce niveau d'effort et il ne peut déduire du résultat final observable, du fait de l'incertitude reposant sur l'efficacité du traitement médical. Dès lors, l'acheteur se trouve dans une situation de risque moral où le producteur est en mesure de manipuler à son profit l'information sur les coûts unitaires de production.

Le risque est alors que le producteur s'empare d'une rente positive pour aboutir à une situation d'équilibre de second rang, dans la mesure où les fonctions-objectifs des deux parties divergent. On peut considérer que l'acheteur de soins va chercher à maximiser l'état de santé de sa population de référence tout en respectant sa contrainte budgétaire. Quant à elle, la définition de la fonction-objectif de l'hôpital, si elle est matière à débat, diverge en tout cas de celle de l'acheteur. En effet, ni conception simple de l'hôpital comme entreprise cherchant à maximiser sa fonction profit (cf. : modèle de RICE, 1966) ni celle de l'hôpital comme réseau où s'affrontent des intérêts divergents ne retient l'hypothèse d'un alignement de l'objectif de l'hôpital sur celui du régulateur, du financeur ou de l'acheteur.

Toutes les conditions d'un problème d'agence sont donc réunies dans la relation entre l'acheteur et le producteur de soins secondaires. Cette relation peut être présentée de manière simple par le programme d'un modèle de type principal-agent présenté par M. GODDARD, R. MANNION et P. SMITH (2000), dont nous donnons ici les hypothèses de départ.

Le programme du principal cherche à maximiser son utilité  $U_{pc}$ , fonction d'une mesure agrégée d'état de santé de sa population,  $H$  (avec  $\partial U_{pc} / \partial H > 0$ ). Cette mesure est difficilement calculable avec confiance et est approximée par un indicateur de résultat  $M$ , produit par l'hôpital et publiquement disponible :  $H = f(M) + e$ , avec  $e$  une variable aléatoire rendant compte de l'impossibilité pour un indicateur d'appréhender l'état de santé agrégé de la population.  $M$  est lui-même fonction de l'effort de l'hôpital  $e$ , bien que ce résultat ne soit qu'un signal sur l'effort  $e$ .  $M = g(e) + d$ , avec  $d$  variable aléatoire exprimant l'incertitude inhérente à l'activité médicale et à l'efficacité des traitements. Enfin soit  $R$ , l'incitation que l'acheteur paye au producteur en échange de son activité :  $R = h(M)$ .

Le programme de l'acheteur s'écrit alors :

$$\begin{aligned} & \text{Max. } U_{pc}(H) - R \\ & R \\ \text{s.c. : } & H = f(M) + e \\ & M = g(e) + d \\ & R = h(M) \end{aligned}$$

$$E(U_{hp}) = U_0$$

Cette dernière équation rend simplement compte de la double dimension des incitations, qui doivent pousser l'agent à révéler son information cachée et à agir dans le sens voulu par le principal, mais qui doivent avant tout l'engager à participer à la relation (cf. : « quel contrat pour l'acheteur de soins ? », *supra*). Cette contrainte de participation,  $E(U_{hp}) = U_0$ , indique que le niveau d'utilité espéré par l'agent d'une participation à la relation doit être supérieur à une variable exogène donnée.

Le programme de l'agent<sup>26</sup> cherche par ailleurs à maximiser son espérance d'utilité  $U_{hp}$ , fonction de son niveau d'effort  $e$  et de l'incitation  $R = h(M)$  (avec  $\partial U_{hp} / \partial e < 0$  et  $\partial U_{hp} / \partial R > 0$ ). La mesure agrégée de l'état de santé de la population,  $H$ , n'est considérée par l'agent que comme un effet secondaire fortuit (cf. : divergence des fonctions-objectifs) et n'est pas prise en compte dans son calcul. Le programme<sup>27</sup> s'écrit alors :

$$\text{Max. } E[U_{hp}(e, R)] \\ e$$

---

<sup>26</sup> Ce modèle comme la plupart des modèles principal-agent fait l'hypothèse d'une aversion au risque de l'agent et d'une neutralité du principal.

<sup>27</sup> Il faut noter que dans ce modèle, les actions du principal et de l'agent sont basées sur leur perception différentielle de la nature des fonctions  $f$ ,  $g$ ,  $h$ , qui ne sont généralement pas les mêmes pour les deux parties. Les auteurs font cependant l'hypothèse de leur similarité pour des raisons de simplicité.

$$\text{s.c. : } M = g(e) + d$$

$$R = h(M)$$

Le cadre du modèle principal-agent s'applique donc particulièrement bien à cette relation, d'autant que les limites d'application rencontrées dans les relations d'agence autour du médecin généraliste ne se retrouvent pas ici.

En effet, à la différence du contrat du médecin généraliste, celui signé entre l'acheteur et le producteur de soins est bien défini au niveau de la relation bi-partite, et non entre l'agent et un tiers au niveau national. Ensuite, la complexité des contrats signés (cf. : annexe 6, projet de contrat pour l'année budgétaire 2003/2004 entre le S&MPCT et le St-Georges Healthcare NHS Trust) reflète mieux les prédictions de la théorie de l'agence que ne le faisaient les conventions entre pouvoirs publics et syndicats de médecins généralistes, dont la simplicité s'opposait à la sophistication des prédictions des modèles.

Il faut également noter que la nature de l'asymétrie d'information entre les deux parties se rapproche plus d'une asymétrie partielle que d'une asymétrie radicale dont l'hypothèse pouvait être défendue dans le cas de la relation médecin-patient. Le fait que les structures d'achat de soins soient constituées de médecins, de pharmaciens et d'autres professionnels de santé de première ligne réduit nécessairement le spectre de l'asymétrie d'information. Cette particularité des PCOs britanniques qui les distinguent d'autres structures d'achat telles que les caisses d'assurance maladie, est un des arguments le plus souvent avancé en faveur de telles organisations. On peut donc considérer que la relation s'appuie sur une asymétrie d'information partielle entre deux parties désireuses de contracter. Il y a en effet, précédant la signature du contrat, une négociation de deux parties cherchant à maximiser leur fonction-objectif. Dès lors, la relation entre acheteur et producteur de soins secondaires se rapproche également d'une hypothèse de rationalité substantielle, qui était remise en cause dans le cas du « colloque singulier » entre médecin généraliste et patient.

Si la question de la nature de la rationalité reste posée, on voit néanmoins que la relation acheteur-producteur est très proche du cadre théorique posé par le modèle principal-agent. Le contrat signé entre les deux parties va-t-il alors se conformer aux prédictions théoriques du modèle ?

## B) Différents types de contrats prenant en compte prix, quantité et qualité

Au Royaume-Uni comme en France, avec la tarification au prix de journée, les hôpitaux ont d'abord été financés *a posteriori* à hauteur des coûts engagés pour la production de soins. Un tel système avait l'inconvénient de laisser la totalité de la rente au

producteur sans pour autant l'inciter à maintenir ses coûts ou à améliorer la qualité de son service. Des formules ont alors été développées, qui devaient permettre au financeur d'exercer un contrôle sur le producteur. Celles-ci reposent sur un mode de paiement prospectif, qu'elles prennent la forme d'un budget global (exemple français) ou de paiement par cas (exemple du programme Medicare aux Etats-Unis).

On peut remarquer que la problématique en terme d'optimalité de ces modes de paiement, est la même que celle entre paiement forfaitaire ou paiement à l'acte pour le médecin généraliste. En effet, le budget global, à l'exemple d'un mode de paiement forfaitaire, incite le producteur à maîtriser ses coûts en échange ; en contrepartie celui-ci capte la totalité de la rente, positive ou négative selon son activité. Ce mode de paiement, s'il assure l'efficacité productive du système, fait porter un risque sur la qualité du service ainsi que sur l'équité par une possible sélection des risques par le producteur. Néanmoins, comme dans le cas de la rémunération des GPs, ce risque est à nuancer dans l'exemple britannique puisque les hôpitaux ne peuvent pas choisir leurs patients, ceux-ci leur étant adressés par les médecins généralistes.

De même, le paiement par cas s'apparente au paiement à l'acte pour la rémunération des généralistes, à ceci près que c'est un paiement prospectif. En effet, il permet de moduler le financement à l'activité réelle de l'hôpital sans lui abandonner la totalité de la rente. Ce mode de paiement n'est cependant pas optimal en termes d'efficacité productive, puisque le prix étant supérieur au coût moyen, le producteur est incité à produire plus que la quantité jugée optimale.

L'acheteur de soins face à ce dilemme entre efficacité productive et qualité du service, va procéder en deux temps. Il va tout d'abord tenter de réduire la rente abandonnée au producteur en l'incitant, par une mise en concurrence, à révéler son coût unitaire réel. Il va ensuite combiner les différents modes de paiement prospectifs pour arbitrer entre prix, quantité souhaitée et respect de normes minimales de qualité.

Lors de la réforme du gouvernement THATCHER en 1991, la séparation de l'acheteur et du producteur (*purchaser / provider split*) a eu comme premier objectif de mettre les producteurs en concurrence sur la base du rapport qualité-prix. Cette mise en concurrence s'apparente à un appel d'offres implicite pour sélectionner le mieux-disant (MOUGEOT & NAEGELEN, 1998) et s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle la mise en concurrence, si elle est réalisée entre plusieurs producteurs sans qu'il y ait de collusion entre eux, incitera ces derniers à révéler une information proche du coût réel.

Une seconde méthode employée par l'acheteur de soins pour arbitrer entre partage des risques (et de la rente) et efficacité productive est la combinaison de contrats associant les différents modes de paiement prospectifs.

Les PCOs utilisent à cet égard trois types de contrats (MOUSQUES & PARIS, 2002) :  
Ghislain PROMONET - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2003

- les contrats forfaitaires (*block contracts*) qui déterminent une enveloppe globale pour la population résidente de la *primary care organisation*. Ils représentent la majorité des contrats signés et couvrent la plupart des services achetés (urgences, hospitalisations, consultations). Il existe deux raisons à cela : il est difficile d'évaluer de manière prospective l'activité de certains services comme les urgences ; l'information disponible ne permet pas de mettre en place des modes de paiement plus pertinents. Si à la fin de l'année budgétaire, l'enveloppe ne couvre pas les coûts réels ou inversement, la perte ou le gain est à la charge du producteur mais est pris en compte par un système de correction, l'année suivante.
  
- Les contrats prix-volume (*cost and volume*), qui reposent sur des négociations de prix unitaires et de volumes à produire, exprimés en nombre d'actes ou de cas traités. En cas de dépassement des volumes prévus, l'acheteur négocie généralement une marge de tolérance avec le producteur (plus ou moins 5% en moyenne dans les contrats signés par le S&MPCT) avant que ne soit appliqué un taux de décote au prix unitaire. Le processus joue également en sens inverse, si le volume n'a pas été réalisé, en défaveur de l'acheteur qui reverse au producteur une part du montant de l'activité non réalisée. Pour éviter d'avoir à reverser cette somme, le PCT va, selon les informations de son activité mensuelle, ajuster ces adressages entre les différents *trusts* avec lesquels il a signé ce type de contrat, en incitant ses GPs à adresser leurs patients à tel ou tel *trust*.
  
- Le paiement à l'activité (*payment by results*) qui est resté très limité jusqu'à présent, devient à partir de 2003 une priorité dans le financement du NHS (Department of Health, 2002). Créés dans les années quatre-vingts, les *Healthcare Resources Groups* (HRGs), équivalents anglais des *Diagnosis Related Groups* (DRGs) américains, sont utilisés comme outil d'information sur l'activité des hôpitaux ainsi qu'à des fins de *benchmarking*. Cependant, la collecte des informations n'ayant pas été réalisée dans toutes les régions, il n'a pas été possible d'établir une échelle nationale des coûts (*full national tariff*). Cette échelle est prévue pour 2008. A partir de 2003, les PCTs sont incités à contracter sur la base des données des HRGs locaux pour six spécialités : ophtalmologie, chirurgie cardio-thoracique, oto-rhino-laryngologie, chirurgie orthopédique, chirurgie générale, urologie.

La combinaison de ces trois formes de contrat permet donc de réaliser un arbitrage entre paiement forfaitaire de type *block contract* et paiement à la pathologie de

type *payment by results*. L'arbitrage ne semble cependant pas optimal tant cette combinaison apparaît comme imposée par les systèmes d'information. En effet, la grande majorité des *block contracts* s'explique par une information non disponible. De même la faible part des paiements par cas est due à l'absence d'échelle nationale des coûts. L'information apparaît donc comme un élément essentiel de l'arbitrage entre partage des risques et incitations, entre rente et efficacité. Le contrôle de l'information est d'autre part un moyen de réduire l'asymétrie d'information et d'inciter le producteur à révéler son coût unitaire réel. C'est là un des enjeux majeurs de l'information dans la relation acheteur-producteur de soins.

### **2.1.2 Le rôle de l'information dans la relation acheteur-producteur de soins**

#### A) présentation du système d'information au Royaume-Uni

Plusieurs générations d'indicateurs peuvent être distinguées, qui reflètent les différentes préoccupations du régulateur. Lors du *control and command system* des années 1980, la préoccupation en phase avec l'ère des soins efficaces (cf. : introduction, *infra*) était la maîtrise des coûts dans un but de contrôle interne. Les indicateurs avaient

pour fonction d' « aider les *managers* à évaluer la performance des organisations dont ils (étaient) responsables »<sup>28</sup>.

Cette première génération d'indicateurs administratifs destinés aux *managers*, a été remplacée à l'époque de la réforme THATCHER par des indicateurs de performance des hôpitaux à destination des managers, mais aussi de l'opinion publique. L'accent mis sur la performance devait tout d'abord permettre aux nouveaux acheteurs (HAs, *GP Fundholders*) de comparer les résultats des différents *NHS trusts*. Ces indicateurs avaient aussi pour vocation d'informer les citoyens en vue d'éclairer leur choix, selon l'idée thatchérienne que l'allocation optimale serait obtenue en laissant le choix au consommateur éclairé. Cette nouvelle génération d'indicateurs, inspirée de la philosophie thatchérienne, se retrouve dans la Charte du Patient (1992). Celle-ci se concentre sur différentes mesures de temps d'attente, pour lesquelles les citoyens sont invités à évaluer l'action de leur autorité sanitaire (NUTLEY & SMITH, 1998). On peut citer parmi les principaux indicateurs de cette charte : le pourcentage de patients vus dans les 5 minutes après leur arrivée aux urgences, le pourcentage de patients vus par le spécialiste dans les 13 mois qui ont suivi leur adressage, pourcentage de patients hospitalisés dans les 3 mois qui ont suivi leur inscription sur liste d'attente, le même pourcentage dans les 12 mois.

Ces deux générations d'indicateurs de performance ont en commun de se concentrer presque exclusivement sur les moyens (*process*) ou les produits (*output*) plutôt que sur les résultats (*outcome*). La troisième génération d'indicateurs, concomitante au

---

<sup>28</sup> Traduit par nos soins de *1983 English NHS Performance Indicators* (cité dans NUTLEY & SMITH, 1998)

changement de gouvernement, tente de répondre à cette faiblesse, en mettant l'accent sur la qualité du système à travers la notion de *clinical governance*. C'est là un des axes majeurs de la réforme BLAIR, qui met à cet égard en place, le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) dont les missions sont de « promouvoir l'efficacité clinique et technique »<sup>29</sup>. L'évaluation de la performance associe alors des indicateurs de résultat sur l'état de santé de la population, des indicateurs de produits et des indicateurs de moyens (cf. : encadré 8, l'évaluation de la performance dans la réforme BLAIR, *infra*).

Encadré 8 : l'évaluation de la performance dans la réforme BLAIR

L'évaluation de la performance est un des piliers de la réforme du gouvernement Blair. Quand dans la réforme du gouvernement précédent, la performance devait être atteinte par la concurrence censée réduire les rentes des producteurs et améliorer la qualité du produit, dans la réforme du gouvernement travailliste qui annonce le remplacement de la concurrence par une coopération des acteurs, celle-ci doit être atteinte par la production d'indicateurs.

Au niveau national, on peut retenir deux grands types d'indicateurs :

- les indicateurs censés évaluer la performance globale du système en termes sanitaires. Ils sont regroupés dans le *NHS Performance*

---

<sup>29</sup> Traduit par nos soins de *The NHS Performance Assessment Framework* (NHS Executive, 1998)

*Assessment Framework* (NHS Executive, 1998). Ce cadre d'évaluation de la performance se concentre sur six cibles d'amélioration : amélioration de l'état de santé (*health improvement*), équité d'accès (*fair access*), efficacité (*effectiveness*), efficacité (*efficiency*), satisfaction des patients et des soignants (*patient/carer experience*), qualité et gestion du risque (*health outcomes of NHS care*) (cf. : annexe 7, *NHS Performance Assessment Framework*). Ce cadre général d'évaluation se décline ensuite dans une batterie annuelle d'indicateurs associant indicateurs de produits et de résultats, le *High Level Performance Indicator set* (HLPI) (cf. : annexe 8, HLPI pour l'année 1999-2000) ;

- les indicateurs médico-économiques. Bien qu'il n'existe pas encore d'échelle nationale des coûts complète (*full national tariff*), les données produites à partir des HRGs permettent d'établir le *National Reference Costs Index* (NRCI) qui fournit un indice de coût moyen de production de l'ensemble des organisations de santé, *NHS trusts*, PCGs, PCTs, expériences pilotes (NHS Executive, 2002).

Ces indicateurs sont en outre associés à des questionnaires de satisfaction réalisés auprès des utilisateurs du NHS.

Au niveau local, les indicateurs sont déclinés en contrats d'amélioration de santé, les *Health Improvement Programmes* (HImPs), qui permettent d'adapter les priorités nationales aux spécificités locales. Ces contrats opposables sont signés entre les SHAs et les PCTs, mais également entre les acheteurs et les

producteurs de soins secondaires.

Cette troisième génération d'indicateurs, plus complète et plus centrée sur le résultat que sur le moyen, est à replacer dans l'ère du *managed care*, selon la typologie de C. LE PEN (1999). Ces indicateurs participent à l'« industrialisation » de la médecine et du bien santé. Afin d'améliorer la qualité, ces indicateurs de performance ont pour objectif de mesurer et d'évaluer les pratiques et ainsi de permettre ainsi l'édiction de normes de bonne conduite (que l'on songe aux référentiels de prescription fournis par les PCOs). Cette tendance amène donc à remettre en cause la spécificité du bien santé fondée sur l'incertitude inhérente à sa définition. Cette « industrialisation » a pour objet de faciliter et d'améliorer la procédure d'achat en normalisant le produit acheté<sup>30</sup>.

A cette « industrialisation », s'ajoute une deuxième fonction majeure dévolue à l'information dans le système de santé britannique. C'est elle qui est appelée à remplacer dans la réforme du gouvernement travailliste, la concurrence comme outil de contrôle du producteur et vecteur d'amélioration de la performance et de la qualité.

---

<sup>30</sup> Cette problématique, issue du paradigme de l'économie industrielle, ne sera pas analysée ici. Pour de plus amples développements, le lecteur pourra consulter l'ouvrage de C. LE PEN (1999) et l'article de CHONE, GRIGNON & MAHIEU (2000).

## B) l'information comme outil de contrôle de la relation principal-agent

L'information comme outil de contrôle de la relation acheteur-producteur avait déjà été mise en avant lors de l'expérience du *fundholding*. L'un des avantages de ce système, qui avait poussé à son maintien dans la réforme travailliste, est qu'il permettait de redistribuer le pouvoir entre généralistes et spécialistes afin que ces derniers soient plus encadrés et motivés dans leur pratique (D. CONTRANDIOPOULOS, 2000).

A travers la présentation du modèle de GODDARD, MANNION & SMITH (2000) développé plus haut, nous avons vu que l'information joue à deux niveaux dans la relation acheteur-producteur de soins : comme moyen de déterminer la mesure agrégée d'état de santé de la population  $H$  à partir de l'indicateur de résultat  $M$  ( $H = f(M) + e$ ) et comme moyen d'associer l'effort de l'agent  $e$  au résultat observable par le principal  $M$  ( $M = g(e) + d$ ). L'information va donc permettre de préciser les fonctions  $f$  et  $g$ , voire de réduire la variance des variables aléatoires  $e$  et  $d$ .

Si ce modèle permet de voir en quoi l'information est un moyen de contrôle de l'acheteur sur le producteur, il souligne également trois faiblesses potentielles que peut rencontrer un système dont le contrôle est dévolu à l'information (GODDARD, MANNION & SMITH, 2000) : les problèmes de mesure, d'attribution et de récompenses.

### ➤ Les problèmes de mesure :

Les indicateurs de résultat choisis pour la variable  $M$  peuvent ne refléter que très partiellement la mesure agrégée d'état de santé  $H$  et des aspects importants de celui-ci peuvent être ignorés (la variance de  $e$  est alors élevée). Cette situation peut mener à une « vision en tunnel » (*tunnel vision*) de la part du producteur qui ne concentre son activité que sur les services concernés par les indicateurs. Ce problème a pu se retrouver avec la deuxième génération d'indicateurs et la Charte du Patient (1992), dont la majorité se concentraient sur les temps d'attente en chirurgie programmable et assimilaient donc amélioration de la qualité du système et réduction de ces temps d'attente. De même, ce problème peut se retrouver quand les indicateurs ne se concentrent que sur des objectifs de court terme au détriment d'objectifs plus généraux de long terme, ce qui se traduit par un phénomène de myopie des agents. Ces phénomènes de vision en tunnel et de myopie semblent être confirmés par nos entretiens au Ministère, où l'on nous a expliqué que pour des raisons politiques et médiatiques, les indicateurs relatifs aux temps d'attente reçoivent une attention prioritaire, pouvant de fait confiner les autres indicateurs à un rôle de second ordre.

### ➤ Les problèmes d'attribution :

La mesure agrégée de l'état de santé  $H$  est en fait le résultat des efforts conjoints de plusieurs acteurs. Dans ce modèle, l'effort de l'agent dépend des activités qui influent sur sa propre récompense. Dans le cas où la variance du résultat qu'on ne peut attribuer,  $d$ , est élevée, il devient difficile d'établir un système d'incitations qui encourage la coopération des agents. Il y a un risque de sous-optimisation dans la mesure où en l'absence d'un système d'incitations à l'effort conjoint (il est par exemple difficile de trouver un système conciliant équilibre financier et objectifs cliniques), les agents poursuivent leurs objectifs propres aux dépens des objectifs de l'organisation toute entière. Ce problème peut survenir lorsque l'agent est en mesure de manipuler le résultat observable  $M$ , signal sur l'effort de l'agent, sans qu'il y ait eu en fait, de modification du niveau réel d'effort. Le programme de l'agent peut alors être amendé en y incluant une condition sur le coût, perçu par l'agent, de manipulation de  $M$ . Soit  $p$  ce coût, il est fonction de  $M$  et du résultat observable manipulé  $Ma$ . Le nouveau programme de l'agent s'écrit alors :

$$\begin{aligned} & \text{Max. } E [ Uhp (e,R,p) ] \\ & e \\ \text{s.c. : } & M = g (e) + d \\ & R = h (M) \\ & p = p (Ma - M) \end{aligned}$$

Cette possibilité de manipulation est réelle au niveau de l'hôpital, dans la mesure où la collecte des données hospitalières sont à la charge de professionnels dont l'activité ne peut être contrôlée. Une étude de cas réalisée sur huit *NHS trusts* et deux *NHS regional offices* (GODDARD, M ANNION & SMITH, 2000) montre que certains *trusts* ont pu être amenés à « augmenter » leur temps d'attente pour bénéficier en fin de cycle budgétaire des fonds supplémentaires pour la réduction des files d'attente (cf. : *Waiting Times Initiatives*).

➤ Les problèmes de récompense :

La forme que prennent les incitations (forme de  $h$ ) est en pratique souvent dépendante de la comparaison avec les performances réalisées les années précédentes. Cette caractéristique peut engendrer des comportements stratégiques de la part de l'agent, connus sous le terme d « effet-cliquet ». Bien que l'agent soit récompensé d'avoir amélioré sa performance par rapport à l'année passée, il peut avoir intérêt à ne pas trop améliorer cette performance de crainte que la fixation des objectifs pour l'année suivante ne prenne en compte de façon permanente – par effet-cliquet – l'amélioration de celle-ci. Dans la mesure où cette performance est corrélée au niveau d'effort de l'agent, ce phénomène peut inciter l'agent à réaliser des niveaux moindres d'effort sur chaque

période. Il ressort de l'étude de cas (GODDARD *et al.*, 2000), que l'exemple le plus cité d'un tel comportement stratégique concerne les indicateurs d'efficience (cf. : annexe 7 ; HLPI pour l'année 1999-2000) pour lesquels les cibles sont des gains en termes de coûts à réaliser chaque année.

Face au problème d'agence qui caractérise la relation acheteur-producteur de soins secondaires, la mise en place d'un système complet d'indicateurs cherche à apporter une réponse, puisque l'information apparaît comme un moyen de contrôle du principal sur l'agent. Elle permet en outre de mieux définir le produit vendu (cf. : « industrialisation » du bien santé) et de fait, elle rend les acteurs plus responsables par une meilleure complétude des contrats. Censé remplacer la concurrence comme moyen d'atteindre la performance, ce système d'information doit réduire asymétrie d'information et coûts de transaction qui ont condamné le système précédent. Néanmoins, un tel fonctionnement engendre aussi des coûts, inhérents à la production, à la collecte et à l'exploitation de cette information massive. Ces coûts s'ajoutent aux coûts de contrôle que le principal doit mettre en place pour éviter les comportements opportunistes de l'agent qui peuvent naître de la mise en place d'un système de *management* par l'information (cf. : problèmes de mesure, d'attribution, de récompense). Ceci soulève la question de la cohérence d'un tel système qui prône la coopération des acteurs et qui justifie, dans le même temps, un contrôle plus accru des producteurs à travers le système d'information. Ce point soulève alors la question de la nature des relations entre acheteur et producteur de soins.

## 2.2 Contrôle, concurrence ou coopération ?

Un des motifs explicites de la mise en place d'un système de *management* par l'information, outre une amélioration revendiquée du service rendu, est de tenter de résoudre le problème d'agence entre acheteur et producteur, par la production d'informations censées réduire l'ampleur de l'asymétrie. Le gouvernement travailliste voit dans ce problème d'agence, la principale cause d'échec de l'achat de soins par les HAS dans le marché interne, et propose dans sa réforme un second moyen pour tenter de résoudre le problème. En plus de réduire le niveau d'asymétrie d'information, la réforme BLAIR cherche à faire converger les intérêts du principal et de l'agent. C'est en effet ainsi que l'on peut interpréter la volonté de passer d'un système basé sur la concurrence à un fonctionnement fondé sur une coopération des acteurs.

### 2.2.1 Contrat et coopération

Cet accent mis sur la coopération entre les acteurs, et plus particulièrement entre l'acheteur et du producteur de soins, s'est traduit par des modifications touchant la forme et la durée des contrats entre le producteur et l'acheteur.

Tout d'abord, l'acte signé entre les deux parties perd le nom de *contract* (qui fait implicitement référence au droit des affaires et à un fonctionnement de marché) pour prendre celui de *Service Level Agreement (SLA)*, que l'on peut traduire littéralement par un « accord sur le niveau de service ». Cette notion souligne le passage affiché de relations marchandes à des relations de coopération fondées sur un travail en réseau des acteurs. Néanmoins, si la notion de coopération est mise en avant, elle ne signifie pas pour autant l'abandon de négociations entre l'acheteur et le producteur, ni la possibilité pour l'acheteur de faire jouer une contrainte de marché en changeant de producteur ; elle signifie plutôt que les relations entre acheteur et producteur doivent s'appuyer autant que possible sur une relation de « confiance » entre les parties et que celles-ci doivent essayer de gérer leur conflit à l'amiable. Cette « confiance », dont il reste à voir si l'on peut la doter d'un contenu économique, est notamment censée réduire les coûts de transaction, devenus prohibitifs dans les dernières années du marché interne.

Ces *Service Level agreements* se distinguent aussi des *contracts* de l'ère précédente, par leur durée. Le passage d'une durée d'un an à une durée conseillée de trois à cinq ans est censé représenter la nouvelle coopération qui doit s'instaurer entre les acteurs. En effet, le fait que les contrats ne soient plus négociables annuellement doit réduire les coûts de

transaction, mais implique que les acteurs puissent s'engager dans une relation de confiance.

Il convient donc d'examiner quels sont les liens en termes économiques, et en particulier grâce à la théorie des contrats, entre la notion de « confiance », censée représenter cette nouvelle coopération entre les acteurs, la durée du contrat et les coûts de transaction liés aux *service level agreements*.

#### A) la notion de « confiance » en économie de la santé

La spécificité de l'activité médicale, l'incertitude qui l'entoure et le fait que l'on ne puisse distinguer la production de l'activité du producteur, engagent souvent les partenaires dans une relation de confiance. Autant la théorie que la pratique en témoignent, pour ce qui concerne l'activité du médecin généraliste. En pratique, que ce soit en France ou au Royaume-Uni, les sondages d'opinion donnent généralement des taux avoisinant les 90% de patients faisant confiance à leur généraliste<sup>31</sup>. En théorie, dès 1963 avec son article fondateur, K. ARROW soulignait que « le soin médical appartient à cette catégorie de biens pour lesquels le produit et l'activité de production sont identiques. Dans de tels cas, le consommateur ne peut pas essayer le produit avant de le consommer, et il y a un élément de *confiance*<sup>32</sup> dans la relation »<sup>33</sup>. Les analyses de l'activité médicale comme relation de

---

<sup>31</sup> Notons au passage que cette constatation peut dans le cas britannique remettre en cause les raisonnements construits sur une forme de concurrence possible entre les GPs.

<sup>32</sup> En *italique* dans le texte.

confiance ont ensuite été nombreuses et on en a eu des prolongements, comme la théorie de PAULY et SATTERTHWAITTE (1981) du bien sanitaire comme « bien de réputation ».

Cependant, ces développements se sont jusqu'à présent concentrés sur la relation entre le patient et le médecin généraliste. Il nous reste à voir si la notion de « confiance » peut s'appliquer à la relation entre acheteur et producteur de soins.

Cette notion est issue de la théorie des transactions informelles. En effet, si elle agit sur la relation et la réalisation du contrat entre les deux parties, elle n'est pas inscrite dans le contrat ou le SLA, et prend donc la forme d'un contrat implicite.

Une définition est donnée par GAMBETTA (cité dans GODDARD & MANNION, 1998), pour qui la confiance est « un niveau particulier de probabilité subjective pour laquelle un agent estime qu'un autre agent ou un groupe d'agents va agir dans un sens qui lui est bénéfique, sans qu'il puisse contrôler cette action ». Plusieurs points peuvent être relevés de cette définition. Tout d'abord, la confiance est une probabilité dont la distribution peut prendre toutes les valeurs entre l'extrême méfiance (0) et la confiance aveugle (1). On peut supposer que cette valeur sera plus proche de 1 quand la relation est une relation établie sur la durée. Ensuite, la notion de confiance convient particulièrement bien aux situations d'incertitude et d'asymétrie d'information sur l'effort de l'agent. En effet, cette notion ne prendrait pas tant d'importance dans des situations où le principal pourrait établir un contrat complet lui permettant de prévoir tous les états du monde possibles. Or, nous l'avons vu, les situations d'incertitude et d'asymétrie d'information caractérisent le domaine médical et sanitaire. Enfin, la notion de confiance s'appuie sur le présupposé

---

<sup>33</sup> Traduit par nos soins de ARROW (1963).

que l'agent peut adopter des comportements opportunistes, du fait d'une liberté suffisante pour décevoir les attentes du principal.

La confiance peut être considérée comme une forme de capital social (GODDARD & MANNION, 1998). Il devient alors utile pour le producteur d'investir dans ce capital pour constituer une « réputation ». Ce capital peut représenter un coût fixe qui, s'il devient trop élevé, peut décourager les nouveaux entrants. Cet investissement dans la réputation, par l'élaboration de relations de confiance, est une interprétation possible du constat que les *GP Fundholders* ont peu fait jouer la concurrence entre les producteurs, alors même que le système les incitait à préférer le mieux-disant (CONTRANDIOPOULOS, 2000).

La confiance apparaît dans des situations d'incertitude, d'asymétrie d'information et de liberté des agents, comme un moyen d'associer l'agent aux objectifs du principal et de résoudre ainsi les problèmes de contrôle de la qualité du service. Elle représente aussi un moyen de répondre à la question des coûts de transaction. Elle permet en effet, face à l'incomplétude des contrats, de préférer une solution de confiance plutôt qu'un système de contrôle tendant à l'exhaustivité et extrêmement coûteux. Il va donc nous falloir examiner la relation entre confiance, coûts de transaction et durée du contrat.

#### B) Coûts de transaction et durée du contrat

Ces questions renvoient explicitement à la théorie des coûts de transaction d'O. WILLIAMSON (1975, 1985). Celle-ci relève de la théorie des contrats, et plus précisément de son approche positive. Elle postule en effet une rationalité procédurale, ne permettant

plus aux agents de surmonter l'existence d'asymétrie d'information par la mise en place de contrats incitatifs optimaux *ex ante*. On se focalise alors sur le versant *ex post* des contrats pour étudier la transaction, unité de base de la théorie, et voir quelle forme institutionnelle<sup>34</sup>, ou « structure de gouvernance », en découle.

D'une présentation très brève de la théorie des coûts de transaction, on peut retenir que les individus sont guidés par la volonté d'économiser au maximum sur leurs échanges, dans un univers incertain et non coopératif favorable aux comportements opportunistes<sup>35</sup>. Leur objectif est de construire, pour chaque transaction, la forme contractuelle la plus économe, qui va devenir une « structure de gouvernance ». Ces structures peuvent être répertoriées sur un axe, allant du marché, forme caractérisée par un encadrement strict de la relation grâce à des clauses entièrement définies *ex ante*, et la hiérarchie, structure intégrée qui favorise souplesse et interprétation *in situ*. Selon O. WILLIAMSON, les coûts de ces transactions, et donc la forme institutionnelle, sont fonction de trois attributs : la spécificité des actifs, la fréquence des échanges, et le niveau d'incertitude de la relation. La spécificité des actifs en est l'attribut essentiel. On peut distinguer cinq catégories d'actifs spécifiques :

- les actifs physiques spécifiques (*physical specific assets*), qui sont des actifs conçus pour une transaction particulière et qui ne peuvent pas être redéployés après la transaction ;

---

<sup>34</sup> O. WILLIAMSON est d'ailleurs considéré comme le chef de file de l'école néo-institutionnaliste.

<sup>35</sup> O. WILLIAMSON voit dans l'opportunisme, l'une des deux hypothèses comportementales de son modèle, avec celle de rationalité limitée, et le définit comme la « recherche de l'intérêt personnel par la ruse ».

- les actifs localisés spécifiques (*site specific assets*), qui ne peuvent pas être redéployés sans un coût élevé. La spécificité est due dans ce cas à la proximité des opérations de production ;
- les ressources humaines spécifiques (*human specific assets*). C'est par exemple le cas du phénomène d'apprentissage ;
- les actifs dédiés (*dedicated assets*), qui sont en principe transférables, mais qui ne font l'objet d'aucune demande en dehors de la transaction considérée ;
- les actifs incorporels (*intangible assets*), tels que le savoir-faire ou l'attachement de la clientèle.

O. WILLIAMSON substitue donc à la distinction traditionnelle entre coût fixe et coût variable, celle d'actifs déployables et d'actifs non déployables ou spécifiques. Les détenteurs d'actifs spécifiques ont alors tout intérêt à la poursuite de la relation, puisque les dépenses encourues lors de l'engagement de tels actifs sont irrécouvrables, car non redéployables vers d'autres applications. L'utilisation d'actifs spécifiques est en outre à l'origine de la création d'une rente, puisque l'utilité retirée de cette utilisation est plus importante que celle pouvant être obtenue avec un autre actif<sup>36</sup>.

Selon la spécificité des actifs, O. WILLIAMSON distingue trois formes de relation :

- le contrat juridique classique, où les parties sont autonomes et où leur identité n'importe pas, puisque la continuité d'une telle relation n'apporte pas de valeur

---

<sup>36</sup> On constate que cette définition de la rente s'apparente à la rente différentielle, décrite pour la première fois par D. RICARDO in, *On the Principles of Political Economy and Taxation*, 1817

supplémentaire. Un tel contrat obéit à des règles strictement réglementées, formalisées, et les éventuels litiges sont traités devant les tribunaux ;

- le contrat néoclassique, où l'autonomie des parties est maintenue, mais où celles-ci sont dans une situation de dépendance bilatérale non négligeable. Cette relation, qui sert de support aux contrats à long terme incomplets, doit faire face aux perturbations non anticipées au départ. Le contrat prend ainsi la forme d'un « contrat-cadre », volontairement souple pour permettre les adaptations nécessaires ;
- la hiérarchie, qui est un mode d'organisation plus élastique et plus adaptable que le contrat néo-classique. Le processus d'adaptation est réalisé par l'intermédiaire de l'autorité.

Dans le cas de la relation acheteur-producteur de soins secondaires, on peut observer un degré certain de spécificité des actifs. Tout d'abord, la spécificité d'actifs localisés apparaît comme forte, quand la question de l'accès aux soins est une question-clé. C'est par exemple le cas des services d'urgence et de réanimation pour lesquels l'acheteur ne peut se les procurer auprès d'hôpitaux trop distants. On observe également une spécificité physique des actifs, puisque de nombreux équipements hospitaliers (scanners, blocs opératoires) ne peuvent avoir un autre usage. La spécificité des ressources humaines peut également poser problème : un hôpital peut fournir à l'acheteur une spécialité particulière par la formation ou l'engagement d'un spécialiste correspondant. Le problème réside dans le fait que les spécialistes sont au Royaume-Uni des employés permanents de l'hôpital. Or, si l'acheteur ne souhaite plus acheter telle spécialité, le producteur perd le coût de la formation et ne peut pas mettre un terme au contrat du spécialiste. Enfin, on peut considérer la confiance comme un actif incorporel. Ce dernier actif a néanmoins la particularité que la rente qu'il crée ne peut être complètement appropriée par le producteur, puisqu'une expropriation par le producteur signifierait l'effondrement de la confiance et la disparition de la rente (REBERIOUX & BIEN *in* BEJEAN, PEYRON, 2002).

Cette existence d'un haut degré de spécificité des actifs fait peser la menace de comportements opportunistes de la part du producteur pour s'approprier la rente. Le contrat adopté doit donc à la fois permettre la continuation de la relation, du fait de la spécificité des actifs, mais aussi mettre en place les moyens de régler les éventuels litiges, partager la rente pour éviter l'appropriation par le producteur, enfin minimiser les coûts de transaction.

Le passage avec la réforme BLAIR de contrats annuels à des *Service Level Agreements* de trois à cinq ans semble vérifier les hypothèses de la théorie des coûts de transaction. En effet, ces SLAs correspondent à ce qu'O. WILLIAMSON définit comme des contrats néo-

classiques. Le SLA est un accord dans lequel l'autonomie des parties est maintenue, bien que la spécificité des actifs soit à l'origine d'une dépendance bilatérale non négligeable. Il se place dans un contexte d'incertitude et d'asymétrie d'information (cf. : *supra*) qui impose de très lourds coûts de transaction pour tenter de faire face au problème d'incomplétude du contrat. Il doit donc répondre aux perturbations nées d'états du monde non prévus dans le contrat, en minimisant les coûts de transaction.

L'accent mis sur la coopération dans les relations acheteur-producteur trouve son expression à travers ces contrats de long terme s'appuyant sur la construction d'une relation de confiance entre les parties. En effet, cette relation de confiance, qui se construit dans la durée, permet et de réduire les coûts de transaction, et d'apporter une solution au risque, soulevé plus haut, de comportements opportunistes lors de la mise en place d'un système de *management* par l'information – problèmes de mesure, d'attribution, de récompense.

L'instauration d'une relation de confiance va réduire les coûts de transaction. Elle permet de réduire ceux que l'on peut qualifier d'*ex ante*, à savoir les coûts de négociation, de mise en place et d'incitations (ou de menace). C'est en ce sens qu'on peut interpréter la fonction d'acheteur de référence (*lead commissioner*) qu'ont les PCTs envers un ou plusieurs producteurs de soins secondaires (cf. : encadré 5, *infra*). La relation de durée et de confiance qui s'instaure entre l'acheteur de référence et l'hôpital permet la réduction future des coûts de transaction *ex ante* grâce à l'établissement de normes et d'objectifs communs. La relation de confiance permet également de réduire les coûts de transaction *ex post*, coûts de contrôle, de renégociations et d'évaluation des contrats, puisque la confiance se substitue aux procédures de contrôle. Elle permet aussi de réduire les coûts

liés au règlement des litiges. Un fonctionnement coopératif incite en effet à recourir à des formes de médiation et d'arbitrage plutôt qu'au tribunal en cas de litige. S'il n'existe pas de recensement global de tels litiges et de leur mode de règlement, on constate néanmoins depuis 1993-1994 une réduction du nombre de cas exigeant un arbitrage de la Cour (GODDARD, MANNION, 1998).

L'instauration d'une relation de confiance est un moyen de réduire les risques liés à l'information dans la relation acheteur-producteur. Nous avons en effet vu que les problèmes de mesure, d'attribution et de récompense pouvaient susciter des dysfonctionnements nés d'éventuels comportements opportunistes des producteurs de soins. Or la confiance va limiter ces comportements opportunistes, d'une part parce que la confiance rend le coût de comportements opportunistes plus élevé pour le producteur, et d'autre part parce que de tels comportements font porter un risque sur la relation de confiance<sup>37</sup> et donc sur la rente créée par la relation.

On voit donc que le SLA signé entre l'acheteur et le producteur est plus qu'un contrat fixant le système d'incitations et les modalités de partage de la rente, comme l'est celui décrit par la théorie de l'agence. S'il permet en effet de fixer la rémunération de l'agent en minimisant les coûts de transaction, il pose en outre le « cadre » de la relation : il définit la

---

<sup>37</sup> On constate de cette conception de la confiance, que celle-ci est « intéressée » (*calculative trust*) selon la définition de Williamson (1985). Cette conception peut s'opposer à la « confiance professionnelle » (*professional trust*) qui définit généralement la relation entre un médecin généraliste et son patient et à la « confiance personnelle » (*personal trust*) qui relève, au-delà du calcul économique, de la loyauté.

durée de la relation, les obligations contractuelles réciproques, le moyen de régler les litiges, tous ces éléments qui participent à l'élaboration d'une relation de confiance.

Les notions de confiance et de contrats de long terme (sous la forme des *service level agreements* au Royaume-Uni), semblent résoudre la contradiction soulevée plus tôt entre coopération et contrôle de l'information. Si le développement de systèmes d'information performants a pour objectif de réduire le spectre de l'asymétrie d'information, cela ne se fait pas nécessairement au prix d'un contrôle accru, et plus coûteux, du producteur par l'acheteur. En effet, l'instauration d'une relation de confiance peut pallier cette difficulté, en faisant converger les intérêts des deux parties et en rendant plus coûteux les comportements opportunistes. Néanmoins, une fois cette contradiction levée, une autre survient : une relation fondée sur la confiance et la coopération des agents n'annihile-t-elle pas les gains espérés d'une procédure d'achat, qui s'appuie sur la concurrence des producteurs pour faire baisser les coûts ?

## **2.2.2 Nature des relations entre acheteur et producteur de soins**

### A) achat de soins et formes de la concurrence

L'achat de soins est une procédure qui est associée à la notion de concurrence. A cet égard, on peut noter que son apparition au Royaume-Uni lors de la réforme THATCHER

(cf. : *purchaser / provider split*) s'est faite à travers l'introduction du marché interne et donc de la concurrence au sein du NHS. Il faut en premier lieu noter qu'il s'agit d'une concurrence entre les producteurs de soins, et non entre les acheteurs<sup>38</sup>. Si cette dernière forme de concurrence a pu exister entre les *GP Fundholders*<sup>39</sup>, elle est abolie dans le système actuel puisque les patients sont obligés d'être enregistrés auprès du PCT de leur localité. Or ces PCTs sont constitués sur une base géographique qui empêche la concurrence entre eux.

Les deux notions, achat de soins et concurrence, sont effectivement étroitement liées, les gains d'une procédure d'achat étant notamment attendus en termes d'efficacité productive. La logique est alors celle de l'appel d'offres. Si la procédure n'est pas présentée comme telle, on peut néanmoins parler d'appel d'offres implicite pour la procédure d'achat de soins au Royaume-Uni. L'acheteur de soins, en mettant en concurrence plusieurs hôpitaux, compare le rapport qualité-prix proposé par chacun et sélectionne le mieux-disant. Dans la situation de sélection adverse qui caractérise la relation acheteur-producteur, à condition que cette mise en concurrence soit organisée par une procédure formelle et efficace, l'incertitude sur l'issue permet de réduire la rente associée à l'asymétrie d'information (MOUGEOT, NAEGELEN, 1997, 1998).

---

<sup>38</sup> Les études sur les formes de la concurrence dans le domaine de la santé (cf. : BOCOgnano *et al.*, 1998, 1999) distinguent généralement trois formes de concurrence : entre les producteurs, entre les acheteurs et entre les assureurs. Cette dernière forme ne concerne néanmoins pas le NHS, qui est un système de santé national, universel et financé par l'impôt.

<sup>39</sup> C'est là d'ailleurs plus une éventualité théorique qu'une réalité pratique, tant la relation d'un patient avec son GP est généralement durable (LE GRAND, 1999)

Ces deux auteurs ont essayé dans leurs articles de comparer différents modes d'organisation et de financement des hôpitaux. Ils en ont retenus trois particuliers : le contrat bilatéral entre la tutelle et l'hôpital, qui fixera le prix d'une quantité déterminée par le régulateur. Il n'y a dans ce cas pas de concurrence entre les producteurs ;

- la tarification à la pathologie, mise en place aux Etats-Unis depuis 1982 pour le programme Medicare et expérimentée actuellement en France. Elle repose sur un mécanisme de concurrence fictive (*yardstick competition*) qui s'appuie sur l'idée que la rémunération de chaque agent dépend des performances des autres. Le prix est alors fixé par rapport au coût moyen annoncé par les producteurs et il n'y a pas de quantité fixée à l'avance ;
- l'achat de soins qui s'appuie sur une concurrence *ex ante* entre les producteurs, de type appel d'offres. L'acheteur est censé partager la demande qu'il a fixée entre les producteurs proposant le meilleur qualité-prix.

Sous les conditions du modèle<sup>40</sup>, les auteurs arrivent à la conclusion que «lorsque les trois procédures sont applicables dans le même contexte d'asymétrie d'information, la mise en concurrence des offreurs de soins est préférable à la concurrence par comparaison, elle-même préférable à un contrat bilatéral» (1998).

---

<sup>40</sup> Le lecteur pourra se reporter aux articles de M. MOUGEOT et F. NAEGELEN (1997, 1998) pour y trouver les conditions sous lesquelles la comparaison entre ces différents modes d'organisation et de financement a été réalisée.

Un tel résultat nécessite néanmoins de s'arrêter sur ses conditions de possibilité. Les auteurs soulignent que plusieurs hypothèses sur la procédure d'achat de soins conditionnent cette efficacité :

- la concurrence doit être réelle (a) ;
- les coûts d'entrée doivent être faibles (b) ;
- il n'y pas d'entente entre les producteurs, ni entre l'acheteur et les producteurs (c) ;
- la tutelle s'engage de manière crédible sur l'application de la règle (d).

La question de la réunion de ces conditions a été au centre du débat politique, qui a conduit à la réforme du gouvernement travailliste et à l'abandon du marché interne pour un fonctionnement plus coopératif.

## B) réalité de la concurrence dans la procédure d'achat de soins au Royaume-Uni

La mise en concurrence des producteurs par une procédure d'achat de soins comme celle décrite par M. MOUGEOT et F. NAEGELEN plus haut, a trouvé son application la plus concrète au Royaume-Uni dans l'expérience du marché interne avec la séparation acheteur / producteur. Cette expérience de concurrence entre producteurs de soins secondaires faisait suite à un système hiérarchique intégré où le mode d'organisation était le contrôle du producteur par la tutelle. Elle a été elle-même remplacée par un fonctionnement qui maintient la procédure du *commissioning* mais met l'accent sur la coopération des acteurs. Ces trois périodes résument l'alternative que pose J. LE GRAND (1999) dans son article : « contrôle, concurrence ou coopération ? ». Ce choix se retrouve également dans les trois formes de relations juridiques qu'O. WILLIAMSON distingue. On peut en effet considérer que le contrat juridique classique correspond à un fonctionnement de type concurrentiel, le contrat néo-classique à un fonctionnement coopératif, et la hiérarchie à un fonctionnement contrôlé. Il faut cependant nuancer l'application de cette typologie aux différentes périodes du NHS.

Le marché interne n'a pas été le marché concurrentiel que la phraséologie politique de l'époque a pu décrire. Les conditions d'efficacité de la procédure d'achat de soins citées ci-dessus n'étaient pas réunies. La seule qui a pu être vérifiée est la condition (d), du fait de l'importance politique d'un succès du marché interne. S'il n'y a généralement pas eu d'entente entre les parties (cf. : condition (c)), les auteurs notent cependant que la relation de confiance qui préexistait entre les acteurs, ainsi que l'existence probable d'arguments tels que l'éthique ou l'intérêt collectif dans la fonction-objectif de l'acheteur, notamment pour les *GP Fundholders*, ont pu empêcher l'adoption de mesures trop restrictives à

l'égard du producteur. Ensuite la réalité de la concurrence (cf. : condition (a)) n'a souvent été effective que dans certains *districts* de la région de Londres (D. CONTRANDIOPOULOS, 2000). De nombreux acheteurs devaient donc faire face à une situation de monopole du producteur, qui ne permettait pas l'efficacité de la procédure d'achat de soins, telle qu'elle a été décrite plus haut. A cela, s'ajoute le fait que la fixation des prix par les hôpitaux lors du marché interne était très étroitement contrôlé par le régulateur. M. GRIGNON (2000) préfère ainsi parler de quasi-marché puisque la concurrence se faisait exclusivement sur la qualité, et non sur les prix.

Comportements des acheteurs, situation de monopole de nombreux hôpitaux britanniques et contrôle étroit des prix remettent en cause la réalité d'une concurrence *ex ante* que devait mettre en œuvre l'expérience du marché interne. De même, la coopération mise en avant par le gouvernement travailliste est à nuancer. La procédure de *commissioning*, bien que son nom ait changé pour remplacer le terme de *purchasing*, demeure une procédure fondée sur une comparaison des producteurs en vue d'une négociation sur les quantités, la qualité et le prix, dont le contrôle par la tutelle s'est allégé. Ensuite, si la coopération entre les acteurs est avérée avant même la réforme BLAIR, la signature de contrats de long terme censés la mettre en œuvre, n'est pas encore la règle (cf. : exemple du S&MPCT, *in* encadré 5).

C'est que concurrence et coopération ne sont pas aussi opposables que la typologie ci-dessus pourrait le faire croire. Il est vrai qu'un contrat de long terme empêche la concurrence durant toute la durée du contrat, et réduit donc l'incitation à la performance du producteur. Néanmoins, la durée du contrat peut jouer en sens inverse comme une menace crédible d'entrée. Cet argument s'appuie sur la théorie des marchés contestables de W. BAUMOL (1982). Selon cette théorie, une situation de monopole ou l'existence de rente peut ne pas s'opposer à l'efficacité du marché s'il existe une concurrence potentielle et que le marché est donc « contestable ». La condition d'efficacité de la concurrence devient la crédibilité de la menace d'entrée, forçant les offreurs à se comporter « comme s' » ils étaient dans un environnement plus concurrentiel. La menace dans l'exemple britannique est notamment représentée par l'offre privée, qui apparaît comme une menace crédible dans une situation où les acheteurs sont jugés exclusivement sur leur capacité à réduire les files d'attente. En ce sens, un contrat de long terme peut représenter une incitation suffisante pour un offreur potentiel, puisque celui-ci est sûr de pouvoir ensuite s'approprier une partie de la rente sur une longue période. On peut donc considérer qu'un fonctionnement de type coopératif, s'appuyant sur des accords de long terme, représente une concurrence non plus fictive ni *ex ante*, mais une concurrence *ex post* reposant sur la contestabilité du marché.

Nous ne développerons pas d'avantage ce dernier point qui emprunte à la théorie de l'économie industrielle, mais nous retiendrons de l'approche positive des contrats, et notamment de la théorie des coûts de transaction et de celle des transactions informelles, que le contrat, s'il définit le mode de rémunération, précise aussi le cadre de la relation, sa durée, les obligations contractuelles des parties, les modalités de règlement des litiges... L'accord signé entre l'acheteur et le producteur donc influe sur la nature des relations entre les deux parties. Dans l'exemple britannique, le contrat est censé refléter la coopération entre les acteurs. Ce contrat implicite construit sur la confiance des deux parties contractantes, n'exclut ni un fonctionnement concurrentiel, que celui-soit *ex ante* ou *ex post*, ni le contrôle de l'information par l'acheteur. C'est le moyen choisi par le régulateur britannique pour répondre à l'incomplétude de contrats née de la spécificité de l'activité médicale, asymétrie d'information entre l'acheteur et le producteur et impossibilité d'inférer la qualité de l'activité du résultat observé. L'efficacité d'un tel choix doit être confirmée par la pratique des relations entre acheteur et producteur de soins, qui indiquera si la relation de confiance s'apparente à une simple « confiance intéressée » (*calculative trust*) susceptible d'être rompue par l'un des contractants afin de s'emparer de la rente, ou à une « confiance personnelle »<sup>41</sup> rendant plus coûteuse encore la rupture du contrat.

---

<sup>41</sup> Cf. : note de bas de page n° 45, où est distinguée la « confiance intéressée » de celle « professionnelle » caractérisant la confiance entre un patient et son médecin, ou de celle « personnelle » relevant du comportement loyal des acteurs l'un envers l'autre.

### 3 CONCLUSION :

Le *General Practitioner*, qui a dans le système britannique le rôle de *gatekeeper* et de principal ordonnateur des dépenses de santé, est au centre d'une double relation d'agence, à la fois agent du patient et agent des pouvoirs publics. Cette double relation d'agence, dans le contexte d'incertitude et d'asymétrie d'information qui caractérise l'activité médicale, fait porter sur l'un des tiers un risque de collusion des deux autres. Face à ce risque et aux problèmes d'aléa moral et de sélection adverse qui peuvent naître de la spécificité du « bien santé », le régulateur britannique a d'abord opté pour une délégation budgétaire aux *General Practitioners* en vue d'acheter certains soins et prescriptions. Le contrat alors signé entre le NHS et les *GP Fundholders* est avantageux à de nombreux égards et regroupe intérêts économiques et cliniques. Il assure au médecin généraliste une rémunération directe fixe due au paiement à la capitation et une rémunération indirecte incitative. Cette rémunération incitative ne se fait pas au détriment de la qualité du soin rendu ou acheté, mais au profit de celui-ci, puisque l'incitation est liée à l'amélioration de la qualité et n'engendre théoriquement pas de surplus financiers au médecin – la convergence d'intérêts entre NHS et GPs ne se fait donc pas au détriment du patient, comme on l'a parfois constaté dans le modèle américain. Ces gains d'efficacité productive et de qualité sont obtenus par la réduction de la rente du producteur, rendue possible par une meilleure expertise de la part de l'acheteur, et donc une réduction de l'asymétrie d'information. Le médecin généraliste, et plus généralement les professionnels de santé de première ligne, sont les plus à même d'évaluer les besoins de santé de la population dont ils sont en charge.

La généralisation de cette fonction d'acheteur de soins à l'ensemble des soins autres que primaires, à travers des réseaux de soins intégrés, les *Primary Care Organisations*, permet certes d'adapter la procédure du *commissioning* à l'ampleur du risque médical et financier, mais suppose un arbitrage entre taille de ces organisations et implication des médecins qui la composent. Cette question de l'incitation des médecins à participer à la procédure d'achat de soins nous semble l'argument essentiel de la fonction d'achat de soins au Royaume-Uni. C'est en effet sur celle-ci que reposent l'efficacité productive et l'amélioration de la qualité de la procédure de *commissioning*. L'implication des professionnels de santé de première ligne permet, nous l'avons vu, une meilleure détermination des besoins de santé de la population et une réduction de l'asymétrie

d'information. Cette réduction s'opère par une meilleure connaissance du résultat observable, mais aussi par une plus grande capacité à contrôler l'effort du producteur avec lequel il a l'habitude de travailler au travers de sa fonction de *gatekeeper*.

C'est là une spécificité de l'expérience britannique d'achat de soins, qui allie réduction de l'asymétrie d'information par un contrôle de celle-ci et relation de confiance entre les parties. Face au problème d'agence, elle réduit donc l'asymétrie d'information en même temps qu'elle fait converger les intérêts de l'agent et du principal. A la différence des *Managed Care Organizations* américaines qui s'appuient sur une concurrence *ex ante* et un contrôle *ex post* par des systèmes d'information coûteux, les *Primary Care Organisations* britanniques mettent l'accent sur un fonctionnement coopératif entraînant plutôt une concurrence *ex post* et un système d'évaluation de la performance associée à l'établissement de relations de confiance entre les acteurs. Il existe cependant un risque que cette spécificité de l'expérience britannique disparaisse, du fait de l'importance prise par des organisations tenues à une contrainte budgétaire forte et du désengagement de professionnels de santé au profit de *managers*.

La littérature française sur l'achat de soins, qu'elle se réclame de la théorie de l'agence (cf. : MOUGEOT, NAEGELEN, 1997, 1998) ou de la théorie de l'économie industrielle (BOCOGNANO *et al.*, 1999, CHONE *et al.*, 2000) ne distingue généralement pas cette spécificité. Si A. BOCOGNANO *et al.* soulignent que le système britannique, universel et gratuit, ne connaît pas les mêmes problèmes d'équité dans l'accès aux soins que le système américain, ils ne distinguent pas fondamentalement la procédure d'achat britannique des autres expériences de *managed care*. De même, M. MOUGEOT et F. NAEGELEN obtiennent leur résultat comparatif en prenant comme définition de l'achat de soin, une procédure se rapprochant fortement de l'expérience américaine (notamment de la procédure d'appel d'offres pratiquée dans l'Etat d'Arizona), dont les conditions de possibilité ne sont guère réunies au Royaume-Uni.

Or c'est selon nous cette spécificité qui fait l'intérêt du *commissioning* britannique et qui pourrait offrir des perspectives pour la situation française. L'idée d'achat de soins n'est pas complètement étrangère en France. En 1998, dans le cadre d'un projet présenté au Comité d'Orientation des Filières et des Réseaux, le groupe d'assurances AXA proposait l'expérimentation en Ile-de-France d'un réseau fermé, avec un financement à la capitation de l'Assurance Maladie, de l'ARH et de l'assureur privé. Ce projet a suscité de vives critiques et la crainte qu'un tel fonctionnement aboutisse à une concurrence entre les assureurs et à une sélection consécutive des risques par ces assureurs. CHONE *et al.* (2000) ont alors proposé dans leur article destiné au Conseil d'Analyse Economique un système ne reposant pas sur une concurrence des assureurs privés, mais entre « opérateurs de soins » qui se verraient interdire de refuser un patient, libre par ailleurs de s'affilier avec l'opérateur de leur choix. Ces opérateurs pourraient être les anciennes

Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM). Ces propositions se fondent sur un double niveau de concurrence, entre les assureurs, qu'ils soient privés ou publics, et entre les producteurs par une procédure d'achat de soins du type appel d'offres. Or ce changement radical, pour être générateur de gains potentiels, risque de s'opposer à la réalité d'une situation française où le médecin paraît peu enclin à échanger le prestige et la confiance qu'il retire de sa relation avec son patient, contre une responsabilisation financière qui pourrait remettre en cause ces deux premiers arguments. La procédure d'achat de soins britannique prend quant à elle en compte ces notions de confiance et de prestige. D'autre part, dans la mesure où les gains en termes d'efficacité productive sont liés à ceux d'amélioration de la qualité du service rendu, elle permet cette convergence des intérêts économique et clinique que les gouvernements français successifs tentent de mettre en place à travers la notion de « maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». Il resterait maintenant à approfondir la fonction-objectif du médecin français pour voir l'éventuelle applicabilité d'une telle procédure à la situation française, alors que les expériences de réseaux et de médecins-référents y ont connu un succès très mitigé.

---

# Bibliographie

---

## Documents et rapports officiels

- Department of Health, *Primary Care Trusts: Establishment, the preparatory period and their Functions*, 1999 (Angleterre)
- Department of Health, *Primary Care Trusts: Financial Framework*, 2000
- Department of Health, *Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results*, 2002
- Department of Health & Children, *Primary Care: a New Direction*, 2001 (République d'Irlande)
- Department of Health, Social Services & Public Safety, *Building the Way Forward in Primary Care*, 2000 (Irlande du Nord)
- Department of Health, Social Services & Public Safety, *LHSCGs – constitution, governance and accountability arrangements*, Guidance circular-2, 2002
- Eastern Health & Social Services Board, *Public Health Matters 2000-2001, the 9th Annual Report of the Director of Public Health*, 2001 (Irlande du Nord)
- European Observatory on Health Care Systems, *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*, Avril 2002, Health Trends Review, HM Treasury
- Health & Social Services Executive, *Commissioning Framework for Northern-Ireland*, 1997 (Irlande du Nord)
- NHS Executive, *the NHS Performance Assessment Framework*, 1998 (Angleterre)
- NHS Executive, *Primary Care Trusts: Establishing Better Services*, 1999

- NHS Executive, *2001/2002 Reference Costs*, 2002
- Scottish Needs Assessment Programme, *Needs Assessments in Primary Care: a Rough Guide*, 1998 (Ecosse)

## Articles et ouvrages

- AKERLOF G., « The Market for Lemons : Quality Uncertainty and the Market Mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, 1970, 89: 488-500
- ARROW K. J., « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, 1963, 53 (5):79-83
- ASHWORTH M., ARMSTRONG D., LLOYD D., COLWILL S., “The effects on GP prescribing of joining a commissioning group.”, *J Clin Pharm Ther*, Juin 2002, 27(3): 221-8
- BACHMANN M.O., BEVAN G., “Determining the size of total purchasing site to manage the financial risks of costs referrals: computer simulation model”, *BMJ*, 26 octobre 1996, 313: 1054-1057
- BAUMOL W., PANZAR J., WILLIG R., *Contestable markets and the theory of industry structure*, 1982, San Diego, Harcourt, Brace Jovanovich
- BEJEAN S., *Economie du système de santé : du marché à l'organisation*, 1994, Paris, Economica
- BEJEAN S., MIDY F., PEYRON C., « La rationalité simonienne: lectures et enjeux », *Economies et Sociétés*, Série Œconomica, 2001, 31 (11-12) : 1703-1733
- BEJEAN S., PEYRON C., *Santé, Règles et Rationalités*, 2002, Paris, Economica
- BLOMQUIST Å., « The doctor as double agent : information asymetry, health insurance, and medical care », *J Health Econ* , 1991, 10: 411-432

- BOCOGNAGNO A., COUFFINHAL A., GRIGNON M., MAHIEU R., POLTON D., *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé, théorie et bilan des expériences étrangères* , novembre 1998, rapport CREDES n°1243
  
- BOCOGNAGNO A., COUFFINHAL A., GRIGNON M., MAHIEU R., POLTON D., « Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel ; une revue des expériences étrangères en matière de santé », *Economie et Statistique*, Août 1999, 328 : 21-36
  
- BOJKE C., GRAVELLE H., WILKIN D., “Is bigger better for PCGs and Trusts?”, *BMJ*, 10 Mars 2001; 322: 599-602
  
- CAPUL J. Y (sous la dir.), « Les nouvelles théories économiques », *Les Cahiers Français*, Juillet-Septembre 1995, n° 272
  
- CHAMBARETAUD S., LEQUET-SLAMA D., «Le système de santé britannique : éléments d’analyse et réformes », *Solidarité et Santé*, juillet-sept 2002, 3: 21-33
  
- CHONE P., GRIGNON M., MAHIEU R., « Un Modèle de régulation du système de santé : la concurrence entre les ‘opérateurs de soins’ », *working paper* du CREDES, Mars 2000
  
- COLEMAN A., GILLAM S., WILKIN D., *The National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts 2000/2001: Modernising the NHS?*, 2001, King’s Fund
  
- CONTRANDIOPOUOS D., « L’expérience du marché interne dans le NHS britannique, une rétrospective critique », *Revue Française des Affaires Sociales*, juillet-décembre 2000, 3-4: 162-202
  
- ENTHOVEN A., *Reflections on the Management of the NHS*, 1985, London, Nuffield Provincial Hospital Trust
  
- EVANS R. G., “Supplier induced demand: Some empirical evidence and implications” in PERLMAN M., *The Economics of Health and Medical Care*, 1974, McMillan
  
- GLENDINNING C., « GPs and contracts : bringing general practice into primary care », *Social Policy and Administration*, Juin 1999, 33 (2): 115-131
  
- GODDARD M., MANNION R., “From competition to co-operation: new economic relationships in the National Health Service”, *Health Econ.*, 1998, 7: 105-119

- GODDARD M., MANNION R ., SMITH P., “Enhancing performance in health care: a theoretical perspective on agency and the role of information”, *Health Econ.*, 2000, 9: 95-107
  
- GRIGNON M., « La réforme du NHS en 1990 : une autre interprétation », *Revue Française des Affaires Sociales*, Juillet-Décembre 2000, 3-4: 203-212
  
- GRIGNON M., PARIS V., POLTON D., *L’influence des modes de rémunération des médecins sur l’efficacité du système de soins*, Novembre 2002, Commission sur l’avenir des soins de santé au Canada
  
- GROSSMAN M., « On the concept of health capital and the demand for health », *Journal of Political Economy*, 1972, 80 (2): 223-255
  
- KNIGHT F. H., *Risk, uncertainty and profit*, 1921, Boston New York, Houghton Mifflin Company
  
- LAPLACE L., KAMENDJE B., NIZARD J., COZ J. M., CHAPERON J., “Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 1990 », *Santé Publique*, 2002, 14 (1) : 47-56
  
- LE GRAND J., « Competition, co-operation, or control ? Tales from the British National Health Service », *Health Affairs*, Mai-Juin 1999, 18 (3): 27-39
  
- LE PEN C., *Les habits neufs d’Hippocrate – Du médecin artisan au médecin ingénieur*, 1999, Paris, Calmann-Lévy
  
- MAJEED A., MALCOLM L., “Unified budgets for PCGs”, *BMJ*, 20 mars 1999, 318 (7186): 772-780
  
- McCARTHY M., “The contracting round: achieving health gain or financial balance?”, *J Public Health Med*, Décembre 1998, 20 (4): 409-413
  
- MILLER R. H., LUFT H. S., “Does managed care lead to better or worse quality of care?”, *Health Affairs*, Septembre-Octobre 1997 ;16(5):7-25

- MILLER R. H., LUFT H. S., "HMO plan performance update: an analysis of the literature, 1997-2001", *Health Affairs*, Juillet-Août 2002; 21(4):63-86.
  
- MOUGEOT M., NAEGALEN F., « La réglementation hospitalière: tarification par pathologie ou achat de soins? », *Economie et Prévision*, 1997, 129-130 (3-4) : 207-219
  
- MOUGEOT M., NAEGALEN F., "Asymétrie d'information et financement des hôpitaux, une comparaison des modes d'organisation du système de santé », *Revue économique*, Septembre 1998, 49 (5) : 1323-1343
  
- MOUSQUES J., PARIS V., « Le fonctionnement des hôpitaux dans six pays étrangers », *working paper* du CREDES, Avril 2002
  
- NUTLEY S., SMITH P., "League tables for performance improvement in health care", *J Health Serv Res Policy*, Janvier 1998, 3 (1) : 50-57
  
- PAULY M., SATTERTHWAITTE M., "The pricing of primary care physician services: a test of the role of consumer information", *Bell Journal of Economics*, 1981, 12: 488-506
  
- POLLOCK A. M., "will primary care trusts lead to US-style health care?", *BMJ*, 21 avril 2001, 322: 964-967
  
- PRATT W., ZECKHAUSER R., *Principals and Agents: the Structure of Business*, 1985, Harvard Business School Press
  
- RICARDO D., *On the Principles of Political Economy and Taxation*, 1817
  
- RICE R., "Analysis of the hospital as an economic organism", *The modern hospital*, 1966, 106 (4)
  
- ROCHAIX L., « De la difficulté d'un arbitrage entre intérêt collectif et intérêts individuels : un dilemme de plus pour le médecin », *Journal d'Economie Médicale*, 1987, 5 (4) : 223-247
  
- ROCHAIX L., « Asymétries d'information et incertitude en santé: les apports de la théorie des contrats », *Economie et Prévision*, 1997, 129-130 (3-4) : 11-24

- ROTHSCHILD M., STIGLITZ J., "Equilibrium in Competitive Insurance Market", *Quarterly Journal of Economics*, 1977, 90: 629-649
  
- SMITH J., GOODWIN N., *Developing effective commissioning by PCTs: lessons from the research evidence*, Août 2002, HSMC School of Public Policy, University of Birmingham
  
- WILKIN D., "Primary care budget holding in the United Kingdom National Health Service: learning from a decade of health service reform", *The Medical Journal of Australia*, 3 Juin 2002, 176(9) : 539-542
  
- WILLIAMSON O., *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, 1975, Free Press
  
- WILLIAMSON O., *The Economic Institutions of Capitalism*, 1985, Free Press
  
- WILTON D., SMITH R. D., "Devolved budgetary responsibility in primary care, a cross-country assessment of the impact on efficiency", *European Journal of Health Economics*, 1.2002
  
- WYKE S., HEWISON J., ELTON R., POSNETT J., MACLEOD L., ROSS-McGILL H., "Does General practitioner involvement in commissioning maternity care make a difference?", *J Health Serv Res Policy*, Avril 2001, 6(2): 99-104

---

## Liste des annexes –

### Annexes non publiées

---

- 1 Questionnaire sur la procédure de commissioning
- 2 Fiche de paie d'un médecin généraliste
- 3 Liste des projets réalisés grâce aux économies faites par un PCCGP sur l'enveloppe des prescriptions médicamenteuses
- 4 Temps indicatifs d'attente à l'hôpital universitaire de Belfast
- 5 Rémunération des GPs membres du conseil d'administration d'un LHSCG nord-irlandais
- 6 Projet de contrat pour l'année budgétaire 2003/2004 entre le S&MPCT et le St-Georges Healthcare NHS Trust
- 7 *NHS Performance Assessment Framework*
- 8 *High Level Performance Indicator set* pour l'année 1999/2000