

« Quelques réflexions sur la réalisation pratique d'un réseau de soins coordonnés »

R. ROCHEFORT⁽¹⁾

Journal d'Economie Médicale. 1986, T. 4(3-4) : 191-208

⁽¹⁾ 23, rue Pasteur, 92120 MONTROUGE

Résumé

Cet article expose une maquette financière de réseau de soins coordonnés. Trois partenaires (la Sécurité Sociale, les médecins et gestionnaires, les adhérents) se partagent directement le gain obtenu par réduction du coût des traitements médicaux des adhérents.

A partir d'une hypothèse sur un gain total de 10 %, la ristourne donnée en fin d'exercice à chaque adhérent est assez faible et l'argument financier ne semble pas suffisant, à lui tout seul, pour convaincre des adhérents potentiels. Evidemment, la ristourne pourrait être plus forte si la réduction du coût total des soins était supérieure.

Par ailleurs, l'auteur propose d'introduire au dispositif un mécanisme de réassurance pour le réseau.

Mots-clés : Economie de la Santé, Réseau de Soins Coordinés, Sécurité Sociale

Abstract

This article tries to present a financial model of a coordinated medical care network. Three partners (social security, doctors and managers, adherents) share themselves the profit obtained by the reduction of medical care costs. With a total profit of 10 %, the refund given to each adherent at the end of the year is rather weak and the financial advantage does not seem sufficient to convince the potential adherents. Obviously, the refund could be higher with a more important reduction of the medical costs. In addition, the author proposes to introduce a kind of reinsurance modalit y for the network.

Key-words : Health economics, Coordinated medical care network, Social security.

Economiste quantitatif et statisticien, j'ai été sollicité par plusieurs économistes à l'origine du projet « R.S.C. », dont les professeurs Béatrice MAJNONI D'INTIGNANO et Robert LAUNOIS, il y a maintenant plusieurs mois, pour contribuer à leur réflexion afin de construire une maquette de réseau en approfondissant, notamment les plans financier et statistique.

Je tiens à dire que je n'étais pas, au départ, particulièrement convaincu par cette proposition d'adaptation à la France, du système nord-américain des H.M.O. Je ne le suis d'ailleurs pas encore totalement et même si mon intervention d'aujourd'hui ne vise pas à faire la liste de mes critiques à l'égard des R.S.C., j'en citerai quelques-unes un peu plus loin. [†]

[†] Il s'agit ici de la retranscription d'interventions effectuées au cours de deux séminaires consacrés à la réflexion sur les Réseaux de Soins Coordinés. Le premier s'est déroulé à Cordes le 19/10/1985 et il était organisé par l'Association Nationale pour l'Organisation de la formation continue du personnel médical des hôpitaux publics en matière d'administration et de gestion (AFMHA) avec la Direction du Plan de l'Assistance Publique de Paris. Le second s'est passé à Paris, le 28/1/1986, à l'Institut La Boétie.

On supposera connus les mécanismes de base de fonctionnement des R.S.C. notamment tels qu'ils sont décrits dans les articles et dans l'ouvrage qui lui sont consacrés et qui sont rappelés à la fin de cet article.

1. INTRODUCTION

Intellectuellement, une idée forte m'a plu, dans le projet de réseau tel qu'il a été formulé. Celui-ci propose en effet une organisation très différente du système de santé permettant notamment d'optimiser l'utilisation des ressources qui lui sont allouées, sans, ose-t-il prétendre, remettre en cause le système de protection sociale. En effet, si je suis sensible aux critiques portant sur les lourdeurs et les dysfonctionnements actuels de l'assurance maladie et de ses conséquences sur le système de soins, je pense aussi qu'il est tout à fait impossible et non souhaitable dans le contexte actuel de le remettre significativement en cause. Toutes les enquêtes montrent à quel point les Français, tous groupes sociaux confondus, sont très attachés aux principes essentiels de la sécurité sociale, ce qui ne les empêche pas d'émettre de nombreuses critiques sur tel ou tel de ses aspects pratiques.

Même si certains ont voulu voir dans cet attachement soudain des économistes libéraux au système français de sécurité sociale, quelque chose de circonstancié, destiné à faire passer l'idée de R.S.C., il m'est apparu intéressant de les prendre au mot sur ce point et de voir à quoi cela menait.

Je ferai ainsi pour terminer cette introduction quelques remarques sur la façon dont l'organisation du système de santé autour de R.S.C. pourrait laisser inchangé ou modifierait le fonctionnement de la sécurité sociale, sachant qu'il n'en altérerait donc pas le principe.

1.1 Ce qui serait inchangé pour la sécurité sociale

Deux ensembles de missions de la sécurité sociale me paraissent ne pas devoir être modifiés par la mise en place de R.S.C. Il s'agit tout d'abord du prélèvement des cotisations. Rien dans le projet de réseau ne nécessite de modification en ce qui concerne l'assiette du prélèvement social, son taux, son unicité nationale, le réseau des URSSAF qui a pour mission de les collecter, etc ... Dire cela, ne signifie pas qu'il n'y aurait rien à modifier dans ce domaine, mais simplement que cela n'est pas rendu indispensable par la mise en place de R.S.C.

Il s'agit ensuite de l'application des complexes législation et réglementation de la sécurité sociale en ce qui concerne le droit aux prestations. La mise en place de réseau peut très bien se faire sans modifier le principe de l'ouverture des droits, ni celui de l'exonération du ticket modérateur pour un ensemble de situations précises. Tout au plus, pourra-t-il s'agir, comme nous le verrons plus loin, de traduire dans des « moyennes statistiques » servant au financement des réseaux, ce qui aujourd'hui s'applique au cas par cas.

Enfin, la mise en place de réseaux n'imposerait aucun changement brutal dans la proposition de la dépense de santé financée socialement et celle qui est laissée à la charge des malades, qu'elle soit ou non couverte par un système complémentaire de mutuelle ou d'assurance.

1.2 Ce qui serait profondément transformé pour la sécurité sociale

Evidemment le principe même du réseau, qui repose que un financement forfaitaire et préalable à la délivrance de soins, constitue le changement majeur dans les rapports entre l'Assurance Maladie et les acteurs du système de santé.

La critique essentielle faite au système actuel de protection sociale, qui est de déresponsabiliser économiquement, tant le médecin que le malade, devrait ainsi tomber d'elle-même, puisque l'un comme l'autre serait intéressé à éviter les dépenses inutiles. Nous verrons dans un instant par quels mécanismes nous pouvons y arriver .

L'activité administrative quotidienne de l'Assurance Maladie serait également modifiée. Pour tous les adhérents du réseau, les caisses n'auraient plus, comme c'est le cas aujourd'hui, à liquider individuellement les dossiers de demande de remboursement. Leur travail quotidien serait ainsi considérablement allégé.

Je pense en revanche qu'il devrait leur revenir la responsabilité d'établir les " coûts actuariels " à partir desquels seraient calculées les allocations qu'elles verseraient en début d'exercice aux réseaux. En effet, qui mieux que l'Assurance Maladie disposerait des données suffisantes pour faire ces calculs ?

L'Assurance Maladie devrait également garantir le sérieux médical du réseau auprès de sa clientèle potentielle.

Il s'agirait là d'une responsabilité nouvelle pour son corps de médecins conseils. Je pense que c'est à l'Assurance Maladie d'assurer cette responsabilité et pas à l'administration ou à un corps d'experts indépendants, car c'est elle qui verse au début de chaque exercice l'essentiel de son financement au réseau.

Je voudrais enfin indiquer un point délicat concernant les changements que la mise en place de R.S.C. entraînerait pour l'Assurance Maladie. Avec 700 millions d'exemplaires qui circulent actuellement, la feuille de soins de la Sécurité Sociale est le document administratif le plus répandu en France. Par la nécessité qu'il y a, de la remplir, pour obtenir les remboursements des frais médicaux, les malades comme les médecins ont la perception immédiate et permanente de la Sécurité Sociale comme intermédiaire financier à leurs échanges.

Avec la mise en place de R.S.C., cette perception disparaît. Evidemment cela ne présenterait pas que des inconvénients, puisque les coûts de gestion de la Sécurité Sociale seraient ainsi largement réduits. Néanmoins, cette simplification radicale me semble risquer d'être un inconvénient de taille. Je ne suis pas sûr, en effet, que les responsables politiques de l'Assurance Maladie, puissent ainsi accepter une procédure par laquelle l'intervention de l'Institution dont ils assurent la gestion ne serait plus perceptible directement par les assurés sociaux.

Ces remarques préliminaires faites, je voudrais consacrer mon intervention à développer un certain nombre de points essentiellement techniques concernant la mise en place d'un réseau. J'aborderai dans un premier temps, des questions financières et statistiques et dans un second temps, le rôle que je verrais assez bien jouer aux différents interlocuteurs institutionnels concernés par la mise en place d'un réseau. C'est surtout au cours de cette dernière partie qu'apparaîtront les nombreuses incertitudes et critiques qui demeurent encore sur la faisabilité d'un tel dispositif.

2. INDICATIONS FINANCIERES ET STATISTIQUES PRECISES POUR LE FONCTIONNEMENT D'UN RESEAU

2.1 Préambule et hypothèses

On s'intéressera ici à poser certaines conditions nécessaires à l'équilibrage des comptes financiers d'un réseau.

□ Deux chiffrages :

Compte tenu de la très grande variation existant dans la dépense individuelle de santé, le réseau devra posséder un nombre suffisant d'inscrits pour répartir le risque lié aux très grands consommateurs de soins. Deux variantes différentes seront successivement exposées :

- 1) le réseau dispose d'un grand nombre d'adhérents : 16 000,
- 2) le réseau ne dispose que de 8 000 adhérents, mais n'a pas la responsabilité financière des 0,5 % de la population qui consomme en un an plus de 125 000 F par individu.

□ Des économies sur le coût global des soins :

Une forme alternative d'organisation du système de santé n'est défendable économiquement que si - pour un niveau de prestations donné- son coût social n'est pas supérieur à celui du mode d'organisation traditionnel.

Nous sommes partis d'une hypothèse générale selon laquelle le réseau pourrait assurer une couverture sanitaire de niveau comparable à celle actuellement en place avec des coûts inférieurs de 10 %¹.

Deux hypothèses -largement arbitraires -ont été retenues quant à la répartition de cette économie :

- a) Le montant financier ex ante de l'économie, ici égal à 10 % du budget prévisionnel, est divisé en 3 parties égales auxquelles prétendent les 3 groupes d'acteurs impliqués directement dans le réseau: l'Assurance Maladie, les adhérents, les médecins -propriétaires-gestionnaires -du réseau.
- b) Tandis que l'Assurance Maladie reçoit directement la part qui lui revient dans cette économie -en la soustrayant de la donation qu'elle apporte au réseau -, les deux autres groupes d'acteurs ne la touchent pas “ ex ante ” mais seulement “ ex post ”.

Les ristournes qui leur reviendront dépendront donc de la capacité du réseau à réellement effectuer les économies envisagées et de la structure du risque “ ex post ” auquel il aura dû faire face.

□ Les classes de risques :

Nous savons qu'un certain nombre de critères expliquent la très grande variabilité de la dépense de santé par personne.

La dépense de santé croît très fortement avec l'âge, et pour un âge donné n'est en moyenne pas la même selon que l'on habite dans le Nord Pas de Calais ou en Provence Côte d'Azur.

Si l'on souhaitait créer des indicateurs prédictifs pertinents de la consommation future d'un individu, ceux-ci dépendraient en outre de renseignements sur sa catégorie socio-professionnelle et sur ce qui s'appelle aujourd'hui les critères de risques: passé pathologique et génétique, hygiène de vie, ...

Le réseau de soins coordonnés ne doit pas pouvoir sélectionner sa clientèle parmi la population à moindre risque morbide. L'allocation attribuée au début de chaque année, que celui-ci recevrait de la Sécurité Sociale pour soigner chacun de ses adhérents, doit être calculée en conséquence.

Pour en tenir compte et reprenant ce qui se fait aux Etats-Unis pour le versement aux H.M.O. par le “ Medicare ”, les instigateurs de l'idée des R.S.C. en France ont proposé la définition de “ coûts

¹ Il est assez facile de se convaincre que cette économie ne pourra être obtenue que par une réduction du volume des actes pratiqués, des médicaments achetés, de la fréquence et de la durée des hospitalisations et non par une réduction des prix.

actuariels ”² calculés pour les “ classes de risques ” à partir desquels seraient établis les versements a priori des Caisses d' Assurance Maladie au réseau.

La question se pose donc de la liste des critères à retenir parmi tous ceux qui peuvent exister et dont certains viennent d'être indiqués un peu plus haut.

Je pense que seuls les quatre critères suivants peuvent être retenus : l'âge, le sexe, la région d'habitation et l'invalidité acquise éventuelle de chaque personne. Il s'agit là de critères administratifs dont la corrélation avec le niveau de la dépense de santé est clairement établie. Je suis contre l'utilisation de tout autre type de critère qu'il soit de nature médicale ou sociale. Je pense en effet que leur prise en compte ne serait pas possible, ni d'un point de vue éthique, ni d'un point de vue technique. Pour n'illustrer que la difficulté technique, je citerai l'impossibilité qu'il y aurait à être sûr de la qualité des déclarations portant sur l'état morbide et sur la catégorie socio-professionnelle (risque d'ignorance, de difficulté de classement, de fausses déclarations, ...). Il en découlerait par ailleurs une difficulté pour calculer les coûts actuariels liés à ces critères.

On peut regretter cette restriction dans le choix des critères de risques. Ceux-ci peuvent apparaître insuffisants pour rendre impossible un fonctionnement pervers de choix d'une clientèle à moindre risque pour le réseau (en jouant par exemple sur les catégories socio-professionnelles). Je ne vois pas comment il est possible d'aller plus loin dans ce domaine³. Il s'agit probablement ici d'une des critiques fortes qu'il est possible de faire aux réseaux de soins coordonnés. Celle-ci pourrait être légèrement atténuée par l'interdiction qui devait être faite aux réseaux de refuser l'adhésion de toute personne qui en ferait la demande.

□ Hypothèse sur la représentativité :

Dans les maquettes présentées ici, les populations inscrites dans le réseau sont posées comme “ représentatives de la population française ”.

Ceci est une simplification pour les calculs effectués mais ne doit pas être considéré comme une hypothèse nécessaire.

Elle ne doit pas non plus être considérée comme favorisante ou pénalisante. En effet, l'utilisation des critères de risque dont nous venons de parler, doit strictement compenser, dans le financement du réseau, en recettes et en dépenses, les conséquences d'une éventuelle non représentativité de sa population d'adhérents (si le réseau est essentiellement composé de personnes âgées, celui-ci recevra des allocations a priori, de la Sécurité Sociale nettement plus élevées pour un montant calculé à partir des classes de risques, c'est-à-dire correspondant strictement en moyenne, au coût supplémentaire des traitements médicaux que cette clientèle entraînera).

En fait, aussi parfaite que puisse être la définition des critères de risques, il demeure un élément aléatoire essentiel dans le niveau de la consommation de santé de chaque personne⁴.

Pour le réseau, l'incertitude financière liée à ce facteur ne peut être gérée et réduite qu'en augmentant au maximum le nombre de ses adhérents, afin de “ répartir le risque ”.

C'est pourquoi l'effectif minimum d'affiliés à un réseau nous a paru devoir être d'environ 16 000 personnes. Il peut être divisé par deux, si le réseau dispose d'un filet de protection contre le risque représenté par les plus gros consommateurs de soins.

Les maquettes financières correspondant à ces deux cas de figure sont présentées ci-dessous.

² Cette formulation est en fait très ambiguë. Car à l'inverse de coûts actuariels classiques qui calculent des espérances mathématiques de coûts cumulés sur un nombre d'années lié à une espérance de vie, il s'agit souvent ici de mesurer le coût moyen attendu sur le seul exercice annuel à venir.

³ On verra plus loin que des critères socio-professionnels pourraient quand même être introduits dans le seul cas de contrat de groupe avec une collectivité relativement homogène comme une entreprise.

⁴ En termes statistiques, la variance intra-classe de risques est toujours nettement supérieure à la variance inter-classe.

2.2 1^{er} réseau : 16000 adhérents

□ Ressources :

En 1984, la dépense de santé moyenne par habitant a été de 6 462 F (source Comptes de la Santé) qui se décompose de la façon suivante par type de financement :

Financement du ticket modérateur des dépassements et de l'autoconsommation	}	Sécurité Sociale	73 %	4 717 F
		Part des ménages	27 %	1 745 F
		Dont Etat (aide sociale)	2,0 %	129 F
		Mutuelles et Assurances privées	3,5 %	226 F
		Financement direct	21,5 %	1 389 F
			Total :	6 462 F (en 1984)

(Source: Comptes de la Santé, dernière année connue: 1984)

Cette grandeur lorsqu'elle est calculée non pas en moyenne pour toute la population, mais à l'intérieur de chaque classe de risque, correspond donc au " Coût actuariel ".

Le financement " a priori " de l' Assurance Maladie sera donc en moyenne calculé sur 73 % de 6 462 F auquel on retirera -selon le principe indiqué plus haut- le tiers d'une économie de 10 %. Cette somme, également appelée Forfait Annuel de Soins (FAS) sera donc en moyenne et pour chaque personne de :

$$6\,462\text{ F} \times 0,73 \times 0,967 = 4\,562\text{ F}$$

Si les ménages versent directement au réseau la part de leur financement, soit 27 % , cela fera 1 745 F par personne et par an ou encore 145 F par personne protégée et par mois. Bien entendu, il s'agit là d'une hypothèse car le réseau peut être amené à fixer cette somme appelée ticket modérateur " ex ante " (mais qui doit couvrir également l'automédication) à un niveau supérieur, par exemple si son projet est d'offrir des prestations complémentaires plus larges que celles aujourd'hui comptabilisées dans la consommation médicale (conseils d'hygiène de vie, de diététique par exemple). Pour simplifier le modèle, retenons l'hypothèse qu'il ne réclame que cette somme. La recette globale du réseau sera donc :

par personne	4 562 F	(forfait annuel de soins)
+	1 745 F	(ticket modérateur ex ante)
	<hr/>	
	6 307 F	

$$6\,307\text{ F} \times 16\,000\text{ personnes} = 101\text{ MF}$$

□ Dépenses

L'appréhension de la dépense du réseau dépend du risque auquel il va avoir à faire face, lui-même très étroitement lié à l'effectif de ses inscrits.

Sur la base de 16 000 personnes, et calculée uniquement sur la part actuellement financée par la Sécurité Sociale (on considère en effet que ce que les ménages financent directement: ticket

modérateur, dépassements, auto-consommation, ne constitue pas une dépense fortement risquée), il y a 95 % de chances pour que la dépense ex post se situe autour de la moyenne $\pm 5,5\%$ ⁵.

En réintroduisant ici l'hypothèse que le réseau réalise 10 % d'économie, par rapport à un coût classique de délivrance des soins, la dépense du réseau par personne couverte est alors non supérieure en moyenne et dans 95 % des cas à :

$$\frac{0,9}{\text{Economie réalisée (- 10 \%)}} \times \frac{(1,055)}{\text{Borne maxi de l'intervalle de risque}} \times \frac{4\,717\text{ F}}{\text{Partie risquée de la dépense = part prise en charge par l'Assurance Maladie dans le cas usuel}} + \frac{1\,745\text{ F}}{\text{Part non risquée de la dépense = part prise en charge par le malade dans le cas usuel}} = \frac{6\,049\text{ F}}{\text{}}$$

Il convient de bien comprendre ici qu'il y a deux éléments totalement indépendants qui interviennent simultanément dans ce calcul de la dépense maximale du réseau par tête. On peut décomposer le calcul ci-dessus en mettant nettement en évidence la façon dont ils interviennent.

Le coefficient 0,9 renvoie à l'économie que doit réaliser structurellement le réseau pour soigner ses adhérents par rapport au système de soins traditionnel. Nous l'avons dit plus haut, la valeur de ce taux est fixée ici arbitrairement. Son existence est la raison d'être du réseau: sans réduire la qualité des soins, par son mode d'organisation, ses négociations de sous-traitance et surtout la réduction des actes redondants, le R.S.C. doit pouvoir traiter les malades en effectuant cette économie. Ainsi, si dans la forme habituelle de délivrance des soins la dépense par tête est de 6 462 F, la dépense moyenne attendue par le réseau sera donc de $0,9 \times 6\,462 = 5\,817\text{ F}$.

Le coefficient 1,055 renvoie, quant à lui, à l'incertitude liée à ce que seront réellement les besoins médicaux de la clientèle du réseau. Si le réseau avait " la malchance " d'avoir des adhérents à très fort besoin de soins -par rapport à leur classe de risque -, dans 95 % des cas, cela ne devrait pas se traduire par une surcharge relative supérieure à un certain pourcentage (+ 5,5 %) de la valeur moyenne de sa dépense. Ce taux ne dépend que de l'effectif du réseau et de la dispersion constatée dans la dépense de santé entre individus. Enfin, considérant que la part prise en charge par le malade, dans le cas usuel, n'est pas " risquée ", nous appliquons ce coefficient à la seule part réellement aléatoire et qui est couverte par la Sécurité Sociale.

Ce n'est qu'à la fin de l'exercice que le réseau pourra mesurer quel aura été son " bonus " dont il redistribuera 50 % à ses adhérents. Bien entendu, il ne saura pas dissocier précisément ce qui, dans cette économie globale, sera lié à l'un ou l'autre des deux facteurs exposés ci-dessus (moindre coût dans les traitements ou " chance " d'avoir des " malades moins coûteux " que la moyenne).

La dépense globale maximum du réseau sera donc :

$$6\,049\text{ F} \times 16\,000\text{ personnes} = 97\text{ MF dans }95\% \text{ des cas.}$$

⁵ Ce taux est obtenu par le calcul classique suivant :

$$m \pm M \pm \frac{2\sigma}{\sqrt{n}} \text{ où } \sigma^2 \text{ est la variance intrinsèque du phénomène,}$$

et M, la moyenne constatée sur la population générale.

Si $\frac{\sigma}{M} = I$ ou indice de variation relative, on a alors :

$$\frac{M}{m} = 1 \pm 2 \frac{I}{\sqrt{n}} \text{ (ici } I = 3,486).$$

□ Résultat

Dans 95 % des cas, la recette du réseau est donc supérieure de 4 MF à sa dépense, car, pour chaque adhérent, le réseau obtient un excédent net minimum de $6\,307\text{ F} - 6\,049\text{ F} = 258\text{ F}$.

Ce bonus “ ex post ” (qui peut osciller de 4 à 12 MF), s'il est partagé également entre les médecins gestionnaires-propriétaires du réseau et les affiliés à ce réseau, assure donc une ristourne ex post minimale de 129 F par personne inscrite. Celle-ci peut atteindre 362 F dans le cas le plus favorable (elle serait en moyenne de 246 F). Bien entendu, si le réseau réalise plus de 10% d'économie globale sur le traitement de ses malades, ce bonus pourrait être bien supérieur.

2.3 2^{ème} réseau : 8 000 adhérents

Dans cette variante du premier réseau, le nombre de personnes inscrites n'est donc que de 8 000. Afin de compenser cet accroissement du risque financier, il a été inventé un système de déresponsabilisation financière du réseau pour les malades les plus coûteux à Soigner.

Ainsi pour tout malade dont les soins pris en charge par le réseau dépassent 125 000 F par an (il y en a en moyenne 0,5 % dans la population générale), le réseau se fait rembourser par l'Assurance Maladie, le montant intégral de la dépense prise en charge.

En contrepartie, le montant du forfait versé par l'Assurance Maladie pour chaque affilié est réduit pour tenir compte de cette modification.

□ Ressources du réseau

Si l'on retire les 0,5 % des plus gros consommateurs de soins, la dépense de santé moyenne individuelle calculée sur les 99,5 % restants se situe à 5 725 F.

C'est sur cette somme que sera calculé le Forfait Annuel de Soins versé par la Sécurité Sociale au réseau de soins coordonnés. Comme dans le cas précédent, la Sécurité Sociale prélève 3,3 % d'économie a priori.

Parce que les soins de santé des personnes consommant plus de 125 000 F par an sont remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie, le fait de les exclure abaisse le taux de prise en charge moyen par la Sécurité Sociale des dépenses de santé du reste de la population qui se situe alors à 70 % (au lieu de 73 % dans le cas moyen).

Le montant moyen du Forfait Annuel de Soins sera alors de $5\,725\text{ F} \times 0,70 \times 0,967 = 3\,875\text{ F}$. Les personnes affiliées au réseau (moins les plus gros consommateurs) continuent à verser la part de leur dépense de santé qu'elles financeraient directement ou par l'intermédiaire des mutuelles et des compagnies d'assurance dans le cas traditionnel, soit par personne: $5\,725\text{ F} \times 0,30 = 1\,718\text{ F}$.

La recette du réseau est alors :

par personne	3 875 F	(forfait annuel de soins)
+	1 718 F	(ticket modérateur ex ante)
	<hr/>	

$$5\,593\text{ F} \times 7\,960\text{ personnes}^6 = 45\text{ MF}$$

⁶ 8 000 personnes moins les 0,5 % qui s'avèreront dépasser la barre des 125000 F, c'est-à-dire 40 personnes. S'il n'y a pas 40 mais 30 ou 60 personnes, dans ce cas les calculs seront un peu changés, mais le résultat restera le même.

□ Dépenses du réseau

Compte tenu de l'effectif du réseau et de l'exclusion du risque financier lié aux plus gros consommateurs, il y a 95 % de chance pour que la dépense ex post se situe autour de la moyenne $\pm 6,4\%$ ⁷.

Sous les mêmes conditions que précédemment, la dépense maximale du réseau par adhérent sera donc non supérieure à :

$$0,9 [1,064 \times (4008 \text{ F}) + 1\,718 \text{ F}] = 5384 \text{ F dans } 95\% \text{ des cas}$$

et donc la dépense totale du réseau sera inférieure à :

$$5\,384 \text{ F} \times 7\,960 = 43 \text{ MF}$$

□ Résultats dans 95 % des cas

L'excédent de recette se situe à 2 MF ($7\,960 \times 209 \text{ F}$) et si celui-ci est partagé comme dans le cas précédent, il donnera lieu à une ristourne minimum ex post de 105 F par affilié du réseau.

On se rend ainsi compte que le risque financier de la seconde maquette du réseau apparaît sensiblement comparable à celui de la première. En effet l'augmentation de ce risque par le moindre effectif d'affiliés est presque strictement compensée par sa diminution liée à la désresponsabilisation financière du réseau pour les plus gros consommateurs.

Il ne serait pas réaliste d'envisager un réseau comportant un effectif encore plus faible d'affiliés. En effet, à l'accroissement direct du risque lié à cette diminution, viendrait s'ajouter un facteur supplémentaire bien connu des assurances: plus l'effectif diminue, plus la probabilité est importante de voir se concentrer une plus grande proportion d'assurés particulièrement coûteux.

Enfin, quel que soit l'effectif des affiliés au réseau, il paraît raisonnable -malgré les conclusions "séduisantes" des calculs exposés plus haut- que celui-ci se couvre par réassurance du risque, jamais nul, d'être au-dessus de la borne supérieure de l' "intervalle de confiance".

En dernière partie de cette intervention, je voudrais proposer un exemple de scénario sur la place et le rôle qu'auraient à jouer les différents partenaires institutionnels dans la réalisation d'un réseau de soins coordonnés.

3. ROLE ET PLACE DES DIFFERENTS PARTENAIRES INSTITUTIONNELS

Pour exister, ne serait-ce que d'une façon expérimentale, un réseau a strictement besoin au minimum :

- de l'accord et de la collaboration de la Sécurité Sociale ;
- de l'implication de médecins acceptant d'en faire partie, de la collaboration avec des structures hospitalières et de l'accord du corps médical pour que cela se mette en place ;
- de fonds d'investissements de départ ;
- d'une clientèle d'adhérents.

⁷ Le fait de réduire l'effectif du réseau de moitié, se traduit par un important effet d'élargissement de l'intervalle à 95 %. L'exclusion des plus gros consommateurs, en réduisant la variance de la dépense attendue à la charge du réseau, joue en sens contraire. Si nous étions passés d'un réseau de 16000 adhérents à seulement 8000 adhérents en laissant les plus gros consommateurs à la charge du réseau, l'intervalle aurait été de::!: 7,8 % autour de la moyenne.

Chacun de ces points comporte à la fois des aspects politiques et techniques. Essayer d'éclairer le plan technique et tenter de définir le plus précisément possible la place que pourrait occuper chacun des interlocuteurs institutionnels concernés par le réseau peut permettre de mieux pointer les difficultés objectives. Il ne s'agit ici, ni de convaincre, ni de décourager. Une expérimentation de réseau de soins coordonnés ne se fera pas sans une claire volonté politique. En abordant maintenant rapidement chacune des conditions nécessaires exposées ci-dessus, nous souhaitons seulement contribuer à la réflexion des décideurs.

3.1 L'accord et la collaboration de la Sécurité Sociale

Nous ne répéterons pas ici, ce qui a déjà été développé au début de cette intervention. Par rapport à la forme initiale du projet de R.S.C., rappelons seulement que nous proposons que la Sécurité Sociale joue un rôle pratique plus important. Elle se verrait confier la responsabilité du calcul des coûts actuariels et tout réseau devrait obtenir un " visa " de ses services médicaux. Par ailleurs, dans la deuxième des maquettes financières présentées dans la partie précédente, la Sécurité Sociale est également amenée à jouer un rôle supplémentaire. Elle prendrait directement à sa charge les coûts des traitements des personnes à très forts besoins de soins. En minorant le risque du réseau, elle diminuerait ainsi le besoin de " réassurance ", sans toutefois le supprimer.

J'ai une nette préférence pour cet aménagement du projet de réseau, car je crois qu'il offre une bien meilleure garantie -au moins psychologique -pour les adhérents. Ceux-ci sont assurés qu'en cas de besoin de soins très importants, ils ne risquent pas d'être pénalisés par une restriction financière. Par ailleurs, les arbitrages posés par l'acharnement thérapeutique et ses conséquences financières ne sont pas laissés au niveau individuel du réseau. Ils concernent la collectivité nationale et se situent essentiellement au plan hospitalier.

Le fait -autre modification par rapport à la maquette de départ- d'intéresser la Sécurité Sociale au bénéfice du réseau, par une ristourne a priori, est plus conforme à l'objectif politique clairement exprimé par les responsables politiques de l' Assurance Maladie, vis-à-vis des expérimentations qu'autorise la loi de janvier 1983. Celles-ci ne valent que, si en garantissant au moins le même niveau de qualité des soins, elles tendent à en diminuer le coût global, et donc le coût social.

3.2 L'implication des médecins et des hôpitaux

Je n'apporterai pas d'éléments nouveaux sur ce point qui est d'ailleurs un de ceux les plus développés dans les maquettes initiales de R.S.C. C'est aussi l'un des plus difficiles à résoudre. Dans une intervention à l'Assistance Publique de Paris, le Docteur JUNOD, Président du Syndicat des Médecins de groupe, tout en indiquant son intérêt intellectuel pour ce projet, qui, d'après lui, prolonge et élargit sa pratique actuelle, faisait part de sa crainte, dans le fait, d'être obligé d'envoyer chez un spécialiste donné ou à un hôpital donné (celui avec lequel aura contracté le réseau pour sa sous-traitance) , les malades qui nécessiteront des soins supplémentaires. Il y voyait une limitation du principe du libre choix. Il s'agit là d'une vraie critique au système de réseau actuellement envisagé.

J'ajouterai qu'il ne sera pas simple, non plus, d'établir les principes sur lesquels devront s'appuyer les rapports avec les établissements hospitaliers. S'agira-t-il d'implication directe de l'hôpital dans la constitution du réseau ou seulement de sous-traitance pour le réseau. Le réseau, pour des raisons de " partage du territoire " entre établissements hospitaliers, sera-t-il obligé " politiquement " à traiter avec l'hôpital ou la clinique la plus proche géographiquement ?

Il me semble que pour la mise en place d'une première expérimentation de réseau, il pourrait être judicieux de choisir un site correspondant à une ville nouvelle en cours d'implantation. Il serait probablement plus facile d'y intégrer un R.S.C. comme structure d'offre implantée conjointement à

l'apparition de besoins nouveaux et n'apparaissant pas comme immédiatement concurrente à des formes traditionnelles de suivi de clientèle établies depuis longtemps.

3.3 L'investissement de départ

Le démarrage d'un réseau de soins coordonnés nécessitera un investissement important. Plusieurs solutions existent pour le réunir . Il est d'ailleurs probable que dans le cas où se créeraient de nombreux R.S.C., ceux-ci pourraient être lancés à partir de montages différents. Je pense néanmoins que les mutuelles et les compagnies d'assurance devraient pouvoir jouer un rôle privilégié dans le “ sponsoring ” des R.S.C. En effet, compte tenu du principe même du financement du réseau, il n'y aura plus à se prémunir individuellement par rapport au risque complémentaire. La dépense à la charge directe des ménages est fixée une fois pour toute en départ d'exercice: elle est égale au montant du “ ticket modérateur ex ante ” : elle ne comporte aucun facteur de risque. Tout comme l'assurance maladie, la mutualité et les assureurs n'auront donc plus la gestion de dossiers individuels de prestations.

Il m'apparaît que cela serait conforme avec la position traditionnelle de la mutualité française, de la voir s'impliquer -d'une autre façon et si elle le souhaite -dans le développement de telles expériences, si elles devaient être lancées.

Tout organisme contribuant à la réunion du capital de départ d'un réseau deviendrait, bien entendu, propriétaire d'une partie de l'entreprise ainsi créée. Les médecins du réseau pourraient, eux aussi, en acquérir des parts et il serait souhaitable pour la dynamique du réseau, qu'il en soit ainsi.

3.4 La clientèle

De toutes les conditions nécessaires à la mise en place d'un réseau de soins coordonnés, l'obtention d'une clientèle d'adhérents en est sans doute la principale. Il s'agit aussi d'un des points les plus délicats et les plus incertains. Un grand nombre de critiques au projet de R.S.C. se sont focalisées sur ce point: il serait tout à fait utopique de penser qu'un grand nombre de personnes vont spontanément s'inscrire à un centre de ce genre, en abandonnant d'un seul coup -pour une année - tout droit à remboursement pour des soins délivrés hors du réseau. Il apparaît difficile de penser que la population qui souhaiterait malgré tout y adhérer , puisse être “ représentative ” de l'ensemble de la population, même corrigée par l'introduction des classes de risques. Pour certains, ne viendraient dans le réseau, que des gens déjà fortement consommateurs de soins (les non consommateurs étant rebutés par l'idée de payer un ticket modérateur ex ante qui se traduirait par une charge nouvelle ne se substituant à aucune autre). Pour d'autres, ce sont, au contraire, les malades qui ne s'inscriraient pas, car utilisant, pour la plupart, une filière de soins parfois depuis de longues années, en laquelle ils ont souvent confiance, ils n'auraient aucune envie de prendre le risque d'en changer. Et dans ce cas, ce seraient au contraire les personnes aujourd'hui non malades qui s'inscriraient au réseau, attirées intellectuellement par une médecine globale et préventive. On retrouverait ainsi une population typée socialement et à moindre risque morbide.

Toutes ces critiques sont fondées. Il est vrai aussi que le relatif succès d'implantation des H.M.O. aux Etats-Unis s'explique en partie par le fait qu'il n'existe pas de système de protection sociale uniformisé à l'ensemble de la population.

J'ajouterai que les calculs effectués dans la partie précédente mettent en évidence une critique supplémentaire. On se rend compte en effet que la ristourne individuelle dont profiterait chaque

adhérent du réseau se situe à un niveau moyen qui n'est pas faramineux. L'argument économique à adhérer au réseau -s'il avait pu apparaître comme déterminant -s'en trouve ainsi très relativisé⁸.

Alors, par quel procédé est-il possible de surmonter ces difficultés pour obtenir l'adhésion d'un nombre suffisant de personnes ? Je n'ai pas de solution miracle et je me contenterai de faire les remarques suivantes :

- dans le cadre d'une expérience de lancement des premiers R.S.C., il ne m'apparaît pas possible de susciter des adhésions purement individuelles. La déontologie médicale interdit d'ailleurs toute campagne de " publicité " pour attirer la clientèle vers des structures de soins ;
- il faut donc plutôt rechercher des contrats collectifs négociés par exemple avec des entreprises à l'image de ce qui se fait actuellement dans le domaine de la protection complémentaire. Bien entendu, ces contrats ne pourraient valoir adhésion collective de l'ensemble des personnels. C'est chaque salarié qui, individuellement, accepterait ou non la proposition qui lui serait faite par le réseau ;
- dans un premier temps, il apparaît clairement que seules des entreprises dans lesquelles, direction et salariés, désireraient fortement innover dans ce sens, pourraient entreprendre cette expérience ;
- pour qu'un réseau puisse démarrer, il faudrait que plusieurs entreprises acceptent cette idée en même temps, celles-ci devront forcément être proches géographiquement. Cela ne fait qu'accroître la difficulté ;
- pour que la proposition de réseau puisse intéresser une entreprise, il est également nécessaire qu'au moins une partie de ses salariés habitent dans sa zone géographique d'implantation. On imagine en effet assez mal, les adhérents qui n'ont pas en principe à se faire soigner ailleurs que dans le R.S.C., en être trop éloignés. Dans le cadre d'un projet d'implantation expérimentale dans une grosse métropole urbaine, cela pourrait peut-être avantager à nouveau les sites d'implantation de villes nouvelles ;
- l'homogénéité socio-professionnelle de certaines entreprises qui désireraient adhérer au réseau, pourrait rendre manifestement biaisée la seule prise en compte des quatre critères " administratifs " retenus pour établir les classes de risques (âge, sexe, région, handicap). En effet, l'adhésion du personnel d'une entreprise de bureaux ou celui d'une usine de production ne serait pas équivalente en terme de risque maladie, et le R.S.C. aurait économiquement intérêt à rechercher l'adhésion de la première plutôt que de la seconde. Si nous avons dit plus haut notre désaccord à retenir des critères " socio-économiques " pour établir les classes de risques, cela valait pour le calcul du Forfait Annuel de Soins individuel versé par la Sécurité Sociale au R.S.C. Dans le cadre d'un accord collectif, il pourrait tout à fait en être autrement. On peut en effet imaginer qu'un calcul particulier à l'entreprise adhérente, compte tenu de son secteur d'activité principale, vienne compenser les inégalités de risque morbide, par le biais d'une retenue ou d'un complément sur le versement de la totalité des F.A.S. des adhérents de l'entre- prise, versés par la Sécurité Sociale. Cela compliquerait les procédures, mais bien qu'il s'agisse d'un sujet différent, cela s'apparenterait à ce qui s'applique en matière de tarification d'accidents du travail.

⁸ Bien entendu, cette ristourne repose sur le fait que le réseau n'effectuerait " que " 10% d'économie sur le coût des traitements. Il m'apparaîtrait hardi de faire une hypothèse sur un taux plus élevé même si l'exemple des H.M.O. pourrait nous y inciter. Les deux pays ont des pratiques médicales différentes et le poids de l'hospitalisation n'y est pas le même.

4. CONCLUSION

La réflexion technique sur la faisabilité d'un réseau nous a amenés à faire quelques propositions de modification par rapport au modèle présenté initialement.

Ainsi :

- En menant un calcul précis fondé sur la dispersion actuelle de la consommation de santé par individu, il est possible de bâtir un plan de financement tenant compte du risque que représente le financement a priori. En conséquence, nous en avons tiré un effectif minimum d'adhérents.
- Il nous est apparu préférable de ne pas faire assumer le risque lié aux très gros consommateurs de soins de santé par le réseau lui-même. En assumant une couverture totale de ces soins par la Sécurité Sociale, nous sommes moins éloignés de la situation actuelle et le projet est ainsi plus rassurant pour les adhérents.
- L'expérimentation d'un R.S.C. ayant pour but de démontrer qu'une forme différente de délivrance des soins peut coûter moins cher sans en amoindrir la qualité, il apparaît raisonnable que la collectivité par l'intermédiaire de la Sécurité Sociale, bénéficie également de cette économie. A l'instar de ce qui se fait aux Etats- Unis, nous pensons que la ristourne a priori (ici d'un tiers de d'économie exemptée) est la meilleure formule de concrétisation de ce principe.

D'une façon générale, nous avons précisé quelles pourraient être les responsabilités nouvelles de la Sécurité Sociale face à une organisation de R.S.C. et celles-ci ne sont pas négligeables.

Bien entendu, l'ensemble de ces précisions n'est pas suffisant à lever toutes les difficultés et bon nombre de critiques à l'égard du projet initial, dont quelques-unes rappelées ici, demeurent particulièrement fondées.

De plus, la maquette présentée, “ objective ” les limites de l'intéressement financier au bénéfice du réseau. Avec les hypothèses qui ont été faites, la ristourne individuelle est d'un niveau assez modeste {de quelques centaines de Francs au maximum). L'obtention de résultats plus favorables supposerait une remise en cause de ces hypothèses. La suppression de la remise a priori de 3,3 % pour les Caisses d'Assurance Maladie ne changerait pas les ordres de grandeur. Seule l'obtention d'une économie dans le coût des soins, qui serait supérieure au taux retenu de 10 % , pourrait sensiblement modifier le niveau de la ristourne (avec une économie de 20 %, celle-ci n'atteindrait en moyenne que 569 F par personne. Mais il serait bien téméraire de considérer comme certaine la possibilité d'effectuer 20 % d'économie).

Précisons une dernière fois, qu'il ne s'agissait pas de convaincre, mais seulement d'éclairer la réflexion. Ce travail mené ici sur les plans financier et institutionnel devrait être simultanément engagé au moins sur les plans juridique, administratif et médical.

BIBLIOGRAPHIE

1. R.J. LAUNOIS, M. MAJNONI D'INTIGNANO, V.G. RODWIN et J.C. STEPHAN. -Les réseaux de soins coordonnés (R.S.C.) : propositions pour une réforme profonde du système de santé. *Revue Française des Affaires Sociales*, 1985.
2. Pierre GIRAUD, Robert J. LAUNOIS. -Les réseaux de soins, médecine de demain. Edition *Economica*, Paris, 154 pages