

*Ateliers de l'Economie de la Santé  
CEPE-SANTE, ENSAI, ENSP*

*Rennes 20 & 21 septembre 2001*

# **LES RESEAUX :** *DU DOGMA AU PRAGMA*

*Robert Launois,  
Collège des Economistes de la Santé*

**REES** : Réseau d 'Evaluation en Economie de la Santé

**<http://smbh7.smbh.univ-paris13.fr>**

# OBJECTIFS

Une médecine plus globale et plus humaine exige l'intégration d'une attitude préventive dans la pratique médicale et suppose que tous les professionnels de santé contribuent à sa promotion

**LE MYTHE DES RESEAUX  
OU  
LE LEGO ECONOMIQUE  
*1985-1990***

# Qu'est ce Qu'un Réseau de Soins Coordonnés® :R.S.C ?

"Le réseau est une **structure** de regroupement des professionnels de santé, **animée par le médecin de famille** choisi par le malade, qui dispense la totalité des soins requis par une population **quantitativement déterminée**,

en contrepartie d 'un **prix annuel global** fixé à l 'avance, financé pour partie par la sécurité sociale et pour partie par l'assuré."

Launois 1985

# Financement Globalisé

- Chaque réseau fixe librement le prix de la prise en charge globale d'un adhérent
- Les Caisses d'Assurance Maladie versent un Forfait Annuel de Santé qui varie en fonction de l'âge et du sexe
- L'adhérent paie la différence entre le prix de la prise en charge et le montant du forfait et il le paie d'avance. Ce qui instaure une dynamique concurrentielle.

# Intéressement

- Une **contrainte de coût** est introduite au niveau où se forment les décisions
- Les procédures de **gestion de clientèle** sont modifiées
- La **responsabilité** des producteurs est clairement établie : les gains ou les pertes constatés en fin d'année, sont partagés

# Concurrence

- Entre les RSC vis à vis de leurs adhérents potentiels. Celui qui a le meilleur rapport qualité/contribution personnelle attire la clientèle
- Entre les professionnels de santé vis à vis des RSC. Si un producteur est trop cher, le réseau devra augmenter ses prix
- Entre les RSC et le reste du système de dispensation des soins. Rien n'est imposé.

# Solidarité

Le *monopole* de la Sécurité Sociale est *maintenu*. Seules les modalités de règlements des prestations sont modifiées

## TRIPLE SOLIDARITE :

- Solidarité *à l'intérieur* d'une classe de risque, entre les biens portants et les malades.
- Solidarité *entre les classes* de risques à l'intérieur du réseau.
- Solidarité entre les *riches* et les *pauvres* au niveau collectif.



# Les Objections aux R.S.C.

- Les R.S.C. portent atteinte au libre choix
- Les R.S.C. c'est le retour à l'enveloppe globale
- Les R.S.C. remplacent le paiement à l'acte par la capitation
- Les R.S.C. introduisent un écran entre le malade et le médecin
- Les R.S.C. favorisent la sélection des risques

# Les Avantages des R.S.C.

- Conscience du coût pour l'utilisateur
- Responsabilisation financière des producteurs
- Maintien de la qualité par la concurrence
- Solidarité sauvegardée

# Les R.S.C. Support Intellectuel à des Coalitions Stratégiques

- Intérêt de la CSMF, méfiance de la FMF
- Appui des assureurs commerciaux, soutien de la mutualité : « *Nous pensons que nous irons demain vers des réseaux de soins coordonnés* » R. Theulade
- Echos favorables dans certains partis de gauche et de droite éloignés du pouvoir (MRG et PR)
- Méfiance des partis de Gouvernement (M. Barzach,,R Barre, Ph. Seguin, C. Evin)
- Influence décisive des lobbies corporatistes pour tuer le projet au niveau parlementaire (JP. Fourcade, C. Descours, C. Huriet, E. Hubert)
- Après les élections de 1988 C. Evin privilégie l'évaluation médicale et la réforme endogène des pratiques de préférence à la transformation exogène des institutions de santé

**SUR LE TERRAIN ...**  
**LES PROFESSIONNELS À LA**  
**BARRE**  
*1991-1995*

# Des Réseaux Avec Qui?

## *Les Réseaux Relationnels*

"Le réseau est **un espace** au sein duquel les professionnels de santé d'horizons différents **se sont mis d'accord** sur des **objectifs** et un **cadre d'analyse** de leur performance collective.

Pour que cet espace se constitue en organisation, il faut qu'il y ait un **partage négocié des pouvoirs, des gains et des notoriétés.**"

Naiditch 1998

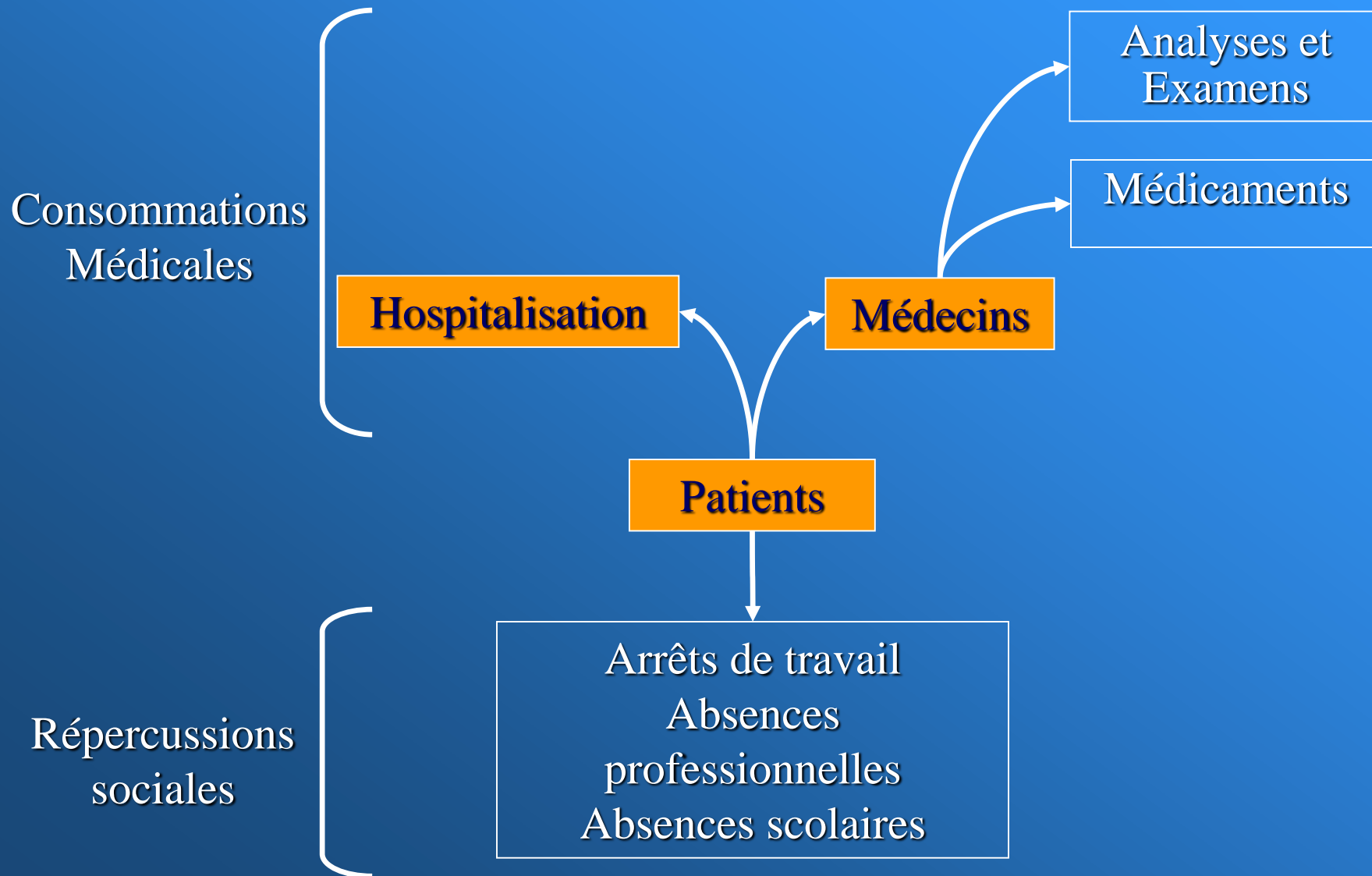
# Des Réseaux Pour Quoi Faire ?

- Eduquer
- Former
- Partager
- Standardiser
- Evaluer
- Rémunérer
- Gérer

# Mise en Place de Systèmes de Collecte de l'Information

- Informations requises
- Façades de saisie
- Liste de variables

# Informations Minimales Requises







# Structure de la Base

## *15 fichiers - 515 variables*

### *Analyse Détaillée des Consultations Ambulatoires*

DATSUIVI	Date du recours (AAAAMMJJ)
TYPERIC	Type de recours (visite, consultation, consultation externe, HDJ)
MAJOHONO	<b>Majoration</b> d'honoraires (OUI/NON)
MAJOURG	Majoration urgence (OUI/NON)
MAJONUIT	Majoration nuits (OUI/NON)
MAJODIM	Majoration dimanche (OUI/NON)
PREXABIO	<b>Prescription</b> d'examens biologiques (OUI/NON)
PREDUC	Prescription séance d'éducation (OUI/NON)
PRCURETH	<b>Cure thermale</b> (OUI/NON)
CURHOSP	Avec hospitalisation (OUI/NON)
PRSEJCLI	<b>Séjour climatique</b> (OUI/NON)
AT	<b>Arrêt de travail</b> (OUI/NON)
ATTYPE	Type d'arrêt
ATDUREE	Durée de l'arrêt (en jours)
ABPROFDU	Durée <b>absentéisme professionnel</b> (en jours)

# Evaluation de la Performance :

## *Au niveau du malade*

- Mesure des taux de réponses
- Fréquence et intensité des toxicités
- Etat fonctionnel
- **Qualité de vie**
- Satisfaction du patient
- Coût médical direct pour le malade
- Coût non médical direct pour les familles

# Exemple : Après Cancer du Sein, le « Gros Bras »

# Questionnaire de Qualité de Vie Spécifique du Lymphoedème des Membres Supérieurs : LMS27

- **Dimension physique (15)** - avez-vous eu des difficultés
  - (1) du fait d 'un bras engourdi, (2) d 'un bras lourd, (3) de sensations de picotements et (4) de peau gonflée ; (5) pour vous endormir, (6) faire votre toilette, (7) attraper des objets, (8) dormir, (9) marcher, (10) prendre les transports, (11) vous habiller, (12) rester dans certaines positions, (13) tenir, (14) prendre des choses en hauteur, (15) dans vos projets professionnels.
- **Dimension psychologique (7)** - avez-vous
  - (1) eu envie de vous mettre en colère, (2) eu un sentiment de tristesse, (3) manqué de confiance en vous, (4) de confiance dans l'avenir, (5) été bien dans votre peau, (6) été découragée, (7) été angoissée
- **Dimension sociale (6)** - avez-vous été gênée pour
  - (1) aller au restaurant, (2) profiter du soleil, (3) vos vacances, (4) vous regarder dans un miroir, (5) dans votre vie affective avec votre partenaire, (6) dans vos relations professionnelles.

*Modalités : Jamais - Rarement - Parfois - Souvent - Toujours*

# Normes Psychométriques de Référence

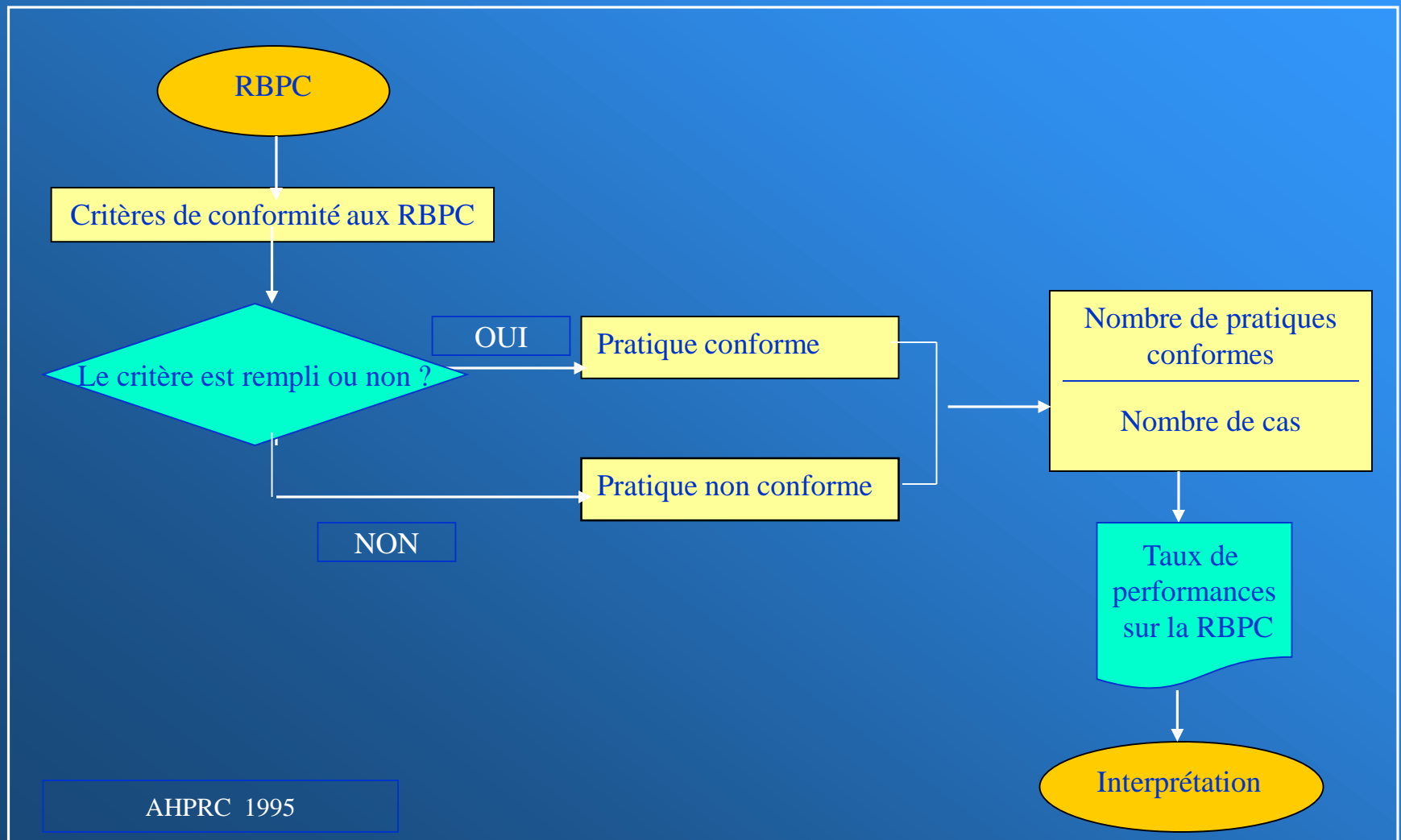
Caractéristiques	Tests Statistiques	Seuil de validité
Précision	Coefficient de corrélation Intraclasse (ICC) sur des patients stables sur une période de temps limitée	> 0,80
	Coefficient $\alpha$ de Cronbach	> 0,70
Validité de construction	Coefficient de corrélation de Pearson item-échelles à D0	> 0,40
Validité clinique	Coefficient de corrélation de Spearman à D0 avec les critères cliniques ou avec des échelles de qualité de vie explorant les mêmes domaines	P < 0,05
Sensibilité	Taille de l'effet	> 0,40

# Evaluation de la performance :

## *Au niveau de l'organisation*

- Fréquence des contacts
- **Respect des références médicales**
- Qualité de l'observance
- Importance des dépenses reconnues et remboursées par l'organisme assureur
- Amélioration de l'état de santé de la population

# Respect des Recommandations de Bonnes Pratiques Cliniques





# **Exemple : Le Réseau RESALIS**

## **Les RMO dans l'Asthme**

# Stades de Symptômes GINA 1995

Stade	Fréquence des gênes respiratoires diurnes	Fréquence des réveils nocturnes	Fréquence d'utilisation des bronchodilatateurs
Intermittent	Moins d'une fois par semaine	Moins de 2 fois par mois	Une fois par mois
Persistant léger	Plus d'une fois par semaine	Plus de 2 fois par mois	Une fois par semaine
Persistant modéré	Tous les jours	Plus d'une fois par semaine	Une fois par jour
Persistant sévère	En Permanence	Symptômes nocturnes très fréquents	Plusieurs fois par jour
Non renseigné	Non renseignée	Non renseignée	Non renseignée

# Les Stades Médicamenteux GINA 1995

<p><b>Stade 1</b> Intermittent</p>	<p>Pas de traitement de fond</p>
<p><b>Stade 2</b> Persistant léger</p>	<p><b>Corticoïdes inhalés</b> (<math>\leq</math> <b>500</b> <math>\mu\text{g}</math>) <b>ou</b> Cromone <b>ou</b> Théophylline retard. <b>Si nécessaire</b>, pousser les corticoïdes jusqu'à <b>800</b> <math>\mu\text{g}</math></p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><b>soit</b> Bêta2 LA, inhalés ou oral, <b>soit</b> Théophylline retard</p>
<p><b>Stade 3</b> Persistant modéré</p>	<p><b>Corticoïdes inhalés</b> (<b>800 – 1600</b> <math>\mu\text{g}</math>)</p> <p style="text-align: center;"><b>ET</b></p> <p><b>soit</b> Bêta2 LA, inhalés ou oral, <b>soit</b> Théophylline retard</p>
<p><b>Stade 4</b> Persistant sévère</p>	<p><b>Corticoïdes inhalés</b> (<b>1600 – 2000</b> <math>\mu\text{g}</math>)</p> <p style="text-align: center;"><b>ET</b></p> <p>Bêta2 LA inhalé <b>et/ou</b> Bêta2 LA oral <b>et/ou</b> Théophylline retard</p>

Ref : GINA 1995.

# Contrôle de l'Asthme

## Etude sur Site

*(Première consultation de suivi)*

	Stade symptomatique						
Stade médicamenteux	Non renseigné	Intermittent	Persistant léger	Persistant modéré	Persistant sévère	Tous confondus	
Non renseigné	19	26	8	8	2	63	
Hors recommandations	4	8	7	3	3	45	
Pas de corticoïdes	6	9	6	-	3		
200-800 µg	4	17	9	6	8		
800-1600 µg	5	8	3	5	1		25
1600-2000 µg	2	2	2	-	2		32
		<b>Total stades symptomatiques et médicamenteux connus</b>				<b>102</b>	
Tous confondus	40	70	35	22	19	186	

# LE RUBIK'S CUBE INSTITUTIONNEL *1996 ...*

La transversalité : une seule couleur  
sur chaque face du cube

# La Réforme Juppé

*Art 162.31.1 Code de la sécurité sociale*

Les réseaux expérimentaux ont pour objet de promouvoir des formes nouvelles de **prises en charge globales** de patients atteints de pathologies **lourdes ou chroniques**.

*Art 712.3.2 Code de la santé publique*

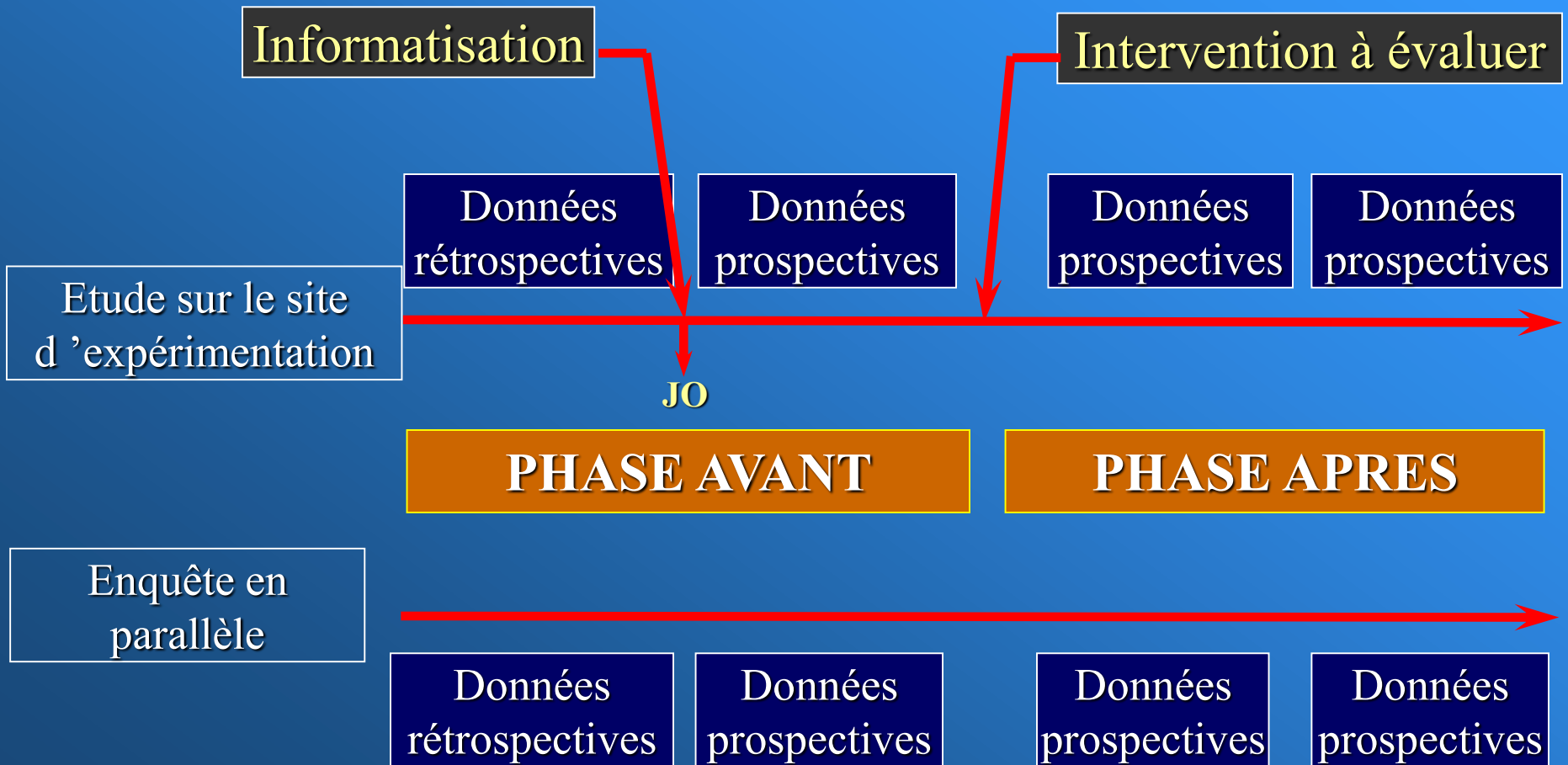
Les réseaux de soins ont pour objet de favoriser la coordination des soins, de promouvoir la délivrance des **soins de proximité** de qualité.

# Objectifs des Expérimentations

DEMONTRER qu 'une prise en charge des malades dans le cadre d 'un *Réseau de Soins* permet à la fois :

- de MESURER l'efficacité des traitements en *situation pragmatique*
- d'EVALUER l'impact d 'un *programme sanitaire*
- d'ESTIMER les *bénéfices économiques* d'une meilleure prise en charge

# Schéma d'Etude : Avant - Après





# Calcul des Coûts

## □ Perspective de la collectivité

Coûts directs :

**hospitalisation, actes médicaux, examens biologiques  
autres examens, médicaments**

Coûts indirects :

**salaire moyen horaire en France**

## □ Perspective de l'assurance maladie

Coûts directs :

**dépenses reconnues et remboursées avec et sans TM**

Coûts indirects :

**indemnités journalières moyennes dans l'Eure**

# Dénombrement des Consommations

## Hospitalisation :

Groupes Homogènes de Malades (GHM)

GHM 136 : bronchite, asthme, âge > 69 ans et/ou avec comorbidités associée (CMA)

GHM 137 : bronchite, asthme, âge de 18 à 69 ans et/ou sans

GHM 138 : bronchite, asthme, âge < 18

## Ambulatoire :

Consultation médicale

Actes paramédicaux

Actes de radiologie

Actes de biologie

Conditionnement  
du médicament

Nomenclature Générale des  
Actes Professionnels

Nomenclature des Actes  
de Biologie Médicale

Vidal

# Valorisation des Consommations

*(en Francs 1999)*

## Hospitalisation :

GHM 136 : 1469 points ISA

GHM 137 : 900 points ISA

GHM 138 : 992 points ISA

Valeur du point ISA :  
12,42 FF

## Ambulatoire :

Consultation médicale

C = 115 FF

CS = 150 FF

Actes paramédicaux

AMK = 13 FF

Actes de radiologie

Z = 10,95 FF

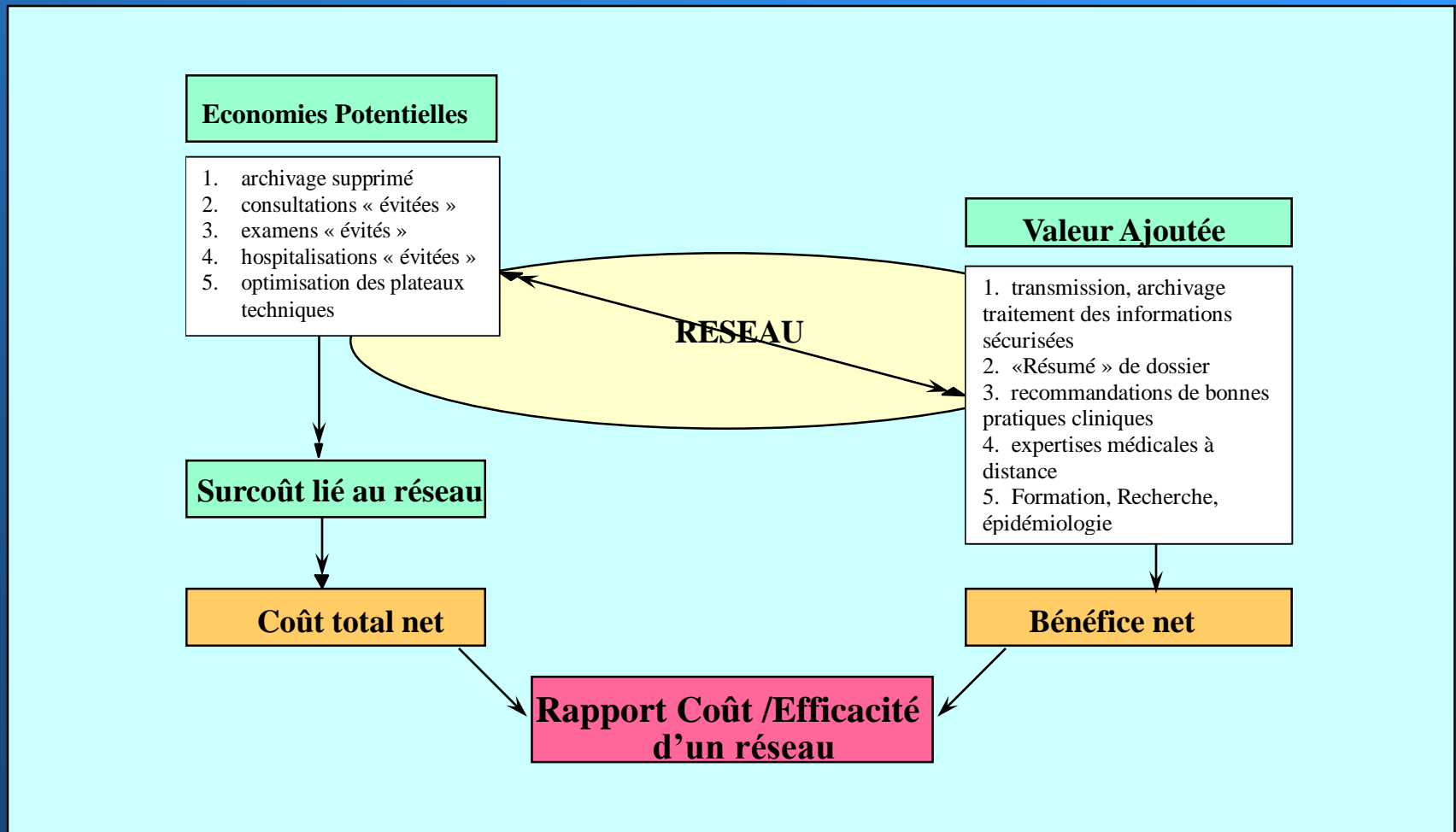
Actes de biologie

B = 1,76 FF

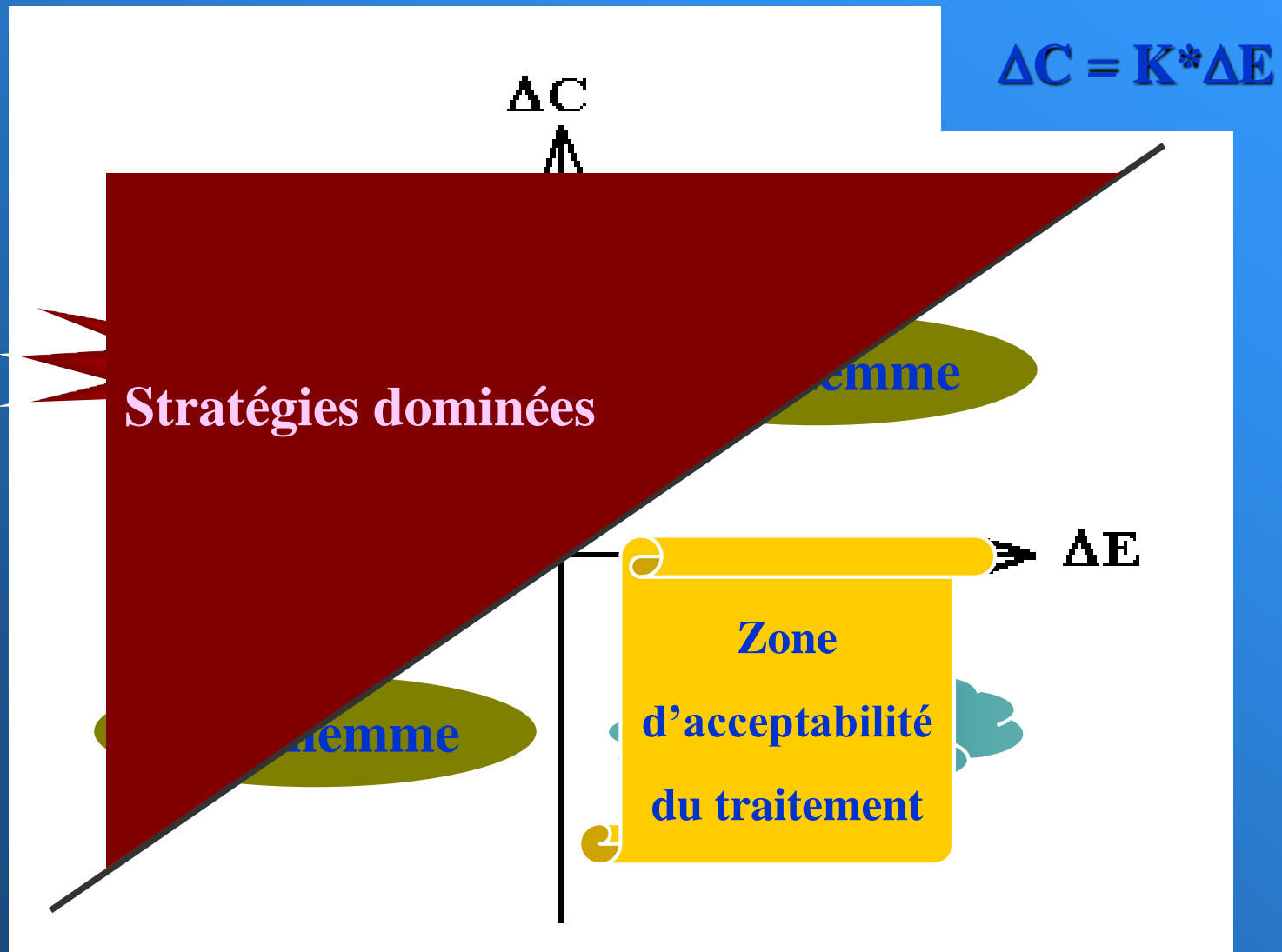
Prix du médicament

Prix public Vidal

# Evaluation de la Performance Globale du Réseau

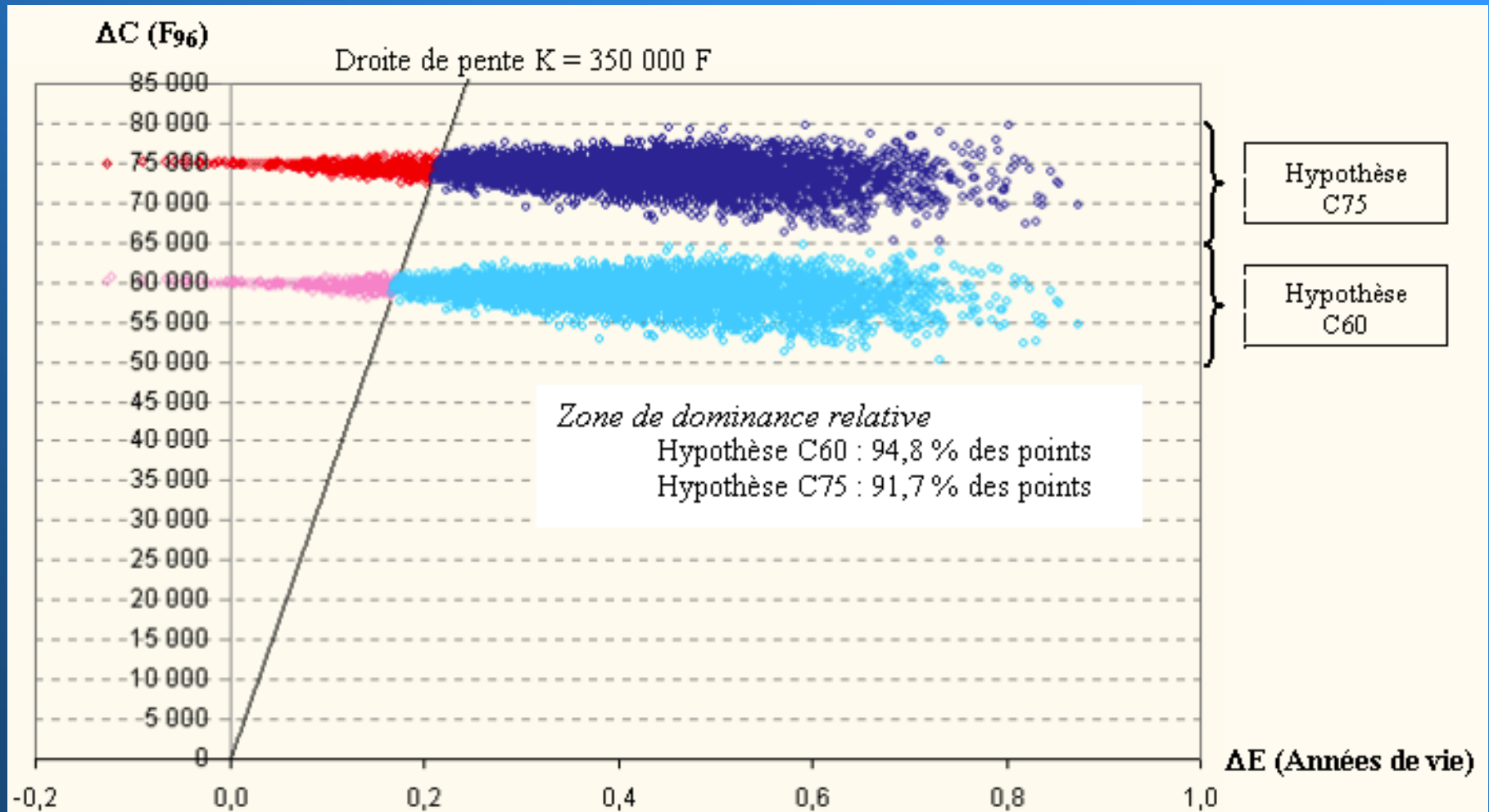


# Le Quadrant Coût-Efficacité



# Analyse de Sensibilité Probabiliste

## Quadrant Coût-Efficacité



# CONCLUSION

## UN JEU DE L'OIE

mais

Le **fonctionnement en réseau** permet :

- d'identifier les **trajectoires** des patients dans le système de soins
- de mesurer l'importance des **efforts déployés** pour les prendre en charge
- de vérifier la **qualité des soins**
- d'évaluer les **coûts réels** par stades de sévérité de façon prospective