

« Les Réseaux de Soins Coordonnés »

Robert LAUNOIS⁽¹⁻²⁾

GESTIONS HOSPITALIERES n° 250 – novembre 1985 :759-763

⁽¹⁾ REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

⁽²⁾ UFR SMBH – Université de Paris XIII – 74 rue Marcel Cachin – 93017 BOBIGNY Cedex - Email : launois_ireme@smbh.univ-paris13.fr - Site web : <http://smbh7.smbh.univ-paris13.fr>

Depuis plusieurs années les dépenses de santé connaissent une croissance bien supérieure à celle de la richesse nationale. La consommation médicale finale qui représentait 4,5 % de la consommation des ménages en 1950 s'élevait à 12,5 % de celle-ci en 1983. Simultanément le poids des soins hospitaliers est passé de 38,3 % de la consommation médicale finale en 1950 à 50,1 % en 1983 tandis que la part des soins médicaux ambulatoires régressait corrélativement de 32 % à 29,9 % et celle des achats de biens médicaux de 28,9 % à 20 % ;

Une observation attentive au système et de son évolution en éclairerait les faiblesses. La référence à l'analyse économique peut suggérer des axes de solution.

LE DIAGNOSTIC

Les décisions des acteurs du système ne reposent qu'en de rares circonstances sur des critères d'ordre économiques.

Le consommateur

Il n'éprouve pas le besoin de faire ses choix en fonction des coûts puisque avec l'extension de la protection sociale et l'accroissement de la couverture sociale et l'accroissement de la couverture légale, l'Etat confère pratiquement à chacun un droit illimité d'accès aux soins. Cette protection généralisée augmente la probabilité d'apparition de la maladie en suscitant des comportements du type : « je peux fumer, boire, car si je tombe malade, je serai toujours soigné ». La protection réduit le coût apparent de la maladie pour l'assuré et augmente son coût social. Chacun tend à se payer sur la bête en adoptant des comportements du type : « j'ai payé, j'ai le droit d'en tirer parti ... ».

Le Médecin

Il serait manifestement excessif de faire du consommateur le seul responsable de tous nos maux. Il est vrai que légalement les prestations de la sécurité sociale ne résultent que du fait de l'assuré. Mais en réalité celui-ci n'est qu'un intermédiaire formel entre le producteur de soins et l'assurance maladie. Une fois introduit dans le cabinet médical le client devient un patient qui remet son sort entre les mains du praticien. Au cœur de la relation thérapeutique se situe donc l'exigence d'identifier et de servir au mieux les intérêts du malade. Une fois que le médecin l'a pris en charge, il prétexte que la valeur du service rendu est inférieure au coût social des soins. Son rôle n'est pas de protéger les intérêts des cotisants mais de maximiser le bien-être des patients. L'écart qui existe entre le coût social et le prix apparent des soins concourt inévitablement à l'accroissement des dépenses de santé. Cette tendance est évidemment renforcée par la tarification à l'acte puisque les médecins sont rémunérés en proportion de la quantité de soins prodigués.

Mais on ne peut reprocher au corps médical d'exploiter une situation qu'il n'a pas créée, alors que par vocation il doit aider le malade à en tirer parti.

L'hôpital

Au niveau des établissements hospitaliers participant au service public, le gestionnaire a une simple contrainte de trésorerie. Un déficit ne prête pas à conséquence puisqu'il peut être réintégré dans le calcul du prix de journée deux années plus tard. D'ailleurs rien n'est plus facile que de le transformer en excédent. En début d'année il suffit de sous-évaluer le nombre de journées prévisionnelles pour laisser filer les prix de journée vers les sommets autorisés par les circulaires ministérielles. En fin d'année le nombre de journées réalisées est supérieur au nombre de journées prévues mais les charges variables supplémentaires

sont inférieures au prix de campagne approuvé par la tutelle. Jusqu'au seuil des années 80 les hôpitaux publics ont pu être gérés sans contrainte financière réelle.

En ce qui concerne les cliniques privées, le blocage partiel des tarifs a conduit les médecins qui y travaillent à compenser le déficit né de prix de journée insuffisants par des prélèvements sur leurs honoraires. Ce qui a constitué une forte incitation à la productivité : soigner vite, faire des actes plus que des journées. Dans aucun des deux secteurs, le prix du service n'est fixé sur le marché. La concurrence entre les établissements ne peut donc porter que sur la qualité du service rendu. Cette incitation permanente à la modernisation conduit inéluctablement au suréquipement en hommes et en matériel.

L'assurance maladie

Pendant longtemps la sécurité sociale s'est contentée de payer et a offert une garantie d'écoulement, sans plafonnement, de la production. A première vue on pourrait penser qu'il existe nécessairement un mécanisme autorégulateur du système. Les dépenses ne peuvent augmenter indéfiniment. Un jour ou l'autre il faut bien solder les comptes en élevant les taux de cotisation. En réalité l'effet de rétroaction de ces mesures est dérisoire. Lorsque le nombre d'assurés est grand, chaque assujetti ne paie sous la forme de majoration de cotisations qu'une fraction infime des charges qu'il a contribué à créer, et le cotisant devient un étranger à la progression des coûts. Tout se passe comme si après avoir décidé d'aller dîner au restaurant avec dis-neuf amis vous conveniez d'en répartir les frais au prorata du nombre de convives. Le menu basses calories à 100 F paraît tout à fait satisfaisant mais si votre voisin choisit un menu gastronomique qui coûte le double, vous aurez vite fait de calculer qu'en suivant son exemple vous mangeriez mieux pour pas beaucoup plus cher, puisque vous ne débourserez que 5 F de plus.

Le Ministère de la Solidarité

Il a été amené à réagir contre les excès de dépenses de la Sécurité Sociale de la même manière que la Banque de France essaie de neutraliser les effets d'une politique budgétaire laxiste par le contrôle monétaire. L'administration française a cru qu'il suffisait de bloquer les prix et de rationner la demande sur le côté court du marché par une politique appropriée de l'offre pour maîtriser l'évolution des dépenses de santé. En apparence, l'Etat disposait des moyens de sa politique. Il avait une maîtrise totale des équipements hospitaliers publics puisque ceux-ci ne peuvent être réalisés qu'avec son financement. Toute création ou extension d'établissements privés était subordonnée à l'autorisation de son représentant régional et les projets de l'ensemble des établissements, quels que soient leurs statuts juridiques, devaient être évalués au regard d'indices de besoins dont il choisissait lui-même la valeur. Son pouvoir sur la formation du capital humain était tout aussi important. En fixant les capacités de formation des établissements hospitaliers, le Ministère de la Santé déterminait implicitement le nombre d'étudiants que les facultés de médecine devaient admettre en seconde année du premier cycle d'études médicales. Mais en réalité l'administration centrale n'était qu'un « Pentagone de carton ». Les intérêts des producteurs étaient trop concentrés et ceux des cotisants trop diffus pour que les pratiques administratives puissent résister à la pression des corporatismes professionnels. D'un côté on avait des procédures bien faites pour mettre en œuvre des principes clairs et rigides, de l'autre on a constaté une application souple des procédures en violation des textes réglementaires. Nombre de dérogations au pourcentage de hausse autorisé sur les prix de journée ont été accordées par les préfets sur la base de considérations socio-politiques. La procédure de coordination des investissements privés n'a pas empêché que des autorisations soient accordées au-delà des besoins théoriques reconnus. Des programmes d'établissements publics ont été renouvelés par les préfets en

dépît des instructions contraires qu'ils avaient reçues, tandis que les U.E.R. ne respectaient pas les normes édictées par le ministère pour les inscriptions des étudiants en P.C.E.M.

L'offre n'étant plus contrôlée, les mécanismes pernicieux du remboursement a posteriori et de la tarification unitaire pouvaient jouer de nouveau. Pour retrouver la maîtrise du système, l'Etat s'efforce d'agir sur le principal responsable de l'accroissement des dépenses, l'hôpital. Dès 1979, la possibilité des budgets supplémentaires en cours d'année est supprimée. En janvier 1983 le système de financement des établissements qui participent au service public est profondément modifié. Le prix de journée est abandonné, une dotation globale de fonctionnement est allouée par les organismes de sécurité sociale. L'hôpital cesse d'être une entreprise pour devenir un des éléments d'un service national hospitalier. L'impressionnant dispositif réglementaire dont dispose la puissance publique semble lui donner les moyens de stabiliser la part des ressources nationales consacrées à la santé. Ce qui est à craindre aujourd'hui, ce n'est pas que la politique sanitaire soit inefficace, c'est qu'elle le soit trop : qu'elle impose à toute la population des mesures qui nient les besoins des malades en raison de contraintes financières rigides et mal adaptées. Plutôt que d'intervenir de plus en plus massivement, l'Etat ne pourrait-il limiter son rôle à fixer un cadre général dans lequel les acteurs du système seraient amenés à reprendre l'initiative ?

LES REMEDES

Le problème n'est pas celui de l'organisation administrative des régimes de sécurité sociale ni celui de leur modalité d'exécution des dépenses. Celles-ci ne peuvent être calculées qu'ex-post et le financement suit. Dans un tel contexte ni les producteurs de soins ni les assurés n'ont un intérêt quelconque à sélectionner les processus de soins les moins coûteux. Pour obtenir une allocation efficace des ressources, il faut transformer l'organisation et les modalités de financement de la distribution des soins en mettant en place des « RESEAUX DE SOINS COORDONNES » (R.S.C.).

La loi du 19 janvier 1983, dans son article 17, et ses décrets d'application du 22 juin 1984 autorisent d'ores et déjà la mise en œuvre de cette seconde formule. Ces textes disposent, en effet, que des conventions peuvent être passées entre les organismes d'assurance maladie et des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé, faisant l'objet d'un agrément des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé en vue de mener des expériences dans le domaine médico-social. Les dépenses correspondantes peuvent faire l'objet d'un règlement forfaitaire par les caisses d'assurance maladie.

C'est de cette nouvelle formule qu'il convient de préciser les conditions de fonctionnement en répondant aux cinq questions suivantes :

- Qu'est-ce qu'un réseau ?
- Comment est-il financé ?
- Comment est-il géré ?
- Comment est-il régulé ?
- Comment est calculée la participation de la sécurité sociale à son financement ?

1. QU'EST-CE QU'UN RESEAU ?

C'est une structure de regroupement des professionnels de santé, animée par le médecin de famille et choisie par le malade, qui dispense la totalité des soins requis par une population d'adhérents quantitativement définie.

C'est une structure de regroupement des professionnels de santé

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.

- Dorénavant, le médecin doit sortir de ses compétences de technicien de la maladie pour devenir un artisan de santé. Cette attitude préventive s'exprime sur le plan individuel par une attention aux facteurs qui prédisposent à la maladie afin d'en prévenir l'apparition. Au niveau collectif, elle implique de la part du médecin une vision plus globale de la communauté dans laquelle sa pratique se situe.
- La complémentarité est la deuxième caractéristique du nouveau rôle que doit jouer le médecin dans la société. Une seule personne n'est plus à même de résoudre les problèmes médico-sociaux que pose le monde d'aujourd'hui. Le médecin doit désormais être aidé dans sa tâche par tous les professionnels de santé qu'ils appartiennent ou non au secteur sanitaire. Il y a longtemps qu'il entretient des relations privilégiées avec des infirmières, des assistantes sociales, des spécialistes ou des établissements de soins, mais ces relations sont mal organisées. Il faut articuler les opérations qui se déroulent tout au long de la chaîne dans le cadre d'instances locales de coordination.

L'objectif pourra être atteint dans une grande diversité de structures juridiques. Il pourra s'agir aussi bien de regroupements de santé libéraux que de centres de santé. Comme nous le montre l'expérience américaine des HMO, la création de tels réseaux est compatible avec toutes les formes de rémunération de l'acte médical.

C'est une structure animée par le médecin de famille

L'inscription dans un R.S.C. est totalement volontaire. Ce n'est pas une population qui est prise en charge sur la base de critères territoriaux ou professionnels contraignants. C'est un ensemble de moyens qui est proposé à des adhérents potentiels. Le spectre de la médecine de caisse ou de la sectorisation est donc écarté.

C'est un système qui dispense la totalité des soins requis

Un contrat est passé entre les usagers et les professionnels de santé pour assurer la prise en charge complète des individus. Le client s'engage à se faire soigner principalement ou exclusivement par le R.S.C. pour une durée limitée (1 an). Le R.S.C. lui garantit de dispenser les soins de toute nature. Par soins de toute nature, il faut entendre non seulement l'ensemble des soins curatifs, mais aussi la prévention et la réadaptation. Les principes de la médecine globale peuvent être mis en pratique.

C'est une organisation qui prend en charge une population d'adhérents quantitativement définie

La parfaite connaissance de la clientèle de réseau permet de la diviser en autant de cibles qu'elle comporte de groupes homogènes et d'adapter la distribution des soins aux caractéristiques de chaque segment du marché. La planification des équipements et des effectifs s'en trouve facilitée.

2. COMMENT EST-IL FINANCE ?

- Chaque réseau fixe librement le prix de la prise en charge intégrale (P.P.I.) d'un adhérent au cours d'une année sur la base de ses prix de revient internes standardisés par âge et par sexe. Ce prix est un prix global, non révisable et payable d'avance.
- Les caisses d'assurance maladie participent au financement de cette prise en charge par le versement d'un forfait annuel de santé (F.A.S.) dont le montant est identique quel que soit le réseau choisi.
- Pour s'inscrire dans un réseau, l'adhérent potentiel verse la différence entre le prix de la prise en charge et le montant du forfait. Sa participation est payable d'avance et une fois pour toutes. Un principe d'économicité est donc introduit dans le choix des usagers. Entre deux réseaux, la préférence du client va à celui qui demande la participation la plus faible pour des prestations de même qualité.
- Une fois versé le droit d'entrée, tout est gratuit. Il n'y a donc pas accumulation des tickets modérateurs comme c'est le cas lorsque le ticket modérateur est fixé en pourcentage des dépenses engagées.
- Le paiement par l'adhérent de sa contribution personnelle apporte au réseau le forfait correspondant de la sécurité sociale.

L'intervention des payeurs n'existe que du fait des assurés, puisque les versements ne sont opérés qu'en fonction de leur choix. Il n'y a donc pas de financement direct des prestations de services.

3. COMMENT EST-IL GERE ?

L'ensemble des forfaits et des contributions, collecté par un réseau en fonction du nombre d'adhérents qui l'ont choisi constitue le budget de l'organisation.

Le caractère global du financement permet d'utiliser au mieux les complémentarités des diverses structures de prise en charge dans le cadre d'une gestion unifiée.

Les dirigeants du R.S.C. doivent faire des choix explicites entre les diverses formes de soins : soins ambulatoires, alternatives à l'hospitalisation. La rationalisation du système se fait par grandes masses et non par un contrôle pointilliste sur les actes médicaux qu'a subi chaque bénéficiaire.

Le caractère annuel du financement interdit toute révision en cours d'exercice.

- Une *contrainte de coût* est introduite au niveau où se forment les décisions. Ce ne sont plus, comme dans le système actuel, les dépenses constatées qui déterminent le volume des ressources nécessaires, mais à l'inverse la masse des ressources disponibles qui limite les prestations offertes
- Les *procédures de gestion* de la clientèle sont donc fondamentalement modifiées ; Désormais, ce sont des dépenses, et non des revenus, qui sont créées chaque fois qu'un service est rendu aux malades. L'organisation possède les caractéristiques institutionnelles qui la poussent à rechercher la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.
- La *responsabilité financière* des producteurs de soins est enfin clairement établie, car dans le cadre d'une organisation dont le financement est déterminé ex ante, les parties impliquées sont inévitablement amenées à partager les gains ou les pertes constatées en fin d'année. Les modalités de cette participation peuvent être d'une grande diversité. Dans certains cas le corps médical est associé aux résultats obtenus par le seul secteur ambulatoire, dans d'autres, il est partiellement tenu pour responsable de l'évolution des dépenses hospitalières. Il peut être associé

exclusivement aux bénéficiaires réalisés mais également, dans la limite d'un certain plafond, aux pertes. Pour éviter les reversements d'honoraires, les médecins ont intérêt à soutenir les efforts de maîtrise des coûts de l'organisation.

4. COMMENT EST-IL REGULE ?

Le libre choix de l'organisation prestataire introduit une saine émulation entre les équipes de soins. Une concurrence bénéfique s'instaure à un triple niveau :

- Entre les R.S.C. vis-à-vis de leurs adhérents potentiels. Celui qui a le meilleur rapport qualité des soins/participation des assurés, attire la clientèle. En début d'année, l'utilisateur peut juger de l'étendue des services offerts. En fin d'année, il peut se prononcer sur la qualité des relations humaines qui s'y nouent et sur l'efficacité des soins dont il a bénéficiés. Toute lacune en un de ces domaines est sanctionnée par le refus d'adhésion ou la désertion. En un mot, l'adhérent paie avec l'impression d'en avoir – ou de ne pas en avoir – pour son argent.
- Entre les professionnels de santé vis-à-vis des R.S.C.
Les ressources du réseau dépendent du nombre de ses adhérents ; pour les attirer il doit minimiser le montant de leur participation personnelle ; pour les conserver, il ne doit pas les décevoir sur le plan de la qualité. Ces mécanismes économiques l'incitent à optimiser les coûts. Si un producteur est trop cher, le réseau devra augmenter ses prix, ce qui fera fuir le client. Seuls les producteurs les moins onéreux seront agréés.
De leur côté, pour être compétitifs, les établissements hospitaliers doivent rationaliser leur gestion et dimensionner leurs équipements. Ainsi se réalise de manière souple, une planification informelle.
- Entre l'ensemble des R.S.C. et le reste du système de dispensation des soins. C'est aux usagers de faire le choix du type de médecine qu'ils veulent et d'en payer le prix. C'est au praticien de faire le choix de leur modalité d'exercice et d'en prendre les risques. Rien n'est imposé. A défaut de résultats probants, les expériences proposées disparaîtront d'elles-mêmes au bout de quelques années. Cette concurrence permet au système d'évoluer volontairement et non sous une pression étatique vers une organisation assurant la maîtrise des dépenses et l'efficacité du système sanitaire.

5. COMMENT EST CALCULEE LA PARTICIPATION DE LA SECURITE SOCIALE ?

Les Français sont très attachés à la Sécurité Sociale. Son monopole est maintenu. Sur le plan des recettes, le système actuel reste en place. Les cotisations continuent à être versées en pourcentage des salaires, leur répartition entre part salariale et part patronale reste inchangée. Les mécanismes de compensation inter-régimes subsistent dans leur intégralité. Seules les modalités de règlements des prestations fournies sont modifiées. Ce changement est compatible avec le maintien de la rémunération à l'acte des professionnels (à cette différence près que l'on facture l'organisation et non le client. Le paiement à l'acte disparaît, mais exige la révision des modes de prise en charge des frais de santé par les caisses.

- **Pour fixer le montant de sa participation, la sécurité sociale doit :**
 - En premier lieu, déterminer de manière objective les coûts standards susceptibles d'être financés. A cette fin, son département statique¹ calcule chaque année, le coût actuariel national des soins (C.A.N.S.) par grandes catégories d'assurés en fonction de l'âge et du sexe. Ces coûts actuariels nationaux constituent en quelque sorte la base du tarif de responsabilité des caisses vis-à-vis des réseaux de soins coordonnés.
 - En second lieu, elle doit décider du niveau du forfait annuel de santé (F.A.S.) par rapport au coût actuariel (C.A.N.S.). En d'autres termes, le forfait doit-il couvrir la totalité du coût actuariel ou une partie de celui-ci ? Selon les statistiques de la C.N.A.M.² les individus de moins de cinquante ans auraient financé en 1980, 15 % de la « dépense moyenne reconnue par personne protégée ». Ce ticket modérateur diminue nettement au-delà de cinquante ans pour atteindre 6,5 % chez les personnes âgées de plus de soixante-dix ans. Il est impossible de mettre les sommes correspondantes à la charge de la sécurité sociale sans déséquilibrer gravement ses comptes. Il convient donc de moduler le financement des caisses selon les classes d'âge et de sexe pour maintenir les charges de l'assurance maladie à leur niveau actuel. En 1980 les taux moyens de remboursement variaient par exemple pour les hommes, entre 93,5 % (classe d'âge « 70 ans et plus ») et 70,7 % (classe d'âge « 0 à 9 ans »). Pour les deux classes extrêmes, les dépenses reconnues par personne protégée s'élevaient respectivement à 5 900 F et 960 F. L'inscription à un réseau d'un homme de plus de soixante-dix ans aurait donc entraîné un versement de 5 516 F par les caisses. Par contre la valeur du forfait acquitté pour un enfant de moins de neuf ans aurait été seulement de 765 F.
 - L'intérêt d'une telle formule de financement est double. La valeur des forfaits augmente avec l'importance des besoins de la population prise en charge. Dès lors les recettes des réseaux sont proportionnelles à leur coût et la tentation de l'écroulement des bons risques peut être évitée. Les forfaits sont acquis de manière définitive par les réseaux auxquels ils ont été versés. Ceux-ci en conservent la disposition en l'absence de tout recours aux soins des personnes protégées. Ainsi se trouve opérée une compensation entre les adhérents qui permet de financer les traitements les plus coûteux.
- **Les usagers paient la fraction des dépenses qui excède le montant du forfait.** Leur contribution doit-elle dépendre, comme celle de la sécurité sociale, de la classe de risques dont ils relèvent ou peut-elle être la même pour tous ? Pour des raisons bien compréhensibles d'équité, c'est la seconde solution qui est retenue. Il reste que pour les personnes défavorisées, ce versement supplémentaire peut se révéler mal aisé. Plutôt que de faire appel à l'aide sociale dispensée inégalement par les collectivités locales, il paraîtrait souhaitable de créer à leur intention une aide personnalisée à la santé (A.P.S.) qui serait fonction du revenu et financée par l'Etat.

¹ Ce montage institutionnel, différent de celui qui avait été primitivement retenu, tient compte des observations faites au cours d'un séminaire de l'Assistance Publique par Robert Rochefort.

² « Qui consomme quoi » C.N.A.M.T.S. département statistique 1982 p. 16. Voir également « la consommation de santé des personnes de plus de soixante ans en 1981 ». Carnets statistiques C.N.A.M.T.S. n° 6 – décembre 1983.

- **Au total, le système proposé repose sur une triple solidarité :**
 - Solidarité entre les bien portants et les malades à l'intérieur d'une classe de risques puisque la sécurité sociale verse un forfait annuel dont le montant est indépendant de la vulnérabilité personnelle des individus qui en relèvent.
 - Solidarité entre les classes de risques à l'intérieur d'un réseau puisque chacun paie la même contribution forfaitaire personnelle.
 - Solidarité entre les riches et les pauvres au niveau collectif puisqu'une partie des cotisations prélevées en fonction du niveau de salaires est utilisée pour financer le forfait annuel de santé des plus forts consommateurs qui sont des personnes âgées en général fort démunies.

CONCLUSION

Le rationnement de la santé par la contrainte publique est de moins en moins supporté par les usagers et les professionnels. N'est-il pas temps de leur redonner la parole ? L'institution d'un « quasi-marché » avec des réseaux de soins coordonnés concurrents et financés a priori dans le maintien des structures fondamentales de la sécurité sociale apparaît comme un moyen de donner, dans la liberté, une plus grande efficacité financière et humaine au système sanitaire français.

BIBLIOGRAPHIE

GIRAUD et R.J. LAUNOIS « *Les réseaux de soins, Médecine de demain* » Economica 1985.

R.L. LAUNOIS « *Les principes d'une réforme de l'organisation des soins en France* ». Institut La Boétie, document interne, 9 janvier 1985.

R.J. LAUNOIS, B. MAJNONI D'INTIGNANO, V. RODWIN, J.C. STEPHAN. « *Les réseaux de soins coordonnés : proposition pour une réforme profonde du système de santé* ». Revue française des affaires sociales, N° 1 1985 (janvier-mars).

R.J. LAUNOIS. « *Les HMO, les arguments et les faits* ». Colloque « Systèmes de Santé, Pouvoirs Publics et Financiers. Qui contrôle quoi ? » Commissariat Général au Plan. 25-26 mars 1985.