

« Les Réseaux de Soins Coordonnés : vraies questions et fausses réponses »

Jean SAMMUT

Opinion Mutualiste – Nov.Déc. 1985; 64: 12-15

*Présentés il y a quelques mois
comme l'instrument d'une réforme profonde du système de santé
alliant apparemment cohérence, économie et liberté,
les réseaux de soins coordonnés
constituent un ensemble de propositions qui ne peuvent manquer d'interroger
tous ceux qui ont une responsabilité
dans l'organisation du système*

Conçus, au dire de leurs auteurs, comme un moyen d'améliorer l'efficacité des soins dans le cadre de la protection sociale existante, les réseaux de soins coordonnés s'inscrivent dans une démarche générale qui tente d'introduire plus massivement dans le domaine de la santé les critères de régulation du marché et de la concurrence.

Dans le même temps, les diverses tentatives partielles de concrétisation de cette démarche – système HP, carte santé pharma, desserrement des honoraires, projet de loi sur les opérations de prévoyance – conduiraient, si elles étaient appliquées, à une régression de la protection sociale et menaceraient réellement la qualité des soins.

Pourtant, les questions posées par les auteurs des réseaux de soins coordonnés, notamment concernant la cohérence de notre système sanitaire et le positionnement des usagers dans ce système, n'en sont pas moins de vraies questions auxquelles les mutualistes peuvent apporter quelques éléments de réponse.

Dans une première partie, nous examinerons brièvement le projet d'expérimentation des réseaux de soins coordonnés, les principales questions qu'il nous pose en matière de financement et, par là même, en matière de qualité de la pratique médicale.

Dans une seconde partie, nous verrons en quoi l'expérience du mouvement mutualiste et les propositions de la FNMT constituent des voies plus satisfaisantes dans la recherche d'une rationalité accrue du système de santé.

LES RESEAUX DE SOINS COORDONNES, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Il s'agirait, au travers des réseaux de soins coordonnés, de constituer de véritables filières de soins dans lesquelles chacun pourrait trouver l'ensemble des services sanitaires dont il pourrait avoir besoin (médecine de ville, hospitalisation ...).

Chaque personne s'inscrivant dans un réseau s'engage à se faire soigner principalement ou exclusivement par lui.

L'abonnement au réseau est annuel.

Son financement provient de deux sources : la sécurité sociale, qui verse un forfait annuel en fonction du nombre d'adhérents au réseau.

Ce forfait est égal à 80 % d'un coût actuariel établi par classe de risques (en fait par type de population) et le versement de chaque adhérent, qui comble la différence entre le forfait de la sécurité sociale et le tarif annuel du réseau librement déterminé par lui.

L'objectif du réseau étant de contribuer à rationaliser l'offre de santé, le pari fait par les auteurs consiste à penser que les lois « naturelles » du marché devraient fonctionner.

Chaque acteur de santé est solidaire des autres membres et structures du réseau et, dans le même temps, concurrent du réseau voisin ; chacun doit donc avoir constamment le souci de son propre intérêt et de l'efficacité et de l'économie de l'ensemble.

Ce rapport coût/efficacité étant sanctionné théoriquement par l'adhésion ou non au réseau des assurés.

Ainsi, une sélection s'opérerait, les bons réseaux survivraient, les mauvais disparaîtraient ou s'amélioreraient.

S'il est vrai qu'une des raisons importantes aux déséconomies du système de santé réside dans son éclatement, les réponses apportées par le RSC peuvent paraître un peu manichéennes et mécaniques.

Même sur deux points essentiels, la revalorisation de la médecine globale et la participation de la population, sur lesquels les auteurs des réseaux de soins coordonnés abordent des pistes de réflexion particulièrement intéressantes, ces réflexions paraissent difficilement applicables.

L'économie du système de santé passe par une plus grande cohérence du système et celle-ci passe par une revalorisation d'une médecine globale.

Les auteurs se livrent à une critique sévère du système actuel, de son éclatement, de l'hospitalocentrisme, de ses dysfonctionnements qui ne permettent en aucune façon de répondre aux enjeux technologiques actuels que sont la prévention, les alternatives à l'hospitalisation, ni de répondre aux besoins financiers, mais également étiques de milliers de médecins.

Cependant, on peut se poser la question de savoir si seul l'intérêt économique est susceptible de provoquer cette évolution indispensable vers la médecine globale, la pluridisciplinarité, la formation. Notre expérience mutualiste tendrait à prouver le contraire. Seul l'intérêt économique est insuffisant.

La nécessité exprimée d'avoir, en face d'un « réseau de producteurs de soins bien efficace et cohérent, des usagers, des citoyens responsables et informés », honore les auteurs et constitue, sans aucun doute, la clé de toute rénovation du système de santé.

Cependant, cette participation de la population, cantonnée ici dans l'exercice de choix d'utilité économique, paraît d'une efficacité très théorique.

On peut douter des possibilités réelles que pourrait avoir la population pour évaluer rigoureusement le rapport qualité/prix d'un réseau et, ceci, d'autant plus si l'on intègre des notions aussi complexes que la prévention.

En fait, en guise d'information sur les réseaux, on risque de voir se développer le tapageur et le spectaculaire plutôt que l'efficace et le rigoureux, et ainsi biaiser toute possibilité d'information et d'évaluation objective.

LA GENERALISATION DU SECTEUR II ET L'APPAUVRISSMENT DE LA PRATIQUE MEDICALE

Cependant, la principale remarque qui peut être faite aux réseaux de soins coordonnés porte sur le mode de financement proposé. Celui-ci s'inscrit parfaitement dans la mécanique de régression de la protection sociale obligatoire décrite dans le rapport Gisserot.

En fait, le mode de financement proposé aboutit à une généralisation du secteur II (c'est-à-dire des dépassements) pour tout le système de santé. Il crée ainsi les conditions d'une régression dans l'accès aux soins des populations les plus défavorisées et, dans le même temps, les conditions d'une perte totale d'indépendance pour le corps médical.

COMMENT SERAIENT FINANCES CES RESEAUX ?

Chaque année, un comité de sages établirait un « coût actuariel » par catégorie de risque (âge, catégorie socioprofessionnelle ...).

Il s'agirait là de définir la base d'intervention de la sécurité sociale qui s'établirait à 80 % du coût actuariel, les 20 % restants constitueraient le ticket modérateur de droit laissé à la charge de l'assuré.

C'est, sous une forme plus sophistiquée, la remise à jour du projet de loi Berger dans lequel les dépenses de santé étaient définies annuellement par le Parlement en fonction de l'évolution du PIB.

Mais ce coût actuariel n'est qu'une base de référence pour le remboursement sécurité sociale.

Chaque réseau est libre de déterminer le prix qui lui convient, en fonction des prestations qu'il offre et des populations auxquelles il s'adresse.

La création des réseaux étant elle-même libre, le mécanisme Gisserot trouverait son interface dans le système de santé.

Il suffirait de bloquer le « coût actuariel » et d'augmenter les forfaits afin que se reporte sur le budget des ménages une part de plus en plus importante de la couverture sociale que les compagnies d'assurances s'empresseraient de prendre en charge.

On verrait ainsi se développer, d'une part, des réseaux proposant un minimum de prestations obligatoires, de qualité réduite, et financées essentiellement par l'assistance (une aide personnalisée à la santé) et, d'autre part, des réseaux plus ou moins sophistiqués fournissant des prestations de plus en plus complètes en fonction des ressources de leurs clients.

QUE RETIRERAIENT LES PROFESSIONS DE SANTE D'UNE TELLE EVOLUTION ?

Les auteurs des réseaux de soins coordonnés valorisent la liberté qu'auront les producteurs de choisir un réseau plutôt qu'un autre, un mode de rémunération ou d'exercice. Cette liberté pourrait bien être mineure à côté de la vraie dépendance dans laquelle ils se trouveraient.

Si les réseaux doivent être compétitifs, il faudra peser sur les rémunérations, sur la productivité, sur les conditions d'exercice à un moment où la démographie médicale le permet le mieux.

Voici quelques conséquences qui semblent avoir été ignorées par les auteurs de ces réseaux, tant est grande leur confiance dans les vertus du libéralisme et de la concurrence.

L'exemple américain, dont ces propositions sont inspirées, aurait pu les alerter. Apparemment, non !

En effet, « contrairement aux Etats-Unis, nous ne connaissons pas les problèmes posés par les compagnies d'assurances et les Health Maintenance Organizations (HMO) qui tâchent de renvoyer les mauvais risques et d'écrémer ainsi le marché des soins médicaux ».

Malheureusement, c'est bien méconnaître la réalité française où les compagnies d'assurances gagnent une part de plus en plus importante de la couverture maladie.

LES RESEAUX MUTUALISTES, BASE DE RESEAUX SOLIDAIRES ET COHERENTS

Pour autant, restent posées les questions concernant la cohérence du système de santé français, la nécessité de sortir d'une logique où les coûts de santé se développent en même temps que se développent les inégalités et la contribution des ménages.

L'expérience du mouvement mutualiste, au travers de la gestion de la complémentarité, au travers de la gestion de réalisations sanitaires, de la constitution de véritables réseaux fondés sur la solidarité et l'économie, permet de faire quelques propositions de réponse.

L'exclusivité de la complémentarité maladie confiée à la mutualité est sans aucun doute le premier élément de réponse.

Seule cette exclusivité permet une défense de la sécurité sociale convergente avec un élargissement aussi bien qualitatif que quantitatif de la couverture complémentaire.

Toutes les études le montrent, seule l'étendue de la couverture sociale des populations les plus défavorisées est de nature à modifier la morbidité, la structure des consommations médicales et donc les coûts en santé.

C'est, aujourd'hui, la concurrence avec les compagnies d'assurances qui ne permet pas une couverture plus grande de ces populations.

En acceptant ce fait, la direction de la Mutualité française a pris une responsabilité historique pour la mutualité, mais, également, au regard de l'économie d'ensemble du système.

Cette exclusivité, associée au développement de l'aide à la mutualisation, serait de nature, sans aucun doute, à créer les conditions d'un développement de nouvelles réalisations sanitaires et sociales d'actions préventives, de progrès dans la mise en œuvre d'une nouvelle pratique médicale.

La notion de réseau a trouvé sa principale justification dans les contradictions, les dysfonctionnements de la pratique médicale éclatée, parcellisée.

C'est pour résoudre ces mêmes contradictions qu'il y a trente ans les mutualistes ont réalisé des centres de santé mettant en œuvre une nouvelle pratique médicale, reprenant à leur compte toutes les qualités de la pratique médicale traditionnelle mais les insérant dans une conception de l'équipe et permettant ainsi une approche globale des problèmes de santé.

Cette démarche difficile à mettre en œuvre, inégalement réalisée, n'a été possible que par la participation active, réelle, qualifiée des populations à la définition des objectifs et à la gestion des centres.

Ce n'est que de cette façon que les préoccupations d'économie et de qualité ont pu trouver des solutions convergentes et non contradictoires.

Cette question de la participation effective de la population et des conditions de cette participation dans la gestion de la pratique médicale est au cœur de toute organisation cohérente d'un réseau sanitaire.

C'est ce souci qui guide la proposition faite par la FNMT de décentraliser les rapports entre sécurité sociale, mutualité et professions de santé en instituant des avenants locaux à la convention médicale nationale.

Ces avenants permettraient qu'entre ces trois partenaires, dont les préoccupations convergent, soient établis des objectifs sanitaires clairs, évolutifs, permettant de mobiliser des moyens financiers supplémentaires (collectivités locales, crédits régionalisés de prévention ...), mais permettant également de jeter les bases sérieuses d'une maîtrise de l'activité médicale porteuse d'efficacité et d'économie.

Aujourd'hui, on peut se féliciter de l'attitude du SNMG qui, au travers des « contrats santé », poursuit une réflexion convergente à la nôtre.

Ces propositions correspondent effectivement aux aspirations du corps médical et, notamment, des médecins généralistes.

Elles ouvrent la voie à de véritables réseaux entre les réalisations mutualistes, l'hospitalisation publique et les professionnels de santé libéraux qui pourraient être constitués à l'initiative de la mutualité sans pour autant remettre en cause les conditions d'exercice des différents praticiens.

Sur la base de priorités sanitaires claires, évolutives, établies en commun entre les mutualistes et les professionnels de santé, pourrait s'instituer une coopération équitable entre, d'une part les producteurs de soins mais d'autre part, des usagers qualifiés responsables parce qu'à la fois usagers et gestionnaires du système de santé.