

# « Les Réseaux : Quelles Conditions De Pérennité ? »

**Une seule condition pour assurer la pérennité des réseaux : la démonstration de leur efficacité**  
**Les enseignements des expérimentations Groupama Partenaires Santé & RESALIS**

---

R. Launois <sup>(1-2)</sup>

VIIIème Forum international de la gestion de la santé 2002 - Paris, 20 & 21 novembre 2002

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

(2) UNIVERSITE Paris XIII – Faculté de médecine Léonard de Vinci – 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny

Une médecine plus globale et plus humaine exige que soit intégrée dans les pratiques médicales une attitude préventive. Elle suppose également que tous les professionnels de santé contribuent à sa promotion. Le médecin doit plus que jamais sortir de ses compétences d'expert de la maladie pour devenir un artisan de santé, ce qui implique de sa part une vision plus globale de la communauté dans laquelle il exerce sa pratique. La complémentarité est la deuxième caractéristique du rôle que doit jouer le médecin dans la société moderne. Un seul individu n'est plus à même de résoudre les problèmes médico-sociaux que pose le monde d'aujourd'hui, il doit être aidé par tous les professionnels de santé, qu'ils appartiennent ou non au monde médical ou au secteur sanitaire.

Les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs ont cependant changé. Là où étaient évoqués la primauté de la concurrence, les incitations financières et les honoraires minimum garantis par patient, les professionnels de santé soulignent l'importance des systèmes d'information et de l'auto-évaluation. Le défi auquel le monde de la santé doit aujourd'hui faire face est de fusionner ces deux tendances antagonistes pour organiser de véritables entreprises médicales modernes bénéficiant de financements globalisés transversaux et structurés autour des notions de qualité et d'évaluation. Désormais il s'agit de vérifier sur des populations précises, si les avantages liés à la mise en place des réseaux de soins coordonnés ou des réseaux de santé sont bien au rendez-vous

La façon la plus concrète d'illustrer cet angle d'attaque contemporain est de présenter le bilan des résultats obtenus après 30 mois de fonctionnement par Groupama et la Mutualité de Santé Agricole (MSA) dans les trois départements des Côtes d'Armor, des Pyrénées Atlantiques et de l'Allier, ainsi que ceux observés après 36 mois de suivi dans le cadre du réseau RESALIS qui a été mis sur pied dans l'Eure à l'initiative d'Alliance Médica et de la CPAM de ce département.

## **METHODES**

Dans les deux cas, la mise sur pied d'un schéma d'étude quasi expérimentale « Avant/Après » avec groupe contrôle a permis d'évaluer sur le plan médical, qualitativement pour l'un et quantitativement pour l'autre, l'évolution de l'état de santé des assurés et sur le plan économique, de mesurer l'évolution des dépenses de santé remboursées pour les personnes protégées qui étaient prises en charge dans le cadre de ces expérimentations.

La nature des interventions prévues était variable selon les sites. Dans le département des Pyrénées Atlantiques, 6 groupes de progrès réunissant chacun une dizaine de médecins généralistes ont

été formés : ils ont choisi librement un thème, soit une pathologie, soit un problème d'organisation de soins en médecine rurale, à partir des critères suivants :

- Problématique fréquemment rencontrée
- Sujet sur lequel les médecins généralistes sont les décideurs principaux
- Sujet sur lequel les résultats sont tangibles sur 18 mois
- Sujet permettant un retour, auprès des assurés volontaires, en matière d'explication, de conseil, de prévention, par un envoi de documents (revue « Tribune Santé », lors de consultations ou de réunions médecins/ assurés).

Ces groupes de progrès ont travaillé avec différents outils méthodologiques :

- A partir de l'observation de leurs propres pratiques
- A partir des référentiels existants : Références Médicales Opposables, référentiels ANAES, documents de formation
- Sur la base d'études spécifiques aux pathologies choisies (Etude UNAFORMEC, Etudes de la Revue « Prescrire »)
- En faisant appel à des spécialistes du domaine étudié, et aux compétences des médecins-conseils de la MSA.

Dans le département de l'EURE, le réseau RESALIS intègre : 1) un réseau informatique permettant d'échanger des données médicales sur les patients, reliant médecins généralistes et pneumologues, 2) un centre d'éducation pour aider les patients à gérer leur asthme et leur traitement, 3) des formations médicales continues, 4) des référentiels médicaux, 5) un processus d'auto-évaluation des pratiques par les médecins généralistes. Afin de ne pas modifier la prise en charge naturelle des asthmatiques, les patients ont été inclus « au fil de l'eau » et les modalités de suivi (nombre et périodicité des consultations) étaient laissées au libre choix des médecins. Deux critères principaux ont été évalués : le contrôle de l'asthme (nombre de trimestre(s) avec consultation(s) contrôlée(s) vs non contrôlée(s) selon les critères du Consensus canadien) et le coût (perspective sociétale) par patient et par trimestre.

## **RESULTATS**

Groupama Partenaires Santé a choisi d'utiliser les systèmes d'information de la MSA pour obtenir les données nécessaires au suivi et à l'évaluation économique de l'expérimentation. Le point de vue retenu pour les calculs de coûts a été celui des assureurs santé ; ce terme recouvrant à la fois l'assurance obligatoire de la mutualité sociale agricole et l'assurance facultative offerte par Groupama. Les dépenses ont progressé plus vite dans le groupe témoin par rapport au groupe expérimental. Sur des périodes identiques avant et après la mise en place de l'expérimentation, les dépenses moyennes par patient ont baissé de 2,5 % dans le groupe expérimental (GPS) alors qu'elles ont progressé de 7,5 % dans le groupe témoin (GT).

Globalement les prescriptions (MG + SP) restent stables d'une année sur l'autre dans le groupe GPS (+0,1 %) alors qu'elles augmentent entre 1999 et 2000 dans le groupe témoin de 15 %. Cette stabilité globale des prescriptions dans le groupe GPS masque une réduction des prescriptions des médecins généralistes participant à l'expérimentation. La consommation des patients Groupama diminue de 3,1 % d'une année sur l'autre, alors que les prescriptions des médecins généralistes n'adhérant pas au réseau ont augmenté de 16,8 % entre 1999 et 2000. C'est une belle performance si l'on

raisonne en tendances, on peut dire que les médecins Groupama ont réduit l'ampleur de leurs prescriptions de près de 20 % par rapport à la tendance.

*Dépenses de prescriptions avant et après expérimentation  
du groupe expérimental et du groupe témoin*

	GT			GPS		
	1999	2000	%	1999	2000	%
MG	3528	4119	16,8	3493	3375	-3,1
SP	996	1111	11,6	962	1083	12,6
Total	4524	5230	15,6	4455	4458	0,1

Le réseau RESALIS mis en place dans le département de l'Eure, intègre un système d'informations pour le recueil des données concernant les patients asthmatiques et leur prise en charge ambulatoire ou hospitalière. Les médecins transmettent les données anonymisées et cryptées à Alliance Médica ; ils envoient en outre à la CPAM les consentements éclairés recueillis contenant les 4 caractéristiques nécessaires à l'application de l'algorithme FOIN. Ainsi, la Caisse est en mesure de récupérer les codes patients correspondants. Alliance Médica transmet à la CPAM la liste des codes patients que les médecins lui ont télétransmis. La CPAM est alors capable d'associer à cette liste les données de liquidation (remboursement) correspondantes. Une fois cette opération faite, la CPAM transmet à Alliance Médica les données de remboursement relatives aux identifiants patients qu'elle a reçues. Enfin, Alliance Médica envoie à REES France les bases de données médico-économiques anonymisées dont elle dispose.

Les performances du réseau sont excellentes sur trois critères de jugement et statistiquement significatives. Le taux de contrôle de l'asthme a été amélioré de 11 % en valeur absolue ( $p < 0,003$ ) après la mise en place de la formation médicale spécifique et la création d'un centre du souffle soit un gain d'efficacité relative de 20 %. Les coûts ont diminué après intervention d'un montant analogue à celui qui était escompté par les promoteurs du projet dans le protocole d'expérimentation remis à la commission Soubie. La réduction des coûts directs et indirects trimestrielle par patient atteint au total 24 % ( $p < 0,003$ ) sur le site expérimental après intervention alors que le même indicateur relevé dans le cadre de l'enquête parallèle n'enregistre aucune évolution significative des dépenses totales entre les deux coupes transversales effectuées à deux moments différents du temps chez les mêmes patients. Les comparaisons intra-période entre le site témoin et le site expérimental montrent que l'écart se creuse entre les coûts moyens de prise en charge par patient et par trimestre dans chacun des deux groupes. Aucune différence statistiquement significative n'était relevée entre eux avant intervention alors qu'une telle différence peut être observée après l'intervention. La prise en charge en réseau améliore enfin significativement la qualité de vie des patients, et ce quel que soit le domaine considéré. La différence est significative au risque 5 % ( $p < 0,05$ ) pour les domaines « Activités », « Symptômes », « Emotions » et qualité de vie globale. L'influence de la prise en

charge en réseau sur les symptômes d'asthme liés à l'environnement apparaît comme « la moins significative » ( $p = 0,06$ ) mais reste acceptable. Les résultats obtenus grâce à la prise en charge en réseau de soins coordonnés et évalués au vu des indicateurs retenus se résument par une amélioration statistiquement significative de l'état de santé des patients, une diminution significative des coûts et une amélioration significative de la qualité de vie des patients tous états confondus.

## CONCLUSION

L'apparition de bases de données alimentées par les professionnels de santé est en train de bouleverser les méthodes d'évaluation, des schémas originaux de collecte de l'information et de nouveaux critères de jugement apparaissent.

Pour démontrer l'efficacité en pratique médicale quotidienne d'une organisation en réseau, il était nécessaire de mettre en place un schéma au fil de l'eau, extrêmement peu protocolé, difficile à gérer mais beaucoup plus réaliste. Ce schéma quasi-expérimental d'étude présente deux avantages : d'une part, il permet d'établir un lien de causalité entre l'expérience mise en place et les résultats médico-économiques obtenus, d'autre part, l'analyse qui en est faite repose sur la réalité des comportements du prescripteur et des patients.

La politique actuelle est, à partir d'une approche centrée sur le patient et non sur les stratégies thérapeutiques, de connaître et de comprendre comment celui-ci est pris en charge, quelle est son évolution clinique et quelles ressources sont mobilisées pour le traiter. Seule une prise en compte globale de la maladie permet de prendre en considération les aspects multifactoriels qui conditionnent les modalités évolutives de l'affection et les caractéristiques multidimensionnelles à travers lesquelles elle s'exprime. L'expérience de RESALIS et de GROUPAMA démontre la possibilité et la richesse d'un recueil systématique en pratique courante des informations cliniques, humaines, économiques et sociales pertinentes en santé. Les résultats obtenus dans chacun de ces domaines par les innovations organisationnelles mises en place fournissent scientifiquement la preuve du bien fondé d'une politique de restructuration de l'offre de soins en réseaux, ce qui devrait en toute logique, contribuer à leur généralisation.