

Réseaux de santé et gestion du risque

La volonté de mettre en place les réseaux en France est subordonnée à la définition précise du risque santé. Pourquoi, comment ? L'exemple étranger nous éclairera.

Juan Manuel Viñas
Médecin inspecteur
de santé publique,
chargé de mission à
la direction de la
Sécurité sociale

Les ordonnances de 1996 ont inscrit dans le champ de l'assurance maladie une nouvelle forme d'organisation des soins : les réseaux et filières de soins. La santé ne se résume pas à la prise en charge d'épisodes de soins mais elle s'inscrit dans un continuum qui va de la prévention jusqu'à la dépendance. Elle doit associer les différents secteurs de prise en charge (ambulatoire, hôpital, médico-social). Le réseau, cette nouvelle forme d'organisation, a pour principal objectif une recherche d'optimisation du système de soins, une augmentation de l'efficacité, tout en garantissant la qualité des soins.

L'organisation du système de soins en réseaux nécessite qu'au préalable soient définies avec précision les prises en charge effectuées, celles-ci devant faire l'objet d'une rémunération préétablie (soit à l'acte, soit forfaitaire ou encore mixte). On doit enfin prévoir les conditions de la coordination entre les prestataires, elle peut être assurée par un système d'information permettant la circulation d'un dossier retraçant les diverses prises en charge.

Comment sont définies les prises en charge aujourd'hui et qui les gère ?

L'assurance maladie prend en charge le « risque maladie », c'est-à-dire tous les soins effectués sur un patient par les prestataires de soins dès le début de la maladie, à des taux de remboursement variables. Les prestations versées par l'assurance maladie sont de deux sortes : les prestations en espèces (indemnités journalières couvrant partiellement la perte de salaire) et les prestations en nature couvrant les soins médicaux, chirurgicaux, paramédicaux, de pharmacie, d'analyse, d'appareillages, d'hospitalisation, de cure thermale. Le calcul de ces prestations repose sur une nomenclature d'actes ne décrivant qu'imparfaitement l'activité médicale, favorisant la prise en charge individuelle et les actes techniques au détriment des actes dits « intellectuels » et la prise en charge multidisciplinaire. Un exemple : les actes d'éducation qui sont si importants dans les problèmes de santé tels que le diabète, l'asthme, l'obésité ne sont pas reconnus... La conséquence est l'insuffisance des

prises en charge dans ce domaine faute de prestataires... Il faut donc définir les services de soins nécessaires, les valoriser et les rémunérer.

À un risque maladie, correspondent donc des prestations, une nomenclature d'activités permettant la rémunération des prestataires (médecine de ville, hôpital, médico-social...).

La gestion effectuée dans ce domaine par l'assurance maladie s'appelle la gestion du risque maladie.

Réseaux de soins ou réseaux de santé

Les deux termes réseaux de soins et réseaux de santé sont employés souvent indifféremment ; mais que recouvrent-ils exactement ? *A priori* un réseau de soins assure la prise en charge coordonnée du patient, à l'aide des prestations servies par l'assurance maladie et des assurances complémentaires. La prise en charge plus globale d'un patient, tenant compte de son environnement social, nécessitant au-delà du soin des interventions de prévention voire de réhabilitation, ne relève pas des seuls professionnels de la santé mais concerne l'État, les collectivités locales, les assurances complémentaires ou les mouvements associatifs. Elle entre alors dans le champ des réseaux de santé dont les réseaux de soins sont des sous-ensembles.

Pour assurer le fonctionnement de ces réseaux, il est nécessaire de définir les actions de santé qui seront effectuées en son sein ainsi que le champ des responsabilités de chacun de ses acteurs.

La gestion du risque

Dans un système assurantiel privé de type HMO, on offre à l'assuré l'accès à un réseau de soins en contrepartie d'une cotisation. Le problème posé est la définition des prestations et services de soins offerts. Jusqu'où va le champ des prestations couvertes par l'assureur ? Jusqu'à quel niveau de soins primaires ? Comment est pris en charge le risque collectif (vaccination, protection de l'enfance) ?

Par opposition au risque assurantiel, dans le système français, la gestion du risque santé relève de la solidarité, c'est donc l'État qui a la charge de

déterminer par voie réglementaire les actions de santé à prendre en charge et leurs financeurs et gestionnaires.

Cependant compte tenu d'une nomenclature de prise en charge peu précise, un certain nombre d'actions de santé n'a pas de financeurs très bien identifiés.

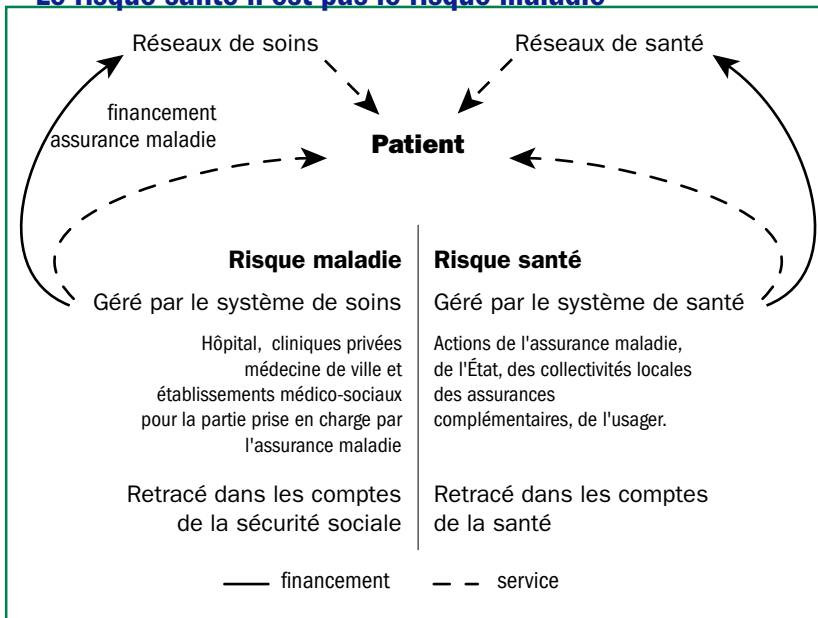
Par exemple, l'acte de dépistage a pour objet de diagnostiquer précocement la maladie, afin d'avoir les meilleures chances de guérison. Or on voit aujourd'hui toute la complexité de la prise en charge du dépistage avec des financements croisés du conseil général, de l'assurance maladie ou des assurances. L'activité d'éducation sanitaire a un statut plus complexe : à la fois acte thérapeutique, mal reconnu dans le système français car il s'agit d'un acte global pluridisciplinaire peu compatible avec l'exercice indi-

Ces deux modes de gestion du risque présentent des avantages et inconvénients :

- pour le système assurantiel privé (HMO), l'imprécision du champ couvert en matière de soins primaires (vaccination, prévention...) peut entraîner des risques collectifs importants, par contre on peut s'attendre à une meilleure efficacité des prestations offertes, il faut cependant éviter que les référentiels de pratique ne soient établis par les assureurs ;

- pour le système de gestion français, le risque collectif est mieux pris en compte, mais de façon trop imprécise et par des acteurs pas toujours appropriés. Ce qui entraîne une sous-optimisation du système.

Le risque santé n'est pas le risque maladie



viduel de la médecine, mais aussi acte de prévention puisqu'il a pour but d'éviter certaines complications ou apparition de maladies. Réglementairement ces deux actes ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie (la réalité est heureusement un peu différente). Il serait toutefois souhaitable de trancher et de définir si ces actes font partie ou non du champ de responsabilité de l'assurance maladie. Cette imprécision sur « qui prend en charge quoi » peut avoir de graves conséquences sur la santé des usagers, d'autant que les contraintes financières pèsent de plus en plus sur le système de soins. Ces actes sont pris en charge quasiment clandestinement et de façon non systématique.

Une gestion du risque institutionnelle

Jusqu'à présent aucune définition précise d'un panier des biens et services n'a été proposée, de peur d'apparaître comme voulant limiter les prises en charge (débat sur les gros risques et les petits risques). Les périmètres de prise en charge ont donc été réglés de façon institutionnelle.

L'assurance maladie finance les soins tandis que ce qui appartient au domaine de la santé publique relève de l'État et des collectivités locales (c'est-à-dire les soins primaires et les politiques ayant pour objet les déterminants de la santé : pollution, saturnisme, amiante, etc.). Une partie reste à la charge des assurances complémentaires et des assurés.

Ce dispositif institutionnel basé sur la solidarité est censé éviter les trous de prise en charge, c'est une approche qui repose sur une organisation de l'offre en réponse à des besoins sanitaires. L'hôpital public et le service hospitalier peuvent servir de filet de sécurité, par exemple pour l'accès aux soins des plus démunis, ou encore en matière de prévention, sur l'alcool, le sida, la maltraitance...).

Ce maillage institutionnel, basé sur la complémentarité des structures, a été mis à mal par l'évolution des techniques thérapeutiques notamment à l'hôpital. La diminution de la durée des séjours hospitaliers, le développement des consultations externes, de l'hospitalisation de jour, des alternatives à l'hospitalisation en général, du maintien à domicile des personnes âgées, font que l'hôpital n'est plus le centre du dispositif sanitaire français.

Dans de nombreux cas, le patient peut être soigné en ambulatoire, voire à domicile. On est passé d'une gestion centrée sur les structures à une gestion centrée sur les patients, d'où le développement récent des réseaux ville-hôpital (1991).

Un système basé sur les besoins et qui regarde peu ce qui est produit

La loi hospitalière de 1970 préconisait la prise en compte des besoins de la population pour détermi-

ner les moyens mis à sa disposition sur le territoire. Elle établit donc la carte sanitaire. En 1991, la nouvelle loi hospitalière met en place le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros). Celui-ci détermine en fonction des besoins de santé, les installations et activités hospitalières nécessaires à la prise en charge des patients.

Ces besoins ne sont définis que pour le secteur hospitalier, et les indicateurs de besoins sont encore très succincts, tenant compte essentiellement de l'âge et de la mortalité. Cette difficulté à définir les besoins a amené la création d'un certain nombre de structures dans le domaine de l'information, de la réflexion, de la priorisation des choix : création des observatoires régionaux de la santé, du HCSP, de la CNS.

On a pris conscience que pour définir avec plus de précision les besoins de santé, il était nécessaire de mieux connaître des indicateurs telles la mortalité prématurée ou encore la morbidité d'une population. Mais plus encore il ne suffit pas de définir des besoins *a priori* et d'avoir une politique de l'offre, il nous faut confronter ces besoins à la production réelle du système de soins.

On s'y était refusé jusqu'en 1989. Mais les impératifs financiers et la prise de conscience de la dangerosité d'un certain nombre de pratiques médicales (l'affaire du sang contaminé, l'hépatite C, l'importance des infections nosocomiales et des accidents iatrogéniques), tout comme les insuffisances de prise en charge du diabète, de l'hypertension artérielle, de certains dépistages, de la dépendance des personnes âgées... ont amené le développement d'indicateurs de productivité : programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) pour l'hôpital, codage des actes et des pathologies pour le secteur libéral avec les outils attenants : dossier médical, informatisation, développement de l'évaluation et des référentiels confiés à l'Anaes et la nécessité d'établir une nomenclature commune d'activité aux secteurs ambulatoire et hospitalier.

Après s'être assuré que ces besoins sont réellement pris en compte, il faut lever, s'il y a lieu, les obstacles en agissant sur l'organisation des soins par une approche réseau.

Pour résumer, on peut donc dire que la prise en charge d'un patient n'est pas la simple prise en compte de sa demande et de l'offre de prestataires, comme le proposent schématiquement des organisations de type HMO. Elle résulte d'une approche bidimensionnelle, d'une part populationnelle avec des choix collectifs et d'autre part centrée sur une production de soins, évaluée et soumise à un contrôle de qualité. L'État a pour tâche de déterminer les responsabilités financières. Le champ des prestations remboursées par l'assurance maladie doit être défini et ceci

de façon plus précise qu'il ne l'a été jusque-là. La convention d'objectifs et de gestion entre l'assurance maladie et l'État a prévu la mise en place d'une nomenclature unique entre la ville et l'hôpital. L'Anaes doit donner son avis sur les actes et les prestations soumis à remboursement, notamment en matière de service médical rendu tout comme le fait la Commission de transparence pour les médicaments.

L'État doit déterminer ce qui est à sa charge et à la charge de l'assurance maladie, des collectivités et ce qui relève des assurances complémentaires et de l'assuré.

Les réseaux : veut-on vraiment décloisonner ?

Les réseaux répondent à une logique de gestion transversale du système de soins et de santé centrée sur le patient, qui se heurte au renforcement actuel de la gestion par grand secteur. En effet, s'il existe un seul objectif d'évolution des dépenses d'assurance maladie, il y a plusieurs centaines d'enveloppes financières le plus souvent opposables annuellement, avec un découpage national entre les grands secteurs de soins auxquels se surajoute un découpage régional et conventionnel. Comment alors assurer un transfert d'activités propre à la gestion transversale en réseau lorsque c'est nécessaire, par exemple si l'on veut développer le maintien à domicile des patients ? Ce paradoxe entre gestion sectorielle et fonction transversale des réseaux se retrouve dans l'abondante production réglementaire les concernant : deux ordonnances, une convention médicale, deux décrets, dix circulaires, avec au moins quatre cahiers des charges ou conventions constitutives, deux agréments...

Un promoteur de réseau quel qu'il soit ne peut que constater l'absence de visibilité de la réglementation actuelle.

Car même s'il existe un corpus commun à tous ces textes, il s'agit bien :

- de mettre le malade au centre du dispositif ;
- d'améliorer la prise en charge globale du patient, tant dans le domaine de la prévention que des soins, de la réhabilitation et du médico-social ;
- d'assurer la graduation et la continuité des soins, une meilleure orientation des patients, de favoriser le maintien ou le retour à proximité, de développer la coordination et d'assurer la qualité des soins ;
- et notamment de prendre en charge, pour des populations particulières, des pathologies lourdes et chroniques, la dépendance ou la prévention.

Chaque grand secteur de gestion a d'abord cherché à renforcer sa logique de gestion antérieure en utilisant le terme réseau, sans en donner une véritable définition mais en lui octroyant des objectifs différents selon la logique principale du secteur concerné.

Quatre dispositifs, quatre logiques différentes

Le dispositif 1 est un dispositif limité, expérimental dont l'objectif principal est médico-économique : recherche d'une augmentation de l'efficacité médicale portant essentiellement sur le développement des filières, notamment par la mise en place de médecins référents et en utilisant des dérogations tarifaires. Le champ d'action est libéral et ambulatoire.

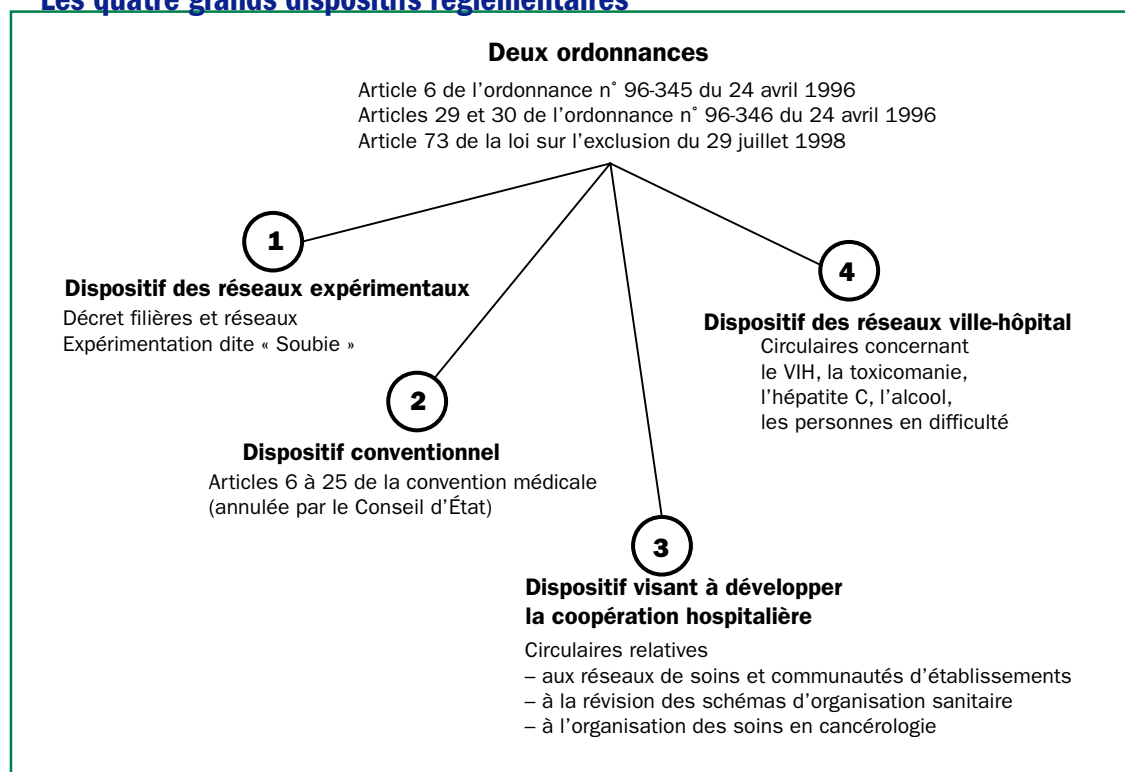
Le dispositif 2 est en fait en partie contradictoire avec le dispositif 1 puisque l'option conventionnelle développée entre les médecins généralistes et l'assurance maladie n'attend pas le résultat des expérimentations pour mettre en place un dispositif de médecin référent. Cette option vient d'être annulée pour cette raison par le conseil d'État, mais il est prévu de la réinstaurer par la loi.

débloqués pour les financer, 15 millions de francs environ, portent essentiellement sur la coordination. Mais ces réseaux se heurtent toujours à l'absence de définition du champ des responsabilités financières des uns et des autres.

Les réseaux informels qui se sont développés en dehors de ces dispositifs réglementaires sont peu concernés par ceux-ci et vont continuer à reposer généralement sur le bénévolat de leurs promoteurs. Ils représentent la majorité des réseaux existants.

Cet ensemble complexe mis en place montre clairement ses limites, car on comprend très vite que les objectifs développés par chaque secteur doivent être examinés en cohérence les uns avec les autres. Dans le dispositif actuel tout promoteur concerné par l'ensemble va difficilement d'accepter de remplir trois

Les quatre grands dispositifs réglementaires



Le dispositif 3 inscrit les réseaux dans un objectif de coopération obligatoire et de recomposition (la circulaire sur les réseaux de soins et les communautés d'établissements fait la distinction entre les réseaux à vocation générale et les réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L 712-3-2). Cet objectif est repris par la circulaire Sros, où le réseau doit servir à la restructuration dans une logique stricte de complémentarité.

Le dispositif 4 est la logique des réseaux ville-hôpital. Il a pour objectif de mobiliser les acteurs professionnels et institutionnels et les financements attenants sur des problèmes de santé publique touchant l'ensemble de la collectivité. Les crédits de l'État

cahiers des charges, une convention constitutive, attendre deux agréments, etc. Tout le monde est en train de le comprendre. La circulaire sur l'organisation des soins en cancérologie, qui est une circulaire d'objectifs, est exemplaire à ce sujet. Elle prévoit une organisation en réseau associant tous les secteurs de prise en charge. Les objectifs y sont mis en commun, et ils visent le décloisonnement non pas seulement des professionnels de santé et des établissements, mais aussi le décloisonnement institutionnel et administratif. ■