

Organisation des soins : les exemples étrangers

L'organisation des soins en réseau existe déjà dans d'autres pays. Créées selon des philosophies et dans des contextes différents, la présentation de ces expériences est riche d'enseignement à l'heure où le réseau est envisagé comme un mode d'organisation de droit commun du système sanitaire français.

Marc Duriez
Chargé de mission
Haut Comité de la
santé publique

Les dispositions contenues dans les ordonnances de 1996 concernant l'instauration de réseaux de soins dans le système de santé français s'insèrent dans les structures de soins et de financement déjà existantes. Conçus pour rationaliser les relations entre les malades et les différents prestataires de soins, les réseaux ont pour objectif de remédier à certains dysfonctionnements du système, tels que la séparation hôpital et médecine de ville et à améliorer l'approche du malade et son itinéraire thérapeutique. Les notions de réseaux ville-hôpital ou réseaux ciblés sur des pathologies répondent à ces préoccupations. Ils constituent en fait un instrument destiné à instaurer une rationalisation de la gestion des maladies susceptible de conduire à une meilleure gestion financière. Ils tentent de remédier à l'opacité des structures.

Une inspiration de certains modes d'organisation étrangers ? Peut-être dans le souhait de connaître ce que l'on propose comme service et de rationaliser la coordination des soins. Quant à concevoir une intégration des réseaux dans l'ensemble du système de santé on en est loin. Le « désir de réseau » évoqué dans la tribune [> p. 47](#) a une connotation qui sied mal à la mise en œuvre des mécanismes utilisés chez certains de nos voisins.

L'évocation des expériences étrangères ayant institué des systèmes en réseaux paraît lointaine. Il s'agit, pour les pays concernés, d'instruments impliqués dans une gestion systématisée des soins, le *managed care*. Les conceptions développées, la signification des réseaux par rapport au cadre général du système de santé, l'implication qu'ils représentent pour l'ensemble des acteurs, tendent à faire jouer à ces derniers un rôle actif fondamental dans la gestion générale. Financeurs, prestataires, s'insèrent dans l'ensemble des processus de production, de consommation, de financement des soins et des services de santé. En ce sens, ils sont appelés à participer pleinement, dans des rôles spécifiques, à la gestion globale du système. La fonction décisionnelle est ici le fait de l'un ou l'autre des acteurs impliqués, le financeur, le prestataire, voire des deux.

L'analyse de ces expériences peut être riche d'enseignement, du moins en ce qui concerne la méthode suivie : l'originalité de l'approche, l'esprit dans le-

quel elles sont menées, la situation et le rôle que les acteurs sont conduits à assumer, les instruments utilisés et enfin les dérives vers lesquelles la pratique peut s'orienter. Elle nous renseigne sur les implications que peuvent avoir les réseaux sur l'ensemble des structures d'un système de santé.

Une présentation rapide des différentes expériences de coordination des soins

Le *managed care* aux États-Unis correspond à un système qui intègre le financement et la délivrance des soins médicaux à travers des contrats passés avec des médecins et des hôpitaux. Ces derniers fournissent un ensemble de soins (*benefit package*) aux adhérents des réseaux ainsi constitués en contrepartie d'un forfait financier annuel. La moitié de la population des États-Unis est couverte actuellement par un organisme de *managed care*.

Les *health maintenance organizations* (HMO) en constituent la forme la plus ancienne. L'adhérent s'engage à ne consulter que les médecins de la HMO. Plusieurs modèles peuvent être distingués :

- le modèle « staff » où les médecins sont salariés et qui peut posséder des hôpitaux ;

- le modèle « group » où la HMO passe contrat avec des cabinets de groupes financés à la capitation ;

- le modèle « network » où les contrats passés par les cabinets de médecins ne sont pas exclusifs d'autres activités ;

- dans le modèle « independent practice associations » la HMO passe contrat avec des médecins indépendants.

Les *preferred practitioners organizations* sont des réseaux de médecins et d'hôpitaux qui acceptent une moindre rémunération en échange d'un volume plus important de patients garanti par l'organisation. Les patients disposent d'une liste de prestataires privilégiés qu'ils peuvent consulter moyennant une participation réduite.

Le *point of service* organise une coordination entre médecins *gate-keepers* (orienteurs) et les soins secondaires.

Parallèlement aux *managed care organizations* (MCO) se sont créés des *pharmacy benefit managers*, intermédiaires entre HMO et laboratoires pharmaceutiques. Elles établissent des référentiels, indications

Financeurs et prestataires participent, dans des rôles spécifiques, à la gestion globale du système

de prescriptions au prix minimum auxquels sont soumis les médecins travaillant dans les MCO.

La réforme britannique de 1991 a introduit la notion de « marché interne » exprimant des relations contractuelles destinées à organiser des services médicaux entre médecins généralistes et autorités régionales de santé d'une part et « offreurs de soins » secondaires d'autre part. « Marché interne » parce qu'il se situe dans le cadre maintenu d'une structure administrative verticale de financement fiscalisé.

Aux Pays-Bas, le projet Dekker organise deux mécanismes de financement. Il prévoit une fiscalisation des cotisations perçues sur les revenus pour financer l'assurance maladie obligatoire. Ces recettes affectées alimentent un Fonds national de péréquation qui les répartit entre les caisses d'assurance en fonction des critères liés à leurs clientèles (âge, sexe).

Par ailleurs, les assurés versent une prime directement à la caisse qu'ils ont choisie pour financer les prestations complémentaires au panier de soins définis par l'assurance obligatoire.

Chaque assureur offre à ses adhérents la possibilité d'accéder à un réseau de soins constitué sur la base de contrats passés avec les professionnels de santé.

L'assuré peut donc choisir librement son assureur en fonction de ses tarifs et de la qualité des prestations servies.

Les objectifs fondamentaux

L'objectif primordial est la recherche d'une rationalité des processus de production des soins et services de santé compte tenu de la demande et des ressources disponibles.

L'émergence de structures organisées provient des imperfections du mécanisme des prix ou de leur inopérabilité économique, en raison de coûts de transactions dus aux difficultés d'accès à l'information et à l'incertitude.

Il s'agit d'une « approche produit » : la focalisation sur le « produit » est centrale dans la conception du modèle. Elle se spécifie en fonction du type d'organisation adoptée, des relations entre les différents partenaires tant en ce qui concerne les services que le financement proposés.

La dimension structurelle doit découler de cette orientation, elle n'est pas un préalable. Dans chaque modèle les relations entre les différentes structures (hôpital, ville) sont transgressées par une appréhension du volume et de la qualité des services susceptibles d'être proposés. Les acteurs et leurs interrelations, qui constituent la dimension structurelle du modèle, se « positionnent » par rapport à la recherche de l'efficacité du processus de production.

La démarche est d'ordre micro-économique, elle se fonde sur la responsabilisation de chaque acteur et sur une certaine atomisation des processus de gestion.

L'« approche structure » n'intervient que sur la base de ces principes. Elle diffère fatalement selon les principes institutionnels de chaque pays, le degré d'interférence des instances de tutelle.

Les motifs

Les motifs d'instauration de mécanismes de *managed care* dans la conduite des systèmes concernés diffèrent sensiblement. Il s'agit :

– soit d'organiser le marché de l'assurance maladie privée dans un système où la gestion et le financement public ne se situent que dans une optique d'assistance. La production et la distribution des soins sont gérées selon un modèle entrepreneurial. C'est, schématiquement présenté, le modèle des États-Unis ;

– soit d'organiser des relations contractuelles de type marché entre prestataires de soins et de services de santé dans le cadre d'une administration centralisée des structures de soins. C'est le modèle britannique où l'approche micro-économique (approche produit) est associée à une approche structurelle ;

– soit, enfin, d'organiser des relations contractuelles sur la fourniture de soins entre assureurs et praticiens dans un cadre concurrentiel, la tutelle garantissant les impératifs de solidarité et de santé publique. Il s'agit du projet néerlandais.

Les instruments

Ces modèles s'appuient sur des instruments particuliers inspirés de l'économie de marché.

Ils revêtent une certaine spécificité selon les applications qui en sont effectuées dans chacun des systèmes.

Ils se situent en général dans un cadre global d'organisation des systèmes de santé. Certains ont été initiés à partir d'expérimentations ponctuelles mais se sont très rapidement intégrés dans un

cadre national (États-Unis). D'autres ont fondé les principes directeurs de réformes structurelles d'ensemble (Grande-Bretagne, Pays-Bas).

Par ailleurs, ces instruments de gestion impliquent une responsabilisation des différents acteurs, d'où l'insertion de ces derniers dans un processus de *managed competition* à l'intérieur d'un système. Ils se réfèrent à un choix de relations entre les divers agents. On peut citer :

– la contractualisation entre prestataires de soins (Grande-Bretagne) ou entre prestataires de soins et financeurs (Pays-Bas, États-Unis) ;

– la concurrence chargée de déterminer l'adéquation entre la demande et l'offre et de garantir l'efficacité des processus de production de soins : concurrence entre offreurs de soins secondaires en Grande-Bretagne sur la base de budgets attribués aux autorités locales et généralistes par le financeur institutionnel, concurrence entre assureurs et entre prestataires de soins aux Pays-Bas et aux États-Unis ;

– les systèmes d'informations constituent les piliers fondamentaux des dispositifs mis en place : référentiels déterminés en partenariat avec les assureurs et les praticiens ou par les *pharmacy benefit managers* aux États-Unis (58 % des HMO contractent avec les PBM), référentiels de prescriptions (*selected list schemes et prescribing analyses and costs*) édictés

Rationaliser l'offre de soins en tenant compte de la demande et des ressources disponibles

par les autorités de tutelle en Angleterre (des conseillers médicaux et pharmaceutiques sont chargés, au niveau local, d'inciter les médecins à prescrire sous forme de génériques et à élaborer des listes de leurs médicaments).

Jeux de pouvoirs et dérives

Le partenariat entre prestataires de soins et financeurs se transforme très souvent en rapports de pouvoirs au bénéfice de ces derniers. Les financeurs apparaissent en effet dans la plupart des cas comme les maîtres d'œuvre des réseaux, surtout lorsqu'ils en sont les initiateurs.

Aux États-Unis, c'est le cas dans certaines formes de *managed care*. Surtout dans les modèles où les praticiens sont salariés (modèle *staff* ou modèle *group*) mais même dans les modèles où ils sont plus « indépendants ». En effet, pour influencer sur les comportements des médecins les assureurs instituent un « intérêt » pour les médecins, en fonction de l'économicité de l'utilisation qu'ils font des tests diagnostics et des soins hospitaliers. Par ailleurs les règles cliniques se référant aux procédures d'assurance qualité, aux protocoles édictés par les *pharmacy benefit managers* à la demande des assureurs constituent une pression très forte sur les praticiens.

En Grande-Bretagne, le volume de services négociés, entre prestataires de premier recours et autorités régionales d'une part et offreurs de soins secondaires d'autre part, est limité par les objectifs financiers déterminés aux niveaux central et régional. Certes, la nature et la qualité des services demeurent l'affaire des prestataires de soins, contrairement à ce qui peut se passer dans certaines structures de *managed care* aux États-Unis. La contrainte financière n'en reste pas moins déterminante.

Aux Pays-Bas, l'instauration de microstructures d'organisation de soins sous l'égide des assureurs attribuée à ces derniers un rôle fondamental, les prestataires de soins se situant dans une dépendance très étroite. Il ne faut pas toujours sous-estimer le pouvoir de négociation des prestataires de soins, il n'en reste pas moins que les critères de négociation des assureurs peuvent s'éloigner des objectifs de qualité des soins et donc des prestataires. Les critères de gestion financière peuvent primer sur les critères de compétence (cf. Van de Wen, Rutten Université Erasmus Rotterdam).

Dans tous les cas, on observe, du fait des options gestionnaires retenues, une médiation de la demande. L'usager a un rôle de second plan sauf peut-être dans les cas où la demande solvable a été mal appréciée. Les mécanismes mis en œuvre peuvent aller à l'encontre des effets recherchés en terme d'efficience et d'équité (on peut imaginer une demande globale plus forte que prévue mais répartie inégalement).

Le statut des systèmes d'informations, les modalités de définition des référentiels, déterminent en fait la place et le pouvoir de chaque catégorie d'acteurs

dans le processus gestionnaire. Ils modèlent les relations entre les différents acteurs. Les rapports de pouvoirs se jouent en grande partie à ce niveau. Des phénomènes pervers ont pu apparaître avec l'émergence d'un acteur supplémentaire prenant une place prépondérante, comme par exemple aux États-Unis où certains laboratoires pharmaceutiques participent à l'élaboration de protocoles (les trois principaux PBM aux États-Unis sont la propriété de trois grands laboratoires (Lilly, Merck, Smithkline-Beecham)

Il faut remarquer par ailleurs que les modèles proposés doivent générer théoriquement, par les mécanismes de responsabilisation et d'incitation qu'ils impliquent, une organisation des soins répondant aux normes de qualité et d'efficacité des services. L'organisation proposée correspond à la constitution d'un *réseau de soins à géométrie variable, malléable selon les résultats obtenus et selon la variabilité de la demande et de l'offre*. Elle est directement dépendante du jeu de contractualisation et donc des rapports entre offre et demande qui se développent entre prestataires, financeurs et usagers.

Cette malléabilité est en fait induite par les instruments que les promoteurs des réformes ont voulu mettre en œuvre pour rendre le système, les sous-systèmes, plus efficaces : il s'agit, nous l'avons dit, de mécanismes de type marché, la concurrence, la contractualisation, comme base relationnelle entre acteurs, intégrant ceux-ci dans une problématique de managers. Le principe de la mise en œuvre de ces mécanismes est

de conduire à une confrontation des offreurs et des acheteurs, confrontation qui nécessite de ces derniers une adaptation de leurs comportements à tout changement dans l'expression des déterminants d'une situation.

Si la pratique des réseaux dans un schéma de relations micro-économiques telles que celles présentées ici implique un changement de rôle des différents acteurs, elle implique aussi un autre regard sur le produit des activités. Efficacité et concurrence obligent ! Jeux de pouvoirs équilibrés entre agents : la pratique de la concurrence, par exemple, se légitime fondamentalement par la recherche de la qualité du service fourni. Si l'équilibre concurrentiel est mis en cause, ce qui tend à se produire assez souvent tant cette situation est instable, la recherche de stratégie risque de l'emporter sur celle de la qualité du service. Les effets de monopole, d'oligopole, ou de monopsonie (dans le cas d'un seul acheteur institutionnel) risquent alors de se développer à l'encontre des objectifs déclarés de satisfaction des besoins.

La problématique des jeux de pouvoirs entre acteurs, générée par la mise en œuvre de structures organisées de soins, interfère sensiblement sur la rationalité recherchée en terme d'adéquation entre offre et demande. Il semble en effet que les différents acteurs sont conduits à opérer *une certaine distanciation par rapport au produit* recherché et à

Un partenariat qui se transforme en rapport de pouvoirs au bénéfice des financeurs

développer les instruments utilisés en fonction d'intérêts catégoriels. La démarche à laquelle ils sont conduits risque de se réduire à une recherche de l'approche produite la plus susceptible de leur faire acquérir une rente de situation.

Institutions et produit de santé

Le modèle américain de coordination des soins correspond à une logique de microgestion directement générée par l'idéologie libérale. Les États-Unis ont favorisé ce que Lawrence Brown et Victor Rodwynn ont appelé « la réglementation du comportement » caractérisée par « un examen détaillé, au cas par cas, de ce que les prestataires de services font cliniquement ». La formule n'est pas neutre. Elle évoque « un examen détaillé » ; par qui ? Essentiellement par les assureurs initiateurs, maîtres d'œuvre et gestionnaires de structures sanitaires. Que veut-on gérer ? Ce que les prestataires de services font cliniquement. On gère avec le plus d'efficacité possible des produits en fonction des moyens disponibles et donc de ce que les usagers sont prêts à engager. « Ce qui est bon pour le *managed care* est bon pour les patients ».

En Grande-Bretagne les mécanismes du marché interne s'insèrent dans le cadre d'une gestion budgétaire de type macro-économique assumée par les pouvoirs publics. L'impact institutionnel est fort. Mais les processus de contractualisation développés entre prestataires de premiers recours (acheteurs) et prestataires de soins secondaires (offreurs) ont une incidence, à terme, sur les structures de soins par apparition de fusions et de concentrations (cf. Diane Dawson, Cambridge). Le système se gère sur la base des interrelations entre microgestion et macrogestion.

Les Pays-Bas adoptent une démarche différente dans la mesure où le financement est assuré par les caisses d'assurance maladie, publiques et privées.

Les caisses sont les acteurs centraux. Elles deviennent gestionnaires de réseaux. Elles assument une situation de concurrence en tant qu'acheteurs de services aux prestataires de soins. De ce fait, la présence du marché, son incidence sur les structures, sont plus fortes qu'en Grande-Bretagne. L'option est plus libérale. Mais à l'inverse de ce qui se passe aux États-Unis les pouvoirs publics sont présents sur l'ensemble du système. Ils jouent un rôle de « garde-fous » afin de préserver l'équité de la distribution des soins.

Les comparaisons internationales nous apprennent une chose, fondamentale : il n'y a pas un concept « produit de santé » qui transgresse les différences de systèmes. Le produit santé revêt, selon les pays, une acception étroitement dépendante des modèles de gestion, des relations entre acteurs, de la conception du rôle de l'État.

Dans les pays que nous avons présentés il existe un dénominateur commun : la gestion par les financeurs et les prestataires du volume et de la qualité des soins proposés. Cependant deux éléments, au

moins, interviennent pour différencier chacun des systèmes. L'existence d'un financeur « spécifique », assurance privée ou caisse d'assurance maladie, le rôle des pouvoirs publics dans l'organisation et la gestion de la santé.

Dans un système caractérisé par le « libéralisme des groupes d'intérêt » les assureurs s'associent les services de prestataires pour définir le *benefit package* dont peuvent bénéficier les assurés et le négociant avec les prestataires, les pouvoirs publics assument une politique de *welfare* en faveur de certaines populations.

Dans un service national de santé, il n'existe pas d'assureur et la « réglementation budgétaire » influe sur le volume et la nature des services gérés sous forme contractuelle entre prestataires. Le libéralisme est instauré dans la gestion de soins mais sur la base d'une contrainte institutionnelle.

Dans le système néerlandais, structuré autour de caisses d'assurance maladie, la coordination des soins instaurée sur des fondements concurrentiels, détermine, de façon multiple, le volume et la qualité des soins à partir d'un panier minimum obligatoire défini par la puissance publique celle-ci n'assume que sa mission régaliennne de garantie de l'ordre public.

L'approche française des réseaux n'a pas la logique économique des réseaux de type *managed-care*

Le jardin à la française

Les expérimentations de réseaux de soins présentées en France se fixent comme objectifs, la coordination des soins, le suivi thérapeutique du malade, la prise

en charge globale.

Les origines sont multiples (cf. article de Juan Manuel Viñas). On peut dire que les initiatives prises dans les années quatre-vingt, l'institutionnalisation d'expériences intervenues récemment, ont été générées par l'observation d'une trop grande segmentation, du manque d'informations et de leur coordination. L'orientation de la gestion du système vers une plus grande attention portée aux problèmes sanitaires ressentis a tendu à accélérer la mise en œuvre de réseaux.

L'approche — les thèmes autour desquels se créent plusieurs réseaux sont d'ailleurs éloquentes — serait une « approche demande ». Du moins dans les intentions. Il reste à resituer cependant les réseaux dans le contexte institutionnel français.

L'approche est également ici de type micro mais elle n'a pas la dimension économique que l'on a pu observer dans les pays présentés ci-dessus, au sens d'une gestion systématisée intégrant les acteurs dans les processus de production et de financement.

Il n'en reste pas moins que les réseaux devront s'insérer dans une réglementation budgétaire qui s'accommode mal d'une transversalité de la gestion des structures sanitaires.

Ce n'est que lorsque l'on aura réussi cette insertion dans l'institutionnel du système de santé que l'on pourra apprécier la nature du « produit » générée par cette « approche demande ». ■