

L'approche "Managed Care" Quels enseignements pour la Suisse ?

TABLE DES MATIERES	1
INTRODUCTION	2
I. LE "MANAGED CARE" OU LA GESTION DES SOINS	3
1.1 Les transformations du paysage sanitaire helvétique	3
1.2 L'approche "managed care"	5
1.3 L'évolution du "managed care" aux Etats-Unis	7
1.4 La définition et origine des HMO	8
1.5 Le "managed care" en Suisse	11
1.6 Les acteurs du marché de la santé en Suisse	11
II. LES ORGANISATIONS DE MAINTIEN DE LA SANTE EN SUISSE	13
2.1 Le modèle des ODMS helvétique	13
2.2 L'histoire des ODMS	14
2.3 L'évaluation des ODMS	15
2.4 Les médecins et la <i>gestion des soins</i>	16
2.5 Les Freins aux ODMS	17
2.6 Les principales critiques des ODMS	18
III. LES REFORMES DES SYSTEMES DE SANTE	20
3.1 Les expériences internationales	20
3.2 Les leçons des modèles internationaux	21
3.3 Les "systèmes de soins intégrés"	22
3.4 Quelques expériences de "système de soins intégrés"	23
3.5 L'importance du "pivot"	25
IV. LE "MANAGED CARE" EN SUISSE : ENJEUX ET POTENTIEL	26
4.1 Les entraves structurelles	26
4.2 L'impossible <i>statu quo</i>	27
4.3 Les facteurs clés incontournables	27
4.4 Le "managed care" et la transformation des pratiques	28
4.5 Les changements nécessaires pour une meilleure <i>gestion des soins</i>	29
CONCLUSIONS	31

L'approche "managed care"

Quels enseignements pour la Suisse?

Document rédigé par
Philippe Schaller
décembre 1999

"Mon ami toute théorie est grise et seul est vert l'arbre de la vie" Goethe

INTRODUCTION

Comme celui de l'ensemble des pays développés, le système de santé helvétique se trouve confronté à des forces d'expansion majeure si l'on songe aux développements technologiques et biogéniques, à l'évolution de la morbidité, à l'évolution démographique vers le vieillissement des populations, aux modifications des modes de vie et des problèmes sociaux. Chacun espère bénéficier des meilleures techniques disponibles afin de vivre le plus longtemps possible sans invalidité et de conserver, ainsi, une "santé parfaite".¹

Ces dynamiques représentent des défis considérables pour l'organisation, la régulation et le financement du système de santé. Le statu quo est impossible. Mais, "ce n'est pas parce que l'on sait que le statu quo ne mène nulle part que l'on prend les mesures nécessaires pour changer la situation. Ce n'est pas non plus parce que l'on sait ce qu'il faudrait faire qu'on le fait".²

La nouvelle loi fédérale sur l'assurance maladie se proposait, notamment, d'introduire la concurrence sur le marché de la santé et des prestations³ afin de maîtriser les coûts voir de réduire le montant des primes, trois ans après son entrée en vigueur, les espérances du législateur ne se sont réalisées que partiellement, l'augmentation des primes des assurances maladie continuent leur ascension et les dépenses de santé augmentent proportionnellement plus vite que le produit intérieur brut (PIB). La Suisse s'écarte chaque année un peu plus de la moyenne des dépenses de santé des pays de l'OCDE. L'assurance maladie est à nouveau au cœur des débats politiques.

Les causes de cette spirale inflationniste sont, en grande partie, structurelles et pour atteindre des objectifs d'amélioration de l'utilisation des ressources, il est indispensable de gérer les soins et d'améliorer leur coordination et leur continuité entre les divers acteurs du système sanitaire et des services sociaux. Il s'agit de transformer les pratiques autonomes et indépendantes des professionnels et des organisations vers un système de services intégrés.

Un système de services intégrés, selon Shortell et al., est : "un ensemble d'organisations qui, de façon coordonnée, produisent un continuum de services de santé et sociaux pour une population donnée de laquelle elles sont imputables cliniquement et financièrement".⁴

La fragmentation du financement et des responsabilités ainsi que le fédéralisme freinent cette intégration. L'approche "managed care" ou de gestion des soins comporte des éléments susceptibles d'améliorer la coordination et la continuité des services, tout en maîtrisant les coûts de santé.

¹ Gillian Pierre, "Information et évaluation : Conditions d'un système efficace de santé", Médecine sociale et préventive, 26, 12-20, 1981

² Stetz Lucien, "La santé parfaite, critique d'une nouvelle utopie", Seuil 1995.

³ Contandriopoulos André-Pierre, "Transformer le système de santé", Rupture, vol 3, 1996.

⁴ "La LAMal permet, pour la première fois, une réelle concurrence entre les assureurs maladie et entre les fournisseurs de prestations. Cette concurrence freine efficacement l'augmentation des coûts puisque l'autonomie conventionnelle des causes-maladie est améliorée, ce qui les incitera à conclure des conventions tarifaires avantageuses", Meier René, "La nouvelle loi sur l'assurance maladie à l'approche de son entrée en vigueur", Sécurité sociale, 1995, p. 236-239.

⁵ Shortell, S.M. et al., "Creating Organized Delivery Systems : The Barriers and Facilitators. Hospital & Health", Services Administration, 38, 447-466, 1993.

Ce chapitre se propose de rappeler l'historique et les fondements du "managed care" afin d'en comprendre les potentiels et les enjeux dans l'exercice de la LAMal. Il s'agit, aussi, d'évaluer le développement de la concurrence et des organismes de maintien de la santé (ODMS), version helvétique des HMO, et de souligner leurs intérêts dans la gestion intégrée des soins.

Au regard d'expériences internationales, des avenues possibles pourront être tracées pour développer un esprit de coopération et non de compétition entre les producteurs de services⁵.

Ce sera aussi l'occasion de rappeler que si le terme de "managed care" ou *gestion des soins* est souvent associé aux évolutions récentes du système de santé aux Etats-Unis, il doit être, aujourd'hui, compris comme un mode de pensée qui intègre les coûts, la mesure de la performance et de la qualité des soins prodigués. Le but de la *gestion des soins*, *in fine*, est de s'assurer que chaque patient reçoive les meilleurs soins possible dans un système qui soit le moins onéreux possible.

I. LE "MANAGED CARE" OU LA GESTION DES SOINS

1.1 LES TRANSFORMATIONS DU PAYSAGE SANITAIRE HELVETIQUE

L'introduction de la nouvelle LAMal⁶ en 1996 ainsi que la pression financière, sur les budgets publics et privés, transforment en profondeur les structures et bouleversent les habitudes des acteurs du système de santé. Par ailleurs, le concept de globalisation et de mondialisation de l'économie constitue pour le politique un argument irréfutable en faveur du contrôle des dépenses⁷.

La décartellisation et la libéralisation de l'assurance-maladie obligent ces dernières à être concurrentielles et à développer de nouvelles stratégies de contrôle des coûts (analyse des informations, contrôle du profil de coûts et de la consommation médicale).

Les nombreuses fusions et les rapprochements entre les assurances maladie attestent de la concurrence qu'elles se font et permettent aux assureurs de renforcer leur position économique⁸. Elles espèrent ainsi créer des incitations à démanteler les surcapacités, à canaliser la demande et à faire valoir leur puissance en terme d'acheteurs en gros en négociant avec les fournisseurs de prestations⁹.

Le comportement des assurés a également changé avec la généralisation des franchises¹¹ et l'apparition des réseaux de santé¹². Il est devenu plus actif et n'hésite pas à changer de caisse

⁶ Greenspan, B., "Mount Sinai : A special Hospital for a Special Community", Henry Ford Hospital Medical Journal 40, 71-76, 1992

⁷ La nouvelle LAMal a introduit un certain nombre d'éléments concurrentiels devant permettre la maîtrise des coûts.

⁸ Saltman, R.B., "La mondialisation de l'économie et l'avenir de l'hôpital", Rupture, vol 4, n° 2, p. 186-190, 1997.

⁹ Une demi-douzaine de grands groupes assure les trois quarts de la population suisse. Les assurances doivent offrir les primes les plus basses possibles pour l'assurance de base et doivent ainsi identifier les fournisseurs les plus efficaces.

¹⁰ André Helg, président de la direction de Swisscare, précisait lors d'une interview en février 1995 : "Le mot d'ordre qui guidera notre action future se résume sous le terme "managed care", qui signifie un comportement axé sur les forces du marché. Cela demande des prestataires de services un changement radical de démarche et de comportement sur le marché".

¹¹ Le nombre d'assurés ayant choisi une franchise annuelle élevée pour bénéficier de réduction de primes a véritablement explosé en 1996 - 2,3 millions alors qu'il n'était que de 700 000 en 1995, "Effets de la LAMal dans le financement de la santé", Sécurité sociale, 2/1998

maladie en choisissant la caisse la moins chère¹³. La loi lui garantissant une couverture de services identiques pour l'assurance de base, et ce sans réserves.

Les fournisseurs de soins commencent à être mis en concurrence sous la pression des organisations de maintien de la santé (ODMS) et de l'introduction du principe du "médecin de famille" ou "gatekeeper". Une tarification des actes médicaux (TarMed) et leurs codifications simplifiées pour la Suisse permettront de comparer les modes de pratiques.

Les hôpitaux publics, qui représentent, environ, 50% des dépenses de santé, n'échappent pas aux restructurations, aux nécessités de coopération voire aux fermetures (Zurich). Les établissements hospitaliers, pris en tenailles entre les caisses-maladie et les pouvoirs publics, ont une marge de manoeuvre moins grande. Toutefois, on assiste à la mise en place de programmes de réduction des coûts¹⁴. Ils doivent de plus en plus justifier leurs coûts de production selon une tarification liée aux prestations (AP-DRG). Certains n'hésitent pas à se séparer d'activités peu rentables, à sous-traiter par mandats de prestations ou encore à externaliser (outsourcing) un certain nombre d'activités. Les coopérations s'intensifient avec les tiers-payants ainsi qu'avec des réseaux de médecins ou de cabinets de groupe. Les hôpitaux deviennent d'importantes organisations de "managed care". Mais ils ne disposent pas toujours d'une latitude décisionnelle complète sur le choix des services qu'ils veulent offrir, ils doivent se soumettre à l'autorité politique ainsi qu'aux décisions émanant de la planification hospitalière.

Les cliniques privées, les pharmacies ou encore les laboratoires n'échappent pas aux transformations profondes que connaît le secteur de la santé. Plusieurs cliniques privées connaissent des difficultés de financement, d'autres sont reprises par de grands groupes du business médical (groupe Hirslanden, Columbia, Qualité et santé, Bure). Le marché est intéressant pour ceux dont la taille permet des économies d'échelle et surtout d'avoir la capacité de lever des fonds à intérêts minimes¹⁵. Mieux organisé et offrant une palette de services diversifiées, ils peuvent négocier des tarifs préférentiels. En compétition avec les hôpitaux publics, ils auraient un avantage concurrentiel dans la fourniture des soins stationnaires.

Les firmes pharmaceutiques modifient leurs stratégies de ventes. Elles doivent réagir au développement de la gestion des services pharmaceutiques expérimentée par certaines caisses-maladie qui vise l'utilisation appropriée des médicaments et la réduction des coûts.

Les grands principes de l'économie sont entrés en force dans notre système de santé, le "managed care" est partout présent. Tout traitement médical délivré inclut une notion de coût et si possible d'efficacité économique et tout les soins sont gérés, y compris ceux qui sont financés par les systèmes d'assurances traditionnelles.

¹³ Environ 450'000 assurés sont, au 1^{er} janvier 1999, inscrits dans des modèles alternatifs d'assurances.

¹⁴ Le changement d'assureur a permis une augmentation de revenu disponible pour la population suisse de Fr. 898'309, selon une étude confiée à l'Institut IHA à Hergiswil. Cité par Ogier Willy ; Concurrence entre assureurs et l'assurance de base par opposition à la caisse maladie unique. CAMS, 1999

¹⁵ Girardin O., "Réussir une réduction des coûts dans le monde hospitalier", Bulletin ATAG Ernst & Young, 1997. "Notre clinique lausannoise pourrait financer l'achat d'un nouveau scanner, par exemple, en puisant un million de francs dans le surplus de trésorerie de notre filiale bernoise. Ce procédé présente un double avantage, l'emprunteur paie pas d'intérêt ; et le créancier ne verse pas d'impôts. Tout le monde y gagne." Interview du journal bilan de janvier 1999 de Robert Bider, fondateur et président du groupe Hirslanden, chaîne de cliniques privées en Suisse.

Mais, force est de constater qu'il n'existe aucune gestion globale de la branche santé sur le plan macro-économique. Il n'existe pas de gouverne. Personne ne décide des revenus totaux et du nombre de producteurs, seul les soins déterminent le niveau et le volume de services produits, de surcroît les producteurs sont rémunérés à l'acte. Les informations restent partielles, aucun acteur n'a une vision globale. La logique de besoins est remplacée par une logique de production et la gestion unique des coûts a remplacé celles des autres dimensions de la performance (continuité des soins, efficacité, qualité...).

Ainsi, il existe des logiques conflictuelles (organismes payeurs, professionnelles, Etat, population) en l'absence d'un cadre intégrateur. Il y a crise de la régulation ce qui rend hasardeux une évolution du système de santé helvétique dans une perspective de la seule logique économique si un arbitrage démocratique n'est pas mis en place.

Les transformations du paysage sanitaire helvétique semblent se faire en l'absence d'un véritable débat démocratique sur le rôle de l'Etat, la portion des dépenses qu'il finance et le champ dans lequel les caisses d'assurances-maladie peuvent faire "jouer" l'économie de marché, au sens de "managed competition" c'est à dire, précisément "dans les limites de conditions cadres étatiques définies de manière précise"¹⁶.

1.2 L'approche "managed care"

Si le "managed healthcare" ou la gestion des soins a surtout, dans sa conception première, été utilisé dans l'environnement de la gestion hospitalière, notamment aux Etats-Unis, aujourd'hui, il a un sens bien plus large, et désigne, en les incluant, des activités aussi diverses que :

- * analyser les processus et les résultats des traitements médicaux ;
- * développer et diffuser les guides de bonnes pratiques ;
- * mettre en place des réseaux de fournisseurs de soins en vue d'augmenter le rapport coût/efficacité dans la fourniture des soins ;
- * rechercher une amélioration continue de la qualité ;
- * développer des systèmes d'information permettant aux patients et à leur famille de trouver les soins les plus appropriés ;
- * améliorer l'accessibilité à des services de préventions et aux traitements ;
- * développer la coordination et la communication entre les différents acteurs et ainsi améliorer la continuité des soins.

Tout au long de cet article, le terme de *gestion des soins*, comprendra l'intégration de ces diverses activités et ne se limitera pas, *stricto sensu*, à la notion de coût et de performance économique.

L'approche "managed care" repose sur trois caractéristiques qui semblent incontournables pour atteindre les objectifs d'efficacité et d'incitation à la performance :

¹⁶ Sommer H. J., "Evaluation de nouvelles formes d'assurance maladie: conclusions et recommandations concernant la politique de la santé", Université de Bâle, octobre 1997.

gements pour la Suisse?

ment" (PBM) ou *gestion des services pharmaceutiques* vise à réduire les coûts. Les compagnies de PBM ont adopté des stratégies pour réduire les coûts de ces services: revues de prix, création de réseaux de pharmacies participantes qui offrent des services de pharmacie à domicile, la mise en place de profils de prescriptions des médecins et des pharmacies.

de santé recouvre plusieurs conceptions dans le langage courant. En regard de l'évolution du système de soins des Etats-Unis, on peut distinguer deux origines du "managed care" et des HMO dans ce domaine.

D CARE" AUX ETATS UNIS

des dépenses de santé, notamment dès 1966 avec l'adoption des "CAID", le gouvernement fédéral et les états mirent en place des contrôles d'utilisation dans les hôpitaux. Dans les années 80, on a cherché à garantir aux hôpitaux le statut d'utilité publique, la mise en place par la réglementation déployée dans les années 70 et est devenue une préoccupation majeure des professionnels de la santé. Les experts économiques ne l'avaient ni prévu, ni anticipé. Ils étaient présents:

maîtrise de l'augmentation des dépenses médicales ;
économie (1981) en raison de la concurrence internationale;
limité à la fois pour les hôpitaux et les médecins ;
Les fédérations des professionnels de la santé ne pouvaient pas participer à des plans de soins médicaux de type HMO ;

directives du gouvernement fédéral (dérégulation, lois anti-économiques) une série de programmes en vue de réduire les coûts du système de soins. Des substituts moins coûteux par rapport aux fournisseurs de soins que les HMO et les cliniques chirurgicales en consultation externe.

gouvernement fédéral et les Etats pour financer les soins médicaux pour les personnes âgées.
Le financement des services médicaux pour les personnes âgées.

Tableau 2.

Variantes de Health maintenance organizations existant actuellement aux Etats-Unis.

Type d'organisation	Description
Prepaid group practice (PGP)	Cabinet de groupe offrant des soins à un collectif de personnes contre prépaiement.
Independent practice organization (IPA)	Réseau de cabinets indépendants sous contrat pour fournir des soins prépayés.
Health maintenance organization (HMO)	Au sens strict, organisation de type PGP ou IPA définie dans le HMO Act de 1973.
HMO ouverte (open HMO, point-of-service plan)	Au sens large, toute organisation de soins gérés.
Preferred provider organization (PPO)	HMO qui ne rembourse que partiellement les soins fournis hors de son réseau.
Managed care organization (MCO), alternative delivery system (ADS)	Réseau de cabinets indépendants offrant des soins à tarif préférentiel au collectif d'un assureur. Lorsque les soins hors-réseau ne sont pas remboursés du tout, il s'agit d'une " exclusive provider organization" (EPO).
	Toutes les organisations ci-dessus, ainsi que les assureurs traditionnels qui interviennent dans la pratique des soins

Source: Pernegger T.V., Etter J.-F., Gaspoz J.-M., Raetz M.-A., Schaller P.: Nouveaux modèles d'assurance-maladie et gestion des soins, op. cité

ainsi, les variantes d'assurances-maladie sont nombreuses sur le marché de la santé aux Etats-Unis. Ces variantes vont du réseau de praticiens qui offre des tarifs préférentiels au collectif d'un assureur, à des formes où la fragmentation des responsabilités pour les prestations de soins ainsi qu'un étalement du risque financier peuvent être très différents. Ces entités établissent entre elles des contrats indépendants².

Ces formes d'organisation connaissent un développement spectaculaire aux Etats-Unis, et rencontrent, également, davantage de succès que les HMO dans notre pays. Elles sont, certes, plus complexes mais sont plus proches de l'assurance classique, offrant une marge de liberté plus grande aux assurés comme aux prescripteurs.

Comme le mentionnait Pernegger et al. plutôt que de recenser les distinctions entre les variantes assurance-maladie, il peut s'avérer plus intéressant et instructif de discuter de leurs outils de gestion de soins (Tableau 4).

Hillman AL, Welch WP, Pauly MV, "Contractual arrangements between HMOs and primary care physicians. Fee-tied HMOs and risk pools", Med Care 1992 ; 30 :136-148, cité par Pernegger et al., op Cit.

L'impact des HMO

Dès lors, la concurrence a modifié, fortement, le comportement des acteurs du système de soins et progressivement, il est apparu que la façon de pratiquer était très différente en HMO¹⁸. Les études montrent que ces dernières ont avantagé à privilégier les soins les moins coûteux et à proposer des innovations afin d'améliorer l'efficacité (gatekeeper, gestion intégrée, chirurgie ambulatoire, pratique de groupe, revue de pratique, etc.).

La Rand Experiment Study a montré, au début des années 1980, que la formule pouvait être nettement plus économique (25%) que celle s'appuyant sur une rémunération ou un paiement par service. Ce gain de productivité ne s'expliquant ni par un biais de sélection, ni par une sous-dispensation des soins¹⁹.

Il existe une abondante littérature sur l'impact du "managed care" sur le système de santé américain, Miller et Luft²⁰ ont fait une excellente synthèse des études portant sur la performance de ces organisations depuis 1980. L'approche "managed care" améliore, certainement, la coordination et la continuité des soins, tout en maintenant la qualité technique. Mais nous manquons encore de recul pour mesurer de manière fiable l'impact global sur la qualité des soins, sur la consommation des services et sur les coûts de santé d'autant plus que la gamme des organisations de type HMO est fort variée.

1.4 LES HEALTH MAINTENANCE ORGANISATION (HMO)

Les HMO sont devenues l'emblème d'un système de santé basé sur la concurrence de marché. Cette entité fournit, offre ou encore organise une gamme de services de santé pour un ensemble d'assurés dont les cotisations sont prépayées. Une HMO:

- * s'engage contractuellement à fournir ou à assurer un éventail déterminé de services;
- * couvre un groupe déterminé d'adhérents volontaires;
- * exige le versement d'une cotisation fixe, indépendante de la consommation de services;
- * assume, en partie du moins, les risques financiers découlant des prestations.

Différents modèles sont décrits dans la littérature qui peuvent être classés en plusieurs types selon leur mode d'organisation et le type de contrat les liant avec les médecins (Tableau 2)²¹.

¹⁸ Brunelle Y., Ouellet D., "Enseignement à retenir des HMO américaines", Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1988.

¹⁹ Brook R.H., et al. "The effect of coinsurance on the Health of adults, results from the Rand Health Insurance Experiment", Evaluation Studies, Review annual, 1985, 10 : 91-117.

²⁰ Miller R.H., Luft H.S., "Managed Care Plan Performance Since 1980", JAMA, May 18, vol.271, n°19, p. 1512-1519.

²¹ Luft H.S., "La santé : qualité et choix ; Les réseaux de soins coordonnés", in OCDE, Paris 1994, p 51-69

Tableau 4.

utils de gestion des soins et leurs utilisations dans divers types d'assurance-maladie:

très importante, + importante, (+) occasionnelle, - rare ou inexistant

ATM: assurance-maladie traditionnelle; ATM & G: assurance-maladie avec gestion des soins; PGP: prepaid group practice; IPA: independent practice association; PPO: preferred provider organization

	Type d'assurance-maladie *				
	AMT	AMT & G	PGP	IPA	PPO
Réduction de la demande du patient					
Participation aux frais	+	+	(+)	(+)	+
Franchise	+	+	-	-	+
Prestations limitées	+	+	(+)	+	+
Accès limité aux médecins	-	-	++	+	(+)
Rétribution du soignant					
Convention tarifaire	+	+	+	+	++
Paiement à l'acte	+	+	-	(+)	+
Paiement à l'acte avec retenue	-	-	(+)	++	-
Salaire	(+)	(+)	++	(+)	-
Capitation	-	-	++	+	-
Paiement par cas	-	-	(+)	(+)	-
Contrôle administratif du soignant					
Formation continue	+	+	+	+	+
Sélection des médecins	-	-	++	+	(+)
Contrat exclusif	-	-	+	-	-
* "Gatekeeper"	-	-	+	+	-

Source: Permegeter T.V., Eiter J.F., Gaspoz J.-M., Raetz M.-A., Schaller P.: Nouveaux modèles d'assurance-maladie et gestion des soins, op. cité

si, poursuivent ces auteurs, en simplifiant, on peut regrouper ces outils selon leur mécanisme de sélection : limitation de la demande de soins par le patient (participation de l'assuré aux frais médicaux), ou limitation de l'utilisation de services par le médecin, soit en jouant sur le mécanisme de rétribution du médecin (salaire, paiement à l'acte avec retenue, capitation), soit appliquant des mesures administratives.

La cotisation par tête en échange de la fourniture de soins médicaux n'est pas une invention américaine récente. Comme le mentionne Thomas V. Permegeter et coll.²³ des organisations appliquant les principes de base des HMO (prépaiement des soins, choix limité du médecin, obligation de soigner les membres sous contrat) ont existé depuis longtemps, d'abord en Europe, puis aux Etats-Unis. Ce type d'assurance est plus ancien que l'assurance maladie traditionnelle, dont les principes de fonctionnement sont fort différents (remboursement des soins, choix illimité du médecin, pas d'obligation de soigner).

Permegeter T.V. et coll. .op. Cit.

1.5 LE "MANAGED CARE" EN SUISSE

Le législateur a introduit un certain nombre de mécanismes concurrentiels dans la LAMal, devant permettre²⁴ aux partenaires du marché de la santé de rechercher des solutions optimales pour garantir des soins de qualité à des coûts supportables.

Qu'elles sont ces mécanismes ?

- * le transfert des anciennes subventions forfaitaires, versées précédemment aux assurances maladie, aux assurés modestes par l'octroi de subventions directes;
- * le maintien d'une prime d'assurance à la charge directe des assurés qui renforce la sensibilité à l'augmentation des dépenses de santé ainsi qu'à la recherche des primes les moins élevées sur le marché de l'assurance. Les assurés cherchent de plus en plus à abaisser le montant de leur prime en optant, plus ou moins volontairement, pour des formes alternatives d'assurances²⁵ (franchises plus élevées, systèmes avec bonus/malus, modèle HMO ou modèles du type "médecin de famille");
- * la possibilité offerte à l'assureur de réduire ses primes des assurances offrant un choix limité de fournisseurs de prestations que l'assureur sélectionne en raison d'un meilleur rapport coût/efficacité²⁶. La rémunération des fournisseurs de prestations peut s'établir sur la base de forfait par patient ou par groupe d'assurés de manière prospective en s'appuyant sur des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif) ;
- * l'interdiction pour les fournisseurs de soins de conclure des accords cartellaires. Ils peuvent par contre conclure leurs propres conventions avec les assureurs²⁷.

La même recette appliquée dans un marché libre (Etats-Unis) a permis de réduire la croissance des primes d'assurance. C'est surtout dans le domaine des hospitalisations et de l'utilisation des nouvelles technologies que les changements ont permis de freiner les dépenses²⁸. Il est important de relever que ces chiffres ne prennent pas en compte les éventuelles différences de qualité et d'accessibilité au sein des programmes de "managed care".

1.6 LES ACTEURS DU MARCHÉ DE LA SANTÉ EN SUISSE

Le rôle des acteurs change: l'importance du politique s'estompe, la logique économique sert de plus en plus de référence absolue. Mais le processus de ce changement reste difficile à saisir.

Les assurances-maladie qui doivent se concurrencer sur les primes sont devenues, par la force des choses, des acheteurs potentiels de soins médicaux, l'une de leurs missions est de prendre en

²⁴ Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991, p 31 ss.

²⁵ Art. 62 al. 3 et 105 LAMal, art 99 - 101 OAMal

²⁶ Art. 41 al. 4, 62 al. 1 LAMal

²⁷ Art. 46 al. 3 LAMal

²⁸ Scheffler R, "Risk sharing and Health System Reforms in the United States", University of California, avril 1998,

2. Réf. citée par Schneider J.-A et Raetz M.-A., op cit.

considération les prix, l'utilisation et la qualité des fournisseurs. Une autre mission pourrait être de renforcer leur rôle comme instance intermédiaire de régulation en obtenant des informations aptes à améliorer la prise de décision au niveau de l'OFAS. Mais, ceci suppose que l'instance intermédiaire dépende plus étroitement du pouvoir central en terme de contrôle du fonctionnement et des coûts, ce qui n'est certainement pas la situation qui prévaut dans notre système de santé actuellement²⁹.

L'assurance, dans le cadre de la *gestion des soins*, cherche à transférer en totalité³⁰ (capitation) ou partiellement aux prestataires la responsabilité financière. Ces derniers sont des acheteurs avertis qui peuvent développer des stratégies éclairées en vue d'améliorer le résultat coût/qualité des soins. On assiste de plus en plus à un rapprochement des rôles d'assureurs et de dispensateurs.

Les professionnels de soins se teintent de dimensions administratives et acceptent de plus en plus de responsabilités et de risques financiers. Les professionnels cherchent à assumer le rôle de "pivot" de la gestion intégrée des soins; ils deviennent, en partie, des assureurs, tout en assumant leur rôle clinique.

Un autre acheteur potentiel sur ce marché de la santé est l'instance cantonale qui peut, dans le cadre de sa planification sanitaire, proposer des contrats de prestations avec des établissements sanitaires ou regroupements d'autres fournisseurs de soins qui répondraient à des objectifs sanitaires énoncés, à des résultats quantitatifs et qualitatifs attendus et à des critères de coûts définis. Le canton de Vaud, dans le cadre de sa Nouvelle Orientation de Politique Sanitaire (NOPS), se propose de négocier des contrats de prestations avec des réseaux de soins regroupant des établissements sanitaires et d'autres fournisseurs de prestations. Des prestataires indépendants, non reconnus d'intérêt public, peuvent également y participer, sous certaines conditions, dans le cadre de contrat d'affiliation ou d'association³¹. A noter que ces tendances s'inscrivent dans une dynamique de Nouvelle Gestion Publique, philosophie adoptée par de plus en plus d'instances politiques cantonales.

Ces réseaux de soins, dotés d'une personnalité juridique indépendante, pourront, à leur tour négocier avec les assureurs des contrats avec transfert de risques et ainsi répondre aux mesures visant l'économicité des traitements.

Les hôpitaux, finalement, cherchent, surtout, dans les cantons à vocation universitaire et disposant d'une position dominante, à devenir l'entité responsable d'un réseau intégré de soins. Ils mettent en place des mécanismes d'interface entre chacun des dispensateurs ainsi que de coordination des processus afin d'assurer la continuité dans le déroulement des épisodes de soins.

Les assurés, quant à eux, restent absents, pour l'instant, du débat alors qu'ils doivent/pourront jouer un rôle décisif dans cet environnement concurrentiel.

²⁹ On connaît les difficultés de contrôles de l'OFAS et les critiques virulentes de plusieurs groupes politiques et des autorités cantonales envers l'opacité de gestion des caisses maladies.

³⁰ Weber A., Hirschi W., "Capitation: un modèle de gestion de soins porteur d'avenir, destiné aux médecins exerçant en clientèle", Journal ASMAC, août 1998

³¹ NOPS, "Construire les réseaux de soins: priorités et objectifs", Service de la santé publique du canton de Vaud, nov. 1998.

II. LES ORGANISATIONS DE MAINTIEN DE LA SANTE (ODMS) EN SUISSE

2.1 LE MODELE DES ODMS HELVETIQUES

Comme le mentionnent Schneider et Raetz³² l'organisation de maintien de la santé (ODMS) est l'expression française au sens large de la notion nord-américaine de Health Maintenance Organisation (HMO).

Il existe aujourd'hui en Suisse une grande variété de modèles différents d'ODMS qui relèvent souvent bien plus de la volonté de leader locaux que d'une théorie économique ou sanitaire éprouvée.

Mais on peut pour l'instant classer en Suisse ces nouvelles formes d'organisations en deux grands modèles: les cabinets médicaux de groupe formés de salariés des assureurs malades, d'une part et les structures de médecins de famille indépendants et/ou les réseaux regroupant des prestataires indépendants de soins ambulatoires ou hospitaliers liés par contrat aux assureurs malades, d'autre part (Annexe 1).

Les ODMS, version helvétique, si elles tentent d'intégrer, comme leurs cousines américaines, les prestations de soins et leur financement, comportent plusieurs particularités.

Tous les modèles restent intégrés dans une assurance maladie de base et participent à la communauté solidaire de cette assurance. Ils participent à la compensation des risques et à la constitution des réserves. Les assurés ont droit aux mêmes prestations et peuvent revenir dans l'assurance traditionnelle sans être pénalisés, en général au début de chaque année civile. Ces modèles sont accessibles à tous les assurés et ils gardent un caractère facultatif.

Toutefois, le législateur s'est gardé de vouloir rendre trop attractif les ODMS puisqu'il leur interdit durant les cinq premières années d'être inférieur de 20% aux primes de l'assurance maladie ordinaire de l'assurance considérée. Cette entrave législative explique en partie un développement très progressif dans notre pays, malgré des résultats financiers encourageants³³.

Ces ODMS remettent en question les rapports habituels entre assureurs maladie et fournisseurs de prestations de manière à offrir de nouvelles perspectives à l'organisation et l'intégration des soins. Ils tentent de modifier les modalités actuelles de rémunérations des professionnels. Le grand principe est de transférer les risques financier et administratif, partiellement ou en totalité³⁴, au clinique.

³² Schneider J.-A., Raetz M.-A., "Primes et qualité des soins: les organisations de maintien de la santé (ODMS) et la LAMal", Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, Saempfli Edition, Berne, 1999, tome 43 fascicule 4, p 264.

³³ Sommer J. H., "Evaluation de nouvelles formes d'assurance-maladie. Conclusions et recommandations concernant la politique de santé", octobre 1997.

³⁴ Le premier contrat à capitation a été inauguré à Zurich entre le cabinet de groupe MediX et la caisse-maladie Heilsana.

Les objectifs d'économies réalisées sont souvent négociés, ils varient entre 5% et 20%. Ils dépendent, en majeure partie, du type d'organisation et des instruments de gestion des soins utilisés. Une ré-assurance pour gros risques est prévue en raison des petits collectifs assurés.

Tableau 4
Situation au 1^{er} janvier 1999

Prestataire	Assurance-maladie	Modèle HMO		Modèle du médecin de famille	
		Nbre de médecins	Nombre d'assurés	Nbre de médecins d'assurés	Nbre de réseaux
COSAMA	Assura, SBB Krankenkasse, La Caisse Vaudoise, Groupe Mutuel Versicherung, Philos, Hoteli, Supra			569	3
	Mutuelle Valaisanne, Avenir, Hermes, Univera, SKBH, Futura, Mutualité, CM Foncion Publique, Lokale Kassen			776	5
SanaCare	HMO: Konkordia, Wincare, Heisana, SBB Krankenkasse, UNITAS, PROVITA, ÖKK Winterthur, KBV, CSS	38	25'000	1'150	35
	HAM: Konkordia, Wincare, Heisana, Schleithelm, SBB Krankenkasse, UNITAS				
Unimedes	KPT, ÖKK, Innova, RVK Rück			1'921	103'311
	CSS	13	7'411	615	17'885
Heliana MC	ÖKK MC	50	11'070	1'247	105'244
	SWICA MC	34	10'275	58	3'000
Visana MC	pas de données		48'000		
	Visana	25	5'603	160	2'066
Total		160	107'359	6'496	433'677

Source: selon données statistiques publiées dans "Managed Care" Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management, janvier 1999.

2.2 L'EVALUATION DES ODMS

Plusieurs études ont évalué les ODMS³⁶. Ces études notamment celles de Prognos et de Jürg Sommer estiment que les ODMS génèrent des économies pouvant aller jusqu'à 35% par rapport à un système d'assurance traditionnelle. Les facteurs expliquant cette différence seraient : un taux d'hospitalisation moindre, une diminution des dépenses en médicaments et en interventions techniques, une utilisation plus judicieuse des avis de spécialistes.

³⁶ Prognos AG ; Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. Rapport de synthèse, Office fédéral des assurances sociales, Berne 1998. Jürg Sommer ; Evaluation des nouvelles formes d'assurance maladie ; op. Cit. ; Emerger T.V., Eiter J.-F. ; Impact des HMO sur les coûts et la qualité des soins, Revue médicale de la Suisse romande, 115, 971-976, 1995.

2.3 L'HISTORIQUE DES ODMS

Le début du "managed care" en Suisse date des années 70, différents acteurs du système de santé se réunissaient sous forme de "conférences en vue d'économiser"³⁵. Dans les années 80 sous l'impulsion de différentes personnalités, les "groupe d'étude HMO" et "communauté d'intérêt pour les systèmes alternatifs d'assurances-maladie" ont posé les premiers fondements pour la mise en place des premiers modèles alternatifs.

La première HMO : c'est au début des années 90 que furent autorisées à titre expérimental par une Ordonnance fédérale les "assurances avec choix limité du fournisseur de prestations". Dès cette date le premier centre HMO a ouvert ses portes à Zürich. Par la suite d'autres organisations ont vu le jour dans les villes de Bâle, Berne et Lucerne.

Ces premiers modèles furent créés par diverses assurances-maladie réunies en communauté d'intérêts qui installaient et géraient ces cabinets de groupe. Les médecins étaient salariés et le risque était assumé par le HMO. Outre les soins médicaux proprement dits, l'offre s'étendait également à des aspects plus larges de la prise en charge médicale en incluant des cours de prévention et des traitements de médecines alternatives. En compensation de la perte de liberté de choix du médecin, la prime versée par l'assuré était réduite.

Par la suite, chaque assurance a cherché à développer son propre modèle et à l'étendre à d'autres régions. Les assureurs, au milieu des années 90, ont surtout, développé les ODMS afin de rester concurrentiels sur le marché de l'assurance.

Comme on peut l'imaginer, ces modèles se sont heurtés à de vives critiques de la part du corps médical et de leurs associations professionnelles. Ces dernières leur reprochant de fonctionnariser les médecins et de les influencer dans leur pratique médicale afin que les soins fournis soient moins onéreux.

Le modèle du médecin de famille : initié souvent par des médecins, un autre modèle est apparu sur le marché suisse de la santé, le "Gate-Keeper-Modell" de Wintimed ou le modèle du médecin de famille tel que développé dès 1992 à Genève. Ce modèle a pris un essor considérable jusqu'au 1^{er} janvier 1999, il comptait, environ 433'677 assurés, inscrits dans 122 réseaux de "médecins de famille" regroupant 6'496 médecins affiliés, installés en groupe ou en pratique indépendante. (Tableau 4)

Il existe presque autant de modes d'organisation et de structures de financement qu'il y a de réseaux. En effet, dans certains réseaux les médecins n'ont pratiquement aucune imputabilité sur les résultats budgétaires alors que d'autres sont intéressés financièrement à la performance de l'organisation. Certains réseaux reçoivent un montant fixe pour l'administration et la formation des professionnels au sein du réseau.

³⁵ Hill S., "Le Managed Care en Suisse", Santé publique, bulletin 4/97 Atag Ernst & Young

Les économies de coût ne semblent pas se faire au détriment de la qualité, les critères étudiés dans l'une des études (degré de satisfaction, respect des normes en matière de prévention, appropriation de résultats) attestent d'une qualité aussi bonne que dans l'assurance traditionnelle. Toutefois la question de leur impact sur l'ensemble du système de santé reste largement ouverte.

La littérature internationale, revue par Perneger et Etter, est un peu plus nuancée quant à l'impact des expériences HMO (expériences américaines) sur la santé. Toutefois, il semble bien que ces organisations produisent des soins d'un niveau comparable à celui du système traditionnel mais que la satisfaction est un peu moindre. Comme le souligne ces deux auteurs, il est regrettable que ces ODMS, dont le fonctionnement est assez complexe, ne soient régies que par trois alinéas seulement (art.41, 4^e al., art. 62, 1^{er} et 3^e al.) de la LAMal. Ces alinéas, poursuivent-ils, ne concernent que la réduction du coût des prestations et des primes d'assurance, mais passent entièrement sous silence les questions de qualité des soins ou la nature des relations entre les médecins et les assureurs/administrateurs.

4.4 LES MEDECINS ET LA GESTION DES SOINS

Pour les médecins à l'origine des "réseaux de soins", la création des ODMS permettait de répondre à plusieurs défis. Ils voyaient dans ces modèles la possibilité de revaloriser le rôle du médecin de premier recours, de privilégier le dialogue, la circulation de l'information et la continuité des soins. Accepter une responsabilité administrative et financière, c'était aussi gagner en autonomie et éviter de se soumettre au seul contrôle des chiffres, d'engager une concertation avec les payeurs. C'était introduire dans la pratique quotidienne une source de profits pour les actes de prévention et les activités professionnelles situées hors des soins, mais pourtant nécessaires pour l'amélioration de l'efficacité du système (concertation avec les autres professionnels, formation continue, travail en groupe...)

L'introduction dans le champ de pratique d'une notion de budget oblige à être plus attentif aux coûts engendrés par les décisions médicales, les demandes d'examen spécialisés³⁷. Il demande de mieux évaluer, de mieux peser les avantages et les inconvénients pour le patient mais aussi pour certains auteurs³⁸, de plus d'intelligence dans la pratique médicale et de fournir aux patients une assistance médicale coordonnée, fondée et économique (conforme à l'art. 32 al.1). C'est aussi rechercher à développer une plus grande responsabilité des usagers, de les rendre attentifs que leur collaboration est nécessaire aux résultats non seulement thérapeutiques mais aussi sur les coûts, donc sur le montant de leur prime d'assurance. Plusieurs projets d'ODMS (notamment celui de Genève) ont mis en place un processus d'évaluation de la qualité des soins et des comportements des médecins comme des patients au sein de ces nouvelles organisations de soins³⁹.

³⁷ Les médecins dépensent moins de 20% du budget de la santé, ils en contrôlent directement ou indirectement entre 10% et 70%.

³⁸ Raetz M.-A., "Managed Care et Care Management" *Managed Care, Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Health Management*, 1. 1996.
³⁹ Perneger T.V., Etter J.-F., "Projet d'évaluation du Plan de Santé de l'université de Genève", *Cahier médico-social*, 1993, 37, 391-401.

2.5 LES FREINS AUX ODMS

Toutefois, le développement des modèles alternatifs d'assurance maladie reste limité à des expériences locales et seulement 7% de la population suisse était inscrite dans l'un ou l'autre modèle au 1^{er} janvier 1999.

Les freins et les résistances proviennent de divers horizons :

1. de nombreux assureurs ne sont pas convaincus des économies réalisables dans le cadre des modèles alternatifs. Ils estiment que les relations restent trop asymétriques dans l'analyse des données et dans les systèmes de contrôle et que les économies constatées reflètent essentiellement la conséquence d'une sélection des risques. Les assurés s'inscrivent dans ces modèles sont ceux qui coûtaient, déjà, moins chers au sein de l'assurance traditionnelle⁴⁰;

2. certains fournisseurs de soins restent réticents à accepter de prendre des risques financiers et administratifs, sans compter l'opposition parfois féroce de certains médecins, notamment les médecins spécialistes. Ceci pose un problème majeur puisque la démographie médicale penche en leur faveur (environ 63% de spécialistes). La Suisse n'a ni une tradition de santé publique, ni celle d'une médecine axée sur le médecin de famille. Le changement de mode de rémunération reste une proposition qui modifie, sans nul doute, les rapports entre les acteurs du système de santé, de même qu'il transforme la relation thérapeutique : la dimension collective de l'éthique médicale devant être bien entendu pleinement prise en compte;

3. sur le plan socio-culturel, l'exemple des HMO américaines pèse fortement sur l'image et la représentation que s'en font les décideurs et les professionnels. Pour rejeter tous les nouveaux modèles "made in USA" certains pointent le doigt sur le système des Etats-Unis qui connaît les coûts de la santé les plus élevés du monde (environ 15% du PIB) avec 30% de la population qui ne sont soit pas assurés ou sous assurés et des performances en terme de santé qui sont assez médiocres (19^{ème} rang mondial en mortalité infantile);

4. la LAMal ne permettant pas sur une période de 5 ans d'abaisser le montant des primes au plus à 20% au dessous des primes de l'assureur considéré⁴¹ tend peu attractif les ODMS. Les assurés ne sont pas prêts à renoncer à la liberté thérapeutique pour une modique somme; la reconstitution de la réserve obligatoire ainsi que le calcul de la compensation des risques, sont une pratique qui alourdit sans aucune justification les comptes des modèles alternatifs⁴² ceci entraîne un biais statistique⁴³. Les assurés qui ont adopté l'une des formes particulières

⁴⁰ Beck C., Keller B., "Risikoselection in Hausarztmodellen : Ein Plädoyer für differenzierte Risikokorrektur", *CSS Versicherung*, 1998.

⁴¹ Art. 101, al. 3 OAMal.

⁴² Art. 101, al. 1 OAMal.

⁴³ Selon Schneider et Raetz " les assurés choisissent une organisation de maintien de la santé (ODMS) sont en moyenne plus jeunes que la moyenne des assurés de l'assureur maladie concerné. Par conséquent, si le calcul de la compensation des risques s'effectue exclusivement sur l'effectif de l'ODMS, le résultat est très défavorable à cette

situation professionnelle et familiale, la présence de maladies chroniques ou encore des données plus subjectifs comme l'évaluation de son propre état de santé⁴⁸. Le phénomène de sélection pose une problématique importante, dans le cadre des modèles alternatifs en Suisse, il est possible que les adhérents soient en "meilleure" santé. La grande difficulté est de pouvoir l'évaluer en terme monétaire.

Ce problème se pose de manière identique sur le processus de sélection et d'ajustement des primes entre les caisses maladie traditionnelles que seule la compensation des risques (critères d'âge et de sexe qui sont de piètres "prédicteurs" - estimés à 7%) corrige actuellement. Cette sélection existe et la disparité toujours plus grande du montant des primes entre caisses l'atteste. Afin d'éliminer cet effet pervers, certains auteurs proposent soit de créer une caisse unique ou d'instaurer des primes égales pour tous les assureurs. Ainsi, la concurrence s'effectuerait sur la qualité des prestations⁴⁹.

a sous-dispensation . La tentation serait de diminuer la consommation des soins de manière excessive et de menacer la qualité des services fournis. La plupart des études concluent qu'il y a peu de différences entre les HMO et l'assurance traditionnelle quant aux résultats en termes de santé, au niveau international. L'évaluation des modèles alternatifs en Suisse arrive aux mêmes conclusions. Certains indices de satisfaction sont, toutefois, un peu moins bons⁵⁰. Toute formule pré-paiement requiert donc un suivi poussé d'évaluation de la qualité.

Les critiques plus spécifiques au modèle Helvétique :

absence de vision globale des épisodes de soins est l'un des points faibles des ODMS de même que l'absence d'une stratégie complète des actions qui doivent être mises en place pour améliorer la continuité des épisodes de soins. Le médecin "gatekeeper" n'est souvent pas autorisé à intervenir lors des épisodes stationnaires;

l'impact de la gestion des soins est souvent limité aux traitements réalisés par le médecin de famille, les soins dispensés par les autres acteurs restent plus difficiles à influencer;

les informations sont lacunaires entre les caisses-maladie et les fournisseurs de soins. Absence de transparence, les données statistiques restent confinées et ne sont pas exploitées;

l'absence de formation en gestion des médecins initiateurs des modèles alternatifs ne leur permet pas toujours d'assumer ce nouveau rôle de gestionnaire. Assurer la formation continue et développer un programme d'amélioration continue de la qualité demande également des habiletés et des enseignements en faculté de médecine;

Loore M., "Risk Adjustment Under Managed Competition", Document d'analyse pour le Jackson Hole Group, 1993, p 13-15. Cité par Jérôme-Forget M., Forget E.; Qui est maître à bord : op. Cité.

Luc J.-L., "Quelques sujets de réflexions et propositions en relation avec la révision en cours de la LAMa" HMOs/PJA, 1998, 1446. "Une caisse-maladie pour tous", confédération des syndicats chrétiens de Suisse.

Ernstmeier T. V., Etter J.-F., "Impact des HMO sur les coûts et la qualité des soins", Op. Cité. HMOs AG. "Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie", Op. Cité.

d'assurance-maladie ont financé à raison de près d'un milliard de francs la compensation des risques résultant des charges des assurés possédant une franchise ordinaire^{44, 45}.

5. C'est surtout au niveau des **coûts hospitaliers** que le "managed care", aux Etats-Unis, induit le plus d'économie. L'octroi de subventions aux traitements hospitaliers entrave fortement le développement de la *gestion des soins* et la concurrence dans ce secteur. Les séjours hospitaliers sont inutilement longs et la Suisse occupe le peloton de tête en ce qui concerne l'offre en lits d'hôpitaux pour 1000 habitants. Le transfert de certains type de soins vers le secteur ambulatoire n'est pas non plus favorisé comme solution alternative moins coûteuse. Le contrôle exercé par les prestataires sur le recours hospitalier reste excessivement limité et ne permet pas d'induire de nouvelles pratiques comme le financement des services ambulatoires;

6. l'absence d'un système intégré d'information (coûts, qualité) ne permet pas d'assurer le succès de l'intégration et de la continuité des soins et des services.

2.6 LES PRINCIPALES CRITIQUES DES ODMS

Deux types de critiques peuvent être adressées aux ODMS. Celles issues des effets pervers du mode de financement par pré-paiement ou capitation, et celles, plus spécifique à l'environnement organisationnel suisse.

Les effets pervers du financement par pré-paiement (capitation)⁴⁶

La sélection. Comme le montant moyen est versé indépendamment de la consommation effective mais uniquement selon la classe d'âge et le sexe (en Suisse). Il survient inévitablement un surfinancement des patients en bonne santé et un sousfinancement des plus malades. La solution la plus efficace consiste à mieux évaluer les facteurs de risques. Au Pays-Bas, les paiements par capitation prennent en compte la situation géographique qui permet d'estimer jusqu'à 25% des coûts. Certains auteurs⁴⁷ proposent de prendre en compte des facteurs comme la

dernière. Par contre, le départ de assurés jeunes vers l'ODMS améliore la position de l'assureur maladie dans le cadre de la compensation des risques, en raisons de l'augmentation de l'âge moyen de l'effectif de ses assurés ayant choisis de rester dans le régime obligatoire ordinaire. Cela peut aboutir au résultat paradoxal que les économies réalisées sur les prestations sont largement absorbés par l'augmentation des primes destinés à la compensation des risques et la constitution des réserves obligatoires. Il suffirait pourtant d'inclure les assurés ayant choisi une ODMS dans l'effectif de l'assureur maladie pour éviter une telle déformation statistique". "Primes et qualité des soins : les organisations de maintien de la santé et la LAMa", Op. Cité.

⁴⁴ Bandi Tili, " Politique des risques, compensation des coûts et solidarité dans l'assurance-maladie", Sécurité sociale, p 70-72, 1999.

⁴⁵ Spycher S., " Assurance-maladie : les effets sous-évalués de la compensation des risques" Sécurité sociale, 1999, p. 94-98.

⁴⁶ Luft H.S., Miller R.H., " Patient selection in a competitive health care system", Health Affairs, Summer : 97:119, 1988

⁴⁷ Van Vliet R., Van de Ven W., " Towards a Capitation Formula for competing Health Insurers : An Empirical Analyses", Social Science and Medicine, vol 34, 9, 1992, p. 1035-1048.

II. LES REFORMES DES SYSTEMES DE SANTE

1.1 LES EXPERIENCES INTERNATIONALES

Malgré un certain nombre de différences au plan des organisations ou du financement⁵¹, les systèmes de soins occidentaux doivent faire face à une série de défis similaires (maîtrise des dépenses, équité, accessibilité, recherche d'efficacité).

Ainsi, les expériences conduites dans divers pays de l'OCDE permettent de dégager une série de principes et de caractéristiques qui peuvent être utiles à imaginer des modèles organisationnelles plus compatibles aux objectifs collectifs recherchés⁵².

Ainsi, par exemple, l'Angleterre⁵³, la Suède⁵⁴ et la Hollande⁵⁵ se sont inspirés des mécanismes de économie de marché à l'intérieur d'un système public national. Ces trois pays ont modifié profondément leurs systèmes de santé (annexe 2).

Il s'agit tout d'abord de la concurrence et le *marché interne* pour améliorer les soins de santé tout en maintenant son caractère universel⁵⁶.

En Grande-Bretagne, le contrôle des fonds publics par les médecins de famille cherche à accroître l'influence de ces praticiens sur les services hospitaliers (négociations de leurs propres contrats, utilisation rationnelle des médicaments et des services spécialisés). Les médecins de famille sont exposés aux coûts engendrés par ces différents services puisque ceux-ci sont imputés à leur budget. Les hôpitaux sont tenus de mieux répondre aux besoins et aux exigences (qualité, efficacité) des médecins puisque leurs budgets dépendent en grande partie de ces contrats éligibles. Les paiements par capitation (l'argent suit le patient) incite les médecins à satisfaire leurs patients, ceux-ci pouvant décider de consulter ailleurs. Les médecins "fundholders" ne reçoivent aucun profit financier direct de leur participation à la gestion, leur rémunération reste identique. Les interrogations⁵⁷ portent sur le calcul correct de la capitation, une hausse des coûts administratifs et une tension chez les médecins qui gèrent maintenant plus directement inévitablement le rationnement. Après avoir souffert de l'excès de gestion du "tout Etat", le système de santé britannique risque, à laisser jouer à la concurrence un trop grand rôle, d'engendrer certaines

⁵¹ Par opposition aux systèmes du type "beveridgien" (Angleterre, Canada), qui privilégient un payeur unique, les systèmes de soins du type "Bismarkien" (Allemagne, Hollande, Suisse) reposent sur la présence simultanée de multiples tiers payants, par exemple sous forme de mutuelles. En principe un système de soins "beveridgien" favorise moins une dispersion du financement qu'un système "bismarkien", donc un éclatement des responsabilités. Brunelle Y., "Approche Vaudoise et Québécoise : convergences et divergences", Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, direction de la recherche et de l'évaluation, Mai 1999

⁵² OCDE, "A la recherche de mécanismes de marché", études de politique de santé # 6, Paris, 1995.

⁵³ Ministère de la Santé, "The New NHS, livre blanc" publié par le ministère de la santé, Crown Copyright, déc. 1997.

⁵⁴ Diderichsen F., "Market reforms in Swedish health care : a threat to or salvation for the universalistic welfare state ?", International Journal of Health Services, 1993, 23 1 : 185-188.

⁵⁵ Van de Ven W.P., Schut F.T., "The Dutch experience with internal markets, in Health care reform through internal markets", Montréal, The Institute for Research on Public Policy, 1995, p. 95-117.

⁵⁶ Jérôme-Forget M., Forget C. E., "Qui est maître à bord ? Projet de réforme du système de santé canadien", Institut de Recherche en Politiques Publiques, p. 79-97, 1998

⁵⁷ Brunelle Y., "La capitation : caractéristique, intérêt, alternatives et implications", conférence donnée dans le cadre d'un séminaire organisé par la fondation du Sacré Cœur de Montréal, mars 1997.

inégalités^{58,59}. Ce changement d'organisation semble mieux intégrer la *gestion des soins* selon le point de vue des cabinets médicaux, mais cette vision n'est pas partagée par les gestionnaires des hôpitaux.

D'autres pays européens, comme la Finlande, le Danemark, les Pays-Bas ou encore l'Espagne, ont séparé clairement les responsabilités d'acheteurs et de fournisseurs de soins.

Ainsi, aussi bien dans les systèmes de soins du type "Beveridgien"⁶⁰ que dans ceux de type "Bismarkien"⁶¹, les payeurs qu'il soit l'Etat ou les assurances-maladie deviennent des acheteurs attentifs mettant en compétition les fournisseurs de soins pour l'obtention de contrats sur la base de la qualité et du prix des prestations offertes.

3.2 LES LEÇONS DES MODELES INTERNATIONAUX

L'analyse des tendances et des évolutions propres aux différents systèmes de santé font apparaître que tous les pays tentent de réagir d'égalité manière. Nombres d'entre eux tentent, dans une certaine mesure, d'implanter des mécanismes économiques permettant de briser les rigidités liées aux structures hermétiques de financement entre les secteurs du système de soins (médecins, hôpitaux, médicaments....) :

- * en essayant de donner au consommateur un rôle plus important ;
- * en identifiant une entité ou un organisme (médecins généralistes, organisme de soins primaires, entité régionale de santé,...) qui intégrerait les responsabilités clinique et financière pour une clientèle précise ;
- * en finançant l'entité ou l'organisme selon une formule de capitation pondérée en fonction de la population inscrite, pour l'ensemble des services de santé ;
- * en incitant le consommateur à entrer dans le système de santé par une porte d'entrée désignée afin de les orienter, judicieusement, vers les services les plus pertinents et les moins coûteux ;
- * en offrant à l'entité ou l'organisme de soins une autonomie pour définir les modalités organisationnelles et financières avec les prestataires afin de mieux servir sa population.

Ainsi, "les pressions exercées par la dynamique du marché pour organiser un système de soins financé publiquement et par l'information sur l'efficacité des différents processus de prise en charge devraient contribuer à créer un système ayant une élasticité suffisante pour pouvoir en permanence s'adapter à l'arrivée des nouvelles technologies, à l'apparition des nouveaux besoins et aux exigences des choix sociaux"⁶².

⁵⁸ Robinson R., "The impact of NHS reforms 1991-1995 : a review of research evidence", Journal of Public Health Medicine, 1996, 18, 3, p. 337-342.

⁵⁹ Dixon J., "What do we know about fundholding in general practice ?", British Medical Journal, volume 311, 1995.

⁶⁰ Lord Beveridge est le père du système national anglais, il se caractérise par le rôle de payeur unique joué par une instance gouvernementale centralisée. Les pays européens qui connaissent ce système sont : Danemark, Finlande, Grèce, Italie, Norvège, Portugal, Espagne, Suède, Angleterre et Irlande.

⁶¹ Le chancelier Allemand Bismark est l'instigateur du premier système de soins public d'assurances maladie. Les pays qui connaissent ce système sont : Autriche, Belgique, France, Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas, Suisse.

⁶² Contandriopoulos, A.P., "La régulation d'un système de soins sans murs" in "La Santé demain" Economica, 1999.

des systèmes novateurs de prestations
réseaux de soins coordonnés⁶³

par la volonté de maîtrise des coûts, le
nouvelles technologies, un grand nombre
intégrés qui s'appuient sur un mode de
ramme complète de services de santé à la
si bien aux Etats-Unis, dans le cadre des
un financement public.

l'institutions en vue de consolider leurs
ournit une continuité de services à une
clinique et financière. L'intégration est
âce à un regroupement des fonctions de
ces humaines, planification stratégique,
prestataires finissent par s'identifier
e, à sa gestion et à sa planification.

se en charge globale du patient à travers
permet d'en assurer une plus grande
illeure continuité. Le constat actuel est,
prestataires, plus le système est éclaté, et

ont :

responsabilité d'une gamme de services
opulation donnée ou des bénéficiaires

Uns mécanismes économiques utilisant le
agnostic, partage des risques) et de toute

ars des services⁶⁴ ou en développant des
hisissent exprimer certaines préférences et

ident dans le fait que les services sont
tout du système et des prestataires, la
liorées entre les différents prestataires et
sur le comment et où les ressources de

e de santé aux Pays-Bas", p93-109, op cit.
onomie (SIPA)", rapport présenté à la Direction
1996

santé sont utilisées. Ces systèmes prétendent arriver à de meilleurs résultats aux plans clinique et
économique et développer une satisfaction plus grande chez les patients. Plusieurs expériences de
systèmes intégrés de soins le démontrent notamment celui du Metropolitan Jewish Health System
à New York. Même si certains concepts dans la mise en œuvre diffèrent, certains ingrédients et
outils ont des points communs entre les diverses solutions développées pour résoudre les
problèmes d'intégration clinique: un système d'information performant, des systèmes d'aide et de
soutien à la décision clinique, des stratégies pour la gestion des cas et des maladies, une
amélioration continue de la qualité.

3.4 QUELQUES EXPERIENCES DE SYSTEMES DE SOINS INTEGRES

Systèmes de soins intégrés selon une approche clientèle

Si les HMO sont des organisations de soins intégrés évoluant, surtout, dans un contexte de
marché concurrentiel propre au système de santé américains, d'autres initiatives à vocation
sociales se sont développées en utilisant plusieurs des caractéristiques de base des HMO. Leur
approche s'est faite souvent selon des problématiques ou clientèles définies ou autour de
pathologie (disease management) semblables s'articulant par exemple autour de la santé mentale,
le cancer, la gériatrie ou encore la santé maternelle et infantile.

Plusieurs projets s'intéressant aux personnes âgées en perte d'autonomie sont expérimentés dans
plusieurs pays : aux Etats-Unis avec les S/HMO (Social Health Maintenance Organizations)
offerts par Medicare, PACE (Program for all-inclusive care of the elderly), On Lok Senior
Health Services (Californie) ou encore le programme ACCESS de soins communautaires, en
Suède et en Angleterre avec des projets qui intègrent les services communautaires et hospitaliers
ou encore au Québec avec le projet SIPA (Services intégrés pour les personnes âgées en perte
d'autonomie). (Tableau 5)

Tableau 5

Modèle canadien de Services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)

Le modèle SIPA, en intégrant les ressources, offre de façon efficiente tous les services appropriés pour promouvoir et
maintenir l'autonomie des personnes âgées en perte d'autonomie. Le SIPA a principalement des assises communautaires et
assure la continuité et la cohérence des actions des différents intervenants. Le SIPA intègre les différentes sources de
financement public et assume la responsabilité financière de l'ensemble des services. Il place les personnes âgées et leur
entourage au centre de son action en tenant compte de l'ensemble de leurs besoins, en favorisant leur intégration dans leur
milieu de vie et en faisant appel à leur capacité de décision.

Il réunit les caractéristiques suivantes :

1. système de soins intégrés aux assises communautaires offrant des soins de santé et des services sociaux de première et
deuxième ligne, y compris des soins de courte et de longue durée offerts dans la communauté et en établissement ;
2. responsabilité des soins pour une population définie ;
3. modèle clinique reposant sur la gestion de cas et impliquant la responsabilité clinique de l'ensemble des services ;
4. mode de pré-paiement par capitation assorti de la responsabilité financière de l'ensemble des services dispensés ;
5. gestion publique qui respecte les principes fondamentaux du système de santé canadien.

Plusieurs programmes pour la prise en charge des maladies chroniques ont, également, vu le jour aux Etats-Unis comme celui du "National Chronic Care Consortium" (NCCC) qui a mis en place un système de fourniture de soins intégrés très performant en terme de système d'information, de gestion et de financement intégrés.

L'intégration porte sur une série de services de base (communautaire et médecin de premier recours) et spécialisés, spécifiques à ces pathologies mais relevant d'habitude de plusieurs organismes distincts dans leur fonctionnement et dans leur source de financement. Il s'avère alors avantageux d'intégrer les multiples sources de financement, car cette multiplicité entrave la gestion de cas ("case management")⁶.

L'amélioration des soins pour ces divers formes de "système de soins intégrés" résulte de plusieurs mécanismes comme l'intégration clinique et de la gestion du patient ("case management") qui permet d'assurer la continuité des soins. La gestion de la santé des populations concernées ("care management") assure, quant à elle, la gestion des activités cliniques centrées sur les groupes de patients souffrant d'affections particulières. Et, finalement la gestion des maladies ("disease management") permet d'optimiser la prise en charge d'une maladie (touche essentiellement des maladies chroniques) ou d'un syndrome en tenant compte de l'évolution clinique.

Les expériences américaines de réseaux intégrés (HMO, PPO, S/HMO) sont nombreuses et la littérature fait état d'abondantes réflexions sur les diverses étapes permettant de développer un système de soins intégrés. Il faut, toutefois, garder à l'esprit le contexte particulier du système de santé des Etats-Unis. Ce système de santé diffère de celui des autres pays de l'OCDE par sa culture politique, l'organisation du système de soins et les valeurs qui déterminent l'allocation des ressources. La dynamique est celle de l'efficacité, les incitatifs, notamment financiers, poussent les fournisseurs de soins à agir dans l'intérêt du réseau. Il est certain que ces modèles ne peuvent être "importés" sans prendre en compte les caractéristiques propres à chaque système de santé mais les concepts, les stratégies et les outils utilisés peuvent largement inspirer les politiques de santé qu'ils soient de type "Beveridgien" ou "Bismarkien".

système de soins intégrés selon une approche populationnelle

Le projet NOPS (Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire) du canton de Vaud jette les bases pour mettre en place des filières de soins selon une approche populationnelle et non plus selon un type de clientèle. Les NOPS proposent de réorganiser le système de soins vaudois et de créer 5 à 8 réseaux au sein desquels les fournisseurs de soins seraient regroupés. L'Etat a fait le choix stratégique d'inciter les fournisseurs de soins "à s'organiser en réseaux et à constituer eux-mêmes des chaînes thérapeutiques complètes"^{6b}.

La première esquisse tend à renforcer le lien entre une clientèle géographique donnée et une organisation de soins spécifique "un réseau" dont la responsabilité porte sur une large gamme de services. Ce projet a le mérite d'être une proposition claire d'intégration de services de nature

Brunelle Yvon, "Une introduction à la gestion intégrée des soins et des services", présentation au colloque de l'Institut Canadien, 30 octobre 1995.

Tinturier G., Bachelard B., " Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire" in La santé demain, vers un système de soins sans murs, Economica, 1999.

verticale et dont l'Etat se porte garant. La collaboration entre les différents acteurs y est privilégiée.

Tableau 6 :

Le projet NOPS

- 5 à 8 réseaux de fournisseurs de soins offrant toute la gamme des prestations;
- des contrats de prestations avec l'Etat et des conventions tarifaires avec les assureurs;
- des réseaux centrés sur la continuité des soins ;
- un renforcement de la médecine de premier recours dans la chaîne des soins;
- une intégration verticale privilégiant la collaboration.

Source: Tinturier G., Bachelard B. "Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire" op cité p.183-194.

3.5 L'IMPORTANCE DU "PIVOT"

L'entité administrative qui supporte les programmes des systèmes intégrés de soins a une importance majeure sur la philosophie et le concept du modèle intégré: le "pivot" de cette intégration verticale peut être:

les soins ambulatoires et les médecins généralistes comme dans l'exemple des "GP Fundholders" anglais. Cette approche a l'avantage d'être centrée sur le patient et d'offrir des incitatifs économiques aux médecins de 1^{er} ligne. Mais les médecins manquent de compétence pour la gestion économique et ne peuvent assumer les risques financiers;

les organismes communautaires, modèle suédois, ou encore en association avec un centre hospitalier et une expertise clinique, projets québécois SIPA (Système de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie) (Tableau 5). Ce modèle offre l'avantage de bénéficier de ressources financières et organisationnelles suffisantes ainsi que l'expertise clinique et de combiner services sociaux et médicaux;

un plus vaste réseau, consortium d'institutions publiques et d'établissements sanitaires privés, tel que l'envisage le canton de Vaud dans le cadre de ses nouvelles orientations de politique sanitaire (NOPS). Le risque est de mettre à l'écart les médecins de première ligne, les liens entre responsabilité clinique et financement restent plus flous;

un centre hospitalier ce qui rend plus difficile l'intégration avec le communautaire, le modèle restera très "hospitalocentriste" ce qui va à l'encontre des réflexions de la *gestion des soins* et de la volonté d'être plus proche du besoin des clients et non pas des structures;

une compagnie d'assurance donne l'avantage de l'expertise actuarielle mais risque de développer en priorité le contrôle administratif plutôt que l'utilisation du savoir clinique;

des formes hybrides entre les divers acteurs du système de santé.

IV LE "MANAGED CARE" EN SUISSE: ENJEUX ET POTENTIEL

4.1 LES ENTRAVES STRUCTURELLES

Contrairement à d'autres pays de l'OCDE (Allemagne, Royaume-Uni) la Suisse n'a pas réussi à maîtriser ses dépenses de santé et l'augmentation des coûts des soins reste largement supérieure à celle des salaires et des prix. Même si le concept de la *gestion des soins* progresse et les différents modèles alternatifs d'assurance-maladie séduisent de plus en plus d'assurés⁶⁷, il persiste un grand nombre de facteurs structurels qui entrave la réussite de réformes qui permettrait de soustraire à l'imperatif de maîtrise des dépenses, sans remettre en question les grands principes exprimés par la société et les pouvoirs publics (accessibilité, solidarité, qualité). Ces facteurs sont en particulier:

- * une absence de planification hospitalière intercantonale et une tendance à l'autarcie cantonale, ainsi qu'une surcapacité dans ce secteur avec des séjours hospitaliers inappropriés et inutilement prolongés en raison d'incitatifs financiers inadéquats;
- * une absence de coordination et de collaboration entre les divers acteurs du système de santé (ambulatoire versus hospitalier, privé versus public, maladies aiguës versus chroniques) entraînant des ruptures de prise en charge;
- * une extension permanente de l'offre de prestations ainsi qu'une technicité accrue;
- * un mode de financement des structures et des médecins favorisant l'expansion quantitative;
- * une mauvaise adéquation des missions d'enseignement et de recherche.

Des anomalies dans la répartition de l'allocation des ressources induisent des effets pervers:

- entre les caisses-maladie en raison d'une compensation des risques (fondée selon les seuls facteurs âge et sexe) qui autorise certains assureurs à pratiquer une sélection importante des risques et permet ainsi de s'assurer des avantages qui "constituent une distorsion inadmissible de la concurrence entre les caisses"⁶⁸;
- entre les hôpitaux en raison d'un mode de financement dual (pouvoir public et assurance), et d'une couverture des coûts ou des déficits (pour les hôpitaux publics) plutôt qu'un financement des prestations. Cette manière de financer les hôpitaux entraîne une inégalité entre les traitements subventionnés et non subventionnés. Les secteurs semi-hospitalier et ambulatoire connaissent la même situation.

L'existence d'un système de financement dual plutôt que moniste, la séparation stricte entre l'hospitalisation et les soins ambulatoires, l'incapacité d'organiser la coordination et la continuité des soins sont sources de fragmentation dans la dispensation des soins et des services.

⁶⁷ 29% d'assurés de plus ont opté pour la formule des ODMS entre 1997 et 1998. Statistiques OFAS Spycher S., "Assurance-maladie : les effets sous-évalués de la compensation des risques", Sécurité sociale, 1999, p. 94-98.

L'absence de budget global au niveau national ainsi que de choix explicites quant aux orientations et aux priorités de la politique sanitaire font que les décisions sont prises implicitement par les acteurs du système de santé et que les réformes proposées sont confuses et improvisées⁶⁹.

4.2 L'IMPOSSIBLE "STATU QUO"

Les lacunes actuelles sont trop patentées pour conserver le *statu quo*.

La conscience de la limite des ressources a ouvert, largement, le champ à l'économie tendant à oublier que des conflits plus importants et radicaux sont sources de déstabilisation. Le système de soins est fortement ébranlé par la remise en question profonde du processus d'hospitalisation et le virage accéléré vers l'ambulatoire ainsi que le développement d'une très grande variété de services de santé et sociaux dispensés dans une grande diversité de contexte⁷⁰.

"En d'autres termes, l'évolution technologique, clinique, organisationnelle des centres hospitaliers et de l'*environnement ambulatoire (ndr)* comporte en soi une autre transformation, celle des relations entre les diverses organisations du système"⁷¹.

4.3 LES FACTEURS CLES INCONTOURNABLES

Ainsi les transformations à envisager devraient tenir compte de certains facteurs clés comme préalables et incontournables⁷² :

- * l'évaluation de l'état de santé et des besoins de la population permettant de déterminer la gamme et le niveau de services appropriés;
- * l'adoption d'une stratégie d'ensemble intégrant la promotion de la santé, la prévention des maladies, les services de soins primaires et spécialisés et développant un équilibre entre intérêts collectifs et individuels;
- * l'intégration des soins aux patients et l'intégration des différentes activités de supports (finances, ressources humaines, systèmes d'information, planification stratégique);
- * le développement d'un système d'information clinique intégré est un outil indispensable au suivi de l'ensemble des soins et des services fournis à une population donnée et à la prise de décision des responsables du système de santé;

⁶⁹ Le professeur Pierre Gilland dans la revue de l'OFAS, Sécurité sociale 1999 p. 190, demandait au Conseil fédéral un peu moins d'improvisation, plus de clarté et de cohérence... et une stratégie dans les nouveaux projets de financements de l'hospitalisation.

⁷⁰ La Régie régionale de la santé et des services sociaux de LAVAL a créé un centre hospitalier ambulatoire (CHARL) qui mis en place une programmation régionale de soins et de services de courte durée. Conçue autour des épisodes de soins, cette programmation s'inscrit dans les tendances actuelles du système de soins concernant le virage ambulatoire et l'évolution vers les réseaux intégrés.

⁷¹ idem

⁷² Ces facteurs clés ont été bien décrits dans le document publié par l'association des hôpitaux du Québec: "L'approche Managed Care: Le concept, ses impacts, son potentiel au Québec".

En fait, on peut s'interroger sur le bien fondé de ces recommandations : "transformation à envisager". La décision politique peut-elle anticiper la rencontre entre la logique de l'offre et la logique de la demande ?

Il sera certainement à la fois sous la pression de l'offre technologique et de la demande des différents acteurs que se fera les transformations souhaitables du système de santé. Mais il ne faut pas oublier que toute transformation naît également d'une représentation mythique d'un projet qui conforme aux valeurs de la société.

Il est certain que les nouvelles technologies de l'information ne vont pas seulement être des outils supplémentaires à la disposition des différents acteurs, mais elles correspondront aussi "à une démarche plus globale reposant sur la formalisation des processus de prise en charge inter-sites et impliquant une modification en profondeur des pratiques et des comportements des professionnels de la santé"⁷⁴.

4.4 LE "MANAGED CARE" ET LA TRANSFORMATION DES PRATIQUES

Le "managed care" est un mode de pensée qui intègre les coûts, la mesure de la performance et de la qualité des soins prodigués, selon la définition retenue de la *gestion des soins* retenues tout au long de cet article. La mesure de la performance d'un système de santé n'est pas de mettre l'accent uniquement sur le coût mais aussi et de manière équilibrée sur la pertinence et la qualité d'accessibilité, continuité, globalité, efficacité) des soins fournis.

Ainsi l'utilisation d'outils qui permettent d'assurer la continuité des soins et l'intégration des pratiques fait partie du concept "managed care". L'objectif étant bien de gérer les services et les soins d'un patient ("case management") ou d'un groupe de patients affectés par une même maladie (asthme, diabète, cancer...) ("disease management") pour qu'ils s'intègrent dans le but d'offrir à ce patient les soins les plus appropriés tout en ayant un rapport coût/efficacité le plus élevé.

Cette approche place les épisodes de soins au cœur de la planification des services de santé. C'est la pierre angulaire d'un système intégré de soins et de services de santé et sociaux. Ce projet propose comme axe principal la trajectoire du patient et le savoir médical, le projet permet mieux prendre en compte la pluralité des facteurs qui interviennent dans les soins. Les formes se heurteront moins aux conflits et aux résistances institutionnelles et politiques.

Pour ces principes, la Régie régionale de la ville de Laval (Québec) a mis en place un nouvel établissement de soins qui est chargé, sur la base de programmes cliniques développés par des professionnels, de programmer les soins et les services ambulatoires et de coordonner ces derniers sein du réseau socio-sanitaire.

Jacques E., Baptiste V. : "Projet TéléMédecine de la Région Annécienne" in La santé demain: vers un système de soins sans murs p.217-233, Economica, 1999.

Les approches retenues aux fins de la démarche Lavalloise sont⁷⁴ :

- * une planification des soins et des services se basant sur l'analyse des épisodes de soins de la population désignée, l'identification des problèmes de santé prioritaires et la détermination des interventions les plus efficaces;
- * une approche de changement des pratiques professionnelles qui repose sur des soins offerts en interdisciplinarité; des soins globaux comprenant la prévention, le diagnostic, le traitement, les suivis, la réadaptation;
- * une planification des services, des niveaux primaires, ambulatoires et hospitaliers, ajustée en fonction des épisodes de soins dans une perspective de réseaux intégrés.

Ainsi cette approche traduit des perspectives de planification populationnelle, d'approche par programme et de "comprehensive care". Le projet est soutenu par un système intégré d'information qui assure le succès de la coordination trans-établissement de la programmation régionale en soins et services ambulatoires. Un financement par épisode de soins tentera de déterminer les coûts selon le lieu de dispensation.

4.5 LES CHANGEMENTS NECESSAIRES POUR UNE MEILLEURE "GESTION DES SOINS"

Certains économistes et acteurs helvétiques ont l'illusion que le système de santé peut affronter le XXIème siècle en souscrivant à un modèle de "managed care" basé uniquement sur les forces du marché et de la concurrence. Mais c'est oublier que le plus grand potentiel d'amélioration et de la "gestion des soins" réside, avant tout, dans l'amélioration de la continuité et de la coordination des soins et dans l'indispensable intégration des structures et des professionnels. Ce potentiel peut être galvanisé en privilégiant la collaboration plutôt que la compétition stimulée par la concurrence. Les récents revers du système de santé Angletterre et en Nouvelle Zélande devraient inciter à la prudence face aux concepts basés sur la concurrence et le marché.

En définitive le choix ne se pose nullement entre un système planifié, hiérarchique et un système de marché tel que le connaît les Etats-Unis. Il s'agit bien d'utiliser à tous les niveaux le potentiel du "managed care" en s'assurant que la solidarité soit maintenue.

Les constats:

La LAMal a bien tenté d'introduire, au niveau micro-économique, un concept qui offre des potentialités intéressantes de "managed care" mais n'a pas jugé opportun de mettre en place des mécanismes forçant l'intégration des structures et le développement d'un projet de santé publique. Elle s'est arrêtée à mi-chemin, elle a préféré faire le choix du "compromis". Les coûts de la santé continue à croître plus vite que l'indice des prix à la consommation ou le taux de croissance du PIB. Les conditions d'une *gestion des soins* efficace ne sont pas remplies, il suffit d'évoquer le clivage existant entre le secteur privé et public, l'hospitalier versus l'ambulatoire, les frontières cantonales.

⁷⁴ Régie Régionale de la santé et des Services Sociaux de Laval. "Programmation régionale de soins et de services de courte durée et du centre hospitalier ambulatoire de Laval", document de recherche. Mai 1998.

Les causes structurelles vont continuer à peser lourdement sur le système de santé et à faire "exploser" les coûts : surcapacité en infrastructures, pléthore de médecins, modes de financements (à l'acte, à la journée...). Cet environnement structurel n'incite pas les réseaux qui se constituent peu à peu à rationaliser et à exploiter les synergies potentielles.

Les recommandations en matière de politique de santé:

Certaines modifications doivent être apportées à notre système de santé si on veut réellement créer les conditions cadres dans une perspective de *gestion des soins*. Il convient:

de définir explicitement un budget indicatif ambulatoire et hospitalier et refuser la dérive, bien connue, du comblement systématique par l'augmentation des primes individuelles;

de définir les besoins de la population et les objectifs poursuivis (en terme de santé publique et de coûts);

de mettre en place un système de collecte d'informations permettant de préciser le "produit" de la santé et d'évaluer la qualité des soins fournis à la population;

de fournir au consommateur des informations qui lui permettent d'avoir un rôle plus important afin qu'il contribue à l'amélioration de la performance du système;

de clarifier les responsabilités dans le pilotage politique et économique des différents acteurs (Conseil fédéral, OFAS, cantons, caisses maladie) et d'assurer un rôle de "leadership" à l'Etat plutôt que d'entretenir une confusion des responsabilités entre ce dernier et les assurances-maladie;

de corriger rapidement les anomalies structurelles et ainsi décloisonner les secteurs hospitaliers et ambulatoires, privé et public et d'abolir les limites cantonales en matière de planification hospitalière.

de promouvoir, de financer et d'accompagner toute expérimentation d'intégration des soins et de création de réseau en les assortissant d'une évaluation publique.

CONCLUSIONS:

Les dépenses de santé restent une préoccupation majeure pour la Suisse.

Le "principe de compromis" helvétique a permis au système de santé suisse d'évoluer selon les intérêts des divers acteurs (les différents groupes professionnels, les assureurs, le monde politique), mais ce "principe de compromis" est, aujourd'hui, responsable des difficultés structurelles relevées par divers experts et soulignées dans cet article.

Dès lors des choix doivent être entrepris. Entre un discours qui appelle à plus de marché et un statu quo impossible, il est possible d'imaginer un autre projet qui permette d'améliorer les résultats globaux de la branche santé tout en contrôlant cette spirale ascendante des dépenses.

Certes, la nouvelle LAMal a cherché à introduire certains mécanismes voulant stimuler la concurrence entre les acteurs du système de santé ainsi que promouvoir les organisations de maintien de la santé (ODMS), fondées sur le modèle des HMO aux Etats-Unis, mais leurs effets et leur développement restent modestes en raison de nombreuses entraves législatives et structurelles.

L'approche "managed care" comporte, sans nul doute, des éléments susceptibles d'améliorer la coordination et la continuité des services tout en maîtrisant les coûts. Toutefois, cette approche ne peut être privilégiée qu'à l'intérieur d'un système où l'Etat est garant des valeurs collectives.

Aujourd'hui, force est de constater que le déficit démocratique dans la prise de décisions et l'absence d'informations pertinentes sur le fonctionnement du système de santé ne permettent pas de relâcher certaines contraintes législatives responsables des entraves structurelles mentionnées.

Les "système de soins intégrés" ou "réseaux" sont les formes organisationnelles les mieux adaptées aux valeurs et aux normes de l'action collective et sont de formidables opportunités pour redéfinir les mécanismes de coordination et de coopération entre les différents acteurs. Ils sont aussi le lieu d'une prise en charge optimale des trajectoires individuelles des patients.

Les nouvelles technologies de l'information vont garantir et consolider les "réseaux". Il en résultera de profonds changements des structures⁷⁴. Elles induiront, sans nul doute, des améliorations en terme de qualité, de continuité, d'accessibilité des soins et de formation des professionnels mais plus encore, elles stimuleront des changements des pratiques et de comportement des professionnels qui induiront de nouvelles manières de collaborer et de s'intégrer.

Certains acteurs plaident fortement en faveur du renforcement de diverses formes d'incitations économiques, qui créeraient une plus grande concurrence entre les caisses-maladie ou entre les

⁷⁴ Drucker P. : " Les défis de l'information" in L'avenir du management selon Drucker. Editions Village Mondial, Paris , p. 97-129, 1999.

prestataires, dans l'espoir de voir s'installer une régulation selon les principes de l'économie de marché.

Ils oublient que dans le secteur de la santé, les objectifs sont multiples et contradictoires alors que dans le secteur marchand les objectifs sont assez clairs : objectif de croissance et de rentabilité.

"Méfiez-vous des mécanismes incitatifs. Les économistes et autres rationalistes sont toujours tentés d'y avoir recours. C'est un jeu dangereux. S'ils peuvent aider à comprendre les problèmes et à imaginer des solutions, ce sont aussi des démons pleins de ruse, qu'on retrouve toujours là où on ne les attend pas (...) Les individus sont complexes; les systèmes sociaux le sont à l'infini. Tout changement dans les politiques engendre des mécanismes incitatifs auxquels nul ne s'attendait"⁷⁶

La planification hiérarchique a aussi ses limites.

"En réalité, les mécanismes incitatifs et les réglementations font partie du contexte institutionnel dans lequel s'organise la prestation et l'utilisation des services médicaux, et le tout est de structurer cet environnement de façon que les acteurs clés concourent à la réalisation des objectifs de la collectivité" (Robert G. Evans).

Annexe 1

Les modèles alternatifs d'assurances

<p>Le modèle du médecin de famille</p>	<p>La LAMal offre aux assureurs des possibilités nouvelles pour la gestion des soins. Possibilité de négociations tarifaires : les ententes cartellaires sont interdites ce qui facilite la conclusion d'une convention avec un fournisseur de prestations. Ces conventions tarifaires spéciales deviennent intéressantes en combinaison avec les modèles alternatifs d'assurance proposés par la LAMal notamment celui qui offre la possibilité de réduire le montant de la prime en raison du choix limité du fournisseur et par extension qui oblige l'assuré de consulter un médecin désigné pour entrer en contact avec le système de soins (médecin de premier recours ou "gatekeeper"). Deux modèles se sont développés à partir de ces possibilités législatives :</p>
<p>Le modèle Health Maintenance Organisation (HMO)</p>	<p>Ce modèle d'assurance s'est développé avec la collaboration des médecins. Il attribue au médecin généraliste un rôle central. Les assurés doivent le consulter avant d'aller chez un autre professionnel de soins en contre partie leur prime subit une réduction de primes pouvant aller jusqu'à 20%. La franchise et la participation étant souvent maintenues. Font, parfois exception les traitements d'urgence, les traitements gynécologiques et pédiatriques. Des économies sont réalisées parce que le médecin de famille dispose d'une part des informations utiles pour ses patients et, d'autre part, dans sa fonction de coordinateur des soins, évite tout examen inutile ou superflu et idéalement fait appel aux examens spécialisés lorsque ceux-ci sont nécessaires. Ce modèle apporte une revalorisation au rôle du médecin de famille et lui permet d'être le pivot du système de soins. De plus, il ne nécessite pas d'infrastructures nouvelles, car il demande la collaboration de médecins déjà installés, ce modèle ne se limite pas aux territoires urbains. Il n'impose pas d'exclusivité aux médecins, ceux-ci peuvent continuer à soigner des malades assurés auprès d'autres compagnies d'assurance. Les médecins associés dans un réseau doivent respecter certaines règles dans la gestion des soins ainsi que dans les processus de remboursement et de tarification. Ils doivent, en outre, exercer leur rôle de médecins "gatekeeper". Très fréquemment, ils participent à des réunions de "bonne pratique" (cercles de qualité) qui leur offrent des supports académiques et psychologiques pour la prise en charge des patients. Le paiement à l'acte reste le mode de rémunération principal. Dans d'autres formules comme "Pionnier" (assurance artisanale) les médecins sont rémunérés en fonction de l'âge et du sexe des patients. Le montant forfaitaire est indépendant des traitements appliqués et de leur nombre. Les médecins ont droit à une participation aux excédents. Dans un autre modèle "Winimed" l'assureur et les médecins supportent ensemble les pertes éventuelles. Dans le modèle développé par OKK à Bâle, les assurés doivent consulter un médecin inscrit sur une liste dont les tarifs sont plus avantageux. Le premier réseau de "médecin de famille" a été créé à Genève en octobre 1992 associant l'assureur Avenir, l'université de Genève et un réseau de médecins collaborateurs avec une clinique privée.</p>
<p>Le modèle Health Maintenance Organisation (HMO)</p>	<p>Les centres de santé de type HMO sont des cabinets de groupe installés et exploités par une ou plusieurs caisses maladie, ils peuvent être aussi organisés par un groupe de professionnels à leur propre risque. Ils sont établis au centre des grandes villes. Les assurés doivent consulter le médecin du centre sauf en cas d'urgence, pour les prestations que le centre HMO ne peut effectuer il négocie avec d'autres prestataires les soins requis. Le HMO cherche à acquiescer ces prestations aux meilleurs coûts. Ces centres offrent fréquemment des prises en charge de médecine alternative ou disposent de salles pour la physiothérapie ainsi que des infirmières de santé publique. Certains proposent des cours pour la promotion et le maintien de la santé. Le HMO assume entièrement le trafic des paiements et assume entièrement les risques. Le premier HMO de Suisse a été ouvert à Zurich le 1^{er} août 1991 par une communauté d'intérêts (groupement de plusieurs assurances) pour les modèles alternatifs. Avec ses 15 centres HMO répartis dans toute la Suisse, la Swica est l'assurance maladie qui assure le plus de personnes selon ce modèle.</p>

Morone J., Seven laws of policy analysis, Journal of policy Analysis and Management", vol 5:4, p. 818, 1986, cité par Evans Robert G. dans "Vendre le marché ou réglementer", La réforme des systèmes de santé, OCDE cahier

Initiatives internationales ayant recours aux mécanismes de marché

<p>Grande-Bretagne Réforme du National Health Service (NHS)</p>	<p>La réforme axée sur le marché du NHS ne s'est pas faite en raison de l'augmentation des dépenses mais en raison de problèmes d'efficacité (listes d'attente). Financé par les recettes publiques, le NHS fournit la majorité des soins de santé. Il finance et supervise les pharmaciens, les hôpitaux, les centres de santé et les médecins. Depuis 1948, il utilise la capitation (revenu de base qui dépend du nombre et des tranches d'âge de leur patient, honoraires pour certains services particuliers) pour rémunérer ses médecins généralistes. C'est par lui que le patient entre en contact avec le NHS. Jusqu'à la réforme de 1990, la gestion directe des hôpitaux et des centres communautaires dépendait directement de l'autorité sanitaire régionale, qui disposait d'un budget alloué par le ministère de la santé en fonction de leur population et des besoins exprimés. Les budgets étaient remis aux établissements selon un processus budgétaire historique. Dès 1991, deux réformes transformèrent l'organisation du NHS. La première modifia le rôle des autorités de santé de district (DHA) qui passèrent de contrôleur financier au rôle d'acheteur de services hospitaliers au nom des citoyens. Des sociétés autonomes furent créées pour gérer les hôpitaux. Les DHA devaient trouver les meilleurs prix et services pour leur population. Les hôpitaux se sont vus dans l'obligation de fournir des services à des prix concurrentiels. Le Parti conservateur décida de faire un pas de plus et de permettre aux cabinets de médecins (GP Fundholders) comptant au moins 9000 dossiers actifs de recevoir un paiement <i>per capita</i>, ceci en plus de leur rémunération courante par capitation. Avec ce <i>per capita</i>, ils prennent en charge les médicaments, les services spécialisés, la chirurgie courante, les hospitalisations non urgentes, et les soins communautaires et à domicile.</p>
<p>Suède</p>	<p>Contrairement à la situation de la Grande-Bretagne, la Suède ne connaît pas une tradition de médecin de famille. C'est le caractère impersonnel des soins de santé qui a motivé la réforme. Elle a expérimenté trois formules de compétition en système public. En principe les premiers soins sont administrés par les médecins et infirmières salariés des centres de santé locaux qui desservent la clientèle d'un territoire précis. Mais, les gens s'adressent personnellement à un spécialiste ou à un hôpital, ce qui a favorisé une tradition de soins hospitaliers. Afin de stimuler l'adoption de comportements plus efficaces, le conseil départemental s'est vu accorder plus d'autonomie. On leur a permis d'adopter de nouvelles méthodes de remboursement des honoraires des médecins (capitation). La régionalisation s'est encore étendue dans certaines zones géographiques ou "chaque secteur de soins médicaux" évalue ses besoins et négocie auprès de fournisseurs les contrats qui permettent d'y répondre. On a majoré les frais modérateurs pour les usagers s'adressant d'eux-mêmes aux spécialistes et aux hôpitaux. Presque la totalité des conseils départementaux ont pris des mesures axées sur la création d'un marché interne entre acheteurs et fournisseurs. L'idée demeure toujours identique : donner directement aux clients la possibilité de sanctionner la qualité des soins reçus et aux fournisseurs de soins de s'organiser afin de proposer des services à prix concurrentiels.</p>