



issa

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | AISS

# Rapport technique 26

---

## Assurance maladie et gestion intégrée des soins (*managed care*)

**Daniel Lenoir**

Directeur général

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

avec la collaboration de

**Monique Vennin-Laird**

Chargée de mission des relations internationales

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

France

---

# **Assurance maladie et gestion intégrée des soins (*managed care*)**

**Daniel Lenoir**

**Directeur général**

**Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)  
avec la collaboration de**

**Monique Vennin-Laird**

**Chargée de mission des relations internationales**

**Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)  
France**

## **Commission technique des prestations de santé et d'assurance maladie et Commission technique de la mutualité 28<sup>e</sup> Assemblée générale de l'AISS, Beijing, 12-18 septembre 2004**

---

L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) est l'organisation internationale mondiale principale qui rassemble les administrations et les caisses nationales de sécurité sociale. L'AISS fournit des informations, des plates-formes de recherche, de l'expertise pour ses membres afin de construire et de promouvoir des systèmes et des politiques de sécurité sociale dynamique à travers le monde. Nombre des efforts déployés par l'AISS pour promouvoir les bonnes pratiques sont mis en oeuvre par ses Commissions techniques, gérées avec l'aide du Secrétariat général par les organisations membres qui les composent.

Ce document est disponible à l'adresse suivante: <http://www.issa.int/ressources>. Les opinions et les points de vue exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de l'éditeur.

## **Résumé<sup>1</sup>**

*Les assurances maladie, qui souhaitent accompagner et renforcer le mouvement des innovations dans les systèmes de santé se penchent vers l'utilisation des modèles de la gestion intégrée des soins.*

*Dans le cadre de ce rapport, nous nous interrogerons sur ce nouveau cadre d'organisation des systèmes de soins qui prône une rationalisation plus avancée du secteur de la santé, empruntant des démarches et méthodes diversifiées selon les pays.*

*Nous examinerons quels sont les choix retenus par les institutions de sécurité sociale. En tant que gestionnaires du risque, elles assument en effet un rôle central dans la mise en place des nouveaux cadres organisationnels et de leur contrôle, permettant une gestion optimisée du secteur de la santé. Cette politique s'inscrit dans les mouvements de responsabilisation des acteurs de la sécurité sociale et dans celui de la modernisation des institutions.*

*Nous prendrons des illustrations issues des expérimentations dans quelques pays (France, Grande-Bretagne, Etats-Unis, Suisse et Chili). A partir de leur enseignement, nous chercherons à montrer les points positifs, les difficultés et les impasses observées dans la mise en oeuvre de la gestion intégrée des soins.*

*Les expériences font apparaître l'impact stratégique à long terme d'un modèle qui devrait favoriser l'intégration de la médecine et certains domaines de la santé publique (prévention). Ce modèle contribue à l'amélioration de la cohérence globale et la performance du système de santé et à une meilleure prise en charge des patients. Cependant, dans l'ensemble des pays qui adoptent cette nouvelle démarche, les débats et les évaluations provisoires restent partagés quant à l'appui apporté au développement de la qualité des soins dispensés et à la régulation des dépenses de santé.*

*La mise en place de ce modèle entraîne de nombreux bouleversements, sur les conditions de la pratique des professionnels de santé, les conditions organisationnelles du système de distribution des soins, sur le contenu des biens et services de santé remboursés par l'assurance maladie. Le rôle de l'assurance maladie se trouve renforcé par l'exigence de la mesure de la performance. En outre son rôle reste central dans la protection des populations (leur information et la protection de la vie privée) les plus fragilisées face aux dérives observables.*

---

<sup>1</sup> Ce rapport a été élaboré avec la collaboration de Monique Vennin-Laird, chargée de mission des relations internationales, mission des relations européennes et internationales et de la coopération de la CNAMTS.

*Cependant à travers les exemples des différentes expériences de gestion intégrée des soins, il faut sans doute considérer que cette approche est l'un des modèles de structuration à utiliser au sein d'une panoplie d'actions. La pluralité des approches, conjuguée à une lisibilité des valeurs sous-jacentes à chaque système d'assurance maladie, représente sans doute l'un des gages de sauvegarde du contrat social toujours présent au sein des systèmes de santé.*

## **Introduction**

Les institutions de sécurité sociale des différents pays du monde se trouvent actuellement placées dans un processus d'adaptation face aux évolutions dans le champ de la santé, engendrées par les mutations démographiques, sociologiques, économiques et du progrès technique. Cette mutation correspond à la nécessité de mieux répondre aux besoins de la population qu'elles protègent. C'est d'ailleurs ce thème qui avait été retenu par l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS) pour l'Initiative de Stockholm en 1998: "Le débat sur la réforme de la protection sociale: à la recherche d'un nouveau consensus".

Dans la plupart des pays, les acteurs s'accordent pour conduire les systèmes traditionnellement dévolus aux soins vers une prise en charge de "la santé globale", s'opposant "aux divisions... entre les activités de santé individuelle et de santé communautaire, entre aspects sociaux et économiques de santé, entre services préventifs et curatifs, entre spécialistes et généralistes, entre secteurs public et privé, entre prestataires et utilisateurs de services de santé".

Dans ce cadre, sont mises en place des expérimentations au niveau microéconomique sur des nouvelles approches de la gestion des soins. Les réformes en cours puisent souvent leurs éléments de référence parmi les concepts de la "gestion intégrée des soins" (managed care), tant au point de vue de l'organisation, que des instruments de gestion et des pratiques de soins.

Dans ce rapport, nous nous interrogerons sur ce nouveau cadre d'organisation des systèmes de soins qui prône une rationalisation plus avancée du secteur de la santé, empruntant des démarches et méthodes diversifiées selon les pays.

Les institutions de sécurité sociale s'intéressent à ces nouveaux modes d'organisation qui s'inscrivent nécessairement dans la maîtrise des dépenses de santé et la préservation des acquis de l'assurance maladie (équité et solidarité) pour l'accès de l'ensemble de la population à des prestations de qualité.

Nous prendrons des illustrations issues des expérimentations dans quelques pays (France, Grande-Bretagne, Etats-Unis, Suisse et Chili) où les organismes chargés de la sécurité sociale se trouvent impliqués. A partir de leur enseignement, nous chercherons à montrer les points

positifs, les difficultés et les impasses observées dans la mise en oeuvre de la gestion intégrée des soins. Nous privilégierons dans cette approche les perspectives de l'un des acteurs, l'assurance maladie, parmi l'ensemble (patients, professionnels de santé, institutions sanitaires).

## 1. Les enjeux

L'enjeu des transformations actuelles pour l'ensemble des acteurs (la sécurité sociale, les patients, les professionnels de santé, l'Etat) est de redéfinir un nouvel équilibre du système de soins. Celui-ci serait décloisonné et porteur d'un nouveau projet (intégrant médecine et santé publique), qui fournirait alors des soins et services nécessaires ainsi qu'une qualité optimale au meilleur coût, en étant garant de l'équité.

Quelles sont les conditions préalables pour sa mise en place et son développement efficace: système d'information, de gestion et médical avec codage des actes, listes de médicaments, coordination des professionnels, formation continue pour garantir les niveaux de qualité et les performances médicales, information du patient, etc.?

La méthode de la gestion intégrée des soins fait-elle ses preuves en tant qu'outil de régulation au niveau micro-économique? Les modes de régulation qu'elle met en oeuvre sont-ils compatibles avec les valeurs qui sous-tendent l'action de la sécurité sociale?

Quel est le niveau d'implication et le rôle de l'assurance maladie dans la mise en place de la gestion intégrée des soins: au point de vue du financement, de la législation, de la mise en place d'expériences de terrain? Dans l'utilisation de cet outil de régulation, sur quels leviers l'assurance maladie s'appuie-t-elle de préférence? Quels sont les points forts et les points faibles qui se dessinent dans les différentes expériences auxquelles elle participe?

## 2. Le cadre de la "gestion intégrée des soins" (*managed care*)

Ce modèle de gestion s'est développé en Amérique du Nord, dans le cadre d'un système économique concurrentiel et d'assurances maladie organisées en programmes public et privé. Les principes théoriques de la gestion intégrée des soins sont relativement bien documentés, depuis son nouvel essor à partir des années soixante-dix. Cependant, dans la pratique on constate qu'il y a autant de formules de gestion différentes, aussi bien aux Etats-Unis que dans les pays dont les structures économiques et politiques sont éloignées du modèle initial.

Une définition large reprenant la terminologie de l'Association médicale américaine (*American Medical Association*) est la suivante: "Un système de gestion intégrée des soins est un ensemble de systèmes et de techniques utilisés par toute entité de délivrance, d'administration ou d'assurance dans le secteur santé, qui contrôle ou influence: l'accessibilité, l'utilisation, la qualité, le coût et les prix des services de santé pour une population

déterminée." Définition très proche de celle de l'Association américaine de santé publique (*American Public Health Association*) qui est la suivante: "Tout système de financement et/ou de distribution organisé dans le but de contrôler l'utilisation des services de santé par ses affiliés, en vue de contenir les dépenses et/ou d'améliorer la qualité."

Cette définition générale intègre les sous-systèmes de:

- financement des soins (une couverture maladie);
- distribution structurée des soins (professionnels de santé, structures de soins) pour une population bien définie (ciblée);
- gestion des soins (contrôle de la qualité des soins et services de santé, de l'utilisation par les patients et des coûts).

Le système de gestion intégrée des soins dépend des caractéristiques du système de santé dans lequel il s'intègre: il n'existe pas un modèle unique. Dans les pays à système de protection sociale obligatoire et où le secteur de la santé se développe sur un modèle économique non concurrentiel, le modèle reprend certains aspects des techniques de gestion microéconomique et non l'économie générale du projet.

L'objectif de ce modèle de gestion est de fournir la meilleure qualité des soins pour chacune des personnes prises en charge, de manière efficiente et au meilleur coût. Il implique également pour les trois principaux acteurs du système (patient, professionnels de santé et financeur) une responsabilisation et des contrôles encadrant les décisions de chacun.

Le système est géré par les financeurs et les prestataires de soins, qui doivent oeuvrer en commun afin d'établir une efficacité économique dans le système de soins.

Les assurances maladie qui mettent en place des systèmes de gestion intégrée des soins privilégient les caractéristiques de gestion du risque maladie suivantes.

## **2.1. Relations avec les patients/assurés**

L'accès du patient est limité aux professionnels et services de santé agréés; s'il veut rester libre de son choix, il sera remboursé sur une base plus faible ou pas du tout. Le patient se trouve impliqué dans la prise en charge de son état de santé dans sa globalité, du stade de la prévention au suivi des prescriptions, jusqu'à l'appropriation des savoirs dans le domaine de la santé et de l'économie. Le patient se trouve investi "d'une culture organisationnelle". Il devient un partenaire à part entière.

## 2.2. Relations avec les professionnels

Les professionnels de santé sont sélectionnés sur la base d'un cahier des charges; leurs pratiques doivent intégrer le cadre des profils de prescription et d'activité (des référentiels professionnels pour le traitement des pathologies les plus courantes sont fournis). Au niveau du premier recours, les médecins généralistes sont chargés de filtrer l'accès aux soins vers les autres niveaux de recours (les spécialistes et l'hôpital).

Ce système exige que leurs décisions médicales soient fondées sur les preuves de leur efficacité (*evidence-based medicine*), que les actes de diagnostic et les traitements répondent au critère de coût-efficacité. Des guides de bonnes pratiques médicales et des références médicales constituent le fondement de la pratique des professionnels. Enfin, une place importante est donnée aux activités de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Outre une pratique répondant aux critères des règles de l'art, les professionnels de santé doivent s'approprier des expertises nouvelles: les savoirs du management, la gestion des données médicales et administratives. Ils sont responsables des données du dossier du patient et de la transmission des données relatives à la gestion du cabinet. Ce niveau de qualification et de performance dans les domaines des savoirs médicaux et de gestion s'appuie sur une formation professionnelle tout au long de la vie. La formation professionnelle continue est vérifiée périodiquement et constitue un requis pour pouvoir continuer d'exercer. Enfin, dans la mesure où les professionnels de santé sont responsables de la qualité des soins, leurs performances sont évaluées et les résultats sont souvent diffusés auprès des autres partenaires, au nombre desquels figurent les patients.

## 2.3. Contrôle des dépenses de soins

Il existe de nombreux types de mécanismes qui permettent de limiter l'accès aux soins et la production d'actes médicaux, comme: un médecin référent de premier recours (*gatekeeper*), qui est chargé de l'orientation des patients vers les consultations de spécialistes, les services hospitaliers et les laboratoires d'analyse. Ou bien, dans le cas de la "gestion par pathologie" (*disease management*), l'ensemble des professionnels concernés définissent les procédures et donc le coût des soins. Les professionnels de santé peuvent bénéficier d'un intéressement financier aux économies réalisées.

Ce système impose aux professionnels de soins, d'assumer la responsabilité du coût et de la qualité de la santé pour le groupe de population spécifique dont ils ont la charge. En conséquence, ils partagent les risques financiers avec l'assureur. Ceci est très différent des relations instaurées traditionnellement entre professionnels de santé et une assurance maladie, où seul l'assureur fait face au déficit en cas de dépassement du budget. Par exemple, les médecins américains sous contrat avec un organisme (*Health Maintenance Organization* (HMO)), en général acceptent un contrat de type "capitation" (c'est à dire une enveloppe fixe par patient et par unité de temps) et ils assument le risque financier en cas de dépassement

pour un certain nombre d'examens et d'actes (radiologie, laboratoire, hospitalisation et soins externes, consultations de spécialistes, prescription de médicaments et paramédicales). Au fur et à mesure que cette responsabilité s'élargit, l'autonomie des professionnels de santé diminue.

## 2.4. L'organisation des soins

La coordination des soins entre professionnels, et entre les services ambulatoires et hospitaliers est privilégiée, l'objectif étant de permettre une utilisation optimale de l'ensemble des ressources du système de soins.

Dans ce système, le rôle de l'assurance maladie est renforcé en ce qu'elle se trouve en position d'exiger une mesure des performances pour laquelle les professionnels fournissent des informations régulières.

## 3. Les enseignements de quelques pays

### 3.1. Les Etats-Unis: un système complet de gestion intégrée des soins

En tant que modèle initial, le modèle américain offre une perspective sur une longue durée, dans le cas d'une économie de marché où les soins de santé sont un service marchand sans autre spécificité. Ces dernières années, la croissance continue du coût des soins a conduit les employeurs américains à soutenir le développement de l'option de la gestion intégrée des soins.

C'est un système où les professionnels de santé passent des contrats à durée déterminée avec les assureurs dans le cadre d'un plan de santé (*managed care plan*). Ils entrent alors dans des types d'organisation structurée: les réseaux (*managed care organizations*) dont le modèle le plus complet est celui des HMO<sup>2</sup>. Les médecins signent des contrats d'exclusivité avec les assureurs (*HMO group model*) ou bien sont leurs salariés (*HMO staff model*).

Les patients recourent aux professionnels de santé agréés qui figurent dans leur couverture d'assurance santé: soit, dans les réseaux de type HMO, où ils sont contraints de consulter les professionnels de santé du réseau et ils sont remboursés sans faire l'avance des frais; soit, dans les réseaux de type prestataires indépendants agréés (*Preferred Provider Organization (PPO)*).

---

<sup>2</sup> Le HMO est une organisation qui intègre les acteurs du réseau de soins au sein d'une même organisation pilotée par un client-payeur (l'assureur est lui-même producteur de soins et contrôle toute la chaîne). Il existe plusieurs types de couvertures santé:

- Des assurances santé de groupe que les entreprises souscrivent pour leurs salariés auprès d'une ou plusieurs compagnies d'assurance, sur la base d'une capitation (parfois ajustée à l'âge et au sexe, mais non ajustée aux antécédents médicaux). L'employeur prend en charge environ 75 pour cent de la prime et le salarié, le complément.
- Des assurances santé individuelles proposées par les HMO ou les assureurs classiques.
- Des assurances créées par certains Etats (*high risk pool*) pour assurer les personnes qui ne peuvent obtenir une assurance sur le marché de l'assurance individuelle.



D'autres options sont offertes: le "point de service" (*Point of Service* (POS)) le patient a la liberté de consulter les médecins de son choix (hors du réseau) et désigne l'un d'entre eux chargé de coordonner ses soins (les cotisations sont plus élevées et les remboursements plus faibles). Enfin, des couvertures santé proposent une liberté de choix des professionnels et un mode de remboursement à l'acte (*Fee for Service* (FFS)).

Les prestations et services de soins distribués dans ces systèmes intégrés de soins sont définis précisément par l'assureur, pour chacun des niveaux de recours de soins (du primaire au tertiaire). Cela permet de garantir aux assurés et aux professionnels de santé une meilleure efficacité des prestations.

Parmi les principaux outils de la gestion intégrée des soins, nous pouvons citer:

- La gestion par pathologie (*disease management*) au travers des prescriptions médicales: les professionnels de santé identifient les personnes à risque, les prennent en charge par des protocoles de traitement et de suivi de l'évolution de leur cas.
- La gestion par cas (*case management*): le patient est pris en charge dans un réseau de soins où il doit recevoir les soins les mieux adaptés à son cas et au meilleur coût.
- L'analyse systématique des actes et prestations réalisés (*utilization review*): s'appuie sur un large éventail de programmes et de protocoles qui doivent assurer que tous les services et les soins reçus par les patients sont médicalement nécessaires et fournis aux meilleurs coûts appropriés aux cas. C'est une méthode de formation des professionnels qui conduit à homogénéiser leur pratique avec celle de leurs confrères et correspondants dans le système de santé.

L'ensemble de ces outils repose sur des systèmes d'information médicaux et administratifs performants. La gestion intégrée des soins est une organisation complexe qui nécessite la mise en place d'un système d'information de gestion (*Management Information System* (MIS)) permettant la publication de données et de rapports périodiques sur les différents aspects des programmes.

Ces outils peuvent être considérés comme apportant une innovation dans le système de soins en ce qu'ils ont contribué à diminuer deux types de gaspillage: la demande de soins superflue et l'inefficacité qui résulte de la mauvaise allocation des ressources. Des performances sont observables dans plusieurs domaines: la diminution des taux d'admission hospitalière, la durée de séjour, l'utilisation de procédures moins coûteuses, un plus grand recours aux soins préventifs et plus globalement, des économies sur les coûts des soins.

Cependant, de nombreux points posent problème, en particulier dans le domaine de l'accès aux soins et de l'équité: les excès de l'économie marchande dans le secteur santé conduisent à donner la priorité à la maîtrise des coûts et à la recherche de profits.

D'une part, les assurances santé situées dans le secteur concurrentiel, se sont engagées dans le processus de fusions, acquisitions et endettement, d'autre part, la pression des employeurs a favorisé la concurrence entre les polices d'assurances des entreprises de gestion intégrée des soins et polices d'assurances santé traditionnelles. Ceci a conduit à une auto sélection par l'assuré lui-même d'une couverture maladie faible, la moins onéreuse. Les "bons risques" ou malades peu coûteux ont eu tendance à migrer vers les contrats de gestion intégrée des soins, ce qui a conduit à la disparition des contrats d'assurance santé de type traditionnel.

Si l'on considère le secteur de l'assurance maladie gouvernementale (*Medicaid*), qui avait fait son entrée dans le système de gestion intégrée, les problèmes se sont posés différemment. Outre la professionnalisation nécessaire de ses gestionnaires (négocier des contrats, construire des réseaux de fournisseurs de soins, enrôler les assurés, développer des nouvelles méthodes de paiement) les efforts de maîtrise des dépenses des agences de *Medicaid* se sont trouvés confrontés au désengagement des professionnels de santé pour la prise en charge des personnes à revenu faible (les incitatifs financiers étant jugés trop faibles, comme le niveau de la capitation).

Enfin, dernière conséquence, il a été nécessaire de mettre en place des "filets de protection" pour les groupes de populations à risque et fragiles (femmes enceintes, mères, nouveau-nés, enfants et personnes âgées) non couvertes par une assurance maladie, sous forme d'assurance maladie prise en charge par les différents Etats.

On constate l'apparition de contraintes pesant sur les patients les plus fragiles conduisant à une modification du recours aux soins (recours tardif aux professionnels de santé); et des contraintes sur les professionnels de santé: l'allocation des ressources avec incitatifs financiers conduit au plan de l'éthique médicale à des conflits d'intérêts (la baisse des remboursements de soins conduisant à des baisses de durée de séjour); une perte d'indépendance dans l'exercice de la pratique qui est fortement encadrée et qui fait l'objet de contrôles administratifs très lourds.

### **3.2. La France: de la coordination des partenaires à la contractualisation**

Constatant l'insuffisance de la prise en charge dans divers domaines due à un cloisonnement du système de santé, en particulier pour les maladies chroniques, la dépendance et la médecine préventive, les divers acteurs du système de santé ont développé, d'abord de manière informelle des réseaux de soins dans les années quatre-vingts, puis de manière formelle des réseaux "ville-hôpital" au début des années quatre-vingt-dix. Cela a conduit le législateur à reconnaître ces nouvelles formes d'organisation des soins en leur donnant un cadre juridique. "Cette reconnaissance, constitue une étape importante dans la recherche d'une rationalisation du système de santé français (...) les nouvelles orientations développent un schéma centré sur la demande (...) elles sont fondées sur la prise en compte de la pathologie, en proposant une coordination des diverses activités de soins."

En 1996, des textes de valeur législative ont créé deux catégories d'organisations de soins, sur le champ ambulatoire: les réseaux et filières de soins expérimentaux (dits "réseaux Soubie"), avec souvent, des dérogations aux règles de prise en charge des assurés et de rémunération des professionnels de santé libéraux et, sur le champ hospitalier, des réseaux agréés par les directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation. En 2002, la loi relative "aux droits des malades et à la qualité du système de santé" a introduit une définition unique des réseaux, les "réseaux de santé", et impose des critères de qualité pour les réseaux faisant appel au financement public. Ces critères de qualité ont en effet été définis par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

La loi de financement de la sécurité sociale (2002) substitue à la logique expérimentale existante, la généralisation des réseaux. Parallèlement est instituée une enveloppe de financement assurant leur pérennité, dont le montant modeste en 2002 (23 millions d'euros) dépassera 100 millions d'euros en 2004.

L'assurance maladie a régulièrement manifesté son attachement aux mesures favorisant la coordination des pratiques des professionnels de santé, la continuité des soins et la complémentarité de l'offre de soins, considérant que les réseaux de soins et plus largement les réseaux de santé<sup>3</sup> constituaient l'un des outils essentiels de cette démarche.

C'est surtout à partir de 2000, que les différents régimes d'assurance maladie ont soutenu les projets d'expérimentation (plus d'une cinquantaine). La Mutualité sociale agricole a mis en place un réseau gérontologique destiné à maintenir à domicile, les personnes âgées dépendantes. Ce réseau qui est décliné sur 19 sites locaux, allie la complémentarité entre la ville et l'hôpital avec l'ouverture de l'hôpital au médecin généraliste, la coordination entre l'ensemble des intervenants du réseau, entre le secteur sanitaire et le secteur social<sup>4</sup>.

La question de leur évaluation demeure une préoccupation majeure pour les acteurs régionaux (Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)) comme pour les acteurs nationaux (assurance maladie et Ministère) qui participent à la politique de développement des réseaux.

En 2001, un rapport de l'ANAES concernant l'évaluation des réseaux avait souligné la difficulté d'ajustement dans le temps de la coordination entre les promoteurs de réseaux et les participants institutionnels.

---

<sup>3</sup> "Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou à la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de 'réseau de santé' inclut celle de réseau de soins", ANAES, Mission évaluation réseaux de soins, octobre 2001.

<sup>4</sup> Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Direction de la santé: rapport d'activité "organisation d'un réseau gérontologique" (2002) et rapport d'évaluation (juillet 2003).

Le bilan élaboré par les URCAM souligne les axes de progrès à développer. Cependant la démarche était reconnue par l'ensemble des partenaires comme positive et incontournable pour l'avenir. Des propositions d'amélioration et de développement de la coordination ont été proposées pour dynamiser les réseaux: offrir un soutien logistique aux promoteurs et prévoir des moyens de fonctionnement pérennes; créer un outil d'information et d'orientation sur le système de soins pour les professionnels et les assurés (afin d'impliquer l'usager dans le système de soins).

Certains outils de la gestion intégrée des soins ont été privilégiés par l'assurance maladie: ainsi, le passage du patient par le "médecin référent", chargé de l'orienter vers d'autres prestataires de soins. Inscrite dans les conventions à partir de 1997, cette option prévoit que le médecin généraliste adhérent prend un certain nombre d'engagements en échange d'une rémunération forfaitaire globale et annuelle par patient.

Le patient qui se fidélise auprès de ce généraliste et s'engage à le consulter en première instance, est dispensé de l'avance des frais pour ses soins et bénéficie des tarifs fixés par la convention. L'efficacité du système sur le plan médical et économique passe par la "fidélisation" du patient. Par ailleurs, cette obligation de fidélité et de suivi encourage le professionnel de santé à investir dans un système d'information performant utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

D'autres outils de la gestion intégrée des soins ont été mis en oeuvre par l'assurance maladie avec l'accord des professionnels de santé: comme les références de pratiques médicales reconnues comme scientifiquement et économiquement plus efficaces et moins coûteuses, les références médicales opposables (RMO) (loi de 1993). Elles doivent figurer chaque année dans une annexe à la convention médicale. Ces références médicales étaient au nombre de 243 en 1998 dont 77 concernant directement la prescription de médicaments et couvrant, en valeur, 48 pour cent des ventes de médicaments remboursables.

Depuis 1996, les références professionnelles dans le domaine du médicament sont établies par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) à partir des évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché et apprécier le service médical rendu<sup>5</sup>. Les recommandations de bonne pratique disponibles à ce jour concernent dix domaines<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> L'Ordonnance relative à "la maîtrise médicalisée des dépenses de soins" (1996), la constitution de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et la transformation de l'Agence du médicament en Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), ainsi que les dispositions relatives aux relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professionnels de santé (1999) ont modifié de façon importante la nature, le champ et les modalités d'actualisation des RMO ainsi que la production de nouveaux référentiels de bonne pratique.

<sup>6</sup> Elles sont disponibles sur le site Internet de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ([www.agmed.sante.gouv.fr](http://www.agmed.sante.gouv.fr)).

Plus récemment, les "Accords de bon usage des soins" (AcBus) ont pour objectif de faire évoluer les pratiques médicales, de manière collective. Constatant que certaines visites au domicile des patients ne sont pas médicalement justifiées, l'assurance maladie et les médecins conventionnés se sont accordés pour favoriser les soins dispensés au cabinet du médecin. L'accord prévoit une majoration de l'acte médical uniquement lorsque l'état de dépendance du patient est conforme à des critères, médicaux ou sociaux. Pour la première année, l'objectif est d'obtenir, au niveau national, une diminution de 5 pour cent du nombre des soins hors cabinet. Constatant qu'il existe de fortes disparités régionales, les parties signataires prévoient une déclinaison régionale de l'action, laissant aux régions le soin de définir les critères de la visite médicalement justifiée.

La coordination des acteurs reste liée, outre à une meilleure organisation du système de soins, à la mise en oeuvre de différents outils de communication: la mise en place d'un dossier du patient (bilans, plans de soins, etc.), des systèmes d'information adaptés au suivi des pratiques professionnelles (communication sécurisée pour les informations sur le patient), l'interopérabilité des systèmes d'information des réseaux de soins, un document médical de liaison et d'échange entre le médecin et son patient<sup>7</sup>.

La place et le rôle de l'assurance maladie dans le développement de la gestion intégrée des soins se sont mieux affirmés. Elle s'engage à poursuivre son action à travers le développement de relations conventionnelles nouvelles avec les professionnels libéraux.

En définissant les droits et les engagements réciproques des professionnels de santé et des caisses, les conventions s'inscrivent bien dans une démarche d'optimisation médicalisée des soins: volonté commune de s'impliquer dans l'amélioration des performances du système de soins et dans sa bonne utilisation par les patients (convention 2003).

### **3.3.La Grande-Bretagne: l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes**

La première réforme des années quatre-vingt-dix du Service national de santé (*National Health Service* (NHS)) anglais avait introduit les outils de gestion intégrée des soins en distinguant les acheteurs de soins, comme les groupements d'achats formés par des médecins généralistes (*General Practitioner Fundholders*) et les producteurs de soins, les hôpitaux.

Cependant, les dérives de ce système de "marchés internes" avaient conduit à un fléchissement de la qualité des soins, dû à des pressions sur le patient et les professionnels de santé. De ce fait, un autre modèle a été promu.

---

<sup>7</sup> Convention nationale médicale, l'assurance maladie (janvier 2003): le document médical de liaison est la propriété du patient qui choisit le médecin chargé de le tenir à jour (mise en service en 2004).

Actuellement, la responsabilité des achats de soins revient à des structures déconcentrées de soins de premier recours (*Primary Care Trusts*), du Système national de santé. Ces organismes ont pour rôle: l'achat de soins hospitaliers, l'organisation des soins primaires par contractualisation avec l'ensemble des médecins généralistes de leur région, la coordination des prises en charge médicale et sociale de la population<sup>8</sup>.

L'originalité tient en ce que le contrat d'exercice est passé entre le NHS et le cabinet médical (*practice-based contract*). Il comporte des indicateurs de suivi de la qualité des soins et de la rémunération associée. Cette auto régulation prend place dans une pratique médicale de groupe. Celle-ci repose sur une tradition puissante d'évaluation de la qualité des soins, un contrôle des coûts des prescriptions de médicaments et "des contrôles croisés" entre médecins ambulatoires et hospitaliers.

L'innovation majeure de la nouvelle réforme réside dans le renforcement de la qualité des soins dispensés par la mise en place d'une évaluation régulière et systématique des pratiques des professionnels de santé, la revalidation, tous les cinq ans, s'appuyant sur des évaluations annuelles.

Les critères de l'évaluation définissant la bonne pratique médicale (*Good Medical Practice*) sont établis par le syndicat professionnel des médecins généralistes. Chaque année le résultat de l'évaluation individuelle permet de définir un plan d'accompagnement du médecin (par une formation continue) pour conduire l'amélioration de sa pratique professionnelle.

### **3.4. La Suisse: la responsabilisation du patient**

En Suisse, la Loi fédérale sur l'assurance maladie universelle (LAMal, 1995) avait mis en place des modèles de gestion intégrée des soins, l'un limitant le choix des fournisseurs de prestations, l'autre plus ouvert, offrant des formules de franchises et bonus pour les patients "économiques". La pluralité des modèles d'assurance reste privilégiée. Les autorités sanitaires ont considéré que les assurances maladie et les organisations de soins pourraient responsabiliser le patient (et consécutivement faire diminuer les dépenses de santé).

Les diverses mesures de responsabilisation des assurés ont pour finalité de les sensibiliser aux dépenses de santé. Parmi les mesures incitatives engagées on peut citer les suivantes: les assureurs échangent des franchises plus élevées que la franchise ordinaire contre des cotisations moins élevées; si l'assuré ne demande aucun remboursement au cours d'une année, il bénéficie de bonus (comptabilisés sur une durée de cinq années); si l'assuré accepte de consulter un médecin "surveillant" (*gatekeeper*) il bénéficiera d'une réduction de ses cotisations maladie.

---

<sup>8</sup> Chevrier-Fatome, C. 2002. Ministère des Affaires sociales, France: rapport no 105 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

La mise en place d'un programme de deuxième avis médical vise également à influencer le comportement du patient: en s'engageant à demander un deuxième avis médical avant une opération dite élective, il bénéficie d'une baisse de ses cotisations.

En complément des incitations financières, les réseaux de soins développent des efforts importants dans le domaine de la formation et de l'information relatifs à la prévention. De même, afin de mieux impliquer les patients, certains réseaux de soins ont mis en place des comités consultatifs de patients chargés de définir cette "offre de formation aux patients".

### **3.5. Le Chili: la réorientation vers la solidarité et l'équité**

Les différentes réformes du secteur de la santé et de la protection sociale mises en place au Chili ont eu une grande influence dans les différents pays d'Amérique Latine en ce qu'elles ont expérimenté une large gamme d'innovations.

En effet, des réformes radicales ont débuté dans les années quatre-vingts introduisant le secteur privé et la décentralisation, en une période très brève.

Les assurés ont eu à choisir entre les 35 organismes d'assurance maladie privés (*Isapres*) et le système public (*Fondo Nacional de Salud*).

Depuis 1990, une évaluation des impacts des réformes a montré la nécessité de réorienter les programmes d'assurance maladie privés et de les encadrer, afin de limiter la sélection des risques et promouvoir l'équité.

Les mesures ont concerné principalement: la suppression des périodes de non-couverture pour certains risques, la limitation de la sélection de certains risques liés aux consommations d'alcool, etc., l'aménagement du droit de résiliation des assurances privées pour les assurés (en cas d'augmentation des primes et de maladies coûteuses).

L'expérience du système d'assurance maladie du Chili, à l'instar de nombreux autres systèmes d'assurance maladie, avait donné la priorité aux questions financières comme moteur principal dans ses réformes. Son expérience fait porter l'attention sur les principes directeurs qui sous-tendent les secteurs public et privé: l'assurance maladie publique est garante de la notion selon laquelle la santé est un droit fondamental de l'homme. Quant à l'assurance privée, elle considère la santé comme un éventail de risques, pour laquelle l'assurance est une activité économique rémunératrice.

Car "rares sont les signes prouvant que les économies nationales qui pratiquent ce système hybride (systèmes croisés public et privé) ont été en mesure de contrôler les coûts tout en améliorant la couverture, l'état de santé, la productivité, la satisfaction du client et l'égalité"<sup>9</sup>.

## 4. Discussion

Les assurances maladie, qui souhaitent accompagner et renforcer le mouvement des innovations dans les systèmes de santé, se penchent vers l'utilisation des modèles de la gestion intégrée des soins.

Les expériences mises en oeuvre font apparaître l'impact stratégique à long terme d'un modèle qui devrait favoriser l'intégration de la médecine et certains domaines de la santé publique (prévention). Ce modèle contribue à l'amélioration de la cohérence globale et la performance du système de santé et par-là même, à une meilleure prise en charge des patients.

Cependant, dans l'ensemble des pays qui adoptent cette nouvelle démarche, les débats et les évaluations provisoires restent partagés quant à l'appui apporté au développement de la qualité des soins dispensés et à la régulation des dépenses de santé.

La mise en place de ce modèle entraîne de nombreux bouleversements et implications, sur les conditions de la pratique des professionnels de santé, les conditions organisationnelles du système de distribution des soins, sur le contenu des biens et service de santé remboursés par l'assurance maladie et ceux couverts par l'Etat.

Force est de constater qu'il s'agit d'un effort de modernisation du secteur de la santé: outre de décloisonner le fonctionnement des professionnels entre eux et des services de soins, il s'agit également de décloisonner les structures institutionnelles et administratives.

Le rôle de l'assurance maladie se trouve renforcé par l'exigence de la mesure de la performance. En outre son rôle reste central dans la protection des populations (leur information et la protection de la vie privée) les plus fragilisées face aux dérives observables.

C'est d'ailleurs dans la perspective de l'accroissement de la participation des assureurs privés dans le contrôle de l'offre de soins que certains pays, dont la France, ont voté des lois sur les droits des patients répondant aux préoccupations relatives à la responsabilité des prestataires et à la confidentialité des données.

A travers les exemples des différentes expériences de gestion intégrée des soins, il faut sans doute considérer que cette approche est l'un des modèles de structuration à utiliser au sein d'une panoplie d'actions. La pluralité des approches, conjuguée à une lisibilité des valeurs

---

<sup>9</sup> Dror, D.M. 2000. "Réformer l'assurance maladie: une question de principe?", *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 53, no 2, Association internationale de la sécurité sociale.



sous-jacentes à chaque système d'assurance maladie, représente sans doute l'un des gages de sauvegarde du contrat social toujours présent au sein des systèmes de santé.

## Références

### International

AISS. *Revue internationale de sécurité sociale* (en particulier, séries de 1998 à 2003), Association internationale de la sécurité sociale.

—. *L'avenir de la protection sociale, Conférence de Stockholm, 29 juin-1er juillet 1998*, Fédération suédoise des offices d'assurance sociale (sous la direction de).

Bocognano, A.; Couffinhal, A.; Grignon, M.; Mahieu, R.; Polton, D. 1998. *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé: théorie et bilan des expériences étrangères*, Centre de recherche en économie de la santé/Institut national de la statistique et des études économiques (CREDES-INSEE), novembre.

Bryant J.H. et coll. 1997. "L'éthique, l'équité et l'actualisation de la stratégie OMS de la santé pour tous", *Forum mondial de la santé*, vol. 18, no 2, Organisation mondiale de la santé.

Observatoire européen des systèmes de santé (<http://www.euro.who.int/observatory>).

Scheil-Adlung, X. 1998. "Réglementation des dépenses de santé par des mesures d'incitation: observations et analyse comparative entre pays de l'OCDE", *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 51, no 1, pp. 115-152.

Simonet, D. 2003. "Managed care et assurance traditionnelle: une comparaison de la qualité des soins", *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 56, no 1, pp. 117-129.

### Chili

Infante, A. 1997. "Les réformes du secteur de la santé: priorités et enveloppes de prestations", *Forum de la santé*, vol. 18, no 2, Organisation mondiale de la santé.

Jack, W. 2000. "Health Insurance Reform in four Latin American Countries", *Policy research working paper*, no 2492, Banque mondiale.

Kifmann, M. 1998. "L'assurance maladie privée au Chili: assurance complète ou assurance complémentaire pour prestations ambulatoires?", *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 51, no 1, pp. 153-169.

### France

ANAES. 1999. *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Art. L162-31-1 du code de la sécurité sociale.

Bocognano, A. et coll. 1999. "Concurrence entre assureurs, prestataires et monopole naturel", *Economie et Statistique*, no 328.

Bourgueil, Y. et coll. 2001. "Evaluation des réseaux de soins – enjeux et recommandations", *Rapport no 1343*, CREDES et Groupe Image de l'École nationale de la santé publique (ENSP).

- Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Direction de la santé. 2002. Rapport d'activité, action expérimentale, organisation d'un réseau gérontologique, juillet.
- CNAMTS. Circulaire inter-régimes 30.12.2002: "Réseaux de santé", Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
- Dorfiac-Laporte, C. 2003. "Le réseau de soins", *Regards*, no 23, Centre national d'études supérieures de sécurité sociale (CNESSS).
- FAQSV et CNAMTS. 2002. Le financement des actions de coordination des soins de ville: rapport d'activité, Fonds d'aide à la qualité des soins de ville et Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
- Gadreau, M. 2002. Lettre du Collège des économistes de la santé, septembre 2001. Rapport d'activité du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
- Grignon, M. 2001. *Quel impact du mode de régulation sur la performance en assurance maladie?*, CREDES.
- La loi du 4 mars 2002 relative "aux droits des malades et à la qualité du système de santé", art. 84: "les réseaux de santé".
- Le Pen, C. 1998. "Gérer le risque maladie", *Les cahiers de l'assurance*.
- Les réseaux hospitaliers agréés par les directeurs d'ARH: art. L6121-5 du code de la santé publique.
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (art. 36).
- Majnoni d'Intignano, B. 2001. *Economie de la santé*, Presses universitaires de France.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 2000. *Quel système de santé à l'horizon 2020?*, cf. chapitre "La protection sociale", DATAR-CREDES, édité par La Documentation française, octobre, pp. 60-70.
- Mills, C. 1998. *Regards*, no 15, Centre national d'études supérieures de sécurité sociale (CNESSS), novembre.
- Ordonnances du 24 avril 1996. "Les réseaux et filières de soins expérimentaux".
- de Pourvouville, G. 2001. "Réseaux et filières: approche économique et application au système de soins", séminaire Institut d'études politiques, Paris.
- Sandier, S. 1999. "Le managed care et l'argent", *Filières et Réseaux*, no 29-30, août-septembre.
- Viñas, J. M. 1998. "Réseaux de santé et gestion du risque", *Actualité et dossier en santé publique* (ADSP), no 24, septembre.

## Suisse

- CNAMTS. 2000-2002. Série de rapports de la Mission recherche internationale sur le système de santé en Suisse, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
- Cristofari, J.J. 1998. "Suisse: les modèles alternatifs coûtent moins cher", *Filières et réseaux*.
- Dumont, J.P. 1999. "Les réseaux de soins coordonnés en Suisse", *Note et documents no 12*, Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Bourgogne.

## Etats-Unis

- American Association of Public Health (<http://www.apha.org>).

American Medical Association (<http://www.ama.org>).

Chaperon, J. et coll. 2000. "Les 'Primary Care Physicians' Américains", *Journal d'économie médicale*, octobre.

Lavollay, M. 1998. "L'assurance maladie aux Etats-Unis", *Regards*, no 15, Centre national d'études supérieures de sécurité sociale (CNESSS), novembre.

Nash, D.B. et coll. 2001. *Connecting with the new health care consumer: defining your strategy*, Aspen Publishers, Etats-Unis.

Wait, S. 1997. "Le glossaire du managed care", *Filières et réseaux*.