

Epilogue

Quelle issue pour le «Managed Care » en Suisse après l'échec de la 2eme révision de la LAMal ?

Les raisons d'un échec

L'échec de la deuxième révision de la LAMal démontre la difficulté d'adapter le système de santé, même de manière sectorielle, aux défis économiques et sociaux du moment. En effet, comme tous les grands systèmes sociaux, les systèmes de santé de santé sont le reflet d'un ensemble de modalités organisationnelles issues d'un compromis, à un moment donné, des valeurs et des croyances des différents acteurs du système (Bourdieu, 1994). Ainsi, pour notre système de santé, la LAMal fut un compromis acceptable entre les différentes valeurs et croyances des acteurs et des groupes politiques de l'époque. La LAMal a stabilisé, cristallisé une certaine modalité organisationnelle ainsi qu'un « champ de pouvoir ».

« Les modalités organisationnelles constituent la structure légale, administrative, matérielle du système. Il s'agit de tous les mécanismes qui définissent, d'une part, comment les ressources matérielles sont allouées par la collectivité et, d'autre part, comment l'autorité et les formes de pouvoir sont distribuées. Cela se concrétise, entre autres, par les lois, les règlements, la jurisprudence définissant les rôles , les fonctions, les obligations des différents acteurs, le volume, le type et l'organisation des ressources, ainsi que les modalités de financement, de paiement des services et des ressources. » (Contandriopoulos, 1996)

Les changements proposés dans la deuxième révision de la LAMal bouleversaient, de fait, deux pôles importants au niveau des valeurs et des croyances de certains acteurs.

En premier lieu, cette révision se proposait de modifier fortement la forme de régulation du système de santé, en introduisant des mécanismes de concurrence entre les assureurs et les fournisseurs de soins et en donnant plus de pouvoir aux caisses maladie. La nouvelle LAMal s'orientait, ainsi, vers un modèle de régulation plus fortement tourné vers le marché que vers le jeu démocratique.

Ceci n'a pas échappé à la gauche du parlement qui s'est vue refusée, par ailleurs, plusieurs objectifs sociaux proposés lors des travaux parlementaires.

En second lieu, l'abandon de l'obligation de contracter, le transfert de responsabilité financière aux professionnels de soins, la mise en place de vastes réseaux de soins et le pilotage du système par les seules caisses d'assurance maladie, redistribuaient fortement le rôle, le pouvoir et le mode d'allocation du tandem assureurs- médecins.

Ceci n'a pas non plus échappé aux professionnels de la santé qui avaient menacé le parlement d'un référendum en cas d'acceptation de cette révision.

Que proposait la révision ?

Plusieurs articles figurant dans cette deuxième révision permettaient, incontestablement, de développer certains instruments de « Managed Care » ainsi qu'un système de santé plus concurrentiel. Plus de libéralisme, plus de règles issues de l'économie de marché permettraient de maîtriser l'augmentation des dépenses de santé. Les hôpitaux publics et privés devaient être à terme en concurrence et les deux secteurs financés par le biais des prestations. Les réseaux de soins de type HMO étaient inscrits en force dans la nouvelle loi qui définissaient leurs modes de fonctionnement et leurs responsabilités notamment budgétaire. Les fournisseurs de prestations n'auraient plus été admis à travailler à la charge des assureurs maladie s'ils n'avaient pas conclu un contrat avec ces derniers et s'ils ne faisaient pas partie d'un réseau de soins (fin de l'obligation de contracter).

L'articulation des différents articles contenus dans ce projet de loi aurait soutenu le développement de grandes assurances de type HMO concurrentes sur le montant des primes et sur la qualité des soins dont le pivot auraient été les caisses d'assurance maladie. Cette révision heurta fortement la sensibilité des groupes politiques attachés aux valeurs sociales et favorables à un contrôle public du système de santé. Le pouvoir conféré aux assurances maladie et la régulation par la logique du marché mobilisèrent les tenants de la logique professionnelle.

Un constat universel

Dans tous les pays, les systèmes de santé connaissent les mêmes tensions liés à l'augmentation des dépenses de santé et les principaux objectifs en matière de réforme est d'assurer la maîtrise des coûts, d'améliorer l'efficacité et d'assurer, ainsi, à l'ensemble de la population une médecine efficace et de qualité.

Le système de santé suisse n'échappe pas à cette douloureuse réalité occultée jusqu'à présent en raison, de la complexité de son organisation, de son fédéralisme et de la nécessité de prendre en compte l'ensemble des sensibilités politiques. Les lobbies ont, également, une grande influence au sein du parlement bloquant tout changement majeur, notamment à des transformations touchant l'allocation des ressources. L'échec de cette deuxième révision en est un exemple.

Comme Daniel Finsterwald le suggère dans le présent travail, grâce à l'intervention de quelques pionniers et leaders, la Suisse a pu, toutefois, mettre sur pied quelques expériences intéressantes de « Managed Care ». Mais, encore trop timide pour atteindre un

seuil critique suffisant et donner, ainsi, une impulsion à des réformes plus en profondeur.

La présente **analyse de l'origine et de l'évolution du « Managed Care » en Suisse** permet de montrer les difficultés à introduire des processus de changement au sein du système de santé. Le jeu des acteurs est puissant et les coalitions difficiles à vaincre. Il existe en plus deux écueils majeurs supplémentaires : l'absence de culture de santé publique et une méfiance pour les théories issues des sciences économiques au nom d'une prétendue contradiction entre l'économie et l'éthique ou la déontologie médicale. Il n'existe, en Suisse, aucun grand centre de recherche universitaire en économie de la santé.

Mais, cette analyse démontre, aussi, que des changements, même, mineurs en terme d'allocation des ressources et de responsabilisation peuvent entraîner des modifications potentiellement majeurs en terme d'efficacité et de qualité. Les expériences menées en Suisse ont, d'ailleurs, été suivies avec intérêt chez nos voisins (Sécurité Sociale, 2002)

L'échec de la deuxième révision de la LAMal et l'enlisement des débats politiques au sujet des réformes à envisager vont avoir un effet fortement délétère sur la maîtrise des dépenses de santé. Il faut s'attendre à une progression soutenue de l'augmentation des primes d'assurance maladie pour ces prochaines années et des conflits douloureux entre les différents acteurs du système.

L'expérience des pays de l'OCDE montre qu'il est nécessaire de développer des politiques de régulation volontariste pour tenter de concilier une couverture des soins universelle et une efficacité. Cette régulation passe nécessairement par « la mise en place simultanée de plans d'actions complémentaires que sont les politiques de maîtrise des dépenses basées sur des instruments de rationalisation macro-économique et de mesures de maîtrise médicalisée des dépenses au niveau micro-économique. »(Majnoni d'Intignano, 2001). Le « Managed Care » est un instrument de régulation micro-économique.

Quel avenir pour le « Managed Care » en Suisse ?

Aujourd'hui, l'ensemble des observateurs sont unanimes pour conclure que la situation actuelle ne peut plus durer mais paradoxalement , même si on imagine (structures cognitives et mentales) les transformations souhaitables, on n'arrive pas à modifier les structures organisationnelles. Il existe, de plus en plus, un décalage entre les structures organisationnelles existantes et les structures cognitives.

Les deux questions auxquels nous devons répondre sont celles qui consistent à savoir, en premier lieu, si les instruments du « Managed Care », sujet de ce travail, peuvent être utile à réguler notre système de santé et, en second lieu, à savoir comment, dans le « champ de pouvoir » qui résulte de l'interaction de l'ensemble des partenaires, il est possible de prendre des décisions qui peuvent modifier durablement les modalités organisationnelles actuelles.

« La question qui se pose est donc de savoir quelles seraient les transformations qui seraient possibles de mettre en oeuvre et qui, une fois faites, ouvriraient en quelque sorte la voie à des transformations plus importantes. Il s'agit, en prenant une autre image, de repérer quels sont les verrous qui empêchent le système d'évoluer et de commencer par intervenir sur les modalités organisationnelles spécifiques qui bloquent des évolutions plus importantes » (Contandriopoulos, 2002)

Le but est d'implanter, progressivement, des politiques qui transforment le système de santé dans l'intérêt de l'ensemble de la collectivité. Mais, cet objectif ne pourra être atteint que si les changements envisagés remettent en cause le système de valeurs et les intérêts des principaux groupes d'acteurs qui profitent du statut quo actuel.

Quelles seraient les transformations possibles à mettre en oeuvre ?

Quels sont les verrous qui empêchent le système d'évoluer ?

Les instruments du « Managed Care »

Il existe de nombreuses techniques de régulation à disposition des politiques de santé. « Selon qu'elles s'appliquent à la demande ou à l'offre de soins, ou encore aux rapports entre elles, on en dénombre sept. Au niveau micro-économique, une seule agit uniquement sur la demande : la participation financière des malades et leur information. Les régulations classiques agissent plutôt sur l'offre : planification des moyens et contrôle des prix, médecin de famille *gate keeper* et filière de soins organisées, enveloppes globales. Toutes les techniques de régulation récentes agissent à la fois sur l'offre et la demande, voire le financement. Le « Managed Care » et la concurrence en sont deux exemples particulièrement parlants. Au niveau macro-économique, la régulation porte essentiellement sur les sources de financement et la dépense globale. » (Madjoni d'Intignano, 2002)

Le « Managed Care » n'est qu'un instrument parmi d'autres pour maîtriser les dépenses de santé. Il s'agit essentiellement d'une technique d'optimisation micro-économique. Cette gestion des soins qui a été baptisée en France « maîtrise médicalisée » « consiste à imposer les résultats de l'évaluation scientifique et économique des techniques dans la pratique médicale courante qui privilégie alors les soins les plus efficaces et/ou les moins coûteux ».

Cette gestion des soins a été introduite en Suisse depuis une dizaine d'années dans différents réseaux de médecin de famille avec le principe du médecin *gate keeper*. Par exemple, à Genève, le réseau Delta utilise plusieurs outils : l'évaluation scientifique de type Evidence Based Medicine, les cercles de qualité, le suivi des maladies fréquentes et/ou coûteuses, la prévention et la réduction des risques, l'utilisation des médicaments génériques ou encore la justification des hospitalisations.

De plus, ce réseau a accepté de travailler sur un mode de capitation c'est-à-dire de responsabilité budgétaire.

L'échec lié à la deuxième révision de la LAMal ne remet pas en cause ces pratiques, elles sont inscrites dans la loi actuelle.

Les autres techniques de régulation

Il existe d'autres techniques de régulation qui vont de la planification sanitaire et du contrôle des prix à la mise en place de filière de soins et d'enveloppes budgétaires. La concurrence organisée ou les « marchés planifiés » sont des exemples de régulation introduit dans les systèmes de santé anglais et suédois.

« Les mécanismes de marché et la concurrence permettent l'expression des préférences des consommateurs, incitent les producteurs à réduire leurs coûts et à répercuter les effets du progrès techniques dans leurs prix ». On sait aussi que de nombreuses raisons théoriques (asymétrie d'information) interdisent de les appliquer à la demande de santé.

Les expériences menées dans différents pays de l'OCDE suggèrent que la concurrence ne pourra se faire qu'à l'intérieur du secteur public ou en aval d'un financement public.

Les différentes expériences menées suscitent des réflexions mitigées.

C'est bien ce point particulièrement délicat qui a posé problème lors du vote final et motivé le refus de cette deuxième révision.. Les mécanismes de concurrence proposés n'étaient pas suffisamment encadrés et n'offraient aucune garantie pour se prémunir de la sélection des risques et de la sélection des professionnels ou des hôpitaux les moins onéreux sans tenir compte des pathologies prises en charge.

Avant d'introduire dans un système de santé des incitatifs financiers, il est important d'en évaluer toutes les implications :

Des assureurs en concurrence sont-ils réellement à même d'exercer une pression sur les offreurs de soins et d'obtenir des gains de productivité sans sélection des risques ?

Des fournisseurs de soins en concurrence continueront-ils d'offrir une accessibilité aux soins à tous les patients ?

Hormis les méthodes de marché et de concurrence, d'autres techniques sont utilisées dans le secteur hospitalier : la comptabilité analytique, le benchmarking, le financement par APDRG (financement selon les prestations fournies en fonction de groupes homogènes de patient) ou encore d'autres indicateurs d'efficience.

La mise en place du TarMed procède de la même logique : benchmarking, controlling financier, budget global...

Que proposer sur le plan politique

La proposition de Mr Couchepin d'organiser une vaste concertation procède d'une stratégie qui pourrait être appelée de « bon sens ». Toutefois, elle est légitime dans le champ social qui nous préoccupe..

Comme mentionné précédemment l'enjeu est de comprendre comment un acteur va changer ses comportements, ses conceptions et ses relations avec les autres acteurs de façon à ce que puissent émerger de nouvelles coalitions. Ainsi, ces nouvelles coalitions d'intérêts entre les acteurs devraient permettre une réorganisation des ressources et de l'autorité. Nous avons vu dans le travail de D. Finsterwald que l'introduction de certains mécanismes de « Managed Care » a modifié les collaborations entre des groupes de médecins et des assureurs.

A ce stade, « l'enjeu consiste à trouver quels sont les verrous qui devront être supprimés pour amener les acteurs à s'engager dans un processus, qui à terme, transformera de façon importante le système ». (Contandriopoulos, 2002)

Dans notre système de santé on pourrait suggérer plusieurs pistes

La première idée novatrice serait de gérer l'ensemble du budget de la santé de manière non étatique, sans opter pour autant pour une gestion par le marché et le profit. Il faut opter pour des formes de gestion plus proche des unités politiques locales, plus proche de la réalité, plus souple, à l'exemple de la Hollande ou du Québec. Cette gestion devrait être confié à des groupes d'intérêt public ou même privés, mais privés « non profit ».

Cette décentralisation devraient aboutir à la mise en place au niveau organisationnelle d'entité opérationnelle vers la création de réseaux de soins intégrés responsables de budgets liés aux besoins de la population desservie. Le financement de ces entités pourraient provenir des budgets publics et de l'assurance maladie. Les assureurs continueraient de pratiquer l'assurance obligatoire des soins. Un fond de compensation de l'assurance obligatoire des soins (qui tendrait lieu de fond de réserve, identique à l'AVS, l'AI ou l'assurance chômage) serait créé. La concurrence entre assureurs pourrait alors se faire sur la qualité des services offerts. L'autorité politique définissant le montant des primes.

Les réseaux de soins constituent pour de nombreux auteurs, experts et professionnels de la santé l'avenir du système sanitaire et hospitalier.

« La mise en œuvre des réseaux de soins représentent un changement fondamental dans l'organisation du système sanitaire d'un pays, caractérisé par la segmentation des pratiques en différentes spécialisations médicales et le refus d'une vision collective de la santé et de la maladie ». (Bolgiani, 2002)

De nombreux type de réseaux sont décrits dans la littérature et expérimentés dans les divers pays de l'OCDE. Le canton de Vaud a formalisé une forme de réseau dans sa Nouvelle Orientation de Politique Sanitaire. Ces réseaux de soins ressembleraient dans leur mode d'organisation, de gouverne et de financement au

Les instruments du « Managed Care » tentent, *in fine*, de voir émerger des réseaux de soins intégrés et/ou des réseaux de médecins de famille. Le principe est de rémunérer le réseau pour l'ensemble des soins fournis à une population d'assurés définis. Le budget sera déterminé «per-capita» selon le type de population (âge, sexe, hospitalisation antérieure, autres critères).

Le principe du médecin de premier recours est obligatoire pour accéder à l'ensemble des services de santé. Le patient bénéficie en adhérant à un réseau d'une réduction de ses primes maladies de 20%.

Plusieurs études mettent en évidence que ce type d'organisation est capable de réduire les dépenses et d'améliorer la qualité des soins fournis. Les médecins « gate keeper » ont parallèlement une obligation de formation continue au sein de « cercles de qualité ».

Ces mécanismes imposent une meilleure collaboration entre les offreurs et évitent l'inévitable demande induite dans un système de soins soumis aux paiements à l'acte. Ils incitent, également, à la prévention, suppriment en partie les actes redondants et le recours à une médecine spécialisée et curative inutile.

Il existe plusieurs constats au sein des systèmes de santé : fragmentation des soins , besoins non répondus, utilisation inadéquate des ressources.

Le réseau de soin permet grâce à un réarrangement organisationnel de mieux répondre aux changements épidémiologiques, techniques et économiques tout en maîtrisant les ressources disponibles. Il s'agit d'une nouvelle forme d'expertise et d'intelligence collective dont les objectifs sont la coordination et l'intégration des soins. Pour donner une chance à la création de réseau il est nécessaire de mettre en place des conditions cadre législatif et surtout financier pour induire un processus dynamique.

Il s'agit bien d'introduire les mécanismes du « Managed care » tels que décrits dans la présente analyse.

Les belles incantations ne suffisent pas !

Il est indispensable de modifier non seulement les flux et les incitatifs financiers mais aussi la gouverne et les responsabilités pour développer de nouvelles références en matière de collaboration et de transparence entre tous les acteurs.

Les outils du « Managed Care » ne résolvent pas tous les problèmes liés à la complexité des êtres et des systèmes mais ils permettent d'apporter une réponse partielle à l'absence d'efficience actuelle. Nombreuses questions restent ouvertes et devront être soumises à des sujets de recherches :

qui ou quelle structure devrait être le pivot d'un réseau de soins pour gagner en gouverne

et en légitimité ? Comment calculer le montant des budgets prospectifs pour assurer ensuite l'efficacité des réseaux de soins ? Comment les différents incitatifs financiers et les formes d'organisation utilisés dans les outils du « Managed Care » influencent le comportement des fournisseurs de soins ? Quel rôle vont jouer les nouvelles technologies de l'information ?

Mais comme le rappelle Robert G Evans : «En réalité, les mécanismes incitatifs et les réglementations font partie du contexte institutionnel dans lequel s'organisent 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).

Le changement ne pourra venir ni des mesures autoritaires, ni des seules forces du marché. Il pourra se faire que lorsque les acteurs auront adopté de nouveaux modèles intellectuels permettant d'imaginer et de rêver une autre logique pour appréhender la complexité, celle de l'interdépendance et de la collaboration.

Dr. Philippe Schaller