

Les réseaux de soins coordonnés (R.S.C.) : Propositions pour une réforme profonde du système de santé

R.-J. LAUNOIS *, B. MAJNONI D'INTIGNANO **,
V.-G. RODWIN *** et J.-C. STÉPHAN ****

NOTRE système d'assurance maladie et d'organisation des soins constitue un acquis indéniable. Il a aussi produit ses propres défenseurs. Ils ont avantage à ce qu'il se perpétue en l'état. Toute proposition visant à modifier la politique sociale pour satisfaire de nouveaux besoins ou répondre différemment aux mêmes besoins se heurte à des résistances nombreuses. Ainsi, tout conforte les partisans du statu quo. Si l'on n'y prend garde, le prix politique de l'innovation risque d'être très élevé [1]. Cela n'empêche qu'il faut parfois dépasser les conflits idéologiques et non seulement réfléchir à des réformes de fond, mais aussi mettre en place des expériences nouvelles.

Nous sommes attachés au caractère généralisé et obligatoire de l'assurance maladie en France. Contrairement aux États-Unis, nous ne connaissons pas les problèmes posés par des compagnies d'assurance maladie ou des Health Maintenance Organizations (H.M.O.)¹ qui tâchent de se renvoyer le mauvais risque et d'écrémer ainsi le marché des soins médicaux. Cependant, notre système de santé présente également des problèmes de structure aussi bien sur le plan de son organisation que sur le plan de son financement.

* Professeur à l'université de Rennes I.

** Professeur à l'université de Paris XII. Conseiller économique aux Hôpitaux de Paris.

*** Professeur à l'école d'Administration publique de l'université de New York.

**** Directeur général du Centre national de l'Équipement hospitalier (C.N.E.H.).

1. Dans un H.M.O., un contrat forfaitaire de protection globale de la santé est passé entre des usagers volontaires et des producteurs de soins. En contrepartie d'un paiement forfaitaire anticipé, les adhérents sont soignés gratuitement. Le H.M.O. établit une double concurrence entre les systèmes de financement et les professionnels de la santé. Les règles de fonctionnement sont définies par le *H.M.O. federal Act* de 1973. L'exemple le plus connu de H.M.O. est la « Kaiser permanente » de Californie.

Rien dans le système actuel n'incite les producteurs de soins à faire des économies tout en maintenant, voire en améliorant, la qualité. En ce qui concerne son organisation, le système de santé se caractérise par l'hospitalo-centrisme et l'absence de liens institutionnels entre la médecine ambulatoire et les hôpitaux. En ce qui concerne son financement, c'est un système inflationniste : les producteurs de soins sont incités à maximiser leurs activités. Les médecins sont conduits à accroître les volumes d'actes (surtout médico-techniques et diagnostiques). Les hôpitaux sont également conduits à accroître leurs activités. Même ceux qui, financés par dotation globale, cherchent à justifier de plus gros budgets ou à minimiser les restrictions budgétaires.

L'enquête menée par l'E.N.S.M. (C.N.A.M.T.S.) sur les personnes âgées dans les établissements de soins et d'hébergement montre une médicalisation excessive qui nécessite un excédent de lits hospitaliers [2]. La note d'orientation de la direction des Hôpitaux du 24 juin 1984 suggère de réduire le nombre de lits quand le taux d'occupation n'atteint pas 85 % en médecine et chirurgie, 80 % en gynéco-obstétrique. Le projet de loi sur les alternatives à l'hospitalisation propose de créer des « services de soins gradués à domicile » (S.G.A.D.). En définitive, c'est dans l'esprit de favoriser la réduction des taux d'hospitalisation au profit de formules plus légères que ces mesures sont actuellement préparées et discutées.

C'est précisément dans ce sens que nos propositions de réforme pourraient être poursuivies. L'idée de rationaliser le secteur de la santé n'a rien de nouveau, ni en France, ni en d'autres pays industrialisés [3]. C'est sur le plan d'une stratégie de réforme que nous proposons une innovation profonde. Contrairement à une stratégie de régulation concertée (budgets globaux, suppressions de lits hospitaliers, conventions avec les médecins) nous envisageons une stratégie de marché.

Afin de promouvoir une allocation efficiente des ressources, nous proposons de transformer les modalités de financement et l'organisation des producteurs de soins. A la place de mécanismes de remboursement à partir de coûts rétrospectifs, nous proposons l'introduction du remboursement a priori per capita. A la place d'une multiplicité de producteurs de soins travaillant tous indépendamment des uns des autres, nous proposons la création de réseaux de soins coordonnés (R.S.C.).

Dans la première partie de cet article, nous expliquons le caractère pervers des mécanismes de remboursement traditionnels dans les systèmes de santé. Dans la deuxième partie, nous énonçons six principes sur lesquels reposent nos propositions de réforme. Enfin, dans la troisième partie, nous faisons des propositions concrètes pour une expérience R.S.C. et nous anticipons les enjeux socio-politiques.

I. *Le remboursement des soins médicaux : des mécanismes pervers*

1. LE REMBOURSEMENT A PARTIR DE COÛTS RÉTROSPECTIFS EST INFLATIONNISTE

1.1. Le remboursement des médecins

En ville, le médecin est payé à l'acte par son client. Ce mode de rémunération comporte une logique curieuse sur laquelle on s'interroge rarement. Le revenu du praticien est, en effet, le produit du tarif par le nombre d'actes.

Ce revenu ne dépend pas de l'efficacité des soins. Le médecin est à la fois l'expert qui conseille son client, et lui dit ce dont il a besoin, et le producteur de soins. Plus on consomme de soins et plus son revenu augmente. La logique est que le médecin le plus riche soit celui dont les patients sont malades et le plus pauvre celui qui guérit.

Deux facteurs concourent à pousser à consommer toujours plus d'actes médicaux : *l'incertitude* quant au résultat et la *présence de l'assurance*. Pour diminuer le risque de mauvais diagnostic ou d'échec thérapeutique, le médecin demandera toujours plus d'examens diagnostiques. Comme l'assurance rembourse, rien ne le pousse à mettre en balance la diminution du risque et le supplément de coût. C'est ce que les Anglo-Saxons appellent « moral hazard » [4].

Un troisième facteur pousse à « surconsommer » certains actes : *les politiques tarifaires* des assurances maladies.

Lorsqu'elles ont voulu *restreindre les prix unitaires*, elles ont provoqué une multiplication des actes qu'elles maîtrisent alors rarement. L'exemple de la convention française entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux est parlant. La négociation de monopole bilatéral entre ces deux protagonistes a bien limité l'évolution des honoraires. Mais la procédure des profils médicaux est inefficace. C'est un contrôle par les pairs — motif déontologique. Elle consiste à comparer les prescriptions individuelles à la moyenne; le médecin qui prescrit au-dessous se sent libre de, sinon poussé à, prescrire plus. Celui qui prescrit au-dessus se justifie toujours. Ainsi, la moyenne augmente et devient la norme — conséquence économique.

Lorsque les assurances maladies ont cherché à maîtriser les prix en imposant ou en négociant des *grilles d'honoraires* (lettres clés en France, *Fee-schedules* imposées par les assurances publiques ou privées américaines), elles ont poussé à multiplier les actes les plus rentables. Or, les prix relatifs des différents actes sont souvent évalués en fonc-

tion de leur niveau technologique [5]. Ils sont rarement en rapport avec leur coût marginal réel. Aux États-Unis, les actes de petite chirurgie ou les actes des médecins de ville à l'hôpital se sont développés très vite pour cette raison : ils étaient « rentables » parce que remboursés à un tarif supérieur au coût marginal pour le médecin qui les pratique. G. Monsma a trouvé que les patients payant à l'acte étaient plus souvent opérés que ceux qui payent de toute autre façon [6].

Enfin, les tarifs des actes techniques sont souvent fixés lorsqu'une procédure médicale nouvelle apparaît. La cotation est difficile à modifier par la suite. M. Blumberg a montré qu'au début du cycle de vie d'une technique — scanner, angiographie — le coût est élevé. Les appareils sont chers et les équipes disponibles rares. Quand ces procédures se généralisent, des économies d'échelle permettent de faire baisser le prix de revient des équipements et le savoir-faire se diffuse [7]. Rien, toutefois, ne pousse alors à revoir le tarif en baisse ! Le revenu de la profession médicale est donc presque toujours trop élevé lorsqu'il s'agit d'actes complexes mais courants : radiologie, électrocardiographie, échographie.

1.2. Le remboursement des hôpitaux à partir d'un tarif de la journée

A l'hôpital, le *tarif de la journée* était partout évalué à partir du prix de revient moyen d'une journée. Celui-ci est tiré de la comptabilité analytique de l'année précédente, puis ajusté pour tenir compte de l'inflation prévue et de l'évolution attendue de l'activité. Son calcul est simple. On peut l'exprimer de deux façons différentes selon que le dénominateur (nombre de journées) est calculé en fonction des paramètres d'offre (nombre de lits) ou de demande (admissions, durée de séjour).

Ce calcul a toujours été celui du ministère qui en France a exercé la tutelle sur les hôpitaux et fixé autoritairement les prix de journée jusqu'en 1984. Il est aussi la base du remboursement des séjours à l'hôpital par les assurances aux États-Unis.

Le budget annuel d'un hôpital financé au prix de journée est égal au produit du prix unitaire par le nombre de journées réalisées.

Les paramètres sur lesquels la direction et le corps médical peuvent agir à court terme pour augmenter leur budget sont le taux d'occupation, la durée du séjour et donc le nombre de journées [8].

- Le directeur est donc *poussé à faire des journées* pour ajuster ses recettes à ses dépenses.

- Le prix de journée est inflationniste parce qu'il *décourage les gestionnaires* de rechercher le meilleur prix. Avec le progrès médical, la durée de séjour peut baisser et les soins du début du séjour s'intensifient. Le coût moyen de la journée s'élève. Le bon gestionnaire, du

point de vue médical et collectif, est pénalisé du point de vue financier. Son budget tend à être en déséquilibre et son prix de journée augmente ! Or, ce prix est le critère sur lequel le juge sa tutelle.

- La majorité des hospitaliers sont de bons gestionnaires, puisque les durées de séjour baissent spontanément et vite partout. En contrepartie, les *déficits sont structurels*. Cette situation est démobilisante. Elle pousse les gestionnaires à rechercher des performances ailleurs : dans le domaine de la haute technologie, du prestige des équipes médicales et de la renommée.

Aucune concurrence ne se développe pour rechercher un bon rapport qualité-prix. La concurrence pousse au prestige, au suréquipement, à un prix de revient toujours plus élevé [9]. C'est un fait d'observation courante aux Etats-Unis, très suréquipés en hôpitaux et en moyens techniques lourds. Chaque hôpital a tendance à choisir un *référént scientifique* prestigieux et à aligner ses objectifs d'équipement et de personnel sur lui, quels que soient les besoins réels des malades. A l'hôpital comme dans toutes les bureaucraties [10], le pouvoir du chef est fonction du nombre de ses troupes et des équipements qu'il contrôle ! Les aspirations des gestionnaires et des médecins concordent à cet égard. *L'effet d'imitation* prime sur la recherche de la productivité et de l'efficacité. Partout les investissements médicaux sont prioritaires par rapport aux investissements de productivité et de gestion [11].

La juxtaposition d'une *tarification unitaire* et d'un *remboursement a posteriori* pousse à la croissance des dépenses [12]. Il ne faut pas incriminer les acteurs. Chacun est pris dans un faisceau d'incitations financières et se comporte logiquement par rapport à celles-ci. Ce sont les mécanismes de financement qui dictent les comportements. Pour les modifier il suffit de les changer. De nouvelles modalités de financement ont bien été imaginées mais elles n'incitent pas plus que les précédentes à l'optimisation des choix.

1.3. Le budget global de type administratif dit « descendant »

C'est une dotation globale annuelle versée par le district en Angleterre, par une caisse-pivot en France depuis 1984. Le budget de l'année courante est estimé à partir du budget de l'année précédente, augmenté pour suivre l'inflation et les salaires. Les projets d'investissement, la recherche, l'enseignement sont parfois l'objet d'une dotation spéciale.

Les conséquences de ce financement sont bien connues :

- c'est un *puissant moyen de rationnement*. Grâce à lui et au fait que le système de santé anglais est dans son ensemble budgétisé, les dépenses de santé britanniques ne dépassent pas 6 % de la production. Grâce à lui les dépenses françaises n'augmentent plus que de 10 % par an contre 18 % il y a quelques années. Le Canada a, lui aussi, un budget hospitalier global qui a permis de maîtriser la croissance des dépenses de santé qui demeurent inférieures à 8 % du P.N.B. Les actes

médicaux hospitaliers restent payés à l'unité et sont de ce fait hors de contrôle. Cependant, ce mode de financement présente un certain nombre d'inconvénients;

— le budget global *fige la situation* des établissements les uns par rapport aux autres. C'est le cas en France où le « taux directeur » national est imposé à tout le monde — ou presque —, faute de clés de répartition entre les hôpitaux en fonction de leur activité. C'est moins vrai en Angleterre où les régions et les districts s'appuient sur des données démographiques et de morbidité pour répartir les budgets régionaux [13];

— le budget global est *conservateur*. L'argent va là où des institutions existent; ce n'est pas là que sont le plus souvent les besoins. Cette tarification favorise la permanence des hôpitaux plutôt que leur évolution. Il est facile d'avoir des crédits pour reconduire l'existant, difficile pour le transformer.

Les hommes ne sont pas favorables au changement et les mécanismes financiers ne les y poussent pas, alors qu'il faudrait de plus en plus redéployer les moyens pour suivre l'évolution rapide des besoins.

2. LES TARIFS DE REMBOURSEMENT PROSPECTIFS REPRÉSENTENT DES ESPOIRS LIMITÉS

Échapper à la situation d'observateur contraint de payer, c'est le rêve des entreprises qui financent les cotisations, des ministères qui doivent prendre en charge les personnes âgées et indigentes, et de tous les régimes d'assurance maladie [14]. Une offensive en ce sens se développe. On ne rembourserait plus après : on imposerait ou on négocierait avant un *tarif prospectif*. Deux vastes expériences se déroulent aux États-Unis où les systèmes de remboursement prospectifs prennent des allures de planche de salut.

2.1. Le *Tax Equity and Fiscal Responsibility Act* (TEFRA)

En 1982, le Congrès américain a étendu une expérience qui a démarré, à l'origine, dans l'État du New Jersey. L'expérience du New Jersey consiste à rembourser les hôpitaux à partir d'un classement en 468 groupes de diagnostic, homogènes par rapport aux coûts qu'ils engendrent (Diagnosis Related Group, D.R.G.) [15]. En 1983, ces principes sont appliqués au programme d'assurance maladie pour les personnes âgées et handicapées (Medicare). Ainsi, Medicare verse une somme forfaitaire par malade hospitalisé (le coût standard du D.R.G. déclaré, en tenant compte des différences de prix entre régions). Ce tarif est prospectif, de droit, c'est-à-dire établi avant que le malade entre à l'hôpital.

En France, l'expérience P.M.S.I. (Projet de médicalisation des systèmes d'information) tente de mettre en place dans trente hôpitaux qui font l'expérience une comptabilité de prix de revient de type D.R.G. A

ce jour, on ne parle pas de passer à l'étape suivante : fixer les budgets en fonction des groupes de diagnostic.

Le financement prospectif par D.R.G. est un progrès certain par rapport au prix de journée. L'hôpital est incité à choisir les procédures de soins les moins coûteuses. Par exemple à développer la chirurgie de jour qu'il est rentable de pratiquer dans le nouveau système alors qu'elle était coûteuse dans l'ancien, ou à promouvoir des formules légères de prise en charge des personnes âgées qui sont très profitables au regard des standards de coût hérités du précédent système qui était très médicalisé. Dans les années à venir, une commission nationale fixera chaque année le taux de croissance des forfaits en tenant compte de l'inflation.

Déjà on décèle les changements de comportement que suscite cette nouvelle tarification :

- elle incite à *réduire les durées* de séjour. En deux ans celles-ci ont diminué de deux jours en moyenne;

- mais en contrepartie, elle pousse à *augmenter le nombre* d'admissions et donc à fractionner les séjours. On peut alors recevoir plusieurs fois le forfait. Déjà certains taux d'admission augmentent alors que dans le passé ils avaient tendance à diminuer;

- à terme, elle risque d'inciter au *surclassement* des diagnostics. Il faudrait être bien incorruptible pour ne pas le faire quand une appendicectomie avec complication rapporte 4 584 \$ et une simple 3 070 \$. Mais déjà les systèmes informatiques apprennent à déceler la triche appelée « D.R.G. creep » [16];

- enfin, elle pourrait mener à la *sélection de la clientèle* rentable et la *spécialisation* à outrance. Selon les valeurs données aux différents forfaits et les moyens dont dispose l'établissement, le coût interne sera supérieur, égal, ou inférieur à la norme D.R.G.

Dans le premier cas, il y a un risque de voir les hôpitaux refuser les malades et se spécialiser dans ceux qui correspondent au troisième. Déjà des cabinets de consultants leur proposent de les aider à faire le tri.

Plus grave, le jeu de la *concurrence par le prestige* et la haute technologie risque d'être renforcé au détriment de la concurrence par le prix de revient des soins. Si, en effet, les normes D.R.G. sont supérieures aux coûts, ce qui est vraisemblable puisque, aux U.S.A., les hôpitaux sont dans l'ensemble mal gérés, beaucoup vont faire des profits avec l'amélioration de la gestion. Leurs préoccupations vont les inciter, comme par le passé, à attirer des médecins plus prestigieux plutôt qu'à abaisser leurs prix. Les coûts vont donc augmenter à long terme, jusqu'à ce qu'ils atteignent les forfaits proposés. Ainsi, les coûts risquent de converger vers les normes D.R.G. et les baisses de prix de revient pourraient bien ne pas être répercutées [17];

— enfin, la tentation sera grande de *reporter sur la médecine de ville* le maximum de charges : investigations et surveillance pré- et post-hospitalières.

2.2. Les contrats entre entreprises, assurances et producteurs de soins privilégiés (Preferred Providers Organization, P.P.O.)

Les entreprises américaines ainsi que les sociétés d'assurance recherchent des producteurs de soins qui acceptent de fournir à leurs employés des soins de ville à un tarif préférentiel. En contrepartie, elles leur garantissent une clientèle. Ainsi les primes d'assurance exigées des employeurs sont moins élevées tandis que la participation des assurés au coût des soins est plus faible. Ces contrats préférentiels se multiplient. Le salarié et l'entreprise obtiennent un « prix discount » mais le malade doit, pour en bénéficier, s'adresser aux seuls médecins agréés par le P.P.O. Lorsqu'il a recours à des praticiens non agréés il perd les avantages qui lui étaient consentis. Le remboursement du médecin se fait à l'acte. Le principe est proche de celui de la convention française. La différence est que le tarif est un prix de marché où règne une forte concurrence, négocié directement entre des médecins, des entreprises et des compagnies d'assurance maladie. Les médecins sont très nombreux aux États-Unis, comme partout en Europe. Cela les pousse à rechercher les contrats P.P.O. et cela fait baisser les prix. Toutefois, rien n'incitera à limiter le nombre d'actes aux besoins médicaux. Ce n'est ni la vocation des entreprises, ni des compagnies d'assurance traditionnelles, et elles n'en ont pas la capacité.

*
**

Tous les principes de financement ou de remboursement décrits ci-dessus ont des effets pervers. Certains sont recherchés par les groupes auxquels ils confèrent liberté ou pouvoir : les tarifs à l'acte et à la journée par les médecins et les hospitaliers, les budgets globaux par l'administration centrale. Tous provoquent des comportements anti-économiques, au détriment du malade ou de la collectivité. La raison en est simple. Tous correspondent à des politiques sectorielles. Or, le coût de la santé c'est le coût d'une filière de soins, qui comporte prévention, médecine de famille, de spécialité, hôpital parfois. Ces soins sont complémentaires et interdépendants; ce qui compte, c'est le résultat final et le coût de l'ensemble. C'est le rapport coût-efficacité de toute la filière de soins.

Les systèmes de paiement sectoriels concernent l'un des maillons de la filière et exercent une influence sur les comportements des soignants et des malades. Chaque politique est partielle et dénature certains besoins. A vouloir trop limiter les honoraires de ville, on pousse à demander trop d'investigations biologiques et radiologiques, au détriment de l'observation clinique attentive. Ou encore, on pousse à hospitaliser sans raison. A vouloir trop restreindre les prix pharmaceutiques,

on décourage la recherche. A limiter le tarif des consultations externes des hôpitaux, on encourage l'hospitalisation. Dans ces trois cas, le résultat peut fort bien être un coût total, par malade, supérieur.

Par tradition, les assurances maladies se sont intéressées aux tarifs unitaires des actes ou aux budgets des institutions, pas au coût total de chaque malade et rarement à la qualité des soins. Elles engendrent ainsi un cercle vicieux qui en même temps fait leur fortune. Le progrès technique rend les soins plus coûteux. Cela amène la population à s'assurer ou à exiger un financement public, qui la couvre toujours mieux. Cette couverture accrue justifie à son tour que le corps médical demande des services encore plus chers et nombreux. De ce fait, les payeurs collectifs, privés ou sociaux, cherchent à limiter les tarifs de remboursement. Les effets pervers de ces politiques provoquent un hyper-développement du lobby médical et de son activité. Chacun, et c'est normal, produit plus de soins plutôt qu'une bonne santé [18]. Ce cercle vicieux existe dans les systèmes de santé libéraux comme nationaux. Il provient des mécanismes de financement, lesquels n'intègrent jamais l'ensemble de la filière de soins [19].

II. Les principes d'une réforme

L'expérience nouvelle que nous proposons adapterait le système de remboursement actuel dans le but d'inciter à intégrer l'ensemble de la filière de soins. L'expérience repose sur six principes.

1. LE MAINTIEN DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le principe de l'expérimentation proposée ne remet pas en cause les prélèvements obligatoires de la Sécurité sociale. Sur le plan des recettes, le système actuel reste en place. Les cotisations continuent d'être versées en pourcentage des salaires. Leur répartition entre part patronale et part salariale reste inchangée et tous les mécanismes de compensation entre les régimes subsistent. La mise en œuvre des propositions faites ne dépend pas des réformes de financement du système. Elle s'écarte en cela des principes qui sous-tendent le plan de santé au choix du consommateur du professeur Enthoven [20], à savoir :

- La suppression des ^{contributions}~~cotisations~~ patronales. La distinction entre part employeur et part salariale disparaît, la part du salaire correspondant aux contributions actuelles des entreprises est incorporée dans le salaire versé.
- La liberté de choix de l'organisme assureur. Chaque année les assurés souscrivent un contrat d'assurance auprès des mutuelles, ou des compagnies d'assurance qui leur paraissent offrir les meilleurs services.

● L'institution d'un *crédit d'impôt* au seul bénéfice des assurés. De la réintégration des cotisations dans le revenu, résulte un élargissement des ressources imposables et par conséquent des plus-values fiscales à barème inchangé. Au lieu de limiter cette surimposition l'État doit, selon le professeur Enthoven, tirer parti des facilités qu'elle offre pour aider les individus à acquitter leurs cotisations. Un crédit d'impôt est ouvert à tous les contribuables qui ont souscrit une police d'assurance. Son montant est suffisamment élevé pour inciter les individus à cotiser. Il n'atteint jamais 100 % afin d'éviter que la contribution étatique ne se présente sous la forme d'un dû illimité.

Cette partie du plan Enthoven n'est pas transposable au cas français, même si certaines propositions patronales ou médicales s'en inspirent (cf. le projet de l'Union nationale pour l'avenir de la médecine) [21]. La France a un système de protection sociale universelle et obligatoire dont ne disposent pas les Américains. Il s'agit moins pour elle de découvrir les mécanismes subtils qui pourraient inciter les consommateurs à se protéger contre les risques morbides sans y être forcés par la puissance publique, que d'améliorer l'efficacité des producteurs de soins dans le cadre du système de protection sociale existant.

2. LA MODERNISATION DE L'APPAREIL DE SOINS PAR LA CRÉATION DE R.S.C.

Le système de santé actuel ne comporte aucune incitation à l'optimisation des choix et des moyens employés. Il impose à la collectivité une série d'externalités dont l'effet est de réduire le bien-être social par rapport à ce qu'il aurait pu être si les ressources avaient été mieux employées. Pour mettre fin à ces dysfonctionnements, il faut créer des réseaux de soins coordonnés (R.S.C.) animés par le médecin de famille et choisis par le malade, afin d'utiliser au mieux les complémentarités des différents secteurs de santé.

Chaque médecin dispose actuellement d'un réseau de correspondants et entretient des relations privilégiées avec des laboratoires ou des structures d'hospitalisation. Cet ensemble de liens confraternels ou de relations informelles définit des filières de soins au sein desquelles le malade évolue en fonction des orientations dont il est l'objet [22].

Il y a donc bien une véritable « chaîne » qui couvre la totalité des besoins de la population. Cependant, la multiplicité des intervenants compromet la continuité des soins et empêche de bonnes liaisons entre la médecine de ville et le secteur hospitalier. Aucun prestataire de service n'est responsable de la santé de son client au-delà de son champ de compétence propre. Le malade est donc exposé à cette médecine morcelée, plus préoccupée des organes que des individus, qui est dénoncée par le rapport Gallois. La non-articulation du système, indépendamment du préjudice qu'elle porte au malade sur le plan médical, est également un facteur de croissance des coûts. La différenciation des

règles tarifaires, qui découpent les structures sanitaires en autant de territoires de soins séparés, conduit les différents secteurs à ignorer superbement les conséquences de leurs actions dès lors qu'ils n'en supportent pas directement les effets. Pourquoi intégreraient-ils dans leur calcul des coûts qu'ils n'ont pas à régler ou les avantages dont ils ne retirent aucun bénéfice ? Comment un généraliste pourrait-il chercher à tout prix à éviter une hospitalisation inutile alors qu'il ne perçoit absolument rien sur les milliers de francs qu'il permet d'économiser ? La mise en place des R.S.C. est une réponse institutionnelle qui permet de résoudre ces problèmes.

L'objectif d'une politique d'implantation de R.S.C. est de limiter le recours à l'hospitalisation en modulant le degré de médicalisation des soins, et d'éviter les gaspillages en recherchant, par la concentration des équipements et des services, à produire les mêmes prestations à un coût moindre. Le précédent américain des H.M.O. montre qu'un tel objectif peut être atteint. Les H.M.O. ont bien réussi à répondre aux besoins sanitaires de la population qu'ils desservent à un coût inférieur de 10 à 40 % en moyenne à celui de toute autre organisation bénéficiant d'un remboursement des soins [23]. Ces performances s'expliquent partout par une diminution des taux d'hospitalisation (— 40 % en moyenne) et par une planification rigoureuse des moyens en médecins et en équipements.

La santé des malades n'est pas compromise pour autant. Les chercheurs de l'école de Santé publique de John Hopkins ont analysé 27 études comparant la qualité des services dans les H.M.O. à celle offerte, dans le système traditionnel. Sur 80 mesures séparées sur la qualité, les H.M.O. se montraient supérieurs dans 53, égaux dans 19 et inférieurs dans 8 [24]. Ces résultats et les innovations organisationnelles qui en permettent l'apparition sont bien connus des spécialistes. Mais il ne suffit pas d'appeler de ses vœux un exercice coordonné de la médecine, fusse en prévoyant deux niveaux de concertation [25], encore faut-il mettre en place un dispositif juridique et financier qui en permette l'émergence.

3. LA PROMOTION DE LA MÉDECINE GLOBALE

La santé n'est plus simplement l'absence de maladie diagnostiquée ou diagnosticable. C'est aussi l'absence de facteurs de risque tels que l'anxiété, le tabagisme, la surcharge pondérale et la présence de facteurs positifs liés aux comportements et aux modes de vie personnels.

Cette globalité de la santé exige une prise en charge totale de l'individu et suppose que tous les professionnels de la santé, médecins ou non, contribuent à sa défense.

• Dorénavant, « le médecin doit sortir de ses compétences de *technicien de la maladie* pour devenir un *artisan de santé* » [26]. Il est nécessaire qu'il intègre une attitude préventive dans sa pratique professionnelle ».

— ¹¹ *sur le plan individuel*, celle-ci s'exprime par une attention particulière aux facteurs et aux conditions qui prédisposent à la maladie afin d'en prévenir l'apparition chez le patient qui consulte;

— ¹² *sur le plan collectif*, elle implique de la part du médecin une vision plus globale de la communauté dans laquelle sa pratique se situe.

L'activité du médecin ne doit pas se limiter à des actions isolées auprès de ses clients. Elle doit s'inscrire en fonction d'objectifs précis dans le contexte de programmes d'action destinés à des populations-cible bien définies. Les formes d'actions qu'on peut mener dans ce domaine sont très variées puisqu'elles vont des soins à domicile à la prévention, au dépistage, à l'éducation sanitaire, en passant par la permanence des soins.

● ¹³ La *complémentarité* est la deuxième caractéristique du nouveau rôle que doit jouer le médecin dans la société. Avec la complexité des problèmes médico-sociaux, ce dernier ne peut régler seul tous les problèmes de santé. Il doit être entouré de tous les professionnels de santé, qu'ils appartiennent au secteur sanitaire ou au secteur social.

Les R.S.C. permettent de mettre en pratique ces principes de la médecine globale. Un contrat social de santé est passé entre les usagers et les professionnels pour assurer la prise en charge complète des individus. Le client s'engage à se faire soigner principalement ou exclusivement par le R.S.C. pour une durée limitée (un an). Le R.S.C. lui garantit de dispenser les soins de toute nature dont il pourrait avoir besoin. Par soins de toute nature il faut entendre non seulement les services de garde ou d'urgence ou les soins à domicile, mais aussi les soins intégrés faisant place à la prévention.

Le principe d'un exercice global de la médecine peut être mis en œuvre dans le cadre d'une multitude de structures juridiques. A la limite, peu importe la forme exacte de celle-ci, seul compte le caractère novateur des expérimentations lancées. Il pourra s'agir aussi bien de groupements libéraux (association locale de professionnels de santé, groupement d'exercice fonctionnel) que de centres de santé intégrés ou non, dont les collaborateurs seraient payés à la fonction. Comme nous le montre l'expérience des H.M.O. [27], la création de tels réseaux est compatible avec toutes les formes de rémunération. Dans certains cas, elle laisse aux médecins la *responsabilité de la gestion de leur outil de travail*, dans d'autres, elle supprime tout lien d'argent entre des praticiens et leur clientèle.

Dans les associations de praticiens indépendants (I.P.A.), les médecins continuent d'exercer dans leur cabinet. Ils sont rémunérés au prorata du nombre d'actes effectués, mais ceux-ci sont facturés à l'association et non à l'assuré. Dans les réseaux de soins primaires, chaque praticien dispose d'un budget dans les comptes du H.M.O. en fonction du nombre de patients qu'il traite (paiement à la capitation). En moyenne, 28 % de cet avoir sert à payer ses propres prestations, le reste est utilisé pour régler les services des spécialistes et des hôpitaux. Dans le

modèle H.M.O. le plus classique, le groupement multi-disciplinaire prépayé (P.G.P.), le personnel médical est salarié.

Les caractéristiques de cette nouvelle médecine (modalités d'exercice étroitement imbriquées, contenu hétérogène social et médical de la prise en charge, participation à des actions d'éducation sanitaire ou de prévention non codées par la S.S.) ne sont pas réductibles à des actes répertoriés dans la nomenclature. Une prise en charge forfaitaire devient indispensable pour permettre le développement de certaines formes de soins [28].

4. L'INTRODUCTION D'UN FINANCEMENT A PRIORI PER CAPITA

Le financement des réseaux est assuré sur la base d'un forfait annuel de santé par adhérent inscrit. Le forfait doit couvrir les dépenses prévisionnelles par classes de risques divisées par le nombre d'adhérents de chaque classe.

Le caractère forfaitaire du financement permet de couvrir le coût de fonctionnement des filières sans référence à la diversité des services rendus. Les dépenses résultent des moyens mis en place pour faire face aux besoins d'une population d'adhérents quantitativement déterminée et non d'une consommation individuellement définie. Il n'est plus nécessaire de quantifier le produit de l'activité médicale en la traduisant en actes types, ce qui était pratiquement impossible à faire avec une bonne précision. Les notions de remboursement à l'acte ou à la journée disparaissent. Une fois le forfait versé, l'assuré n'a pas un centime à déboursier pour faire valoir ses droits.

Le caractère annuel du financement interdit toute révision du forfait en cours d'exercice. Le R.S.C. doit assurer tout le risque financier qui résulte de la production des soins. Les procédures de gestion de la clientèle sont donc fondamentalement modifiées puisque désormais ce sont des coûts et non des revenus qui sont créés chaque fois qu'un service est rendu aux malades.

L'ensemble des forfaits collectés par un R.S.C. en fonction du nombre d'adhérents qui l'ont choisi constitue le budget global de l'organisation. Une contrainte de coût est donc intégrée au niveau de décisions où se forment les dépenses, et les dirigeants du R.S.C. doivent faire des choix explicites entre les différentes formes de soins : soins ambulatoires, alternatives à l'hospitalisation et hospitalisations. La rationalisation du système se fera donc par grandes masses et non par un contrôle pointilleux sur les actes médicaux qu'a subi chaque bénéficiaire.

Le mode de financement retenu s'écarte de celui proposé par le groupe de travail « Régulation de l'activité et des dépenses de santé » dans son scénario 2 [29]. Bien que prétendant s'inspirer du modèle

H.M.O., les auteurs de ce scénario en dénaturaient complètement le principe. Le paiement à l'unité et *a posteriori* y était conservé. Aucune dissociation n'était donc opérée entre les recettes et l'activité des producteurs de soins. Il était simplement proposé de « moduler » les prix publics affichés en fonction du montant des prélèvements obligatoires jugé compatible avec les grands équilibres économiques. La solution proposée aboutit en définitive à un simple transfert de charges de la Sécurité sociale vers le secteur privé, sans incidence sur le coût global des soins. Le système restait organisé en fonction des besoins financiers des producteurs. La formule du forfait global permet au contraire de le réorganiser en fonction des besoins de santé des assurés.

5. LA REFONTE DES MÉCANISMES DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

- L'assurance maladie participe au financement du forfait dans les conditions suivantes :

- chaque année, un comité des sages indépendant des pouvoirs publics (le C.E.R.C. par exemple) calcule le *coût actuariel des soins* par grandes catégories d'assurés en fonction de l'âge, du nombre de personnes protégées ou du type de pathologie pour certains grands fléaux sociaux (cancer par exemple). Les calculs révisés chaque année tiennent compte de l'évolution des techniques, de l'inflation et garantissent à tous un niveau de soins homogènes;

- l'assurance maladie s'engage à financer les dépenses des adhérents aux R.S.C. en prenant pour base de ses paiements la valeur des coûts actuariels calculés au niveau national.

Le principe est celui d'une prise en charge plafonnée en fonction du coût actuariel des soins. Le montant de la contribution exigée des caisses ne peut couvrir l'intégralité de la dépense par tête, par catégories d'assurés. En effet, les ménages, financent encore 20 % de la consommation médicale finale¹. Il est impossible de mettre les sommes correspondantes à la charge de la Sécurité sociale sans déséquilibrer gravement ses comptes. L'intervention de l'assurance maladie sera donc limitée à 80 % du coût actuariel des soins.

La protection sociale est maintenue à son niveau actuel, il y a simple substitution d'un ticket modérateur *ex ante* à un ticket modérateur *ex post*. Un principe d'économicité est introduit dans le choix des usagers; ces derniers sont incités à faire pression sur les producteurs de soins pour obtenir une réduction de leur participation. L'assurance maladie

1. Selon les comptes de la santé, les individus auraient supporté 24,4 % de la consommation médicale finale en 1981, dont 20,9 % directement et 3,5 % par l'intermédiaire de leur mutuelle. Dans ce chiffre figure une part due à l'automédication qui n'a aucune raison de ne pas se maintenir dans le nouveau système. On estime donc que la part résiduelle à la charge des individus est de 20 % (cf. référence 33).

est gérée à charges constantes : l'assuré qui a choisi d'adhérer à un R.S.C. ne bénéficie plus de la couverture de l'assurance maladie dans le secteur traditionnel. Le financement des nouvelles structures est gagé par une baisse des demandes de remboursements individuels et une diminution des dotations globales hospitalières. Par définition, le montant de cette dotation équilibre la fraction des dépenses qui n'est pas couverte par des recettes annexes dans la limite d'un plafond d'évolution des charges d'exploitation imposé par le taux directeur. Lorsqu'un R.S.C. souhaite s'assurer la collaboration d'un service hospitalier, il négocie le tarif auquel ses adhérents y sont accueillis (D.R.G., prix de journée ou autre). Ce financement complémentaire augmente les ressources hors dotation et diminue *ipso facto* le montant de celle-ci. Pour inciter les hôpitaux à passer de tels contrats, une réduction moins que proportionnelle de la dotation pourrait être envisagée.

- Les usagers paient les dépenses qui excèdent la fraction du coût actuariel pris en charge par les organismes nationaux.

La contribution de l'assurance maladie est fixée en pourcentage du coût actuariel national qui constitue en quelque sorte un tarif de responsabilité puisqu'il définit le niveau de prise en charge reconnu par les caisses. Les réseaux de soins coordonnés *fixent librement la valeur de leur forfait annuel*, dont le montant peut excéder le coût actuariel retenu par la Sécurité sociale. Auquel cas un ticket modérateur de fait s'ajoute au ticket modérateur de droit. La couverture sociale reste au niveau qui était le sien (80 % des dépenses actuarielles). Mais les aspirations individuelles peuvent désormais s'exprimer dans leur diversité; la variabilité des contributions exigées permet l'expression de toutes les demandes en accordant aux réseaux un droit exceptionnel à dépassement pour exigences particulières des adhérents. La participation des assurés croît en fonction des prix pratiqués par les réseaux, mais elle demeure indépendante de la gravité des épisodes mortels ou des taux de fréquentation. C'est en ce sens qu'on peut la qualifier de forfaitaire. Les malades les plus atteints ne sont donc pas pénalisés comme cela est le cas lorsque le ticket modérateur est fixé en pourcentage des dépenses engagées. Une fois versé le forfait d'entrée, tout est gratuit; il n'y a donc pas accumulation de tickets modérateurs. La charge de ceux-ci, fusse-t-elle aussi modeste que dans le système actuel, devient vite insupportable lorsque la fréquentation augmente. Enfin, la participation est globale. Il n'existe aucun risque de substitution entre les formes de soins du fait du mode de prise en charge; la distinction médico-financière, petit risque, gros risque, à supposer qu'elle soit possible, devient sans objet.

Il est dans la logique de cette proposition que les R.S.C. dont les coûts baisseraient, du fait de leur efficacité, puissent alors proposer à leurs adhérents une participation plus faible l'année suivante. Aucune des objections traditionnellement faites au développement de la participation financière des assurés ne peut être retenue à l'encontre du système proposé.

Deux dangers subsistent cependant : celui d'une *surassurance* qui tirerait les dépenses médicales vers le haut et celui d'une *sous-assurance* qui pénaliserait les plus démunis.

La visibilité du prélèvement étant plus nette, les assurés seront immanquablement tentés de rechercher une protection complémentaire auprès des mutuelles. Il n'y a là rien de condamnable. Les structures de la consommation se déforment dans le temps et les individus ont le droit de privilégier la santé au détriment d'autres postes budgétaires dont l'importance leur semble moindre; encore faut-il qu'ils en supportent réellement le coût. Les cotisations correspondantes devront être à *la charge exclusive des intéressés*. Cette solution préserve les entreprises du risque d'avoir à accroître leur participation, ce qui produit les mêmes effets sur leur compétitivité qu'une augmentation des cotisations à un régime d'assurance maladie.

Il reste que, pour les personnes défavorisées, le versement d'une cotisation supplémentaire auprès des mutuelles peut se révéler malaisée. Plutôt que de faire appel à l'aide sociale il paraîtrait souhaitable de créer à leur intention *une aide personnalisée à la santé* (A.P.S.) qui, comme l'aide personnalisée au logement (A.P.L.), serait fonction du revenu. Cette procédure, déjà proposée par S. Nora et J.-C. Naouri dans un rapport confidentiel de 1979, laisse entier le jeu des mécanismes économiques entre demandeurs et offreurs sur le marché des soins.

6. LA CONCURRENCE ENTRE LES ÉQUIPES DE SOINS

L'inscription dans un R.S.C. est volontaire. Chacun peut y adhérer librement, indépendamment de son affiliation professionnelle et le quitter en fin d'année. Le libre choix de l'organisme prestataire introduit une saine émulation et évite les dangers d'une mainmise de la Sécurité sociale sur le secteur de santé.

Une concurrence bénéfique s'instaure à trois niveaux :

- entre *le nouveau système* et *les modes traditionnels* de dispensation des soins. C'est aux usagers de faire le choix du type de médecine qu'ils veulent et d'en payer le prix. C'est aux professionnels de santé qu'il appartient de faire le choix du mode d'exercice qu'ils entendent pratiquer et d'en prendre les risques. Rien n'est imposé. A défaut de résultats probants les expériences proposées disparaîtront d'elles-mêmes au bout de quelques années.

- entre *les R.S.C.* vis-à-vis de leurs adhérents. Celui qui a le meilleur rapport participation des assurés - qualité des soins attire la clientèle et donc l'argent. *Ex ante*, l'usager peut juger de l'étendue des garanties médicales offertes. *Ex post*, il peut se prononcer sur la qualité des relations humaines qui s'y nouent et sur l'efficacité des soins dont il a bénéficié. Toute lacune en l'un de ces domaines est sanctionnée par le

refus d'adhésion ou la désertion. La décision a d'autant plus de chances d'être justifiée qu'elle est prise à froid sans que le retentissement émotionnel de la maladie puisse affecter les choix. Chaque R.S.C. se trouve donc en situation de concurrence. Ses ressources dépendent du nombre de ses adhérents. Pour les attirer, il doit minimiser le montant de leur participation personnelle; pour les conserver, il ne doit pas les décevoir sur le plan de la qualité. En définitive, le système R.S.C. transfère les principes libéraux de la relation médecin-malade au niveau de la filière de soins en incitant le médecin, par des mécanismes économiques, à défendre les intérêts de ses patients contre ceux de la société.

- *entre les offreurs de soins.* Celui qui a le meilleur rapport qualité des soins - coût reçoit la clientèle répartie par le R.S.C. Du fait que celui-ci apporte non seulement la participation personnelle des intéressés (directement ou indirectement par l'intermédiaire des mutuelles auxquelles ils ont cotisé), mais également le financement de base de la Sécurité sociale.

Toutefois, au niveau des principes, il n'y a pas de financement direct des prestataires de services. Ce n'est pas une population qui est prise en charge sur la base de critères territoriaux ou professionnels contraignants. C'est un ensemble de moyens coordonnés qui est offert à des individus : l'intervention des payeurs n'existe que du fait des assurés puisque les versements ne sont opérés qu'en fonction de leur choix. Le spectre de la sectorisation ou de la médecine de caisse est donc écarté. Les contraintes historiques de la Sécurité sociale française sont cependant prises en compte puisque le dispositif proposé s'accommode de la pluralité des régimes. Les sommes dues par chacun de ceux-ci sont versées au prorata du nombre de leurs assurés qui ont choisi d'adhérer aux diverses filières de soins. Elles pourraient éventuellement être payées par une seule caisse pour le compte des autres, à charge pour celles-ci de rembourser les avances faites dans le cadre d'une compensation nationale entre régimes.

Un des problèmes majeurs d'un tel dispositif est celui de la *sélection des risques* [30]. Imaginons, pour simplifier, un R.S.C. où ne seraient inscrits que deux types de malades représentant chacun 50 % d'une clientèle estimée à 1 000 personnes. Les patients A sont jeunes et bien portants, leur consommation médicale annuelle est faible, 100 francs par tête et par an. Les patients B au contraire sont âgés et coûtent chers, 900 francs par tête et par an. Le coût total de la prise en charge de cette population est égal à $(500 \times 100) + (500 \times 900)$ soit 500 000 francs. Si la R.S.C. décide, dans un but évident de simplification, de faire payer le même forfait à chacun, l'abonnement annuel s'élève à 500 francs. Les patients A paient plus qu'ils ne devraient, et les patients B moins qu'il ne serait adéquat. Les premiers s'estimeront pénalisés et changeront de filières. Pour satisfaire aux besoins de ceux qui restent, le R.S.C. devra augmenter son forfait, ce qui aura un effet encore plus dissuasif sur les bons risques et aggravera de nouveau ses résultats. Au

terme du processus les personnes les plus vulnérables à la maladie, les enfants ou les personnes âgées, se verront imposer des taux de participation prohibitifs.

Quatre dispositions contenues dans le projet permettent de prévenir ces dérapages [20] :

- le principe de la libre adhésion interdit au R.S.C. de refuser l'inscription des mauvais risques;
- à l'obligation légale on ajoute les incitations financières puisque, à taux identique, la masse d'argent collectée par les R.S.C. auprès de l'assurance maladie augmente avec la proportion de mauvais risques pris en charge;
- les participations sollicitées sont en rapport avec les prestations fournies. Les forfaits étant calculés par classes de risques, la révolte des assurés n'a plus de raison d'être. A l'intérieur de chaque classe une péréquation est bien opérée entre bien-portants et malades puisque les forfaits exigés sont identiques quelle que soit la vulnérabilité personnelle de ceux qui s'y trouvent;
- les R.S.C. sont contraints d'offrir des prestations de base identiques. Le choix proposé doit être celui de différents organismes de production de soins et non celui de différents niveaux d'assurance. Inutile de croire qu'on pourrait choisir à 20 ans un R.S.C. peu onéreux mais mal équipé pour opter à 60 ans en faveur d'une filière qui disposerait de matériels les plus perfectionnés. Les comportements de resquilleurs sont donc exclus.

III. *Propositions pour une expérience et enjeux politiques*

1. LES POSSIBILITÉS D'UNE EXPÉRIENCE CONCRÈTE

Comment envisager concrètement une expérience qui vise à mettre en place des R.S.C. ? La loi du 19 janvier 1983 (art. 17) et ses décrets d'application (n° 83-25, 84-485 et 84-486) parus le 22 juin 1984, définissent les conditions dans lesquelles des actions expérimentales peuvent être engagées dans le domaine médico-social. Si ces conditions ne sont pas encore suffisantes pour promouvoir des R.S.C., elles représentent déjà un point de départ important car une convention d'expérimentation peut être passée entre des organismes d'assurance maladie et *des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé faisant l'objet à cette fin d'un agrément des ministres chargés de la Sécurité sociale et de la santé*. En outre, les dépenses prises en charge peuvent

faire l'objet d'un règlement forfaitaire par les caisses d'assurance maladie.

Bien entendu, l'existence de R.S.C. nécessite des règles précises destinées à empêcher les discriminations : un R.S.C. doit offrir une couverture et des prestations au moins identiques à ce que permet le régime général de l'assurance maladie (il doit en fait offrir mieux). Il faut aussi que chacun dans la région considérée puisse y adhérer librement, indépendamment des risques individuels ou collectifs. Il faut un cahier des charges national qui précise les droits, les obligations et les avantages potentiels des R.S.C. qui passeraient convention avec les caisses d'assurance maladie.

On peut imaginer cinq modèles de R.S.C. dans ce contexte :

- *l'hôpital public* pourrait en établir en s'associant à des groupes de médecins généralistes pour cogérer des filières de soins qui coordonneraient les cabinets médicaux, les soins à domicile et l'usage des plateaux techniques hospitaliers (hospitalisation ou consultations externes et hôpitaux de jour). La population adhérente pourrait bénéficier d'une prise en charge globale incluant les services sociaux, l'information et l'éducation sanitaire adaptés au bon usage des filières de soins. Un malade s'adressant à un R.S.C. de ce type aurait l'assurance que sa trajectoire dans le système est liée uniquement à son problème et non à la disponibilité de moyens ou à la compétition anarchique des producteurs de soins, puisqu'une telle organisation les rendrait enfin cohérents. L'Assistance Publique de Paris étudie un projet en ce sens;

- *les cliniques privées* pourraient faire de même en association avec des médecins du secteur libéral (généralistes ou spécialistes). La souplesse et la rapidité d'adaptation du secteur hospitalier commercial lui permettent de créer des réseaux irrigués par un système d'information rapide que la micro-informatique et la télématique rendent dès à présent possible. De tels contrats mettraient à la disposition de leurs adhérents un ensemble d'unités de dimensions moyennes (cabinets de groupes, cliniques) interactives et constitueraient un puissant facteur d'innovation et de stimulation pour l'ensemble du système de soins. Des réseaux de ce type pourraient s'appuyer sur des sociétés de services communs : service informatique, aide à la gestion, groupements d'achats, holding financier de participation, etc.;

- *la Mutualité* pourrait utiliser dans ce but sa longue expérience de la collecte des cotisations, de la gestion des risques et des systèmes de soins (centres de santé, établissements hospitaliers). L'idéologie de solidarité qui l'a toujours animée et sa capacité à administrer des capitaux considérables dans le seul intérêt du service aux adhérents lui donne la puissance et la compétence de structurer des réseaux complets de filières de soins allant du cabinet individuel à l'hôpital de grandes dimensions. Selon les cas, une gestion directe des établissements et des professionnels, ou des contrats négociés avec eux, peut donner à une telle organisation toute la souplesse nécessaire;

- *des médecins associés* à d'autres professionnels (dentistes, kinésithérapeutes, infirmières) pourraient aussi prendre l'initiative de tels contrats et les gérer en s'y impliquant à titre personnel, à la fois comme professionnels et comme administrateurs. Par exemple un cabinet de groupe de généralistes pourrait s'associer avec un cabinet de spécialistes et constituer une filière de soins complète avec quelques cliniques et hôpitaux du secteur avec qui ils passeraient des accords de sous-traitance;

- *toute autre organisation, en fait*, est capable de prendre une telle initiative : syndicats patronaux ou de salariés, collectivités locales, associations familiales, cabinets d'organisation divers, assurances privées même. Le seul critère étant la possibilité d'organiser des filières de soins homogènes et de gérer de façon optimale le risque et les cotisations forfaitaires d'adhérents recrutés sans discrimination et au jugement desquels on se soumet. Dans le cas le plus simple, un tel système ne nécessite qu'un bon gestionnaire, une secrétaire, un fichier d'adresses, des accords avec des producteurs de soins et un réseau télématique efficace.

La liste n'est pas exhaustive. Aucun de ces modèles n'est *a priori* supérieur aux autres. La qualité des personnes, un bon cahier des charges, une étude de faisabilité préalable comportant une appréciation des avantages financiers et sociaux seraient déterminants. Il suffirait aux tuteurs publics de valider de telles initiatives, qui ne feraient prendre en fait de risques sérieux à personne, mais pourraient apporter beaucoup en gain de productivité.

2. LES ENJEUX POLITIQUES

Pour que les R.S.C. puissent voir le jour, il faut que certains acteurs du système y trouvent intérêt et que d'autres ne les perçoivent pas comme une menace. Nous examinerons les incitations et les obstacles à un tel projet, c'est-à-dire comment il peut s'insérer dans la structure actuelle sans provoquer une réaction de rejet de la part de groupes de pression hostiles. On identifie dans le système de santé quelques acteurs dont les intérêts, les alliances et les stratégies expliquent la pérennité d'un modèle d'organisation figé. Il s'agit de la population, usager réel ou potentiel, des producteurs de soins, des organismes d'assurance et des pouvoirs publics [31].

2.1. La population

Elle souhaite un accès aux soins facile, diversifié et tendant à la gratuité. Elle estime que les cotisations obligatoires prélevées sur ses revenus (les parts salariale et de l'employeur constituant un salaire indirect) lui donnent droit à la santé. Droit à une égale disponibilité des soins, sinon à un résultat garanti.

Cette population perçoit assez mal en fait la double solidarité qu'organise l'assurance maladie. Solidarité horizontale qui répartit les risques entre les malades et les bien-portants, solidarité verticale entre les riches et les pauvres qui assure une certaine redistribution des revenus. Beaucoup contestent la seconde. L'assurance maladie y serait moins efficace que les techniques fiscales. Cette population est devenue exigeante sur la quantité de soins, moins sur la qualité qu'il lui est difficile de juger; elle considère cet ensemble de droits comme un acquis irréversible et confond dans son idéologie l'accès égal aux soins et l'assurance obligatoire qui le finance.

En fait un *contrat social de la santé* lui permettrait de mieux atteindre les mêmes objectifs. Chacun affecterait ses cotisations obligatoires au système d'accès aux filières de soins qui lui paraîtrait le plus performant, portant ainsi un jugement annuel et collectif sur la qualité du service rendu. La population pourrait y être incitée si elle bénéficiait directement et individuellement d'une part du surplus d'exploitation ainsi généré, en le partageant avec les producteurs de soins.

2.2. Les producteurs de soins

Ce sont des professions médicales et les établissements hospitaliers. Avec les industriels du médicament et du matériel biomédical, ils constituent ce que l'on a pu dénommer le complexe médico-industriel. La plupart d'entre eux ont pris l'habitude d'un marché protégé, inflationniste et solvable, bien que totalement administré et, de ce fait, soumis depuis quelques années à de sérieuses contraintes budgétaires. Il faudra un réel effort d'éducation pour convaincre les médecins des mérites de la concurrence qu'institueraient entre eux les R.S.C., pour les convaincre qu'ils pourraient ainsi organiser comme bon leur semblerait leurs rémunérations (à l'acte, salariat ou capitation), leurs mode d'exercice, leurs liens entre eux et avec les établissements, hôpitaux, cliniques, centres de soins, cabinets individuels et groupés, etc. Le même effort d'éducation devrait être fait pour les directeurs des hôpitaux et cliniques.

Les avantages sont clairs : aux plus efficaces et aux meilleurs gestionnaires la clientèle et les surplus d'exploitation obtenus grâce à une organisation des personnels et à un usage des investissements technologiques orientés vers la productivité et la qualité. Les surplus pourraient être consacrés en partie à l'amélioration des performances (investissements, redéploiements...), en partie à la diminution de la prime des adhérents, en partie à mieux rémunérer les médecins.

La concurrence obligerait les secteurs des soins primaires et secondaires à se structurer en filières cohérentes car c'est sur elles que serait porté le jugement économique du consommateur. Un tel dispositif aurait de ce fait pour unique objet le maintien de l'état de santé ou sa

restauration dans les meilleurs délais et au moindre coût compatible avec les données des sciences et des techniques. Ceci ne peut que satisfaire l'éthique médicale la plus sourcilieuse.

2.3. Les organismes d'assurance maladie

Ils ont le monopole de la gestion des cotisations. Leur préoccupation est double. D'une part macro-économique : il s'agit de maintenir ou de rétablir l'équilibre entre leurs ressources et leurs dépenses. Leur comportement est surtout celui d'un agent comptable. D'autre part institutionnelle : il s'agit de maintenir et de structurer sans cesse une technocratie puissante et spécialisée, valorisée par une idéologie de protection sociale qui n'hésite pas à s'opposer à la politique économique quand sa légitimité est mise en question.

Les services de « l'état protecteur » se caractérisent par un taux élevé de main-d'œuvre et de syndicalisation. La qualité du service fourni y est le plus souvent jugée en terme de quantité de prestations par « client », ce qui implique qu'une amélioration ne s'y conçoit qu'en terme d'accroissement des dépenses. Le résultat par bénéficiaire intéresse moins. Par ce mécanisme, le système de protection sociale finance autant le bien-être de ses propres agents que l'état de santé de ses assujettis ! La bienveillance de ces organismes à l'égard des R.S.C. pourrait être obtenue. Une meilleure utilisation des cotisations est un objectif admissible s'il ne remet pas en cause l'institution. C'est le cas de notre proposition. Rien n'empêche l'assurance maladie d'être elle-même à l'origine de certains de ces contrats et de les gérer.

2.4. Les pouvoirs publics

Le processus politique confère aux tuteurs ministériels la charge des grands intérêts collectifs et des équilibres économiques. L'état de santé et les besoins sociaux de la population, le bilan des entreprises et la balance des paiements relèvent d'objectifs parfois contradictoires. Le sont également les attitudes du citoyen à l'égard de la santé selon qu'il est bien-portant ou malade, mais toujours cotisant. Un contrat social de la santé peut apparaître à l'État comme un moyen de maîtriser les dépenses par une démocratie dynamique qui donne à chacun la capacité de juger lui-même l'organisation des filières de soins. Il n'oblige personne. Il peut par contre s'imposer à tous par son efficacité. Le pouvoir politique peut donc être intéressé par une telle expérience. Une telle innovation ne devra pas être présentée comme une régression, mais au contraire comme un progrès dans la production sociale des décisions pour la santé. En résumé, quand ils liront nos propositions, tous les acteurs devraient être réticents. Après réflexion certains devraient être intéressés.

IV. Conclusion

Les gouvernements doivent reconsidérer leur rôle dans le secteur de la santé [32]. Ce rôle ne saurait être de permettre tout à n'importe quel prix ni de rationner tout aveuglément. Par ailleurs, la logique d'une tutelle directe et généralisée conduit à un système national de santé. Ce serait la suppression de l'assurance maladie et la fiscalisation des ressources. Qui le souhaite réellement ? Les justifications nombreuses et persistantes à l'intervention de l'État donnent une confortable légitimité aux planificateurs, plus qu'aux hommes politiques. Si les Français veulent conserver les avantages certains de la situation présente, c'est-à-dire un excellent niveau technique des moyens, une qualité des soins honorable, l'accessibilité égale pour tous et la liberté de choix, il faut débloquer la situation actuelle et contrarier une évolution naturelle et visible vers l'intervention croissante de l'État. Cette dernière empêche de poser correctement les problèmes. Les difficultés à adopter et répartir la technologie lourde comme les scanners ou à arbitrer l'usage extra-hospitalier des soins gradués en constituent des exemples récents.

La réforme que nous proposons permet à l'État de se désengager et de déléguer au citoyen les décisions. La mise en place de R.S.C. est une solution **transpolitique**. Elle devrait convenir aussi bien aux partis de droite qu'aux partis de gauche : une pensée adoptant un système de valeurs se référant aux « préférences » au sens des économistes permettrait d'aboutir au consensus sur les choix que nous proposons. Mais si les valeurs s'entendent au sens de « convictions » constitutives d'une idéologie de la protection sociale qui refuse pour la santé des mécanismes qui font leur preuve ailleurs, comment dès lors échapper aux soins obligatoires, gratuits, normalisés et rationnés ?

Ni les mécanismes de marché seuls, ni une allocation contrôlée par l'État ne conduisent à l'optimum de bien-être. Quitte à faire retourner Pareto dans sa tombe, nous pensons que le système parfait n'existe pas, mais que celui que nous proposons est capable de mieux gérer les dépenses et de faire évoluer librement l'organisation des soins dans le bon sens.

Ces propositions orientent vers la décentralisation des politiques sociales [33]. L'État pourrait avoir avantage à adopter une telle stratégie : ne serait-ce, à défaut de faire toujours confiance au citoyen, que pour détourner le mécontentement suscité par son incapacité à satisfaire une demande illimitée avec des ressources restreintes. Les administrateurs qui incarnent les pouvoirs publics ne pourront pas longtemps résister à la demande d'efficacité dans un système qui devient trop lourd.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] R. KLEIN, « La politique sociale des années 1980 : valeurs, rapports de force et politique », *L'État protecteur en crise*. O.C.D.E., Paris, 1981.
- [2] *Les personnes âgées dans les établissements de soins et d'hébergement*. C.N.A.M.T.S., E.N.S.M. Paris, mai 1984.
- [3] V. RODWIN, *The Health Planning Predicament : France, Québec, England and the United States*. London, University of California Press, 1984.
J. de KERVASDOUÉ, J. KIMBERLY et V. RODWIN, *The End of an Illusion : The future of Health Policy in Western Industrialized Nations*. London, University of California Press, 1984.
- [4] M.-V. PAULY, « The Economics of Moral Hazard : Comments », *The American Economic Review*, juin 1968, p. 531-537.
J. BRUNET-JAILLY, « Un financement efficace des dépenses de santé », *Economie et humanisme*, n° 216, 1974, p. 46-57.
- [5] G. de POUVOURVILLE, « La Nomenclature des actes professionnels », *Revue française des Affaires sociales*, janvier-mars 1982, p. 67-86.
- [6] G.-M. MONSMA, « Marginal Revenue and the Demand for Physicians' Services », in G.-H. KLARMAN (ed.), *Empirical studies in Health Economics : Proceeding of the Second Conference on the Economics of Health*. Baltimore, The John Hopkins Press, 1970.
U.-E. REINHARDT, « Alternative Methods of Reimbursing Non Institutional Providers of Health Services », in Institute of Medicine (ed.), *Controls on Healthcare*, National Academy of Sciences, Washington D.C., 1974, p. 139-174.
- [7] M.-S. BLUMBERG, « Providers price charge for improve Health cure use », *Health Handbook*. Editeur S. Chako, North Holland, 1979, chap. 57.
- [8] B. MAJNONI D'INTIGNANO, *Les investissements hospitaliers*, Édition médicale et universitaire, Paris, 1976.
- [9] M.-L. LEE, « A conspicuous Production Theory of Hospital Behaviour », *Southern Economic Journal*, 38, july, p. 48-58.
- [10] R.-J. LAUNOIS, « La théorie de la bureaucratie à l'hôpital ». Colloque I.N.S.E.R.M. *Conceptions, mesure et actions en Santé publique*. Tome II : *Approche socio-économique et institutionnelle*. Éd. I.N.S.E.R.M., vol. 104, 1981, p. 625-652.
- [11] S. CHANTEREAU, « La concurrence en milieu hospitalier », *L'Hôpital à Paris*, mai-juin 1984.
- [12] R.-J. LAUNOIS, « L'influence maligne de l'assurance maladie sur le coût des soins médicaux ». Journées d'économie sociale, Nancy, 22-23 septembre 1983, à paraître dans *Travaux d'économie sociale*, éd. C.N.R.S., Paris, 1984.
- [13] Resource Allocation Working Party (R.A.W.P.). London D.H.S.S., 1976.
« The National Health Service : un exemple pour la France ? », numéro spécial, *L'Hôpital à Paris*, mars-avril 1984.
- [14] V. RODWIN, « Quand le Payeur s'éveillera », *Le Monde diplomatique*, mars 1984.
- [15] R. FETTER, « Diagnosis - Specific Costs Profiles for Hospital Cost and Reimbursement Control », *Health Handbook*. Editeur S. Chako, North Holland, 1979, chap. 54.
- [16] D.-W. SIMBORG, « D.R.G. Creep, a New Hospital Acquired Disease », *New England Journal of Medicine*, vol. 304, n° 26, p. 1602-1604, 25 june 1981.
- [17] A. ENTHOVEN et R. NOLL, « Will the Prospective Payment System Solve Medicare's Financial Problems ? », *Research Paper*, n° 751. Graduate School of Business, Stanford University, 10 july 1984.
- [18] M. FELSTEIN, « America Medical Mess », *Management to-day*, september 1980.
- [19] R.-G. EVANS, « La structure particulière de l'industrie de la santé, une intégration verticale incomplète », *Revue française de finances publiques*, n° 2, 1983, p. 167-199.

- [20] A. ENTHOVEN, *Health Plan. The Only Pratical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*. Addition Wesley Publishing Company Reading, Massachusetts, 1980.
« L'État sans providence », *Prospective et Santé*, n° 29, printemps 1984, p. 49-62.
A. ENTHOVEN, R. LAUNOIS et B. MAJNONI D'INTIGNANO, « L'assurance maladie. Crise et remèdes », *Commentaires*, n° 27, automne 1984, p. 525-528.
- [21] U.N.A.M., *Protection sociale et santé. Des solutions pour l'organisation de la médecine dans une société de liberté et de responsabilité*. Édition de l'Avenir, 1984.
P. GIRAUD et R.-J. LAUNOIS, « Peut-on réintroduire les mécanismes de marché dans le domaine de la santé ? ». *Quatrièmes journées d'Économie sociale*, Paris, 27-28 septembre 1984. Association d'Économie sociale, commissariat général du Plan : services des études et de la recherche.
- [22] C. BÉRAUD, « L'Économie médicale : une espérance déçue », *Sciences sociales et santé*, n° 2, mars 1983, p. 79-97.
- [23] H.-S. LUTT, *Health Maintenance Organisation Dimensions of Performance*, Wiley Interscience Series. John Wiley & Sons, N.Y., 1981.
W. MANNING et alii, « A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practice on the Use of Services ». *The New England Journal of Medecine*, vol. 310, n° 23, p. 1505-1510, June 7th 1984.
A. ENTHOVEN, « The Rand Experiment and economical Health care ». *The New England Journal of Medecine*, vol. 310, n° 23, p. 1528-1530, June 7th 1984.
- [24] F. CUNNINGHAM et J. WILLIAMSON, « How Does the Quality of Health Care in HMO's Compare to that in other Settings », *The group Health Journal*, Winter 1980, p. 4-25.
- [25] P. GALLOIS et A. TAÏB, *De l'organisation du système des soins*. Rapport au ministère de la Santé. La Documentation française, Paris, 1981, p. 68.
- [26] M. BERCHE et M. DOGUÉ, « Objectif santé. Analyse et propositions du S.N.M.G. », *Médecine de groupe*, supplément au n° 133, décembre 1982.
- [27] V. MERCKX, « Sur les principes de la capitation », en 3 parties. *La Revue du praticien*, tome XXX, n° 38, septembre 1980, p. 2495-2497; n° 40, p. 2625-2627; n° 42, p. 2786-2788.
P. ZWEIFEL et G. PEDRONI, *La Health Maintenance Organisation ? La solution comme système de santé publique*. Collection « Économie et Santé », n° 1, Pharmainformation. Service d'information des maisons de recherche pharmaceutique CIBA Geigy, Roche et Sandoz, mai 1981.
- [28] G. LA JARDINERIE et N. FLORÉAL, « 1975-1978, un tournant pour l'assurance maladie », *Droit social*, n° 9-10, septembre-octobre 1978, p. 27-42.
- [29] *La santé choisie*. Rapport du groupe Régulation de l'activité et des dépenses de santé. Commissariat général au Plan. La Documentation française, Paris, 1982.
- [30] R. TEULADE, « Solidarité ou assurance ? », *Le Monde*, 1^{er} juin 1983, p. 42.
- [31] B. MAJNONI D'INTIGNANO et J.-C. STÉPHAN, *Hippocrate et les technocrates*. Calmann Lévy, Paris, 1983.
- [32] V. RODWIN, « Théories de l'État : Conséquences pour les politiques de santé », dans *La santé rationnée*. Economica, 1981.
- [33] Certaines de ces propositions sont approfondies par P. GIRAUD et R.-J. LAUNOIS dans *La santé libérée*. A paraître chez Economica, Paris, avril 1985.