

Les maladies du plan Juppé

par Victor G. Rodwin

LE plan Juppé vise une réforme structurelle axée sur le renforcement d'un nouveau mode de régulation du système de santé en France. Il se distingue des quinze derniers plans de redressement (de 1976 à 1994) qui visaient essentiellement à rétablir l'équilibre financier de l'assurance-maladie. La plupart des mesures proposées par les ordonnances du 24 avril 1996 sont nécessaires pour adapter le système de santé : d'une part, à la pratique médicale du XXI^e siècle ; d'autre part, aux technologies administratives de l'avenir. Cependant, vue des Etats-Unis, la manière dont cette réforme a été conçue reflète l'étatisme, le centralisme, et peut-être même une certaine arrogance de l'élite administrative française.

Pourquoi les architectes du plan Juppé n'ont-ils pas osé dépasser le réflexe administratif qui cherche toujours un renforcement du contrôle de l'Etat, et reconnaître que, pour citer Michel Crozier, on « ne change pas la société par décret ». S'ils avaient discuté avec les gens du terrain, les gestionnaires des organismes de base de l'assurance-maladie, les prestataires de soins médicaux et les universitaires, les conseillers du premier ministre se seraient vraisemblablement aperçus qu'il est nécessaire non seulement d'adapter le système de santé mais aussi le rôle de l'Etat.

Il ne s'agit pas de critiquer le rôle accru de l'Etat dans le financement du système de santé, ni la fin de la gestion paritaire, ni la légitimité du Parlement à voter un budget pour les dépenses de santé. Ce qui est inquiétant dans le plan Juppé, c'est le renforcement d'un rôle déjà trop centralisateur de l'Etat dans la gestion et la régulation du système de santé. Il est absurde, par exemple, que le ministère de la santé nomme les médecins et décide de leur rémunération dans les établissements publics. Une adaptation du rôle de l'Etat consisterait plutôt à fixer les budgets hospitaliers en fonction de leur performance et à se préoccuper des résultats médicaux obtenus par les hôpitaux.

Ce qui est inquiétant dans le plan Juppé, c'est le renforcement

d'un rôle déjà trop centralisateur de l'Etat dans la gestion et la régulation du système de santé

Il en va de même pour le dispositif de maîtrise médicalisée. Bien qu'il soit important en France - aussi bien qu'ailleurs - de développer des recommandations de bonnes pratiques médicales, il semble présomptueux, pour un pays qui connaît déjà très mal les pathologies de ses malades et les actes diagnostiques et thérapeutiques pratiqués par ses médecins, d'appliquer des références médicales opposables (RMO) sur l'ensemble de son territoire.

Dans un des systèmes de santé le plus centralisé au monde - le service national de santé en Grande-Bretagne - la réforme de 1991 a réussi à réduire le rôle du pouvoir central. La plupart des hôpitaux sont passés à un statut « non lucratif » de trusts, ce qui leur permet une plus grande autonomie de gestion. En outre, plus de la moitié des médecins généralistes se sont regroupés en GP fundholders pour mieux s'occuper de leurs patients en favorisant une meilleure coordination des soins ambulatoires et hospitaliers.

Une lecture optimiste du plan Juppé soulignerait l'importance des agences régionales d'hospitalisation par rapport à la coordination des hôpitaux publics et des cliniques, et le potentiel des « actions expérimentales » visant à promouvoir la coordination de tous les services de santé par la mise en place de « réseaux et fi-

lières de soins » prévus par la réforme. Certes, ces mesures vont dans le sens d'une restructuration éventuelle et nécessaire du système de santé local. Mais les ordonnances ne changent rien au système actuel de financement qui ne permet pas de dépasser la logique d'enveloppes sectorielles pour favoriser les transferts nécessaires entre l'hospitalisation et les services ambulatoires. Tant que les hôpitaux seront financés sur la base d'un budget et les pro-

fessionnels de santé (en ville) seront rémunérés à partir des actes qu'ils pratiquent, sous réserve de respecter les dépenses prévisionnelles de leur spécialité (médecine, pharmacie, biologie, kinésithérapie, soins d'infirmières...), les professionnels seront peu motivés pour changer leur *modus vivendi*.

L'idée de réseaux de soins coordonnés (RSC) n'est pas neuve. Le projet visant à tolérer leur formation à titre expérimental est louable, mais, à lire le docteur Bouton, peu prometteur (*Le Monde* du 17 octobre). Il aurait fallu encourager leur formation, car c'est à l'intérieur de telles structures qu'il est possible d'appliquer et d'améliorer les outils de gestion d'une maîtrise médicalisée des dépenses permettant d'optimiser la qualité et le coût des soins. C'est précisément à l'intérieur de tels réseaux, financés sur la base d'un paiement *a priori per capita*, que les professionnels de santé seraient motivés pour pratiquer une médecine du XXI^e siècle, pour travailler en équipe, minimiser le gaspillage, remplir et relire les carnets de santé, s'informatiser, suivre des RMO, se faire accréditer...

L'expérience des Etats-Unis montre bien que la maîtrise médicalisée des dépenses - ce que nous appelons le *managed care* - ne mène pas au paradis, loin de là ! Cependant, les expériences menées dans divers RSC (*managed care organizations* - MCOs) constituent un vaste laboratoire digne d'intérêt pour les Français qui cherchent à améliorer l'organisation de leur système de santé et qui comprennent qu'il faudra, à l'avenir, aller plus loin qu'une « réforme à la française ». Pourquoi ne pas laisser fleurir - voire mettre en concurrence - les initiatives locales, en se servant de l'appareil d'Etat, tout d'abord pour les favoriser et, dans un deuxième temps, pour adapter les modes de régulation des nouvelles structures ainsi créées ?

Victor G. Rodwin est professeur en économie et gestion des services de santé à la Wagner School of Public Service, New York University.

Un système de soins, enfin !

par Claude Béraud

DES textes réglementaires à foison, une cotisation supplémentaire (RDS), des médecins apeurés, vociférants, qui rêvent d'un retour au passé, le vote par le Parlement du budget de l'assurance-maladie. Tel est le bilan anniversaire d'une réforme courageuse, nécessaire et cohérente dont se réjouissaient les analystes du modèle de soins français.

Quatre raisons la justifiaient : accroître la qualité médicale des soins ; répondre aux besoins des malades et améliorer la santé de la population ; mieux employer des ressources dont le gaspillage par dizaines de milliards, dans des prescriptions médicales inutiles et parfois dangereuses, contrariait le développement économique indispensable à la réduction des inégalités sociales et de santé.

Le mérite principal de la réforme Juppé est d'offrir aux médecins la possibilité de substituer un véritable système de soins aux activités désordonnées parfois inutiles, inefficaces et coûteuses des praticiens qui, en médecine ambulatoire ou hospitalière, travaillaient jusqu'à présent isolément, sans objectifs communs, sans connaître la qualité de leurs prescriptions, sans système d'information médicale et sans pouvoir prendre en compte l'ensemble des besoins de soins des malades et de la population. L'excellence du fonctionnement d'un système de soins requiert cinq exigences : l'intégration des activités des professionnels dans un réseau disposant d'un outil de communication ; la possibilité pour les médecins d'avoir accès à une information scientifique actualisée et immédiatement utilisable ; la prise en compte des préférences des malades ; une organisation capable d'optimiser la trajectoire des patients dans le réseau de soins ; une attention constante à l'état de santé de la population.

Pour que naisse un système de soins, des réseaux associant médecins généralistes, spécialistes et hospitaliers, travailleurs sociaux, pharmaciens et professionnels des soins sont indispensables. Un dossier médical informatisé accessible en partie ou en totalité, avec l'autorisation du patient, aux différents intervenants permettrait aux membres du réseau de communiquer et de disposer des informations sans lesquelles il est impos-

sible de garantir la qualité des soins. Un serveur de données mettrait à la disposition des professionnels les données scientifiques et statistiques aujourd'hui méconnues, indispensables à leur information et à celle des patients. La prise en compte des préférences des malades est une obligation morale. Correctement informés des possibilités thérapeutiques, les patients exprimeraient leurs choix liés à des facteurs familiaux, économiques et sociaux.

Si ces trois exigences étaient satisfaites, les décisions de nature médicale ne seraient plus jamais fondées sur la tradition, des habitudes ou des croyances, mais sur des preuves scientifiques et sur des probabilités déterminées par des études expérimentales. Elles ne seraient plus autoritaires, mais prises par les malades et mises en œuvre par les médecins. Elles seraient centrées sur la satisfaction des besoins des patients.

Afin que la trajectoire d'un malade dans un réseau de soins soit optimale, elle doit être organisée, avoir un sens médical et une utilité. Ainsi le patient aura accès à des prestations qui correspondront à ses besoins et non à ceux des institutions ou des professionnels, et pourra faire appel, en urgence ou non, à un médecin capable de répondre à ses demandes. Ce médecin référent, indispensable à la coordination des soins sera, en pratique, un médecin généraliste.

Pour de multiples raisons : la proximité, la disponibilité, les compétences nécessaires au diagnostic au traitement et au suivi de la plupart des pathologies, la connaissance de l'histoire et de la situation familiale, sociale, professionnelle du malade, c'est à un généraliste, le médecin de famille, de définir avec les malades leurs parcours dans le réseau.

La qualité des soins influence peu la santé d'une population en raison de la multiplicité des facteurs qui la détermine. Mais dans un système de soins fonctionnant excellemment, les professionnels seraient attentifs à ces facteurs pour mettre en œuvre les études qui permettraient d'en définir l'importance épidémiologique et attirer l'attention des responsables politiques sur l'utilité des actions à entreprendre.

Des médecins
dépend le succès
ou l'échec
de la réforme,
le maintien
de l'incohérence
actuelle
ou la construction
d'un système de soins
au service
des malades

Ces exigences sont aussi des évidences pour tous les observateurs des systèmes de soins. Les difficultés de leur mise en œuvre inquiètent ceux qui ont soutenu la réforme Juppé. Nombreux sont les médecins qui récusent leurs responsabilités collectives, et s'opposent aux possibilités, offertes par la réforme, d'accroître la qualité médicale économique et sociale des soins. Vont-ils briser l'espérance d'un régime d'assurance-maladie universelle, fondé sur la solidarité, qui seul est capable de garantir à tous une accessibilité à des soins de qualité ? Vont-ils, en défendant des modalités archaïques de fonctionnement, favoriser le développement d'inacceptables discriminations sociales dans le domaine de l'assurance-maladie à l'image de celles qui sont observées aux Etats-Unis ? Ignorent-ils, tant leur attitude paraît suicidaire, les contraintes que subissent leurs confrères américains et les problèmes posés aujourd'hui par la qualité des soins dans ce pays ?

Des médecins dépend le succès ou l'échec de la réforme. Le choix qu'ils feront : maintenir l'incohérence actuelle ou construire un système de soins au service des malades, conditionnera, pour longtemps, la qualité de leurs prestations.

Claude Béraud est professeur à l'université de Bordeaux et ancien médecin conseil national de la CNAM.

Les maladies du plan Juppé

par Victor G. Rodwin

Un système de soins, enfin !

par Claude Béraud

LE plan Juppé vise une réforme structurelle axée sur le renforcement d'un nouveau mode de régulation du système de santé en France. Il se distingue des quinze derniers plans de redressement (de 1976 à 1994) qui visent essentiellement à rétablir l'équilibre financier de l'assurance-maladie. La plupart des mesures proposées par les ordonnances du 24 avril 1996 sont nécessaires pour adapter le système de santé : d'une part, à la pratique médicale du XXI^e siècle ; d'autre part, aux technologies administratives de l'avenir. Cependant, vu des Etats-Unis, la manœuvre dont cette réforme a été conçue reflète l'étatisme, le centralisme, et peut être même une certaine arrogance de l'élite administrative française.

Pourquoi les architectes du plan Juppé n'ont-ils pas osé dépasser le rôle administratif qui cherche toujours un renforcement du contrôle de l'Etat, et reconnaître que, pour citer Michel Cozior, on « ne change pas la société par décret » ? S'ils avaient discuté avec les gens du terrain, les gestionnaires des organismes de base de l'assurance-maladie, les prestataires de soins médicaux et les universitaires, les conseillers du premier ministre se seraient vraisemblablement aperçus qu'il est nécessaire non seulement d'adapter le système de santé mais aussi le rôle de l'Etat.

Il ne s'agit pas de critiquer le rôle accru de l'Etat dans le financement du système de santé, ni la fin de la gestion paritaire, ni la légitimité du Parlement à voter un budget pour les dépenses de santé. Ce qui est inquiétant dans le plan Juppé, c'est le renforcement d'un rôle déjà trop centralisateur de l'Etat dans la gestion et la régulation du système de santé. Il est absurde, par exemple, que le ministre de la santé nomme les médecins et décide de leur rémunération dans les établissements publics. Une adaptation du rôle de l'Etat consisterait plutôt à fixer les budgets hospitaliers en fonction de leur performance et à se préoccuper des résultats médicaux obtenus par les hôpitaux.

littres de soins » prévus par la réforme. Certes, ces mesures vont dans le sens d'une restructuration éventuelle et nécessaire du système de santé local. Mais les ordonnances ne changent rien au système actuel de financement logique d'enveloppes sectorielles pour favoriser les transferts nécessaires entre l'hospitalisation et les services ambulatoires. Tant que les hôpitaux seront financés sur la base d'un budget et les professionnels de santé (en ville) seront rémunérés à partir des actes qu'ils pratiquent, sous réserve de respecter les dépenses prévisionnelles de leur spécialité (médecine, pharmacie, biologie, kinésithérapie, soins d'infirmières...), les professionnels seront peu motivés pour changer leur *modus vivendi*.

L'idée de réseaux de soins coordonnés (RSC) n'est pas neuve. Le projet visant à tolérer leur formation à titre expérimental est louable, mais, à lire le docteur Bouton, peu prometteur (*Le Monde* du 17 octobre). Il aurait fallu encourager leur formation, car c'est à l'initiateur de telles structures qu'il est possible d'appliquer et d'améliorer les outils de gestion d'une maîtrise médicalisée des dépenses permettant d'optimiser la qualité et le coût des soins. C'est précisément à l'initiateur de tels réseaux, financés

sur la base d'un paiement *a priori per capita*, que les professionnels de santé seraient motivés pour pratiquer une médecine du XXI^e siècle, pour travailler en équipe, minimiser le gaspillage, remplir et relire les carnets de santé, s'informatiser, suivre des RMO, se faire accéder...

L'expérience des Etats-Unis montre bien que la maîtrise médicalisée des dépenses — ce que nous appelons le *managed care* — ne mène pas au paradis, loin de là ! Cependant, les expériences menées dans divers RSC (*managed care organizations* — MCO) constituent un vaste laboratoire digne d'intéresser pour les Français qui cherchent à améliorer l'organisation de leur système de santé et qui comprennent qu'il faudra, à l'avenir, aller plus loin qu'une « réforme à la française ». Pourquoi ne pas laisser fleurir — voir mettre en concurrence — les initiatives locales, en se servant de l'appareil d'Etat, tout d'abord pour les favoriser et, dans un deuxième temps, pour adapter les modes de régulation des nouvelles structures ainsi créées ?

Victor G. Rodwin est professeur en économie et gestion des services de santé à la Wagner School of Public Service, New York University.

DES textes réglementaires à foison, une cotisation supplémentaire (RUS), des médecins apeurés, vociférants, qui réclament un retour au passé, le vote par le Parlement du budget de l'assurance-maladie. Tel est le bilan anniversaire d'une réforme coura-geuse, nécessaire et cohérente dont se réjouissaient les analystes du modèle de soins français.

Quatre raisons la justifiaient : accroître la qualité médicale des soins ; répondre aux besoins des malades et améliorer la santé de la population ; mieux employer des ressources dont le gaspillage par dizaines de milliards, dans des prescriptions médicales inutiles et parfois dangereuses, constituait le développement économique indigeste et la réduction des inégalités sociales et de santé.

Le mérite principal de la réforme Juppé est d'offrir aux médecins la possibilité de substituer un véritable système de soins aux activités désordonnées parfois inutiles, inefficaces et coûteuses des praticiens qui, en médecine ambulatoire ou hospitalière, travaillaient jusqu'à présent isolément, sans objectifs communs, sans connaître la qualité de leurs prescriptions, sans système d'information médicale et sans pouvoir prendre en compte l'ensemble des besoins de soins des malades et de la popula-

tion. L'excellence du fonctionnement d'un système de soins requiert cinq exigences : l'intégration des activités des professionnels dans un réseau disposant d'un outil de communication ; la possibilité pour les médecins d'avoir accès à une information scientifique actualisée et immédiatement utilisable ; la prise en compte des préférences des malades ; une organisation capable d'optimiser la trajectoire des patients dans le réseau de soins ; une attention constante à l'état de santé de la population.

Pour que naisse un système de soins, des réseaux associant médecins généralistes, spécialistes et hospitaliers, travailleurs sociaux, pharmaciens et professionnels des soins sont indispensables. Un dossier médical informatisé accessible en partie ou en totalité, avec l'autorisation du patient, aux différents intervenants permettrait aux membres du réseau de communiquer et de disposer des informations sans lesquelles il est impossible de garantir la qualité des soins. Un serveur de données mettrait à la disposition des professionnels les données scientifiques et statistiques aujourd'hui méconnues, indispensables à leur information et à celle des patients. La prise en compte des préférences des malades est une obligation morale. Correctement informés

des possibilités thérapeutiques, les patients expérimentent leurs choix liés à des facteurs familiaux, économiques et sociaux.

Si ces trois exigences étaient satisfaites, les décisions de nature médicale ne seraient plus jamais fondées sur la tradition, des habitudes ou des croyances, mais sur des preuves scientifiques et sur des probabilités déterminées par de nombreuses études expérimentales. Elles ne seraient plus autoritaires, mais prises par les malades et mises en œuvre par les médecins. Elles seraient centrées sur la satisfaction des besoins des patients.

Afin que la trajectoire d'un malade dans un réseau de soins soit optimale, elle doit être organisée autour d'un sens médical et une utilité. Ainsi le patient aura accès à des prestations qui correspondront à ses besoins et non à ceux des institutions ou des professionnels, et pourra faire appel, en urgence ou non, à un médecin capable de répondre à ses demandes. Ce médecin référent, indispensable à la coordination des soins sera, en pratique, un médecin généraliste.

Pour de multiples raisons : l'proximité, la disponibilité, le compétences nécessaires au diagnostic et au traitement et au suivi de la plupart des pathologies, la connaissance de l'histoire et de la situation familiale, sociale, professionnelle du malade, c'est à un généraliste, le médecin de famille, à débiter avec les malades leurs parcours dans le réseau.

La qualité des soins influence peu la santé d'une population et raison de la multiplicité des facteurs qui la déterminent. Mais dans un système de soins fonctionnant excellemment, les professionnels seraient attentifs à ces facteurs pour mettre en œuvre les études qui permettraient d'en définir l'importance épidémiologique et atténuer l'attention des responsables politiques sur l'utilité des actions à entreprendre.

Des médecins dépend le succès ou l'échec de la réforme,

