

Managed Care Info

Le Managed Care en Suisse romande

Réseau Delta: réflexions après 10 ans d'expérience

Dr Philippe Schaller, Dr Marc-André Raetzo, médecins responsables du réseau DELTA

Le réseau de soins primaires Delta fonctionne depuis 10 ans dans le canton de Genève. Dans cet article, les deux auteurs se proposent tout d'abord de donner un bref historique de la mise en place de ce réseau, d'en décrire le mode de fonctionnement et de discuter de l'intérêt d'un pré-paiement par Capitation. Dans une seconde partie, ils opposent intérêts sanitaires légitimes et freins existant au niveau de la politique de santé en Suisse. En conclusion les auteurs plaident fortement pour la création de véritables réseaux intégrant les divers partenaires du système de santé et contestent avec vigueur les pseudo-vertus de la concurrence en l'absence d'un véritable marché administré.

Le plan de santé de l'Université de Genève fut le premier réseau de soins créé en Suisse Romande s'inspirant largement des grands principes du Managed Care. Ce plan était directement issu de l'assurance maladie collective des étudiants qui accusait un déficit important depuis de nombreuses années. Afin d'y remédier l'assurance Avenir ainsi que le Rectorat voulurent expérimenter cette nouvelle voie autorisée dès décembre 1989 par la législation fédérale. C'est ainsi que nous avons pu mettre en pratique un certain nombre de concepts issus autant de nos réflexions de praticien de terrain que de la littérature. Le grand changement introduit par ce réseau de soins était de modifier les relations entre les acteurs du système de santé : modification de la relation médecin-patient (ce dernier se détermine pour un médecin de famille qui devient le fameux « gatekeeper »), modification également de la relation assureur médecin (le soignant est associé à la gestion financière des soins prescrits) et changement de la perception de l'assureur par l'assuré (le premier ne s'identifiant plus seulement comme un rembourseur de prestations mais comme une entité ayant aussi la responsabilité d'organiser les soins). Pour nous, les promoteurs de ce projet, les éléments de changements qui nous paraissaient les plus prometteurs étaient essentiellement la responsabilisation du patient par son acceptation de consulter un médecin de famille, la formation continue des médecins (création des premiers cercles de qualité), la circulation de l'information entre les acteurs du système de santé, l'action sur l'incertitude et l'angoisse, l'information du patient. Dès le départ nous n'avions aucune illusion sur l'utilité du « controlling » financier à posteriori ou le « profiling » des médecins. Dès la première année les résultats financiers du collectif des étudiants montrèrent une économie de 23% réalisée surtout sur une diminution des prestations médico-techniques (voir tableau). Les prestations « intellectuelles » ayant plutôt tendance à augmenter.[1] Dans cette étude, il n'a pas été relevé de changement dans l'état de santé des assurés.

Managed Care Info

Dès 1995, la société de service Arcovita (regroupement de quatre grandes caisses-maladie) a désiré collaborer avec les médecins du plan de santé de l'Université (ayant pris le nom de « Réseau de soins Delta »). Le réseau de soins Delta, c'est aujourd'hui 50 médecins de famille installés sur l'ensemble du territoire genevois qui prennent en charge environ 12.000 assurés dans quatre caisses-maladie différentes. Sur le plan strictement économique, on retrouve la diminution des coûts des prestations d'environ 20% par rapport à la moyenne cantonale considérant les classes d'âge et le sexe. Depuis une année, une expérimentation de capitation est en cours. Les résultats préliminaires sont intéressants tant du point de vue de l'organisation administrative du réseau (création d'une société anonyme à but non lucratif) que de la relation assureurs-réseau. Le médecin gestionnaire du réseau, avec l'aide d'une collaboratrice de l'assurance, passe en revue l'ensemble des factures médicales et procède à l'évaluation de l'efficacité et du fonctionnement du réseau (utilisation des examens complémentaires, référence aux spécialistes, l'historique et comportement des assurés etc). Avec le pré-paiement par capitation, la gestion financière se fait réellement par le réseau delta qui décide de l'attribution du budget. Le trafic des paiements reste du ressort de l'assurance financé par le réseau pour effectuer cette tâche.

Mode de fonctionnement

Les outils majeurs pour la gestion des soins restent au sein de ce type de réseau la formation continue, l'utilisation des nouvelles technologies de l'information, l'éducation et l'« empowerment » du patient ainsi que la mise en place progressive de programmes de disease management.

Le partage des connaissances

L'intervention qui nous paraît avoir eu un impact prépondérant sur la diminution des coûts c'est le développement d'une nouvelle culture du partage, entre les médecins au cours de nos cercles de qualité puis avec les patients au cours des consultations. Le partage des connaissances permet au patient à mieux se prendre en charge et à participer aux décisions thérapeutiques. Ce partage des émotions, des angoisses et des incertitudes est indissociable de la pratique de la médecine. Il est possible qu'une partie significative des coûts de la santé soit simplement la conséquence du refus de prendre le moindre risque et de la difficulté d'assumer l'impuissance de la médecine dans certaines situations.

Cercle de qualité avec les pharmaciens

Nous avons repris depuis une année l'expérience fribourgeoise de travail avec les pharmaciens (voir article du Dr Nyffeler dans ce numéro). Grâce à eux, nous sommes en mesure de chiffrer nos prescriptions, de discuter du choix des thérapeutiques en intégrant l'aspect pharmaco-économie. Les résultats chiffrés de cette expérience ne sont pas encore disponibles à Genève.

Les projets à court terme

Les projets à court terme sont nombreux tel que la négociation des prix de certains examens complémentaires, l'achat et la distribution de médicaments, le suivi de la trajectoire des patients notamment durant leur hospitalisation, la mise en place d'éléments de « disease management » pour certaines maladies chroniques (diabète, asthme, maladies cardio-vasculaires).

Managed Care Info

Actuellement la masse critique n'est pas suffisante pour mettre en place ces divers interventions.

Pré-paiement par capitation

Le réseau Delta a pris le risque de se lancer dans l'expérience d'un pré-paiement par Capitation. En effet, plusieurs stratégies de capitation ont été et sont mises à l'essai au niveau de différents pays de l'OCDE et la revue de la littérature montre que ce type de financement partiel ou total tend à inciter à des comportements plus adéquats en matière de santé et à dissuader les moins appropriés en comparaison au financement uniquement à l'acte[2]. Nous estimons que le financement forfaitaire en comparaison au financement à l'acte n'entraîne pas un rationnement des prestations mais permet, pour autant que les enveloppes soient bien calculées et les objectifs de santé bien définis, de donner plus de liberté, plus d'intelligence et plus d'élégance à notre cadre professionnel. Bien souvent, l'image culturelle d'une médecine libérale et à l'acte dans laquelle prévaut une liberté inconditionnelle empêche toute solution alternative même plus juste et plus logique.

Pour le réseau de soins Delta la capitation signifie:

- a) la responsabilité du traitement médical et de l'utilisation des services secondaires et tertiaires ;
- b) le risque économique de type « assureur », les sommes annuellement reçues étant indépendantes de la consommation effective ;
- c) un passage par le médecin de premier recours (gatekeeper) avec l'intérêt et la possibilité de pratiquer une gestion intégrée et d'orienter judicieusement la consommation vers les services les plus pertinents et les moins coûteux.
- d) Une participation au bénéfice par le biais d'un financement des heures de formation. Les excédents sont utilisés pour abaisser les primes. Il existe une réassurance pour les cas cliniques dépassant Frs 10.000.- par année.

Cependant le système de capitation impose un certain nombre de conditions qui lui permettent d'atteindre les résultats recherchés. La modification du seul mode de rémunération ne suffit pas. De même, le montant per capita alloué se doit de bien refléter un risque, au sens actuariel du terme.

Quelles méthodes de calcul retenir pour un per capita?

La capacité de bien prendre en compte les risques constitue un point critique, sinon, un des effets pervers de ce mode de paiement. En effet, toute organisation « prépayée » a un intérêt budgétaire à choisir sa clientèle, du moins si elle considère que le risque n'est pas bien reflété. Cet incitation devient plus aiguë lorsque l'on recourt à la capitation. C'est ce que l'on appelle la « sélection des risques » ou encore « l'écramage ». La littérature montre que les responsables des organisations ou les assureurs[3] (c'est le cas actuellement) sont tentés de recruter en priorité les personnes en bonne santé au détriment des malades, ou encore encouragés à transférer les cas les plus lourds à une autre organisation de soins. Une évaluation déficiente des risques peut compromettre gravement les incitations à l'efficacité. Théoriquement, le budget doit à peu près correspondre aux projections des coûts de santé de la clientèle. Cette question reste certainement l'une des difficultés les plus grandes à résoudre dans tout système de budget prospectif[4].

Managed Care Info

Le calcul de la capitation pour le réseau Delta

Le modèle utilisé pour calculer la capitation pour le réseau Delta prend en compte l'âge et le sexe (comme le système en vigueur pour la compensation des risques au niveau fédéral) ainsi que la notion d'une hospitalisation antérieure[5]. On sait en effet que les soins pour une femme de 71 ans s'élevaient à 1'130.60 francs en moyenne en 1998 si elle avait été hospitalisée en 1997 et à 414.15 francs sans hospitalisation. La capitation est ainsi calculée pour 64 classes différentes (16 classes d'âge, homme/femme, hospitalisé/non hospitalisé)[6]. Pour l'année 2000, la démarche est la suivante :

A) Combien coûtait une assurée semblable en 1998 en moyenne : 1'130.61 francs

B) Combien coûte une réassurance pour cas lourds : - 23.48%

C) Quelle a été l'augmentation générale 1998/1999 + 1999/2000 : + 11.46%

D) La CSS retranche arbitrairement une somme pour financer les réductions de cotisations et une éventuel sélection des risques non couverte par le calcul sophistiqué de la capitation : - 37%

CECI LAISSE au réseau DELTA une somme 611.40 francs

pour financer tous les coûts 2000 d'une assurée de cette catégorie.

On voit d'emblée que l'assurance a décidé que le réseau doit faire au moins 37% d'économies par rapport à un collectif à risque comparable. En pratique, le résultat du réseau DELTA était encore plus favorable car, en plus de cette réduction de 37%, il était possible de ristourner 100.- francs à chaque assuré. Mais ce modèle reste imprécis et insatisfaisant.

Difficultés liées au calcul de la capitation

A l'évidence, plus le calcul de l'enveloppe est proche du risque assuré, meilleure sera la solution pour combattre la « sélection de risques ». Aux Pays-Bas, les paiements par capitation tiennent également compte de l'âge, du sexe et des disparités régionales et géographiques. Mais, si ces mesures démographiques sont le plus souvent utilisées, la valeur prédictive est déficiente. Notamment pour les pathologies chroniques, les handicaps fonctionnels ou les maladies psychologiques, ces mesures sous-estiment l'utilisation du système de soins. Les recherches montrent que les facteurs sexe et âge sont de faibles indicateurs prévisionnels des dépenses de santé. L'analyse des statistiques de régression montre, par exemple au Pays-Bas, que la proportion explicable des variations de coûts de santé n'est que de 25% des dépenses. Les deux auteurs (René van Vliet et Wynand van de Ven) confirment qu'une capitation basée uniquement sur ces facteurs impliquent qu'il y a inévitablement sur-évaluation du budget pour certains patients et sous-évaluation pour d'autres ce qui stimulent la sélection des risques par les assureurs[7]. Ceci mène à rendre également inopérant les mécanismes de la concurrence. Dans leurs études aux Pays-Bas, ils estiment que l'inclusion du coût antérieur de traitement (année précédente) permettrait d'améliorer la variance. D'autres collectes d'informations permettent encore d'améliorer l'ajustement des paiements par capitation. Il s'agit d'analyser pour un patient donné son histoire médicale sur plusieurs années : son utilisation des services de santé, ses hospitalisations, sa consommation de médicaments, de physiothérapie, son comportement face au système de santé.

Managed Care Info

Ainsi, il est indispensable d'utiliser et de développer des outils qui permettent de prévoir l'utilisation future du système de soins par un groupe de population déterminé. Cette classification des patients selon la charge en soins (ACG- pour Ambulatory Care Group) ressemble à celle développée dans le cadre des hôpitaux et connue sous l'abréviation de DRG (Diagnosis Related Group). Elle permet de mesurer avec une relativement bonne précision le « poids de la maladie » pour une population de patients ou encore pour des assurés[8].

Compte tenu des informations dont le réseau Delta dispose, plusieurs projets de recherches pourraient être proposés, malheureusement, il manque la volonté politique et bien entendue financière.

Freins au développement des réseaux de soins en Suisse

Le problème du calcul de l'enveloppe est une problématique technique qui peut être résolue de différentes manières. Ce qui pose réellement problème c'est l'absence de volonté politique au développement des réseaux de soins ainsi que l'utilisation des outils de la gestion des soins. Il y a absence de programme de santé publique, absence de réflexion globale. Les décisions prises sous la coupole fédérale le sont de manière émotive au « coup par coup ». Malheureusement, peu de parlementaires sont familiers avec les mécanismes qui président la régulation des systèmes de santé et encore moins s'intéressent aux expériences et aux réflexions développées dans les autres pays de l'OCDE. Le financement « dual » tel qu'il existe dans notre pays est un frein majeur à toute progression dans le domaine du « managed care ». Il empêche toute optimisation des collaborations et des procédures de soins notamment pour les maladies chroniques et les personnes âgées[9]. De plus, l'absence d'un système intégré d'information ne permet pas d'assurer le succès de l'intégration et de la continuité des soins et des services.

L'avenir reste sombre et pourtant...

La concurrence semble, malheureusement, être l'unique instrument de régulation à disposition de nos décideurs et l'évolution du système de santé helvétique semble inéluctablement se faire dans une perspective où seule la logique économique domine. Compte tenu d'une compensation des risques (âge et sexe) peu performante, la concurrence se fait et continuera à se faire selon le mode bien connu des assureurs qui est la sélection des bons risques. L'Etat a l'obligation d'intervenir dans un marché aussi imparfait. Cette sélection des risques est un problème majeur.

Seul un changement de mentalité, une « révolution culturelle » permettra de s'adapter au fait que de plus en plus de patients ont besoin de plus de services, plus souvent et par plus d'un professionnel. Et seuls les systèmes de soins intégrés ou réseaux ou encore filières, peu importe le nom que l'on veut bien leur donner, répondront aux impératifs de coopération et de coordination. Les réseaux de soins que nous connaissons aujourd'hui sont les balbutiements de ce que seront demain des organismes de soins intégrés. Ces organismes mettront en cohérence leur système clinique, leur système de gestion et de financement ainsi que leur système d'information. Ils s'organiseront soit autour de clientèles ou de problématiques définies, soit autour de pathologies (disease management). Là aussi nous connaissons des embryons de développement de collaboration. Il existent de nombreux exemples d'organismes de soins intégrés dans divers pays de l'OCDE (notamment le projet de services intégré pour les personnes âgées en perte d'autonomie au Québec).

Managed Care Info

La LAMal ne laisse que peu d'espace pour imaginer l'émergence d'organisation de soins intégrés. La fragmentation du financement et des responsabilités, cloisonnement entre la médecine ambulatoire et stationnaire, entre le public et le privé sont autant des barrières législatives, culturelles, professionnelles et financières à l'intégration des soins.

Malheureusement notre système de santé est abondant, voir trop abondant pour être soumis à la contrainte de performance économique pour assurer sa survie et organiser le changement. C'est aussi pour cela que le succès des réseaux de soins est mitigé.

Il subsiste l'espoir que des professionnels de soins conservent des espaces d'autonomie suffisants pour pouvoir innover. Innover dans l'organisation des soins, innover dans les modes de rémunération, innover dans les pratiques de coopération.