

I N T **E** R N A T I O N A L



L'AIDE DE L'ASSUREUR OU DU GESTIONNAIRE DE L'OFFRE DE SOINS, AUX ASSURES ET AUX USAGERS

QUELQUES EXEMPLES
DANS DIFFERENTS PAYS
D'EUROPE ET
D'AMERIQUE DU NORD

UN RESEAU RECHERCHE INTERNATIONALE A LA CNAMTS

Il existe plusieurs structures dédiées au domaine international au sein des Régimes de sécurité sociale en France : la MRI, l'ADECRI et la REIF. Ces structures ont pour point commun de ne pas être Etatiques, mais d'être nées de l'initiative des partenaires sociaux. L'ADECRI (Agence pour le développement et la coordination des relations internationales) délègue des missions d'experts dans les différents pays émergents qui tentent de constituer une protection sociale, en s'appuyant sur les valeurs de solidarité et de gouvernance propres au système français. C'est une association, auto-financée par ses interventions, qui regroupe plusieurs régimes de sécurité sociale en France, présidée le Président de l'En3s (Mr. Jean Marie Spaeth), et dont le directeur est Yannick DHAENE, actuel Chef de la branche développement, communication et recherche de l'AISS.

La REIF (Représentation des Institutions Françaises de sécurité sociale), plus récemment créée, a son siège à Bruxelles, pour assurer sur l'ensemble des branches une mission de veille et d'information permanente en direction des organismes représentés à Bruxelles. Valérie Meftah dirige cette Représentation française ; elle suit au plan européen toutes les questions qui touchent à la sécurité sociale : santé, vieillesse, famille, financement, action sociale, organisation.

La MRI (Mission recherche internationale) intervient pour l'Assurance maladie, ainsi que quelques autres structures spécifiques à d'autres Branches ou Régimes (la Mutualité sociale agricole par exemple intervient notamment en Pologne). Cette dernière structure est spécifique à l'Assurance maladie.

Le réseau recherche internationale (RRI), est désormais rattaché à la MRI, structure rattachée directement au directeur de la CNAMTS.

Le RRI est animé depuis sa création (sous le nom de Mission recherche internationale) par son fondateur, Patrick Negaret, directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie du Mans.

La spécificité de cette structure est de fonctionner en réseau, en s'appuyant sur des praticiens de terrains volontaires, qui font partie des équipes dirigeantes des caisses, ou qui sont des médecins conseils. L'approche se distingue donc des études plus techniques ou juridiques conduites par des universitaires ou des spécialistes en matière de santé publique. La seule structure perma-

nente est constituée d'un cadre et d'une secrétaire rattachés à la CPAM du Mans, qui accueille régulièrement en renfort des stagiaires étrangers.

Le RRI a pour mission de créer un réseau de correspondant dans chaque pays, de décrire et de mettre à jour les différents systèmes de santé en réalisant des monographies sommaires mais régulièrement mises à jour, éventuellement d'assurer une mission de veille, et enfin de mener des enquêtes à la demande de la direction de la Cnamts. De surcroît, le RRI invite régulièrement des experts étrangers à intervenir à Paris sur différents sujets.

Chaque enquête se fait en trois temps : Une pré-enquête est conduite par Internet ou téléphone, et en s'appuyant sur les conseillers sociaux des ambassades de France à l'étranger quand il y en a, afin de détecter si possible les actions les plus intéressantes, identifier les régions à visiter, et trouver les interlocuteurs présumés les plus réputés dans le domaine considéré. Puis des questionnaires types identiques pour tous les pays sont bâtis, permettant le collationnement au retour. Enfin, intervient la mission proprement dite sur le terrain, pour une semaine en général.

Des directeurs de caisse ou des médecins conseils sont « référents » pour un pays ou un groupe de pays. Ils animent une petite équipe de collègue ou de confrères, et conduisent les missions sur place, le plus souvent en liaison avec les conseillers sociaux des ambassades de France. Il y avait, jusqu'à ces dernières années peu près une mission chaque exercice.

Depuis son intégration au sein de la Mission de recherche internationale de la Cnamts, les référents ne sont pratiquement plus partis en mission, et attendent de la nouvelle direction des orientations. Daniel Lenoir avait souhaité que le RRI soit chapeauté par la structure rattachée à la Cnamts, encadrée par un Médecin conseil. De nombreux sujets ont été proposés à l'étude, sans qu'une priorité claire soit décidée. Découragés, tous les intervenants du Réseau recherche international, Agents de direction et Médecins conseil, ont collectivement démissionné début 2005. Le RRI, ex MRI, n'existe plus.

Les pays qui ont été couverts par le RRI jusqu'en 2003 sont les suivants : Le Royaume uni, l'Irlande, la Norvège, la Suède, le Danemark, la Finlande, le Luxembourg, les Pays bas, la Belgique, l'Allemagne, la Suisse, l'Italie, l'Espagne, le Portugal, les USA, le Canada.

Des enquêtes ont été menées ces dernières années sur de nombreux thèmes, et ont fait l'objet de rapports auprès de la CNAMTS : Le panier de soins, les plateformes de services téléphoniques, les paramédicaux et les professions intermédiaires.

C'était donc une structure originale, composée exclusivement d'acteurs de terrains volontaires. Le RRI ne prétendait pas se substituer aux organismes spécialisés dans l'international, et n'avait pas pour objectif une étude théorique et exhaustive des autres systèmes : c'était une approche pragmatique, qui cherchait dans les pratique des autres des enseignements pour mieux gérer l'Assurance maladie en France.

Cet article a été réalisé à partir des travaux du Réseau de recherche internationale (RRI, ex MRI))

Gérard ARCEGA

QUELLE TYPE D'ASSUREURS OU DE GESTIONNAIRE DE L'OFFRE DE SOINS ?

Selon les pays, on s'intéressera à l'action de l'Assureur, ou du gestionnaire de l'offre de soins. En gros, les systèmes se répartissent en trois grandes catégories, plus une catégorie qu'on pourrait qualifier de « complémentaire » :

Les Assureurs publics, rembourseurs publics, interviennent dans les pays où une Assurance publique rembourse un offre de soins ambulatoire, et intervient plus ou moins, selon des modalités diverses, dans l'offre hospitalière (pour l'essentiel : France, Allemagne, Belgique, Pays Bas).

Les gestionnaires publics de l'offre de soins agissent dans les pays où l'Etat ou les Collectivités locales gèrent directement une offre de soins ambulatoire parfois libérale mais référente, parfois en dispensaire, et des hôpitaux (Royaume uni, pays scandinaves et pays latins)

Les gestionnaires privés, vendent une offre de soins complète, à des employeurs pour leurs salariés ou à des états, pour les pauvres et les personnes âgées HMO (USA)

Les Assureurs complémentaires, qui proposent trois sortes de prestation : Une complémentarité de paiement (type Français), Une complémentarité de délégation : des mutuelles complémentaires gèrent une assurance maladie complémentaire facultative, mais aussi obligatoire par délégation (type Français) ou une complémentarité de prestation, qui peut être entièrement substitutive à l'offre publique, ou complémentaire à cette dernière. (Type pays Scandinave ou pays latin).

Selon les pays et selon les acteurs, la recherche et la prise en compte des attentes d'information des assurés et des usagers seront donc différentes

Les assureurs ou les gestionnaires privés doivent attirer des clients. C'est le cas aux USA, mais aussi en Allemagne, où la concurrence entre caisse suscite des offres de compléments

aux offres légales, et où l'aide de l'assureur s'inscrit dans une démarche commerciale. Les assureurs complémentaires sont pratiquement dans la même situation : Par exemple en France, l'information faite par les Mutuelles, qui gèrent à la fois le remboursement obligatoire et une couverture complémentaire, n'est guère différente de celle des assureurs en concurrence.

Les attentes des assurés peuvent être de nature administrative ou médicale :

Administratives : On a en face de soi un assuré qui attend rapidement son remboursement, qui sollicite une information sur ses droits, sur le montant des remboursements, sur les structures administratives à sa disposition.

Médicales : les usagers du système de soin veulent être orientés à l'intérieur de celui-ci, avoir des informations sur les techniques médicales, bénéficier de conseil de prévention.

QUELS SONT LES MOYENS DE CONNAITRE ET DE PRENDRE EN COMPTE LES ATTENTES D'INFORMATION ?

Les assureurs privés ou complémentaires en situation de concurrence ont l'obligation de se faire connaître et de faire connaître leurs prestations. Les compagnies privées pratiquent donc systématiquement cette démarche, comme ACHMEA aux Pays bas, qui réalise aussi des enquêtes clients auprès des entreprises.

Les acteurs publics commencent également à les mettre en œuvre, et vont jusqu'à pratiquer comme en France actuellement ce qu'on appelle une « politique client » (ce qui ne veut évidemment pas dire que l'assuré social est devenu un client, mais simplement qu'il est traité avec les mêmes égards qu'un client.) Au Royaume uni, le « NHS centré sur le patient » est en train de prendre forme.

La participation des usagers, et « l'écoute client »

Il s'agit le plus souvent de la participation des organisations



care services usa comparatif.

de consommateurs et de patients (ce qu'on appelle parfois la « Démocratie sanitaire ». C'est le cas en Norvège (où ils participent même à la fixation des tarifs et aux réformes), en Allemagne (où les organisations de consommateurs publient un « hit parade des caisses »). En Espagne, Un Conseil régional de santé constitué au niveau des Communautés autonomes inclut en son sein des entreprises, des consommateurs, des syndicats. Aux Pays Bas les droits des consommateurs font l'objet d'une loi et de réglementation spéciale.

C'est au Royaume uni, sous réserve d'inventaire, que le souci d'écoute des consommateurs semble le plus développé avec la consultation des organisations de consommateurs.

En France par contre, les organisations de consommateurs, sans doute moins développées, ont un rôle d'autant moins important que les représentants syndicaux disposent de la légitimité de leur représentation dans la gestion des caisses. Une Loi récente sur le statut des malades tente cependant d'améliorer l'écoute des patients, et la crise de la gouvernance a conduit à une réflexion sur la représentation des usagers dans les caisses, qui ont fait une entrée discrète dans les Conseils. Malgré tout, une politique « d'écoute client » s'est fortement développée dans les caisses.

Les outils de connaissance sont les outils actuellement répandus : Enquêtes systématiques ou ponctuelles, gestion des réclamations, analyse des demandes d'informations spontanées etc Ces outils sont tous utilisés au Royaume uni ; au Québec une démarche d'amélioration continue de la qualité

des services et de la satisfaction a été entreprise, avec une évaluation périodique par auditeurs externes. En Espagne, des centres de santé pratiquent ce genre d'enquêtes pour connaître le niveau de satisfaction des patients. En Allemagne, une organisation de défense des consommateurs réalise tous les ans une enquête de satisfaction, et établit un « hit parade » des caisses en termes de satisfaction des clients. Au Danemark, une enquête nationale est menée tous les deux ans depuis plusieurs décennies, sur plus de 34 000 patients, pour comparer les différences entre hôpitaux. En Finlande, le National Health Institute réalise une enquête de satisfaction tous les cinq ans depuis plus de vingt ans, en portant toujours sur les mêmes questions.

Ces outils sont tous utilisés au Royaume uni : En 2001 a eu lieu une vaste consultation des patients et du personnel du NHS sur la réforme de ce dernier. Le NHS propose régulièrement des « consultations » ouvertes à tous sur des thèmes de santé, sur des périodes de quelques mois. Toutes les communications de « NHS direct », la plate forme de service téléphonique nationale sont enregistrées, l'information demandée est stockée, chaque personne est identifiée avec son histoire personnelle. Ces informations permettent de vérifier l'efficacité du service, de faire de la recherche après anonymisation, de rappeler les personnes pour s'assurer du suivi médical.

LES INFORMATIONS DANS LES DOMAINES MEDICAL

La prévention. Parmi les vecteurs, on trouve évidemment le médecin généraliste. Dans les pays où existe un passage obligé par un « gate keeper », c'est celui-ci qui informe les patients. C'est le cas aux Etats-Unis, où les professionnels suivent les guides de bonne pratique des assureurs santé avec lequel ils ont passé un contrat. Au Royaume uni, la rémunération est liée pour partie aux résultats obtenus par les médecins dans le cadre de campagnes nationales. En France, le médecin référent s'engageait par contrat à une démarche de prévention. On place désormais cette espérance dans le « médecin traitant ».

Les acteurs paramédicaux, infirmières ou kinésithérapeutes, sages femme, interviennent également dans les centres de santé en Finlande et en Suède .

Les plates-formes de service téléphoniques fournissent en principe des informations administratives, ou donnent des consultations ; mais elles peuvent aussi participer à des campagnes de prévention ; C'est le cas en Allemagne, au Québec, Au royaume uni avec « NHS « direct ». En France, les plate-formes de services téléphoniques des assureurs complémentaires font de la prévention dans les secteurs où ils sont dominants. Les plate-formes des assureurs publics commencent à initier des campagnes à partir de prévention, notamment pour accompagner des campagnes nationales (campagnes dites "sortantes").

La télévision numérique entre dans les mœurs : Au royaume uni, « NHS direct » teste un service « NHS direct numérique ».



Nathalie, téléconseillère sur l'APFS d'Avignon

Les supports divers traditionnels, brochures, journaux, bornes interactives, portail de santé, etc ... sont bien sûr utilisés à peu près dans tous les pays concernés. Les campagnes nationales d'informations sont utilisées par les assureurs publics ou complémentaires, ou les Ministères, et couvrent les grands problèmes de santé publique : En France par exemple, lutte contre le tabac ou l'alcool, le VIH, la prévention du cancer du sein, du cancer colo-rectal, plus récemment de l'obésité. D'une façon générale c'est, à divers degrés, une prérogative des Etats, surtout dans les pays où ce sont les Comtés ou les Communautés régionales ou locales qui gèrent en direct l'offre de soins curative, ainsi que dans les pays où existe un assureur para-public.

La science médicale : PFS et WEB

Dans ce domaine, les plates-formes de service téléphoniques sont un outil privilégié, et le Web un média d'avenir. Les professionnels de santé peuvent répondre au téléphone à l'aide de bases de données. Des informations détaillées sont données en Allemagne, en Italie, en Norvège, en République d'Irlande, en Suède et en Suisse. Le Royaume uni propose le service le plus étendu avec « NHS direct » qui fonctionne 24 heures sur 24 avec des infirmières spécialisées. Au Portugal, un assureur privé (Medis) gère pour le compte de l'Etat une plate-forme de service téléphonique dédiée à la pédiatrie qui semble rigoureuse et performante. Des portails médicaux sont créés ou en voie de l'être notamment dans les pays Scandinaves, et au royaume uni.

LES AIDES AUX ASSURES : LE REPERAGE DANS LE SYTEME DE SOINS

Dans ce domaine plus sensible, deux approches sont possibles : La simple orientation dans le système de soins, afin de répondre à des questions basiques, par exemple : - Où puis-je trouver près de mon domicile un réseau de soin dans telle spécialité, un établissement pour handicapés, un centre de protection maternelle et infantile ? Le conseil dans le

choix d'une structure adaptée et évaluée. C'est le point le plus sensible, car c'est celui qui intéresse le plus les patients, et le moins les structures de soins. C'est le point le plus délicat, car il exige une évaluation de l'offre de soins, pré-requis indispensable à un conseil avisé.

La simple information d'orientation existe désormais dans de nombreux pays, le plus souvent grâce aux plates-formes de service téléphoniques, ou à partir de sites Web. L'information minimale est celle des listes de professionnels de santé, sans classement, assortie de quelques données pratiques. Au Royaume uni « NHS direct », qui est accessible 24h sur 24h pour le prix d'une communication locale, donne des informations sur les services santé du NHS, ainsi que sur les organismes d'aide et de soutien aux individus. En Italie à Modène, on donne la liste des généralistes ou pédiatres payés à l'acte, avec des indications sur leurs disponibilités (numéros verts, sites internet). Dans les pays Scandinaves, l'outil Internet permet aux citoyens de se repérer dans l'offre de soins. Au Danemark, dans chaque circonscription des Comtés, les patients peuvent consulter des Conseillers (par téléphone ou à l'accueil), ainsi que des médiateurs dans les

établissements de santé, notamment au sujet des listes d'attente. En France, on étudie la possibilité de donner ce type d'informations à partir des plates-formes de service téléphoniques que les caisses ont commencé à monter sur grande échelle.

L'information étendue c'est-à-dire une information qui, sans être de la publicité, donne des indications pour un choix plus avisé se rencontre dans quelques pays : En Allemagne, les caisses fournissent une liste de trois noms de professionnels de santé à proximité du patient, des RMO, le type et le nombre d'interventions effectuées dans les établissements. Aux Pays Bas les assureurs publics et privés fournissent des informations sur les délais d'attente, les taux de mortalité, les complications chirurgicales ou la durée d'hospitalisation dans les établissements. Au Danemark, une « publicité encadrée » peut être faite, si elle est modérée, objective, adéquate (données identitaires, accès handicapés, parking proche, visites médicales, méthodes de traitement, liste d'attente, prix pratiqués).

Le conseil dans le choix de structures plus ou moins évaluées dépend du type d'assureur ou de gestionnaire du

Un GRC : medialog

The screenshot displays a web application interface for 'Plate Forme de Services'. The top navigation bar includes 'Retour Portail', 'Accès CTI', 'Synthetnet', 'ProSanté', and 'Rendez-Vous'. The user is logged in as 'Assuré' with the following details: Nom: Mlle, Prénom: MAGALI, U.S.D.: 607, Adresse: 34, C.P.: 84000, Commune: AVIGNON, Tél.: 04 90, Mobile: 06, Fax: .

A table lists administrative documents:

Élément	Crée le	Auteur	
Accueil	24/08/2004 11:42	Marythe	Droits Invalidité/Calcul de la pension d...
Pré-Accueil	22/04/2004 14:01	Caroline	Remboursement des PE/Règlement d...
Pré-Accueil	23/03/2004 12:53	Dominique	Vitale/Utilisation de la carte

The interface is in 'Mode Op. 84' and 'Expert : SAJ'. The main content area shows 'Accès aux documents administratifs : OPERATION 84 - maj 20.05.02' and 'Demande de document administratif'. A definition states: 'Toute personne a le droit de connaître les informations contenues dans un document administratif dont les conclusions lui sont opposées.' It lists document types like dossiers, reports, and statistics. A note specifies that medical documents are transmitted to the designated intermediary. Two request methods are listed: 'Demande formulée par téléphone' and 'Demande formulée dans un Espace Accueil'. The 'Demande formulée par téléphone' section includes the instruction: 'Faire préciser par le demandeur quel est le document concerné (titre, nature, date, contenu et origine du document)'.

système de soins. C'est dans les pays où l'assureur est public qu'il n'y a pas d'information dans ce domaine, même si les médecins libéraux par exemple sont censés être en concurrence. Pour les hôpitaux, les éventuels hit parades – pourtant établis à partir de données publiques – sont le plus souvent élaborés par des journalistes. Dans les pays où une structure publique gère directement l'offre de soins, l'obligation de s'adresser à un professionnel ou à un établissement limite l'intérêt de ces conseils, voire pourrait remettre en cause cette obligation.

Au demeurant, ce type d'information peut être interdite : C'est le cas en Allemagne, où il est strictement interdit d'établir des classements de professionnels de santé ou de structures de soins. En Italie, il n'existe apparemment pas non plus de classement des professionnels ou des structures de soins. Une nouveauté toutefois, bien qu'encore limitée : en France, tous les réseaux de soins doivent accepter une évaluation par un audit externe pour bénéficier de financements dérogatoires.

Dans les pays où l'assureur est privé, le seul exemple d'évaluation comparée est celui des Etats-Unis, ou des sociétés spécialisées établissent des comparaisons entre HMO, afin d'éclairer le choix des entreprises qui veulent acheter une offre de soins pour leurs employés.

Pour choisir la HMO qui propose le meilleur rapport qualité/prix, les entreprises ou les individus ont diverses sources d'information : Des sociétés d'évaluation privée, qui mesurent les performances des HMO, et vendent les résultats aux acheteurs de soins, mais aussi des Agences d'Etat : Depuis les années 90, des agences d'états ont été mises en place pour fournir des informations permettant notamment aux patients de sélectionner leur plan santé et un ou des assureurs santé qui offrent le meilleur rapport qualité prix. (résultats et coûts des thérapies mises en œuvre, satisfaction des patients vis-à-vis de leur assureur pour la couverture de soins). Enfin des groupements d'employeurs : indépendamment de nombreuses structures visant à améliorer la qualité et l'évaluation, les groupes d'employeurs eux-mêmes diffusent les résultats des réseaux de santé, et même des listes de classements d'organismes ou de médecins.

LE CONSEIL « CONSULTATION »

Il s'agit d'une consultation téléphonique qui donne au patient souffrant des conseils médicaux, et le cas échéant l'oriente vers la structure adaptée. Cette fonction est peu évoluée, à l'exception du traitement des urgences dans les pays Européens (le « 15 » en France), et de l'Amérique du Nord. Aux USA, les plateformes de service téléphonique donnent de vraies consultations par téléphone, dans le but d'ailleurs d'éviter si possible une consultation physique. En Europe, et sous réserve d'inventaire, c'est en Suède qu'on trouve le service le plus proche avec TelefonAkuten Sverigei AV. Au Royaume uni, à « NHS direct » les nurses qui communiquent avec une personne souffrante l'interrogent sur leurs symptômes, et donnent des conseils, le numéro d'un

généraliste, exceptionnellement commandent une ambulance. Aux Pays Bas, les infirmières de la PFS d'ACHMEA donnent des conseils médicaux dans les situations où le client avait l'habitude d'appeler le médecin, et pallient ainsi l'insuffisance de professionnels de santé. Au Danemark, les médecins référents donnent tous les matins une demi-heure de consultation téléphonique rémunérée à l'acte.

LES INFORMATIONS DANS LE DOMAINE ADMINISTRATIF :

Cette information existe partout, mais elle est plus développée dans les pays qui ont des assureurs publics et complémentaires, qui doivent informer leurs clients d'abord sur leurs droits, plus ou moins liés à des cotisations.

En France, le conseil dans le domaine administratif s'est développé dans l'Assurance maladie publique, en même temps qu'une démarche client, et à l'aide de plate-forme de services téléphoniques. L'approche client a des conséquences managériales importantes : Remise en cause de la culture administrative classique, passage d'une GRH dite « polyvalente » à une professionnalisation des métiers du contact, mise en œuvre d'outils technologiques performants : PFS et GRC (logiciels clients). L'Assurance maladie déploie le logiciel client baptisé « MEDIALOG », conçu par la CPAM d'Avignon, qui en assure la délégation de maîtrise d'ouvrage.

En conclusion, on peut dire que paradoxalement ce sont les pays où le système de soins est privatisé qui donnent le plus d'information à leurs assurés. Bien sûr, la concurrence joue un rôle, mais n'implique pas nécessairement une information partielle : les clients d'une HMO sont de toute façon des clients captifs. Ce sont surtout les offreurs de soins qui subissent les duretés de la concurrence.

Les grands gestionnaires ou assureurs publics pourraient améliorer leur performance, car ils disposent des données leur permettant de le faire. Le seul obstacle est politique : il faut affronter les Ordres médicaux, ainsi que les gestionnaires hospitaliers. Malgré tout, dans toute l'Europe, sous la pression des médias et des consommateurs, et grâce aux nouvelles techniques (PFS et Web) on assiste à la montée en charge d'une information de plus en plus exhaustive et transparente, ce qui est finalement la base d'une vraie « démocratie sanitaire. »