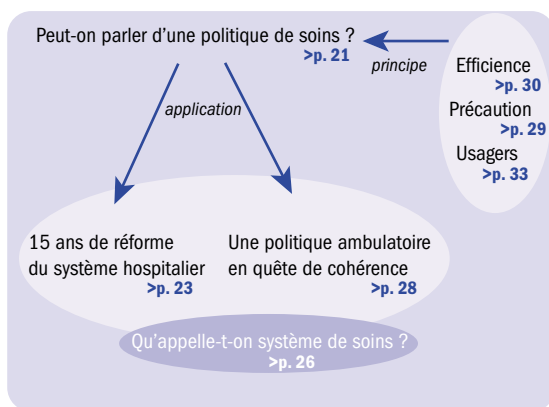


Politique de soins

La légitimation des décisions



Comment se définit une politique de soins ? Les décisions sont prises au nom de l'efficacité, du principe de précaution ou des attentes des usagers. Plusieurs réformes se sont succédées concernant l'hospitalier et l'ambulatoire, sans véritable lien entre ces deux secteurs.

Peut-on parler d'une politique de soins ?

Marc Brémont
Médecin, directeur
groupe Image-ENSP,
professeur associé
Université Lyon III

Si, dans le domaine des politiques publiques, celle de santé publique est en train d'acquiescer son droit de cité, c'est grâce aux différentes réformes engagées ces dernières années, qui renforcent le rôle et l'emprise de l'État sur ce secteur. Depuis le vote des objectifs nationaux des dépenses de l'assurance-maladie par le Parlement, jusqu'au développement ébauché des dispositifs de concertation démocratique et d'élaboration des priorités nationales et régionales, tous les niveaux possibles de conception et de mise en œuvre des politiques de santé publique paraissent aujourd'hui en voie de consolidation institutionnelle sur notre territoire.

Cette évolution résonne comme la fin d'une période où l'État, l'assurance-maladie et le corps médical pouvaient se poser comme les garants légitimes d'une santé publique fruit de la somme des « bonnes » pratiques individuelles de soins accessibles au plus grand nombre de cotisants. Tant que l'organisation efficace de la prise en charge de la santé de la population pouvait se jauger au travers de la croissance de l'appareil de production de soins, tant qu'il paraissait que la défense des intérêts des usagers cotisants au sein des caisses d'assurance-maladie suffisait à consolider le droit aux soins de tous, tant qu'il semblait que le seul con-

trôle *a priori* des compétences individuelles des professionnels de santé suffisait à garantir la qualité de la prise en charge du patient, la confusion entre système de soins et système de santé pouvait être judicieusement entretenue, ce qui dès lors permettait à l'action des pouvoirs publics, des caisses d'assurance-maladie et des professions de santé de se développer sans véritable remise en question.

Face à la survenue, ces dernières années, de grandes crises de santé publique, face au développement de connaissances nouvelles sur les déterminants des états de santé, face à la précarisation des conditions d'accès aux soins de certaines populations, face à la segmentation des champs de compétences et des rôles des professionnels et à la nécessité de coordination des intervenants pour assurer une activité de production complexe et, enfin, face à l'absence de mesure des conséquences en termes de santé de la croissance de la demande de soins et corrélativement des dépenses y afférant, s'est ouvert un fossé entre la question du soin et celle de la santé, qui a mis en difficulté la répartition institutionnelle, forgée dans l'immédiat après-guerre, des rôles des différents acteurs en charge de la régulation du « système de santé ». Cette situation a poussé l'État à reprendre en main la politique de santé nationale, c'est-à-dire la définition des objectifs à atteindre pour améliorer la situation sanitaire, fixer l'ordre des priorités et indiquer les principales voies à suivre pour y parvenir. Politique de soins et politique de santé ont symboliquement entamé leur



divorce le 15 novembre 1989, à la suite de la parution d'un article dans *Le Monde* intitulé « Non au ministère de la Maladie » signé par cinq experts*, tous médecins.

La « médicalisation » de la société, avec l'avènement d'une cléricature de la thérapeutique et la volatilisation de la maladie dans un milieu corrigé, organisé et sans cesse surveillé, constitue, depuis l'avènement des États modernes, les deux modèles extrêmes entre lesquels schématiquement s'organise le débat public sur les politiques de soins (de santé)**.

Si l'État a bien repris en main les rênes des politiques sanitaires (et plus particulièrement de sécurité sanitaire), c'est parce que la santé de la population apparaît aujourd'hui comme un bien public sur lequel on peut et doit tenter d'agir « du dessus », en structurant une veille, une organisation et une correction du milieu, au travers d'un appareil administratif dont la dynamique et la performance résultent de sa seule responsabilité.

Mais, dès lors, resurgissent deux questions :

- peut-on penser « du dessus » les finalités, l'organisation, la dynamique et la performance de l'offre de soins puisque le cadre d'interprétation des liens entre demande de soins individuelle et besoins de santé de la population s'est en quelque sorte à nouveau brouillé,
- et si oui, comment peuvent se concevoir les rôles des acteurs qui auront la responsabilité de faire vivre ce système ?

C'est en termes de justice sociale que l'on peut répondre positivement à la première question. Penser aujourd'hui une politique de soins, c'est concevoir que l'organisation de l'offre de soins doit permettre au citoyen-usager en tous points du territoire de se voir proposer une trajectoire de soins qui puisse répondre à son problème. Cela suppose un affichage et une lisibilité des caractéristiques d'une offre coordonnée de services, des modalités de prise en charge administrative adaptées, mais aussi des mécanismes de régulation qui poussent à la dynamique et à la consolidation de mises en réseau, voire d'entreprises coopératives de soins.

Mais force est de constater qu'aujourd'hui la régulation de l'offre de soins juxtapose, sans obligatoirement assurer une cohérence d'ensemble, deux conceptions assez différentes : d'un côté, une planification que le législateur a voulu, de plus en plus contraignante, que verrouille un système d'autorisation qui prédétermine largement le contenu de l'exercice. De l'autre, un système faisant appel à l'incitation, à la contractualisation, à l'appel à projets avec des financements à la clé, à l'émulation des opérateurs.

Autrement dit, il ne peut y avoir de politique de soins sans que s'élaborent de nouveaux modèles et outils pour permettre le développement d'une organisation de l'offre de soins coordonnée traversant les institu-

tions existantes et sans que soient mieux établies les marges de manœuvre dont disposent les « entrepreneurs du secteur » pour prendre le risque d'investir dans la construction de pratiques coopératives de soins (de santé).

Une des principales difficultés que connaît l'État aujourd'hui dans ses tentatives de renouveler la politique de soins est de savoir passer d'une logique de planification de l'offre en lits, places et équipements à une logique d'organisation des trajectoires de soins. Après avoir consolidé la région, au travers des ARH comme espaces de construction des politiques de soins, les pouvoirs publics ne peuvent inciter les professionnels qu'au travers d'injonctions assez paradoxales du type « mettez-vous en réseau, soyez dynamique, soyez innovant... » parce que la transition entre le modèle de planification et le modèle d'organisation en réseau n'est qu'à peine ébauchée et qu'on manque de connaissances sur la façon de mener ces reconfigurations de l'offre.

Penser la politique du soin aujourd'hui pour les pouvoirs publics, c'est favoriser la naissance dans chaque région d'une école qui permette aux entrepreneurs du soin d'échanger sur leurs expériences pour produire des connaissances, des modèles, des outils adaptés à la conduite de cette transition entre un modèle où l'analyse de la performance est centrée sur les institutions, à un modèle centré sur les trajectoires de soins. Tous les acteurs doivent remettre en question leurs savoirs face à cette nouvelle donne. Cela signifie de reconsidérer les mécanismes de financement entre les professionnels libéraux et les établissements impliqués dans la production de trajectoires de soins, de définir le champ de regroupement des trajectoires de soins (disciplines, etc.), de reprendre la question de la démographie et de la circulation des professions de santé à l'aune de ces nouveaux repères, de permettre la mise en œuvre d'un partage d'information entre les différents partenaires de la prise en charge.

Il reste à penser la façon dont les Urcam et les ARH pourront mettre en commun leur système d'information pour bâtir les bases des outils d'évaluation de ces réorganisations et investir, conjointement avec les entrepreneurs du soin, un champ d'analyse qu'on appelle l'organisation des trajectoires de patient*.

Pour faire évoluer notre système de soins, il faut faire une place à la rêverie, « à l'allégresse d'un jeune courage** ». La dynamique du milieu professionnel ne pourra indéfiniment se satisfaire d'une mise en conformité face à des normes de fonctionnement trop étroitement encadrées. Permettre aux acteurs du terrain de prendre un certain plaisir à réinventer l'avenir de l'organisation des soins, face à des situations qui les concernent, cela fait partie aussi d'une politique de soins. ■

* Les professeurs Dubois, Got, Gremy, Hirsch et Tubiana qui seront tous nommés au Haut Comité de la santé publique créé par décret du 3 décembre 1991.

** Nos amis québécois, au pragmatisme bien connu, parlent des soins de santé (sans parenthèses).

* Une expérience (Agora Data) est actuellement menée sur le district de Rennes qui réunit professions libérales, assurance-maladie, mutuelles, établissements de santé, et qui teste le partage de données sur la trajectoire des patients.

** Shelley, *Ode au vent d'ouest*. Chevrillon, 1901.

1983–2000, le système hospitalier en réforme

Jean-Pierre Galaire
Consultant
Jean-Pierre Claveranne
Professeur
des universités,
Université Lyon III,
Lass-Graphos CNRS

La décennie 1970 a vu la mise en œuvre des deux lois structurantes de notre système de santé : la loi du 31 décembre 1970, qui a permis la structuration et la modernisation du fonctionnement des hôpitaux, et la loi du 30 juin 1975, qui a organisé le fonctionnement des institutions médico-sociales, qui relèvent dans notre pays principalement de l'initiative privée, notamment à but non lucratif.

Dès la fin des années soixante-dix et le début des années quatre-vingt, sous la pression de l'envolée des dépenses à charge des régimes d'assurance-maladie, du ralentissement de la croissance économique, des mutations de l'industrie et du chômage, il est apparu urgent de remédier aux effets inflationnistes constatés qui ne pouvaient plus être financés par l'assurance-maladie.

Les premiers éléments de la réforme ont porté sur l'hospitalisation :

- 1983 : abandon du financement par prix de journée au profit de la dotation globale de financement dans les hôpitaux publics,
- 1985 : extension aux établissements privés participant à l'extension du service public hospitalier,
- 1991 : loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière,
- 1996 : ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ces textes ont apporté une réforme en profondeur de l'hospitalisation publique et privée. Toutefois, force était de constater que, dans le même temps, la maîtrise des dépenses de santé n'était pas au rendez-vous et les plans relatifs à la Sécurité sociale se succédaient à un rythme soutenu, courant toujours après l'objectif de maîtrise.

La réponse des pouvoirs publics a été la publication des ordonnances du 24 avril 1996 sur l'organisation de la Sécurité sociale et sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Notre propos n'étant pas de faire un bilan exhaustif de toutes ces réformes, il se limitera donc à en mettre en évidence les aspects les plus déterminants.

La réforme de 1983

Le but de la loi du 31 décembre 1970 avait été de fixer à la fois le cadre organisationnel et le plan de financement qui allait permettre une profonde transformation et la modernisation des hôpitaux publics.

À partir de 1985, tous les hôpitaux publics et privés à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier ont vu leurs recettes limitées à la dotation globale de financement, complétée par les produits d'hospitalisation (tickets modérateurs sur actes externes principalement) et produits divers.

Il s'est vite avéré que cette réforme de 1983, qui ne

concernait essentiellement que les modalités de financement du fonctionnement, était insuffisante et inéquitable sur le plan économique dans le sens où, pour les établissements surdotés bénéficiant de rentes de situation héritées du passé ainsi que pour les établissements les plus rétifs, elle n'incitait pas à la maîtrise des dépenses.

La réforme de 1991

Après le constat des défauts et des limites de la réforme de 1983, la loi du 31 juillet 1991 s'articulait autour de cinq axes principaux :

- adapter l'offre de soins aux besoins sanitaires de la population et améliorer la qualité des soins en créant à côté de la carte sanitaire, outil quantitatif d'encadrement du développement de l'offre de soins, un outil qualitatif : le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros). L'objectif de ce Sros est de déterminer la répartition géographique des installations et activités de soins régies par la carte sanitaire permettant d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population ;
- accroître l'autonomie des établissements et développer les responsabilités des acteurs du système hospitalier. Pour cela, la loi introduit la dimension de pluriannualité fondée sur l'élaboration de projets médicaux, base d'un projet d'établissement, portant sur une durée maximale de cinq ans et pouvant déboucher sur la signature de contrats pluriannuels d'objectifs conclus sur ces bases entre les établissements, l'assurance-maladie, l'État et le cas échéant les collectivités territoriales ;
- améliorer la concertation et le dialogue au sein des établissements par la mise en œuvre d'instances de concertation tels que les conseils de service et de département. Cette structuration de l'activité médicale a aussi pour ambition de faire participer les responsables médicaux à la gestion des moyens budgétaires de leur structure et à les faire bénéficier, le cas échéant, des résultats de cette gestion ;
- rétablir un plus juste équilibre entre service public et secteur privé lucratif ;
- promouvoir le principe d'une évaluation tous les cinq ans des activités de soins et de leur organisation au sein des établissements. Elle consacre le rôle de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem).

Le bilan de la loi de 1991

Dans les faits, on retiendra de la loi de 1991 les éléments suivants :

- renforcement de la planification sanitaire qui, de quantitative (carte sanitaire), devient aussi qualitative (le Sros),
- structuration des établissements de santé et une réaffirmation de leurs missions,
- volonté de passer d'une programmation budgétaire annuelle à une contractualisation pluriannuelle conforme au Sros,



- développement de la participation des acteurs à la planification sanitaire et à la gestion des établissements,
- définition du principe de l'évaluation des activités de soins et de leur organisation par une agence indépendante,
- affirmation de l'obligation d'information des malades et notamment de la communication de leurs dossiers médicaux,
- volonté d'expérimenter de nouvelles formes de tarification à la pathologie dans le but de rapprocher les financements du secteur public et du privé,
- réforme des établissements concernant principalement le secteur public ou parapublic, prolongeant ainsi les possibilités de divergence des dynamiques de développement entre les deux secteurs.

Elle aura permis la révision de la carte sanitaire et l'élaboration des Sros de première génération. Toutefois, il faut noter qu'elle n'a pas abouti concrètement sur le plan de la contractualisation pluriannuelle, sur le plan de l'évaluation et sur celui de l'harmonisation des modes de financement entre secteur public et privé.

La réforme de 1996

Elle résulte d'un ensemble de trois ordonnances, regroupées dans ce qui fut appelé le plan Juppé, toutes trois datées du 24 avril 1996 :

- ordonnance 96-344 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale,
- ordonnance 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins,
- ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Cet ensemble de textes forme un tout cohérent qui marque la volonté du législateur d'aborder simultanément les questions de santé publique, de financement de la Sécurité sociale, de répartition des rôles entre le législateur, les services de l'État et l'assurance-maladie, de gestion conventionnelle des relations entre ces acteurs et les professionnels de santé, et d'approche globale de la gestion de l'hospitalisation publique ou privée.

L'ordonnance 96-344 réforme les compositions et modes de formation des conseils d'administration des caisses d'assurance-maladie, leurs relations avec l'État au travers des conventions d'objectifs et de gestion qui leur délèguent la gestion du respect des objectifs de dépenses issus de la loi de financement de la Sécurité sociale votée annuellement par le Parlement.

L'ordonnance 96-345 a pour but principal de définir les modalités conventionnelles entre les professionnels de santé libéraux et l'assurance-maladie. On y trouve aussi deux aspects qui auront des conséquences sur les choix faits en matière d'hospitalisation :

- la création des conférences nationale et régionales de santé, qui doivent se réunir annuellement et proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins compte tenu de l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques. Ces propositions sont réu-

nies dans un rapport annuel remis au gouvernement, qui en tiendra compte pour l'élaboration annuelle de la loi de financement de la Sécurité sociale,

- le lancement pour une période de cinq ans, à compter du 24 avril 1996, d'actions expérimentales de coordination des soins à l'intérieur de filières et de réseaux de soins pouvant faire l'objet de nouvelles formes de tarification et de prise en charge des dépenses.

Enfin, on trouve dans cette ordonnance les dispositions rendant obligatoires la présentation et la tenue à jour d'un carnet de santé, ainsi que celles relatives au codage des actes de pathologie et à l'utilisation des cartes à puce (Sésame Vitale, cartes professionnels de santé). Ces dispositions ont été soit sans effet, soit vidées de leur sens, compte tenu d'une part des oppositions des médecins libéraux à leur mise en œuvre, soit du délai mis par les régimes d'assurance-maladie à résoudre les difficultés techniques de mise en œuvre.

L'ordonnance 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée apporte des dispositions nouvelles ou complète la loi de juillet 1991 dans les domaines suivants :

- création d'agences régionales d'hospitalisation,
- création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes),
- contractualisation obligatoire de la gestion des relations avec les établissements de santé,
- évolution des conseils d'administration des établissements de santé,
- évolution des modes de financement des établissements de santé,
- création des nouveaux modes de coopération sanitaire.

Les agences régionales de l'hospitalisation

L'ambition de la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) était donc de placer toute l'hospitalisation d'une région sous la compétence d'une seule autorité chargée de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser, de coordonner l'activité des établissements publics ou privés et de déterminer leurs ressources.

Composée à parité de représentants de l'assurance-maladie et de représentants de l'État, la commission exécutive de l'agence prend les décisions dans trois domaines :

- les autorisations d'activité et d'équipement,
- les orientations pour l'allocation des ressources aux établissements après avis du comité régional d'organisation sanitaire et sociale (Cross),
- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (après avis des caisses).

Le directeur d'agence, nommé par décret en Conseil des ministres, a donc en principe un pouvoir renforcé. Il en est ainsi pour la fixation de la carte sanitaire, le retrait d'autorisation ou la modification de son contenu, les décisions en matière de coopération entre établisse-

ments, et la compétence tarifaire pour les établissements sous dotation globale.

La réalité, après quatre ans de vie de ces agences, est beaucoup plus nuancée, car elle est à la fois dépendante de la personnalité des hommes et de leurs moyens. Le directeur d'agence n'a en fait que peu de moyens propres. Il tire la plupart des moyens qui lui sont nécessaires de la mise à disposition des services départementaux et régionaux compétents en matière sanitaire.

Il s'est très vite avéré que ceux-ci n'étaient pas suffisants pour assurer toutes les missions nouvelles d'instruction des dossiers (renouvellement d'autorisations, contrats d'objectifs et de moyens). Dans les faits, le directeur d'agence doit faire appel à des mises à disposition de moyens provenant de l'assurance-maladie, qu'ils viennent des caisses régionales d'assurance-maladie ou des échelons régionaux ou locaux du service médical de l'assurance-maladie.

Dans la réalité, le directeur d'agence doit négocier les moyens d'assurer ces missions et donc arbitrer entre une culture de santé publique selon laquelle seuls les services de l'État s'estiment légitimes et une culture gestionnaire revendiquée par les services de l'assurance-maladie. De plus, le pouvoir du directeur s'arrête à la fixation des ressources des établissements sous dotation globale.

L'accréditation et l'évaluation des établissements de santé

Avec la création des ARH, l'engagement d'une politique d'accréditation et d'évaluation des établissements de santé est la deuxième innovation majeure de la réforme de 1996. Certes, la loi de 1991 avait déjà introduit le principe de l'évaluation tous les cinq ans des activités de soins et de leur organisation au sein des établissements par l'Andem, mais la focalisation de cette agence, tant sur des problèmes d'actualité que sur la création des références médicales opposables (RMO), ne lui avait pas permis d'engager réellement une dynamique d'évaluation au sein des établissements de santé.

La transformation de l'Andem en Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (Anaes) marque une forte volonté politique.

La contractualisation de la gestion des établissements

Le contrat d'objectifs et de moyens. La loi de 1991 avait introduit le principe de conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs passés entre l'État, l'assurance-maladie et l'établissement, en permettant de gérer des programmes pluriannuels engageant tous les partenaires. Cette disposition n'avait pratiquement pas eu de concrétisation. L'ordonnance 94-346 va au-delà d'une simple faculté laissée à l'initiative des partenaires en rendant obligatoire la conclusion du contrat, le défaut de conclusion d'un contrat permettant au directeur de l'ARH d'imposer à l'établissement sous dotation globale une évolution de ses moyens budgétaires.

La contractualisation interne aux établissements. La loi de 1991 ouvrait déjà la possibilité d'associer les structures médicales (unités fonctionnelles, services, dépar-

tements, etc.) à la gestion de leurs moyens budgétaires et de les faire bénéficier des résultats de cette gestion. L'ordonnance prévoit la création de centres de responsabilité dans les établissements publics de santé dirigés par des responsables désignés par le directeur sur proposition des structures médicales. Elle donne la possibilité au directeur de déléguer des missions de gestion à ces responsables dans le cadre d'un contrat conclu avec eux, fixant leurs obligations, leurs moyens et les modalités de leur intéressement aux résultats, ainsi que les éventuelles sanctions en cas d'inexécution des obligations. Si l'ordonnance précise les possibilités de la contractualisation interne, il ne semble pas qu'elle ait suscité beaucoup de vocations de responsables.

Évolution des modes de financement des établissements de santé

La suppression du prix de journée préfectoral : le financement par prix de journée concernait les établissements privés à but non lucratif, ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire et à but non lucratif qui n'avaient pas opté pour la participation à l'exécution du service public hospitalier. Au titre de l'ordonnance, elles ont dû opter soit pour le financement par dotation globale, soit pour le conventionnement.

Depuis 1999, il ne subsiste plus que deux modes de financement :

- **Le financement par dotation globale.** La dotation globale est arrêtée par le directeur de l'ARH sur la base de plusieurs éléments, dont en premier lieu et prioritairement le montant de la dotation régionale mais aussi du Sros et de son annexe opposable, du projet d'établissement, du contrat d'objectifs et de moyens, de l'activité et des coûts de l'établissement appréciés selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de la valeur du point Isa produit, et des indicateurs de suivi et de résultats fixés dans le contrat d'objectifs et de moyens (Com).

Dans la réalité, le caractère limitatif du taux directeur est remplacé par celui de l'enveloppe régionale et par les décisions d'orientation de la campagne budgétaire prises par le directeur de l'ARH après consultation du Cross sur le taux de reconduction des budgets, les masses affectées aux mesures nouvelles et spécifiques et les critères de redéploiement entre établissements sur la base de la valeur du point Isa produit comparée aux valeurs moyennes et médianes de la région.

- **Le financement des établissements privés conventionnés.** L'ordonnance maintient le principe du contrat tripartite national mis en place par la loi de 1991 et conclu pour cinq ans entre les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale, les caisses d'assurance-maladie et les organisations représentatives de l'hospitalisation privée à but lucratif ou non.

Ce contrat détermine les obligations réciproques des parties et la classification des prestations tenant compte des traitements par pathologie ou groupes de pathologies. Il fixe les modalités de gestion des montants



régionaux, des frais d'hospitalisation et les sanctions applicables aux établissements en cas de manquement aux stipulations du contrat.

Chaque année, ce contrat est complété par un accord entre les contractants qui fixe la répartition par discipline du montant total annuel arrêté après fixation de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance-maladie (Ondam), la répartition par région de

ces montants dont le but est de résorber progressivement les inégalités géographiques, et les modalités de détermination et de versement des sommes dues aux établissements privés.

La mise en œuvre de cette réforme a donné lieu à une refonte des grilles de classement des établissements et a été complétée par la signature des contrats d'objectifs et de moyens.

Qu'appelle-t-on système de soins ?

Le système de soins est constitué d'entités compartimentées et souffre d'un manque d'interactions et de cohérence.

Le mot système vient du grec *sunis-tenai* : « placer ensemble, grouper, unir ».

Le mot système est utilisé pour désigner « un ensemble d'éléments, matériels ou non, qui dépendent réciproquement les uns des autres de manière à former un tout organisé »*.

Qu'est-ce qu'un système de soins ?

On s'intéresse alors à un ensemble d'objets ainsi qu'aux conditions de leur constitution et de leur cohésion. La notion de système est indissociable de la notion de finalité en tant que caractéristique intrinsèque de la réalité étudiée. La finalité est l'élément du système qui en crée l'unité.

Les objets qui constituent un système sont des entités actives et mobiles à l'intérieur de milieux eux-mêmes évolutifs. Par conséquent, un système se déplace dans l'espace et dans le temps. Les caractéristiques de structure du système (sa masse, sa force, sa cohésion interne) vont se modifier dans le temps et dans l'espace avec un effet d'hystérésis (il n'y a pas de symétrie dans les événements).

Or, il ne peut y avoir ni « vie » ni « travail » si le système n'est pas approvisionné en énergie et en information au sens général. Cet approvisionnement est un processus liant le système à son environnement. L'environnement d'un système est non stationnaire : quelle que soit l'échelle d'observation, le couple système-environ-

nement pris en considération est toujours susceptible de devenir un système.

La constitution interne d'un système n'est jamais déterminée une fois pour toutes. Le nombre d'éléments, les propriétés, le nombre et les qualités des liaisons entre les éléments se modifient dans le temps.

Le mot soin vient de l'ancien français *soign* : « se soucier de, s'intéresser à ».

À l'époque classique, soin a le sens de « inquiétude, souci », mais désigne aussi l'occupation, la charge qu'a une personne de veiller sur quelque chose. Le mot s'emploie spécialement dans « avoir soin de malades », d'où la définition de soins comme « actes et pratiques par lesquels on conserve ou rétablit la santé »**. Le sens du mot soin aujourd'hui est ambigu. Au niveau individuel, la prise en charge du patient est implicitement décomposée en plusieurs types d'actes : les actes diagnostics, de prescriptions et d'interventions réalisés par le corps médical et le soin proprement dit réalisé par le personnel soignant où l'on distingue le soin direct au patient (le réalisation du soin « sur le patient ») et le soin indirect (l'organisation du soin par la prise de rendez-vous, l'accueil...).

Au niveau global, en revanche, on entend le soin comme l'ensemble de tous les actes réalisés pour prendre en charge une demande liée à une maladie perçue. La distinction est faite dans ce cas entre le système de soins qui prend en charge les maladies entendues comme une altération organique et/ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité définissable, et le système de santé qui vise à maintenir et rétablir la santé de la population entendue aujourd'hui dans un sens beaucoup

plus large que l'état de non-maladie. La santé définie par l'OMS est « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Le système de santé s'étend alors à toutes les dimensions de la vie sociale, quand le système de soins, lui, fait référence au dispositif mis en place pour la prise en charge de la maladie.

Le système de soins est un ensemble d'éléments organisés, de pratiques coordonnées dans ce but.

Les entités qui constituent ce système sont l'offre de soins, elle-même constituée de la médecine de ville, du médico-social et de l'hospitalisation publique et privée, la demande de soins par les différentes composantes de la population, active ou non active, à bas revenus ou à hauts revenus et le financement des soins qui comprend l'État, les régions, les caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les syndicats.

Les interactions entre ces entités sont des flux monétaires, des flux de personnes et des flux d'information.

En quoi le système de soins est-il un système ?

Le développement du système de soins s'est réalisé avec comme priorité d'intégrer les progrès de la médecine et d'obtenir une adéquation entre les dépenses et les ressources du système. Or ces objectifs provoquent parfois des comportements antinomiques avec les finalités du système de soins en tant que sous-système de santé. Les arbitrages réalisés en faveur du développement d'un système essentiellement curatif au détriment du développement de la prévention posent les limites de l'intégration des actions du système de soins pour maintenir et améliorer l'état de santé de la po-

* Lalande A, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, 1902-1923.

** Le Robert, *Dictionnaire historique de la langue française*, sous la direction d'Alain Rey.

L'incitation à la coopération sanitaire

L'ordonnance, si elle n'a pas libéré les établissements publics de santé du poids des élus, veut organiser leur découpage et les inciter à la coopération. Ainsi, ils sont invités à s'engager dans la constitution de réseaux de soins et à constituer des communautés d'établissements pour la mise en commun de moyens et gestion des complémentarités d'activité, la charte cons-

titutive et les moyens devant être agréés par le directeur de l'ARH. Les établissements publics de santé qui n'ont adhéré à aucune communauté au terme des trois ans qui suivent la publication de l'ordonnance sont tenus d'en justifier les raisons dans un rapport au directeur de l'ARH. ■

pulation en termes de maladies. Certains actes médicaux posent aussi le problème de leur pertinence au regard du « conflit » entre la logique médicale de l'acte technique pour maintenir en vie et la logique « santé » du respect des caractéristiques du patient et de sa volonté. La représentation qu'ont les acteurs du système de soins de l'individu en tant que patient (qui subit) est une représentation morcelée selon les disciplines médicales, selon les pathologies et selon la nature « sanitaire » ou « sociale » de la prise en charge avec des « ponts » fragiles entre les divers constituants. Les flux de personnes sont imparfaits dans la mesure où des problèmes d'accessibilité se posent et où le passage d'une entité à l'autre est difficile. Les flux monétaires, eux, répondent à des règles de continuité historique et non à des règles de pertinence et de cohérence globale, les flux d'information sont inexistantes ou erronés tant l'information est reléguée au rang d'outil négligeable pour piloter le système (ceci est encore vrai dans le discours des acteurs malgré les efforts apparents des tutelles).

On voit aujourd'hui un « système de soins » qui n'est pas un système dans la mesure où ses entités se sont constituées indépendamment les unes des autres avec de nombreux cloisonnements : cloisonnement ville-hôpital, cloisonnement public-privé, cloisonnement court, moyen et long séjours. Les entités n'ont d'interactions entre elles que lorsqu'elles y sont contraintes. Nous avons un système qui n'en est pas un, dans la mesure où la communication avec l'environnement et les autres composantes de la santé est quasi inexistante : cloisonnement sanitaire-social, cloisonnement prévention-environnement...

Nous avons un système qui n'en est pas un dans la mesure où les finalités

locales ne concourent pas aux finalités globales. Les finalités du système de soins ne s'inscrivent pas dans les finalités du système de santé, lorsqu'on voit aujourd'hui comme priorité affichée de rattraper les inégalités de ressources entre régions sans mettre en exergue les inégalités de santé entre régions. Il n'y a pas de véritable décentralisation des objectifs globaux, peut-être par conviction que les acteurs ont une rationalité illimitée et peuvent appréhender toutes les problématiques du système de santé en ayant une représentation des priorités de chaque compartiment de la vie sociale, peut-être par une foi excessive en la capacité des dispositifs de régulation macro-économiques à contraindre les acteurs à agir dans le sens commun. La mise en place d'une régulation par le contrôle des procédures a engendré des biais de comportement des acteurs et leur a donné les marges de manœuvre suffisantes pour satisfaire les intérêts locaux au détriment des intérêts globaux.

Enfin, nous avons un système figé qui n'intègre que très lentement les évolutions de la société, un système lourd qui repose sur des habitudes de pratiques qui se maintiennent et s'entretiennent par la non-révision des systèmes d'éducation et de formation des professionnels, par les bastions érigés de toutes parts pour protéger et pérenniser chaque situation locale, pour renforcer les cloisonnements et délimiter les territoires.

Quelle conception du système de soins ?

Le système de soins ne peut se penser que comme un système avec des frontières mobiles qui se forment et se déforment selon la demande et les possibilités de réponse à cette demande. Un système fonctionnant comme un vaste

réseau dans l'acception la plus optimiste de ce vocable.

Les frontières du système de soins doivent s'estomper pour se fondre dans les autres systèmes du système de santé, pour pouvoir parler véritablement de système de soins de santé. Le financement des soins est à présent soumis à des contraintes de « coût d'opportunité ». Les règles d'un jeu à somme nulle entre les différents compartiments du budget de l'État sont définies et les usagers eux-mêmes réalisent des arbitrages avec les autres facteurs de bien-être.

Le système de soins ne peut plus être pensé comme une entité bornée, mais comme dissous dans les autres systèmes.

La tendance actuelle à dissocier l'acte requérant la technicité du plateau technique de l'hébergement et du nursing traduit cette évolution dans les composantes du système de soins. Or, le développement contraint des réseaux et des structures hybrides d'alternatives à l'hospitalisation commence à se trouver confronté aux difficultés résultant de la compartimentation des entités des systèmes et de leur manque d'interaction et donc de cohérence d'ensemble dès que l'on aborde les problèmes de financement.

Chaque entité du système de santé étant prise séparément, le système de santé est alors une juxtaposition d'entités sans lien entre elles au niveau de l'offre, de la demande et des financements.

Le système de soins prendra tout son sens quand il développera un système de soins hors les murs, un système de soins présent dans chaque composante de la vie sociale, un système de soins continu et omniprésent. Un système dont, telle la sphère de Pascal, « le centre est partout et la circonférence nulle part ». ■



Une politique ambulatoire en quête de cohérence

Magali Robelet
Doctorante
en sociologie,
Université Lyon III,
Lass-Graphos CNRS

La régulation de la médecine ambulatoire (réalisation d'un équilibre quantitatif et qualitatif entre offre et demande de soins) repose sur les compromis passés entre les trois principaux acteurs de la régulation de la médecine ambulatoire : les représentants de la profession médicale, le gouvernement et l'assurance-maladie. Les règles de ce jeu à trois ont été lentes à se dessiner et sont remises en cause depuis les années quatre-vingt sous l'effet de contraintes financières croissantes, d'une représentation médicale éclatée et d'injonctions multiples à l'efficacité.

De l'avis de tous les acteurs, la régulation ambulatoire ne nécessite plus seulement des mesures de maîtrise des dépenses mais également une refonte de l'organisation des soins impliquant davantage de coordination. Cette « nouvelle régulation » est cependant source de nouveaux conflits de pouvoir entre acteurs. De sorte que la régulation actuelle est segmentée (se réalisant presque spécialité par spécialité) et à vue, en attendant — peut-être — l'émergence d'un nouveau mode de régulation.

Un compromis fondateur remis en cause par la croissance des dépenses de santé

La médecine ambulatoire a connu, à l'instar du reste de la société, des années « glorieuses ». Entre 1960 où est instaurée, par décret, une « convention type » nationale et 1980 où est créé un double secteur conventionnel, la construction d'un marché des soins virtuellement sans limite procède du cercle vertueux entre une offre de services sanitaires jugée suffisante et une demande croissante dont la solvabilité est assurée par la généralisation de l'assurance-maladie.

Henri Hatzfeld a qualifié de « grand tournant de la médecine libérale » le moment (en 1960) où le syndicalisme médical (monopolisé alors par la Confédération des syndicats médicaux français, CSMF) engage la profession médicale dans un dispositif conventionnel qui la lie à l'assurance-maladie. Cet « accord », quelque peu contraint, engageait la profession sur une voie qui opérait une rupture pratique et symbolique majeure par rapport à la doctrine libérale de l'entente directe entre patient et médecin en matière d'honoraires, énoncée dès 1927 par le syndicalisme médical. Chaque assuré social consultant un médecin conventionné pouvait, dès lors, être assuré du tarif pratiqué et du taux de remboursement qu'il pouvait escompter. Pour les praticiens, cette contention de leurs tarifs ne portait pas préjudice à leur revenu tant que l'augmentation de la demande compensait globalement la baisse

du rendement financier de certains actes. Tels sont les termes d'un mode de régulation du système sanitaire et d'un pacte social qui s'accordent, sans trop de difficultés, avec un régime de croissance économique.

Survient la « crise » et, avec elle, l'affirmation par les pouvoirs publics de l'impératif de la maîtrise des dépenses de santé qui creusent le déficit de la Sécurité sociale. L'État intervient alors de plus en plus nettement dans un jeu d'acteurs initialement prévu pour être circonscrit aux rapports entre la Sécurité sociale et les syndicats professionnels représentatifs. Les négociations conventionnelles qui, périodiquement, actualisent les tarifs médicaux au regard de l'évolution du coût de la vie s'annoncent, dès lors, plus délicates. Les gouvernements engagent dès le milieu des années soixante-dix des plans de maîtrise des dépenses en agissant sur les taux de cotisation sociale, les taux de remboursement et le blocage des honoraires des médecins (comme le fait le plan Barre en 1979).

Dans ce contexte, une partie de la profession (représentée par la branche libérale du syndicalisme médical) exige des compensations. C'est ainsi qu'en 1980 est engagée une réforme du système conventionnel avec la création d'un double secteur. Il s'agit, en réalité, de la réintroduction d'une part de libéralisme dans la détermination des tarifs, dans la mesure où ce nouveau système distend le rapport entre ceux-ci et le montant des remboursements opérés par les caisses de Sécurité sociale. À côté des médecins du secteur dit « conventionné » (ou secteur I) — qui restent engagés dans les règles et obligations du système élaboré en 1960 —, d'autres, volontaires, au prix de la perte de quelques avantages sociaux et fiscaux, optent pour un secteur conventionné « à honoraires libres » (ou secteur II) dans l'espoir de maintenir ou d'améliorer leur position socio-économique.

Le secteur II a connu une montée en charge importante dans la décennie quatre-vingt, pour atteindre près de 25 % des médecins — évolution qui heurte les principes d'équité soutenus au fondement de l'assurance-maladie. Le gel de l'accès au secteur II devient alors la principale exigence des gouvernements lors des négociations conventionnelles.

Une régulation à vue de la médecine ambulatoire

Les négociations conventionnelles qui s'ouvrent en 1989 engagent la médecine ambulatoire dans une nouvelle phase historique de régulation. À côté de l'objectif conjoncturel de gel du secteur II s'affirme en effet de façon irrévocable la priorité de la maîtrise des dépenses de santé. D'autre part, la dynamique de spécialisation croissante du corps médical a rendu plus visibles des situations de concurrence entre les professionnels (par exemple entre pédiatres ou gynécologues et médecins généralistes) et conduit à l'émergence d'un syndicalisme spécifique aux médecins généralistes (MG-France, créé en 1986) qui ouvre la voie à une représentation segmentée de la profession.

Les négociations conventionnelles sont dès lors marquées par un jeu d'alliances tactiques, le plus souvent conjoncturelles, entre la Cnamts, les gouvernements et les segments de la profession médicale dont les intérêts spécifiques trouvent à s'exprimer dans ce nouveau contexte.

Les alliances successives qui vont aboutir finalement à la signature d'une convention spécifique aux médecins généralistes (en mars 1997) se structurent autour du débat entre deux outils de régulation. Le premier est soutenu par la CSMF, qui rompt avec sa stratégie

d'opposition à toute perspective de maîtrise des dépenses de santé pour proposer une « maîtrise médicalisée » des dépenses fondée sur le respect par les médecins de recommandations de pratiques médicales, dans le but de diminuer les actes inutiles et dangereux. La maîtrise médicalisée est introduite dans la loi Teulade de janvier 1993 : la profession accepte de respecter des objectifs prévisionnels de dépense (non opposables) et des références médicales opposables (RMO) élaborées par la profession et dont le non-respect peut entraîner la poursuite du médecin par le

Système de santé et principe de précaution

Le principe de précaution est devenu indissociable de toute décision prise en matière de santé.

Les conditions de sa mise en œuvre doivent être définies et ses conséquences assumées.

Pourquoi aborder ce sujet d'évidence ? La précaution s'impose au système de santé, plus que partout ailleurs : « *primum non nocere* », d'abord ne pas nuire : dans l'autorisation de mise sur le marché des médicaments, ce n'est pas seulement leur efficacité — le service médical rendu — qui est évalué, c'est d'abord l'assurance que les effets secondaires induits ne seront pas nocifs. L'acharnement légitime mis dans la lutte contre les maladies nosocomiales à l'hôpital traduit le souci de la précaution. L'affaire du sang contaminé a rappelé l'exigence absolue de sécurité transfusionnelle. Les illustrations sont innombrables, la cause est entendue : plus que tout autre, le système de santé est soumis au principe de précaution : comment imaginer la moindre hésitation, la moindre marge de manœuvre, le moindre espace pour nuancer ou débattre ? Comment l'imaginer plus encore aujourd'hui ; les décisions récentes d'interdiction des farines animales nous rappellent, s'il le fallait, qu'on ne transige pas avec

le principe de précaution, quel que soit le prix à payer.

Et pourtant...

Dispose-t-on dans tous les hôpitaux des compétences gériatriques et nutritionnelles propres à traiter, dans les meilleurs conditions, les complications post-opératoires des personnes âgées ? Dispose-t-on dans toutes les maisons de retraite des compétences médicales propres à prendre en charge les personnes âgées, à la mesure des connaissances dont nous disposons aujourd'hui ?

La précaution a un coût et ceci a pour conséquence que la précaution n'est pas homogène ; de même que le concept de risque zéro n'a guère de sens, de même, la précaution est une notion relative, contingente. On invoque la précaution pour fermer les maternités qui font moins de trois cents accouchements par an. Mais une ville entière peut se mobiliser pour le maintien de sa maternité. Ses habitants seraient-ils moins sensibles à la précaution que d'autres ? Sachons-le : notre société, toutes les sociétés sont confrontées, seront de plus en plus confrontées au choix des risques qu'elle accepte, qu'elles tolèrent, aux priorités d'affectation des ressources. Souhaitons qu'elles sachent le faire de façon démocratique. C'est extrêmement difficile et exigeant, mais c'est la seule méthode.

Plus redoutable encore : est-ce que c'est de la précaution de multiplier les diagnostics anténataux pour « prévenir » la naissance d'un enfant mal formé... sans parler du fait que les mesures de précaution (examens) comportent elles-mêmes des risques.

Sachons-le bien, l'augmentation des connaissances, c'est à la fois l'accroissement de notre puissance d'action ; c'est aussi bien souvent l'augmentation des incertitudes, donc des doutes... et des risques.

Et peut-on, doit-on, dans ce domaine si quotidien et si fondamental à la fois de la santé et de la vie, avoir comme objectif la suppression des incertitudes ?

Il n'est pas possible de répondre à cette question, autrement qu'en exprimant une conviction personnelle. En revanche, nous devons tous nous la poser.

Ce ne sont pas les scientifiques, ni les juristes, ni les gestionnaires qui donneront la réponse. C'est fondamentalement affaire d'éthique. Saurons-nous bâtir une éthique de la connaissance ?

C'est un enjeu citoyen ; c'est un enjeu religieux ; cela ne signifie bien sûr pas que cela ne concerne que les politiques, que les philosophes ou que les Églises. Cela concerne chacun de nous. Ne l'oublions jamais, comme le disait Paul Ricoeur, « sur les choses essentielles, les experts n'en savent pas plus que vous ». ■

Pierre-Louis Rémy
Professeur associé,
Université Lyon III,
Lass-Graphos CNRS



contrôle médical des caisses primaires d'assurance-maladie. En contrepartie, les syndicats médicaux se voient reconnaître un nouveau pouvoir d'expertise dans le domaine de la production d'information et de l'évaluation des pratiques médicales par la création de

nouvelles instances de représentation professionnelle : les unions régionales de médecins libéraux.

Le second outil de régulation est porté par MG-France. Ce syndicat a été reconnu représentatif et donc admis à négocier les conventions médicales en 1989 grâce

Le système de soins confronté au principe d'efficacité

Avec les contraintes financières, les décisions en matière de santé sont soumises au principe de l'efficacité.

Tout au long des années soixante et jusqu'en 1974, au moment où le premier choc pétrolier a fait sentir ses effets sur la croissance économique, le système de soins n'a pas véritablement connu de contraintes de nature financière. La perception d'importants besoins de santé insatisfaits, la dynamique d'une offre en plein développement aussi bien en termes de personnels que d'équipements, tout concourait à une forte augmentation des dépenses dont le financement était rendu indolore par une croissance aussi soutenue des ressources financières. C'était l'époque où la richesse de la nation s'accroissait chaque année d'environ 5 %, ce qui avait pour résultat de faire correspondre, de manière presque fortuite, l'augmentation des ressources et des dépenses.

À partir de cette date, et sans d'ailleurs que les causes en soient à ce jour encore clairement identifiées, le rythme de croissance de l'économie est divisé par 2 au cours de la deuxième moitié des années soixante-dix et passe même à 0 au début des années quatre-vingt après le deuxième choc pétrolier. La dynamique de l'offre, aiguillonnée par l'ampleur des besoins, n'ayant eu aucune raison de subir le même ralentissement, ce fut la fin de la correspondance spontanée entre la dynamique des dépenses de soins et des ressources de financement.

L'irruption du principe d'efficacité

Advint alors en France, comme dans tous les autres pays, le phénomène d'augmentation de la part des dépenses de soins dans le produit intérieur brut, avec son corollaire, le souhait d'arbitrage toujours plus douloureux entre ce qui est perçu, à tort ou à raison, comme la satisfaction des besoins de santé et tous les autres relevant de la dépense publique : éducation, équipement, sécurité, etc.

L'évaluation, même grossière, de quelque chose qui pourrait s'identifier aux besoins de santé de la population est certainement chose délicate, de même que sa traduction en objectifs et certainement plus encore leur priorisation, ce qui rend ardue la tâche du Parlement au moment de la fixation de l'Ondam. Mais peu

importe pour ce qui nous intéresse ici. Il nous suffit de constater que, quel que soit le niveau auquel peut être fixé le montant des dépenses de santé, des besoins insatisfaits subsistent certainement qui rendent nécessaires de dépenser mieux quand on ne peut plus dépenser plus.

Ou bien, dit autrement, à partir du moment où il est reconnu que les besoins de santé sont sans doute proches de l'infini, et quel que soit le niveau de dépenses auquel l'arbitrage avec les autres besoins a conduit, s'impose l'impérieuse nécessité de la recherche de l'efficacité.

Pour ne pas compliquer l'exposé, on dira simplement que l'efficacité est fondamentalement un rapport. Pour le système de soins, elle désigne l'optimalité de la production de soins aussi bien au sens de l'obtention maximale de résultats pour un montant donné de ressources, qu'au sens de la minimisation des moyens engagés pour un niveau donné de soins. Par extension, le terme efficacité désigne le degré avec lequel le système s'approche de l'optimalité. Comprendre que l'efficacité est un rapport est très utile pour au moins deux raisons.

La première est qu'elle permet de voir que l'efficacité ne peut rien dire sur le niveau absolu de son numérateur comme de son dénominateur : l'efficacité ne dit rien sur le niveau optimal des soins délivrés, pas plus que sur le niveau optimal de la dépense. Autrement dit, il n'est pas incompatible de rechercher l'efficacité tout en étant prêt à consacrer de très importantes ressources à la santé ; il ne l'est pas non plus si on considère qu'il est difficile de consacrer des ressources très importantes.

La seconde est qu'elle fait pressentir — parce qu'elle met en regard deux grandeurs — que l'activité du système de soins ne peut faire l'objet d'un regard unidimensionnel.

La confrontation

Un travail en cours compte trois dimensions selon lesquelles évaluer la performance des établissements. Cette grille est sans doute également adaptée à la lecture du système de soins dans son ensemble : la première est celle de la qualité des soins et de leur accessibilité, la seconde celle de la capacité d'innovation et d'adaptation au changement de l'environnement technique, social et institutionnel et la troisième

Philippe Cunéo
Administrateur
Insee, sous-
directeur
Drees

à l'influence de Claude Evin qui autorise par la même occasion la signature de deux conventions spécifiques, l'une pour les généralistes, l'autre pour les spécialistes. Un compromis semble possible avec MG-France, qui se déclare prêt à s'engager dans un effort de maî-

trise des dépenses en contrepartie de la mise en place de « filières de soins », dans lesquelles la consultation du médecin généraliste serait obligatoire avant toute orientation dans le système de soins. Le changement introduit est ici de taille puisque la généralisation des

est de l'efficience économique. Ces trois dimensions sont partiellement indépendantes car le système de soins peut être de qualité en étant inutilement coûteux, il peut être de qualité et économe mais être incapable d'évoluer, il peut aussi être innovant et efficient mais de faible qualité ou d'accès difficile.

Pourtant il est utile de reconnaître que la recherche simultanée de l'excellence dans ces trois dimensions est difficile et que l'insistance mise sur l'une ou sur l'autre selon les périodes a pu contribuer à fragiliser l'équilibre entre chacune d'elles.

Il est clair, à cet égard, que l'irruption du principe d'efficience dans les conditions que nous avons décrites plus haut a été vécue par beaucoup comme un renversement de priorité réalisé au détriment de la qualité des soins, de l'accessibilité et de la capacité d'innovation. Les débats sur la réduction du nombre de lits, la réduction de la durée moyenne de séjour ou la juste reconnaissance des activités de recherche et d'enseignement ou d'innovation technique en constituent autant d'illustrations.

Un important travail d'explicitation des différentes dimensions de l'activité du système de soins, de ses performances s'avère ainsi indispensable. Cela suppose deux conditions et une démarche.

La coopération

Chaque dimension de l'activité du système de soins doit pouvoir être évaluée, aussi la première condition consiste-t-elle en la définition d'outils de mesure. L'utilisation des données médico-administratives fait actuellement l'objet de la rédaction d'un guide du bon usage qui contient les précautions indispensables à la mise en œuvre d'une batterie d'indicateurs permettant d'évaluer les différentes dimensions de la performance hospitalière. Des travaux tentent une démarche analogue au niveau des autres segments du système de soins. Ces travaux insistent sur l'importance de la tâche qui reste à accomplir, car nombre d'indicateurs sont pour l'instant indisponibles (et le resteront longtemps pour certains), et plus encore parce que leur interprétation s'avère extrêmement délicate car contextualisée. Il suffit d'emprunter quelques exemples à l'étude des dimensions de la performance hospitalière :

- une durée moyenne de séjour courte peut être considérée à la fois et en fonction du contexte comme un

indice de productivité, de performance technique si on sait par ailleurs que la qualité est assurée, ou au contraire comme un indice supplémentaire de qualité insuffisante si d'autres éléments incitent à l'imaginer ;

- un pourcentage significatif de maladies nosocomiales peut être interprété comme l'indice d'une mauvaise qualité des soins, ou au contraire comme l'indice de la performance du système d'information relatif à la qualité des soins ;

- un taux de césariennes élevé peut révéler la qualité d'établissement de recours ou au contraire des procédures laxistes.

La deuxième condition concerne le niveau auquel ces instruments sont rendus disponibles [18]. Souvent, même lorsqu'il est possible d'en disposer, ce n'est pas au niveau auquel s'organise la gestion et auquel pourraient être mises en œuvre des actions d'amélioration de la performance. C'est particulièrement le cas pour les indicateurs économiques quand ils sont obtenus à partir du PMSI. Pour la grande majorité des établissements qui ne disposent pas d'une comptabilité analytique détaillée, il n'existe pratiquement pas de moyen d'isoler à l'intérieur de l'organisation hospitalière les zones de gestion efficiente ou de surcoût. Et que peuvent bien faire les directeurs d'établissement comme les chefs de service d'une valeur élevée ou faible du point de vue de l'ensemble de l'établissement, s'ils ne sont pas capables de la situer ? De même, pour ce qui concerne la qualité des soins, que faire d'indicateurs de mortalité qui ne diraient rien de la trajectoire des patients dans l'établissement et surtout à l'extérieur ?

On voit que la confrontation du système de soins au principe d'efficience soulève, dès qu'on veut bien prendre le temps de mesurer l'ampleur des problèmes, des difficultés considérables. Celles-ci ne pourront être résolues qu'avec la participation des différents acteurs du système de soins et l'approfondissement du système d'information. Amélioration et surtout généralisation de la comptabilité analytique, montée en régime de l'observation de la qualité, appréhension de la trajectoire des patients, évaluation de la lourdeur des cas, prise en compte des conséquences de l'environnement socio-économique. Autant de paramètres qui ne peuvent être appréciés qu'avec les professionnels. ■



filières de soins pourrait avoir comme effet de modifier les rapports de force entre les différents segments de la profession. Les manifestations de médecins à l'appel des autres syndicats ainsi que l'opposition de la Cnamts aux filières de soins rompt alors la négociation avec MG-France, au profit des propositions alternatives de « maîtrise médicalisée ».

Au terme de négociations marquées par des alliances changeantes, c'est finalement une régulation des dépenses « à la marge » qui l'a emporté, n'introduisant aucune modification structurelle dans le système de soins et sans rupture avec l'identité libérale soutenue par les syndicats médicaux traditionnels.

L'arrivée au pouvoir d'Alain Juppé, qui inscrit son action dans le cadre d'une réforme structurelle de la Sécurité sociale, accentue deux orientations majeures de la politique de régulation des dépenses de santé : l'affirmation du rôle de l'État dans cette régulation, face aux partenaires conventionnels* ; et le renforcement de la contrainte économique pesant sur les médecins. Le « plan Juppé » rompt l'alliance historique, née d'une proximité idéologique et culturelle, entre le gaullisme et la profession médicale.

Le plan Juppé introduit l'opposabilité de l'objectif d'évolution des dépenses ambulatoires (tout dépassement donne lieu à des sanctions collectives et individuelles) et autorise l'expérimentation de filières de soins, chères à MG-France (le médecin généraliste devient « référent », passage obligé avant toute consultation de spécialiste). La séparation généralistes-spécialistes est également sanctionnée par la fixation de deux objectifs d'évolution des dépenses, l'un pour la médecine générale, l'autre pour l'ensemble des spécialités. MG-France signe la première convention spécifique aux généralistes en mars 1997, qui introduit pour eux la possibilité de choisir « l'option médecin référent », et une convention est signée pour les spécialistes en mars 1997, par un nouveau syndicat représentatif, l'UCCSF (Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français).

La période menant aux conventions séparées marque l'échec d'une maîtrise des dépenses fondée essentiellement sur le respect de bonnes pratiques au profit d'une maîtrise renforçant l'encadrement financier de l'exercice médical. Si le premier type de maîtrise reposait davantage sur les dépenses des médecins généralistes, le second porte sur des segments de la profession jusque-là préservés des efforts financiers, à savoir les médecins spécialistes, soumis à un règlement conventionnel minimal après l'annulation de la convention spécialiste par le Conseil d'État en juin 1998. La nouvelle direction (animée par Gilles Johanet) de la Cnamts participe de cette mise sous pression des médecins spécialistes en se pronon-

çant pour la fixation d'objectifs financiers par spécialité.

Dans ce contexte, certaines spécialités médicales en viennent à négocier séparément les conditions de maîtrise des dépenses qui pèseront sur leur exercice, illustration de l'importance prise par les revendications économiques spécifiques aux spécialités face à la défense d'une identité libérale que les contraintes économiques remettent en cause depuis plusieurs années.

Les accords signés récemment entre le gouvernement et les représentants des radiologues illustrent la segmentation de la régulation des dépenses ambulatoires. Les mécanismes de reversement collectif ayant été annulés par le Conseil constitutionnel**, le gouvernement est à la recherche de nouveaux modes de contribution des médecins à la maîtrise des dépenses. Il s'adresse alors directement aux segments professionnels, et non plus seulement à la représentation unitaire de la profession pour mettre en œuvre la maîtrise. Début 1999, les radiologues s'engagent dans une logique de régulation par les « lettres clés flottantes » : en cas de dérapage des dépenses, la valeur de la lettre clé (qui détermine les tarifs des actes de radiologie) sera alors éventuellement modifiée pour permettre une évolution globale des dépenses de radiologie conforme aux objectifs de l'année. Pour la première fois, un syndicat monocatégoriel de spécialistes signe un accord portant sur des mécanismes de maîtrise, objet de négociation traditionnellement dévolu aux partenaires conventionnels, syndicats représentatifs et Cnamts.

Ce type de régulation « à vue » des dépenses ne règle en rien la question de l'organisation du système de soins. Dès lors que les modalités de régulation globale restent incomplètes, d'autres stratégies pourraient s'imposer entre la Cnamts, le gouvernement et les segments de la profession médicale, engageant la médecine ambulatoire dans une réforme plus structurelle.

Efficiency, qualité des soins, coordination ? Entre pétition de principe et appropriation par la profession médicale

Nous proposons ici de cerner, à travers le contenu des réformes de la politique ambulatoire et leur mise en œuvre, quelques tendances lourdes susceptibles de créer des irréversibilités dans le mode de régulation qui se dessine.

Les efforts successifs de maîtrise des dépenses semblent dans un premier temps être constitués d'injonctions contradictoires. La première injonction incite à l'efficacité en renforçant la concurrence entre médecins. Les conventions séparées sanctionnent la vision d'un monde ambulatoire en concurrence, au sein duquel il importe de se distinguer par la qualité des

* En particulier, le rôle de la négociation conventionnelle se voit restreint par la fixation des objectifs de dépense par le Parlement et par la possibilité pour le gouvernement de se substituer aux partenaires conventionnels pour établir un « règlement conventionnel minimal ».

** Le plan Juppé prévoyait des mécanismes de reversement collectif pour les médecins en cas de dépassement de l'objectif national des dépenses. Ces mécanismes ont été annulés par le Conseil constitutionnel en décembre 1998.

soins offerts : l'option référent s'accompagne ainsi d'une « charte du médecin référent » signée avec la Cnamts. Cette charte engage le médecin référent dans une logique de gestion des soins portant à la fois sur la qualité, la coordination et les coûts des soins (avec l'engagement sur la prescription des médicaments gé-

nériques) et fait de l'option référent un « label » qualité censé jouer un rôle de signal positif pour les patients sur le marché des soins. Le plan stratégique élaboré par Gilles Johanet, directeur de la Cnamts, va plus loin dans l'imposition d'un contrôle sur la qualité et l'utilité des soins. Ce plan a pour finalité de transformer

Le patient et le système de soins : quelle implication pour l'individu ?

Avec les contraintes financières, les décisions en matière de santé sont soumises au principe de l'efficience.

L'usager, à lui tout seul, est censé occuper un chapitre entier de la future loi sur la modernisation du système de santé. Mais qu'est-ce qui fait que l'usager soit ainsi devenu une figure emblématique de la modernisation ? L'utilisation multiple du terme d'usager, qui a été faite durant toute la dernière décennie, suscite de nombreuses interrogations : on évoque tour à tour les dérives consuméristes à l'américaine, le lobbying des associations de malades, ou plus récemment (et plus positivement) l'expression des attentes des usagers au travers de formes nouvelles de débat public (EGS). Au passage, l'individu dont on déplore ou loue le comportement emprunte tour à tour la casquette du consommateur, du bénéficiaire, du malade, du citoyen, de l'usager, etc.

L'évolution de la place de l'individu dans le système de santé renvoie à des éléments spécifiques concernant la relation de l'individu à la médecine, l'évolution des rapports avec le corps médical dans notre société contemporaine. Elle renvoie surtout à une problématique plus globale qui amène à s'interroger sur les processus de prise de décision publique et de la place de l'usager citoyen face aux différentes forces sociales et politiques, mais aussi au rôle que l'information à l'usager et au patient est susceptible d'y jouer comme moyen d'obtenir les changements attendus.

Il est essentiel, dans un premier temps, d'essayer de dégager les facteurs explicatifs de la transformation de la place de l'usager dans le système de santé. Dans un second temps, nous nous in-

téresserons aux formes que peut prendre cette implication de l'individu dans le système de santé, en laissant de côté la première modalité qui consiste en l'organisation collective des usagers et des malades par le biais des associations, et en privilégiant une approche plus nouvelle : les procédures collectives de débat public, dont nous donnerons un exemple d'application relative à l'information sur l'hôpital.

Les facteurs explicatifs

Le premier point à souligner se rapporte à la crise du processus de prise de décision publique. La montée en puissance des intérêts individuels au détriment de l'intérêt général, la relativisation de l'expertise scientifique, la complexité croissante des décisions expliquent l'inflexion de la gestion des politiques publiques dans le domaine de la santé : on voit s'opérer un nouvel équilibre de la position et de la légitimité de chacun des protagonistes que sont les citoyens, l'État et les experts. Là où traditionnellement, en France, la prise de décision publique reposait sur l'intérêt général, dont l'État était le garant, on constate aujourd'hui une remise en question de l'arbitrage systématique en faveur de celui-ci, s'accompagnant parallèlement d'une remise en question de la légitimité de l'État à prendre seul les décisions : il se produit un déplacement des centres de décision, selon le principe de subsidiarité, qui tend à les rapprocher de leurs lieux d'application et de ceux à qui ils s'adressent. Il s'agit d'un mouvement qui dépasse le simple cadre de la France et qui tend à rapprocher les pays européens du modèle anglo-saxon, plus préoccupé par les intérêts particuliers. Pour prendre plus spécifiquement l'exemple de la santé, une étude réalisée par la branche européenne

Véronique Ghadi
Sociologue, chargée de
recherche,
Groupe Image ENSP
Michel Naiditch
Médecin, maître de
conférence, chargé de
recherche, Université
Paris VII. Groupe Image
ENSP

*Nous remercions
Dominique Polton
pour ses conseils et son
aide précieuse.*



la Cnamts en « acheteur avisé de biens et services ». La référence aux concepts de management, comme « la démarche qualité », traduit la volonté politique de s'engager dans un réel management des soins, impliquant une sélection des services soumis à remboursement et des prestataires de soins. Le plan stratégique placerait ainsi les médecins libéraux en

concurrence pour accéder au remboursement de leurs soins par la Cnamts et les inciterait à une bonne gestion des soins (qualité, coût, adaptation aux besoins de la population).

Cette injonction à l'efficacité par la mise en concurrence coexiste dans les réformes avec une injonction à la complémentarité et à la coordination entre unités

Le patient et le système de soins : quelle implication pour l'individu ?

► de l'OMS a constaté que l'ensemble des systèmes de santé européen tendaient vers un respect accru des droits individuels des patients. La démocratie directe apparaît plus justifiée pour tenir compte des intérêts individuels et plus adaptée à un contexte local. C'est ce souci de concertation et de consultation des usagers qui caractérise en partie les seconds schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) même si, dans la réalité, le processus a été timide.

Par ailleurs, les processus traditionnels de prise de décision, qui s'appuyaient fortement sur l'expertise des scientifiques, ont été remis en question dans la mesure où la science ne paraît plus à même de répondre seule et avec certitude à la complexité des enjeux de société, c'est-à-dire aux interrogations multiples issues du développement technologique qu'elle a permis et aux changements de modes de production de tout ordre qu'elle a favorisés. Parallèlement, un certain type de savoir profane tend à acquérir droit de cité : on reconnaît aux individus le fait de détenir un savoir concret, proche de la réalité, qui leur permettrait d'adapter le savoir dit scientifique aux exigences de la vie quotidienne. De même, cette tendance à impliquer plus fortement le citoyen dans la prise de décision publique s'explique aussi en partie par la complexité croissante des décisions à prendre et qui ont généré un certain nombre de méthodes visant à favoriser la participation des citoyens/usagers. Les questions qui se posent actuellement aux pouvoirs publics, telles que la diffusion des OGM, posent un nombre de problèmes considérables en termes d'éthique, d'équilibre social, de développement économique, d'avancée scientifique. La multitude des aspects à prendre en compte, la fragilité de la connaissance scientifique sur ces nou-

veaux domaines nécessitent la multiplication des débats à tous les niveaux de la société.

En outre, la prise de parole des usagers dans le système de santé a été initiée et rendue nécessaire par la survenue de scandales sanitaires, tels que ceux du sida, de la transfusion, de l'amiante et aujourd'hui de l'ESB. Ceux-ci ont contribué, et continuent plus encore aujourd'hui, à déstabiliser les politiques. Ces derniers sont confrontés à la contradiction suivante : ils doivent répondre aux revendications fortes des usagers du système de santé en faveur d'une plus grande transparence sur les informations les concernant et sur les fondements des prises de décision [3] ; or, tout en constatant la difficulté qu'il y a à informer le public du fait que les problèmes soulevés favorisent des conduites et des modes de pensée irrationnels, ils ont tendance à vouloir impliquer de plus en plus le citoyen dans la prise de décisions, et dans une certaine mesure à leur en faire partager la responsabilité (volonté réelle ou désir de ne pas assumer seuls les décisions ?).

C'est à la lumière de ce contexte de fragilisation des processus de décision qu'il faut analyser les conséquences liées à l'apparition de nouvelles pathologies engendrant une certaine impuissance de l'expertise médicale et qui ont permis aux malades de conquérir à cette occasion un statut d'acteur à part entière dans le système politico/scientifique [25]. La nécessité de confronter savoirs profanes et scientifiques a aussi généré des lieux que Callon nomme « forums hybrides » où peut s'élaborer une construction collective du savoir. La mobilisation accrue des malades du sida, celle des associations des familles de patients dans le cas de l'AFM illustrent un mouvement de construction col-

lective de la recherche entre profanes et experts.

Dans le même temps, le poids croissant des maladies chroniques entraîne un accroissement de la place du malade dans la décision thérapeutique et une nouvelle configuration de la place du médecin dans la prise en charge du malade. En effet, pour ces malades d'un type nouveau, l'enjeu n'est plus de guérir mais de pouvoir aménager au mieux leur mode de vie pour en améliorer la qualité. Ils apparaissent alors au moins aussi bien placés que les médecins pour connaître leurs besoins et pour choisir entre plusieurs alternatives thérapeutiques (participation du patient au choix de traitements, émergence de la notion de décision médicale partagée). En outre, une meilleure connaissance du système de soins les met en position d'énoncer des exigences, des attentes sur le fonctionnement du système face au corps médical, mais aussi face aux gestionnaires et aux pouvoirs publics.

Enfin, dernier point, une meilleure connaissance des facteurs de risques, notamment ceux liés aux comportements et habitudes de vie, contribue à la relativisation de l'importance du système de soins face à d'autres déterminants de santé ; il s'agit maintenant de promouvoir une gestion individuelle de la santé, et donc une responsabilisation accrue de l'individu face à sa santé. L'utilisateur, mieux placé pour gérer son « capital santé », acquiert ainsi un certain nombre de droits et une reconnaissance de sa position centrale.

Les nouvelles formes de débat public

Les États généraux de la santé (EGS) ont constitué une tentative d'instaurer des nouvelles formes de débat public sur les questions de santé. Leurs manifestations

de soins. L'option référent* fait ainsi du médecin généraliste le responsable de la coordination des soins au sein de la « filière de soins ». Surtout, l'une des or-

* Actuellement le nombre des généralistes ayant choisi d'entrer dans l'option référent se situe entre 5 500 et 6 000 médecins, soit environ 10 % des médecins généralistes.

donnances du 24 avril 1996 lance un programme d'actions expérimentales dans le domaine de l'organisation des soins mettant l'accent sur la coordination entre acteurs du système de santé. Ces réseaux peuvent se concevoir par pathologie, groupe d'âge, ou porter sur des alternatives à l'hospitalisation dans le cadre de réseaux ville-hôpital. De fait, l'offre de soins en médecine

les plus intéressantes ont été les jurys citoyens construits en s'inspirant d'un certain nombre de méthodologies qui ont vu le jour aux États-Unis et en Allemagne il y a environ 30 ans, destinées à impliquer le citoyen [8]. Dix ans après, l'Office parlementaire d'évaluation des technologies danoises a fortement développé le concept de conférence publique de consensus. Ces méthodes ont pour point commun de réunir entre 15 et 20 personnes, de les former/informer sur le sujet, de leur permettre de questionner des experts et représentants de groupes d'intérêt sur les sujets étudiés : scientifiques, industriels, pouvoirs publics et groupes d'intérêt divers. Un temps de délibération est ensuite prévu pour leur permettre d'énoncer individuellement puis collectivement leurs opinions : elles rendent un avis de profanes éclairés. Ces recommandations sont rendues publiques et diffusées.

L'objectif de ces méthodologies est de faire réfléchir des citoyens sur un sujet complexe doté de forts enjeux de société et d'aboutir à un certain nombre de recommandations destinées à être rendues publiques et médiatisées. Elles ont pour vocation d'animer le débat dans la société civile et d'injecter le point de vue du citoyen dans le processus de prise de décision publique. Leur intérêt est de permettre d'enrichir le débat scientifique par des considérations touchant à l'éthique, à l'économique, au social, en faisant débattre des profanes qui analysent les différentes dimensions du problème en fonction de leur savoir propre. Il ne s'agit pas de remplacer les instances décisionnaires politico-administratives, mais de leur fournir des éléments de réflexion permettant de mieux asseoir leur décision.

La Grande-Bretagne a, elle aussi, utilisé ces méthodes pour faire émerger les

préférences de la population en termes de choix de priorités dans l'allocation de ressources du système de santé. D'autres expériences de mobilisation des citoyens se sont inspirées de ces méthodes, comme celles menées dans l'État de l'Oregon où un vaste débat public a été organisé autour des services qui devaient être remboursés [14]. Il a conduit à modifier l'approche initiale, qui était fondée sur de stricts critères de rationalité économique (minimisation du coût de l'année de vie en bonne santé gagnée) contestées par la population. Cette expérience est intéressante car elle offre un exemple concret d'un processus organisé d'émergence et d'explicitation des valeurs sociales partagées pour fonder un choix de priorités. En France, l'importation de ces méthodes est plus récente : il y a d'abord eu la conférence citoyenne sur les organismes génétiquement modifiés (OGM). Fortement inspirée des méthodes des conférences de consensus danoises, elle a amené le gouvernement français à prononcer un moratoire sur la culture des OGM, aujourd'hui remis en question.

Pour revenir aux États généraux de la santé, les débats ont parfois abouti à des affrontements entre professionnels de santé et usagers d'un côté, usagers et pouvoirs publics de l'autre, notamment sur des sujets « chauds » comme l'offre hospitalière et les fermetures d'établissements. Ces affrontements témoignent de la nécessité de pouvoir confronter les points de vue des différents types d'acteurs et leur représentation du système de santé, de la performance du système de soins et de ses hôpitaux. Sur ce dernier point, le succès des palmarès parus dans certaines revues a démontré le besoin d'information du grand public sur les établissements de soins, entre autres. Le développement de l'information mé-

dicalisée est probablement un élément clé de l'ancrage des usagers dans le système de santé, dans la mesure où celle-ci peut être un vecteur privilégié pour que les individus aient les moyens de faire connaître leurs préférences et de négocier, avec l'institution ou avec leur médecin, leur trajectoire de soins [19].

Encore faut-il pouvoir identifier la véritable nature de leurs attentes dans ce domaine. C'est pour y répondre que, dans le cadre d'un projet de recherche piloté par la Drees, a été mise en place une procédure inspirée des jurys citoyens et qui vise à ce qu'un groupe d'usagers élabore collectivement son modèle de la performance et définisse le type d'informations qui lui paraît utile de faire connaître publiquement pour faciliter l'usage et le choix des hôpitaux. Les résultats de ce travail seront publiés dans le premier trimestre de l'année 2001. Néanmoins, nous pouvons d'ores et déjà apporter deux éléments de connaissance : d'une part, le temps de formation/information des personnes sollicitées lors de ces méthodes, où les experts sont mélangés aux groupes d'intérêt, est important pour permettre à chacune d'entre elles d'approfondir sa réflexion et d'élargir ses représentations initiales. D'autre part, il a été mis en évidence que l'information attendue doit pouvoir se traduire par une utilisation concrète et s'adapter aux besoins personnels de chacun.

Pour conclure, on peut faire le pari que ces formes de débat public qui se veulent une réponse aux besoins suscités par la crise de la décision publique pourront, à terme, devenir le véhicule d'une réflexion citoyenne permettant un arbitrage optimal entre intérêt particulier et intérêt général. ■



ambulatoire se diversifie lentement grâce à ces filières et réseaux.

Comment les médecins réagissent-ils face à ces injonctions qui peuvent paraître contradictoires et aux nouveaux enjeux comme la qualité des soins ?

Il est indéniable que l'ensemble des syndicats médicaux ont intégré la dimension économique dans l'exercice du métier. Les médecins reçoivent régulièrement de la Cnamts, depuis les années soixante-dix, des TSAP (tableaux synthétiques d'activité du praticien) qui retracent leur activité (dépenses en honoraires et prescriptions comparées aux moyennes locales). Les syndicats ont négocié les outils de maîtrise des dépenses : les RMO en 1993, la prescription des médicaments génériques ou le médecin référent en 1997.

D'autre part, les nouvelles offres de soins introduites dans les réformes s'accompagnent d'innovations en matière de rémunération des médecins (forfait, capitation). La position du Conseil national de l'Ordre des médecins a récemment évolué sur ce point : le principe du paiement à l'acte ne constitue plus un critère de définition incontournable de la médecine libérale*. Cette prise de position témoigne de l'évolution d'une partie du corps médical désormais prête ou résignée à accepter certaines dérogations à la charte de la médecine libérale pour préserver le statut de travailleur indépendant du médecin de ville.

Enfin, on peut interpréter l'engagement d'une partie de la profession médicale dans ces innovations en termes d'organisation des soins comme un indice d'un renouveau de l'identité libérale de la profession, susceptible de soutenir de nouveaux modes de régulation. Les incitations à participer à une gestion plus efficiente du système de santé (actions pour une meilleure coordination et une meilleure qualité des soins) relèvent en grande partie de la contrainte, mais peuvent également constituer de nouvelles ressources pour les médecins à la fois face à leurs concurrents et face aux pouvoirs publics.

L'option référent pourrait être l'expression d'une identité libérale renouvelée, davantage fondée sur le modèle de la petite entreprise (le médecin est responsable des coûts et de la qualité du service qu'il offre sur le marché) que sur les principes traditionnels de la « charte » de la médecine libérale.

De même, la CSMF soutient certaines expérimentations de réseaux de soins. À la filière de soins animée par un médecin généraliste et qui hiérarchise les positions de chacun dans le processus des soins, les représentants de la CSMF préfèrent le réseau dans lequel le médecin référent peut être un médecin généraliste comme un médecin spécialiste. Le modèle de référence adopté par la CSMF pour la coordination des soins n'est ni le *gate-keeper* anglais, ni la HMO d'initiative assuran-

tielle, mais les Physicians Sponsored Networks américains, organisés par les professionnels de santé. L'enjeu est de montrer aux pouvoirs publics que les médecins jouent le jeu de la responsabilisation en s'engageant dans la qualité, la gestion des risques et en plaçant les besoins des patients au centre du processus de soins.

Récemment apparaissent donc timidement de nouvelles offres sur le marché des soins ambulatoires. Cette diversification sert à la fois les pouvoirs publics, qui en attendent une meilleure allocation des ressources, et les médecins, qui peuvent y voir une façon de se différencier face aux concurrents et de refonder l'identité libérale du métier sur de nouvelles bases en faisant du cabinet médical une petite entreprise sachant s'adapter aux besoins des patients. ■

* C'est ce qui ressort de la « Plate-forme de propositions pour l'évolution du système de santé » élaborée en septembre 1999 par le Conseil national de l'Ordre des médecins.