



## Une politique ambulatoire en quête de cohérence

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

**L**a 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.**

**P**ourquoi 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.**

**T**out 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'UCSF (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 danois 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.