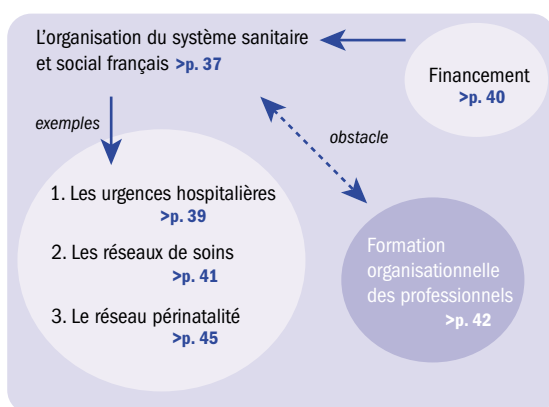


Quelles organisations en rapport avec ces politiques ?

Les modèles



Le système sanitaire a-t-il une cohérence d'ensemble lui permettant d'être adaptable ? Les modèles d'organisation : urgences, réseaux... sont-ils de réels leviers de changement ? Une formation des professionnels à l'organisation favoriserait l'évolution du système.

L'organisation du système sanitaire et social français

David Piovésan
Doctorant en sciences de gestion, Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS
Didier Vinot
Maître de conférence en sciences de gestion, Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS

L'administration sanitaire et sociale apparaît sous sa forme la plus ambitieuse comme l'ensemble des dispositifs veillant aux conditions d'existence du meilleur état de bien-être physique, mental et social, en rapport avec la définition de la santé faite par l'OMS.

Face à cette problématique multiple, les services de l'administration sanitaire et sociale paraissent démunis pour assurer la coordination de plus de 10 000 établissements et services, dont les modalités de prise en charge financière, de fonctionnement ou de statuts induisent autant de prises en charge différentes.

Le cloisonnement des structures sanitaires et sociales

Reflet d'une conception pluraliste, l'organisation sanitaire et sociale française est issue d'un compromis entre la tradition libérale et les interventions d'un État protecteur (entre le marché et le plan).

En France, les actions sanitaires et sociales subissent l'effet d'un cloisonnement qui n'a pas été comblé malgré l'unification, à partir de 1964, des services administratifs chargés de la santé publique et de l'action sociale aux échelons régional, départemental, et des circonscriptions de base ; et l'organisation en parallèle, à partir de 1975, de la planification sanitaire et de celle des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les lois de décentralisation (notamment la loi du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions) ont renforcé les pouvoirs et les moyens des collectivités territoriales au détriment de l'État et de ses représentants locaux.

Cependant, le champ sanitaire et social subit un cloisonnement de natures diverses :

- séparation des enveloppes financières entre social, médico-social et sanitaire pour le financement des structures ;
- pouvoirs de nature différente, entre l'attribution d'une politique décentralisée du social aux conseils généraux, face à une politique déconcentrée aux agences régionales de l'hospitalisation et aux Drass ;
- politiques sanitaires et sociales locales supportées par des stratégies différentes entre l'État, les établissements, les associations, la Sécurité sociale ;
- articulation insuffisante entre les niveaux régional et local de mêmes institutions (Cram, Urcam et caisses



locales d'assurance-maladie, Drass et Ddass, établissements sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de groupes économiques antagonistes...).

La régulation du système sanitaire

La loi constitutionnelle adoptée le 19 février 1996 et les trois ordonnances du 24 avril 1996 sur l'organisation de la Sécurité sociale, la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, et la réforme de l'hospitalisation publique et privée instaurent une nouvelle architecture de l'offre de soins en France. Cette architecture essaie de s'articuler sur un triple niveau : national, régional et pour chaque établissement.

Nous résumons dans la figure 1 les grandes lignes de la réforme.

La conférence nationale et les conférences régionales de santé sont désormais chargées de l'analyse des besoins de santé de la population et de déterminer les priorités de santé publique aux niveaux régional et national.

Sur la base des travaux de la conférence nationale de santé, le Parlement fixe, dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale, l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance-maladie, permettant un encadrement *a priori* de l'offre globale de soins. Dans sa conception large, ce processus s'inscrit pleinement dans une perspective de santé publique et redonne un pouvoir de décision au politique.

Pour l'hospitalisation, un taux d'évolution national des dépenses est déterminé, ainsi qu'un objectif quantifié national (OQN), par un accord avec l'assurance-maladie et les fédérations des établissements pri-

vés à but lucratif. Chaque région se voit ensuite attribuer une dotation globale pour les établissements publics et participant au service public hospitalier (PSPH), et un objectif quantifié régional pour le privé à but lucratif.

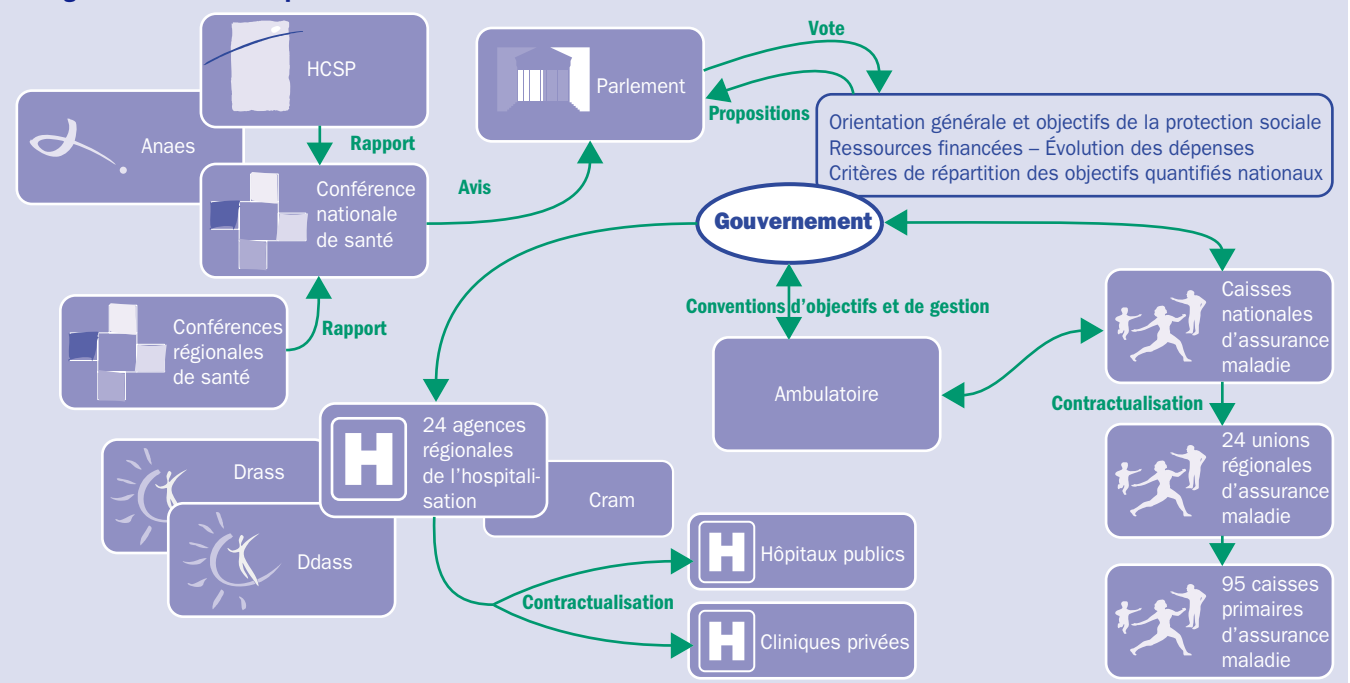
Les deux principaux outils de la régulation sanitaire régionale sont le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) et le contrat d'objectifs et de moyens (Com), qui fondent une nouvelle conception de la régulation reposant sur des engagements réciproques entre les nouvelles agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les établissements de santé publics et privés. Cette mutation a pour conséquence un changement des fonctions des outils de gestion dans la régulation du système sanitaire : l'indice (carte sanitaire), inscrit dans une logique déterministe de rapport entre offre et demande de soins (principe d'optimisation et d'universalité), est remplacé par le contrat, qui s'inscrit dans une logique de négociation entre entités (principe de satisfaction déterminé sur des objectifs *a priori* et de localité) au résultat partiellement imprévisible.

Enfin, la médecine de ville voit ses objectifs d'évolution des dépenses repris dans des conventions pluriannuelles conclues entre l'État et les caisses nationales de Sécurité sociale.

Cette régulation en cascade vise donc à déterminer globalement l'offre de soins en fonction des besoins de santé de la population, puis à décliner cette offre par secteur d'activité, et, pour le secteur hospitalier, à fixer les mécanismes de répartition des ressources entre les régions. ■

figure 1

La régulation sanitaire depuis la réforme de 1996



Exemple 1

Les urgences hospitalières : une offre lisible de soins

Remy Bataillon
Médecin,
chargé de mission
union régionale des
médecins libéraux de
Poitou-Charentes

Les résultats présentés dans cet article sont extraits d'une enquête réalisée à La Rochelle par l'union régionale des médecins libéraux du Poitou-Charentes en partenariat avec l'union régionale des caisses d'assurance-maladie, l'agence régionale de l'hospitalisation et la Drees. Dans ce cadre, 356 patients consultant les médecins de garde et 565 patients se rendant aux urgences ont été interrogés au cours de l'automne 1999.

Lorsqu'on aborde la question des urgences, il existe un consensus assez large sur l'analyse du problème. L'augmentation régulière du recours aux services des urgences est le fait de patients qui présentent des urgences dites « ressenties ». Cet usage social des urgences perturbe le fonctionnement des services, embolisés par des patients qui auraient pu être pris en charge par les médecins généralistes. Par conséquent, il est demandé aux médecins généralistes d'assurer la permanence des soins supposée défaillante.

Cette analyse mérite d'être précisée. Prenons l'exemple de La Rochelle. Dans cette ville, les médecins généralistes se sont organisés depuis plus de dix ans pour assurer une permanence des soins, 24 heures/24, 7 jours/7. Chaque jour, trois médecins généralistes se relaient toutes les 8 heures pour répondre aux appels des patients ou du centre 15 à travers un numéro de téléphone unique. Pendant ces créneaux, ils ne programment aucune consultation.

Malgré ce dispositif de garde « optimisé », le flux des urgences hospitalières a continué de croître à un rythme soutenu, les patients présentant d'ailleurs des caractéristiques identiques à ceux pris en charge dans d'autres services des urgences de la région (Niort). La disponibilité des médecins généralistes ne semble donc pas, en soi, avoir un impact majeur sur le flux des urgences de La Rochelle.

Comment expliquer ce constat ?

Les patients agissent très vraisemblablement en consommateurs « éclairés ».

Ils ont le choix entre différentes modalités de prise en charge : médecin traitant*, médecin de garde, service des urgences. En effet, ils déclarent avoir un médecin

* Un médecin traitant a été défini comme un médecin qui connaît tous les problèmes de santé du patient, qui détient son dossier médical et qui est consulté habituellement devant un nouveau problème de santé.

traitant (> 80 %, n = 357), mais ils se rendent, en semaine, directement aux urgences (49,7 %, n = 357), aux heures d'ouverture des cabinets médicaux (66,5 %, n = 170), sans avoir cherché à le joindre (78,8 %, n = 170).

Dans ce contexte d'offre, les patients cherchent les réponses qui, de leur point de vue, sont les plus adaptées à leurs problèmes et/ou à leurs contraintes. Leur choix est guidé par leurs besoins ressentis (examens complémentaires et, dans une moindre mesure, degré d'urgence) et par leur connaissance des possibilités de prise en charge aux urgences ou auprès des médecins généralistes (médecins traitants, médecins de garde).

Ainsi, les patients qui se rendent aux urgences pensent avoir besoin d'une radiographie (64 %, n = 100), contrairement à ceux qui font appel au médecin de garde (7,7 %, n = 93**). Cette perception est d'ailleurs assez cohérente avec leur motif de recours aux soins. En effet, ils présentent des problèmes de traumatologie (81,7 %, n = 60) et bénéficient effectivement d'une radiographie aux urgences (82,4 %, n = 60). Par contre, le degré d'urgence ressenti est, dans les deux cas, important. Il est cependant supérieur parmi les patients qui se rendent aux urgences. Ces derniers estiment ne pas pouvoir attendre plus d'une heure avant d'être pris en charge (77,8 %, n = 195 / 57,1 %, n = 326). L'existence d'un plateau technique (46,5 %, n = 71) et la présence de médecins sur place (42,2 %, n = 71) est la garantie de cette rapidité.

À l'opposé, les patients pensent que leur médecin traitant (ou le médecin de garde), en qui ils ont confiance, ne peut pas les prendre en charge en l'absence de plateau technique et, par conséquent, devra les envoyer aux urgences. De plus, ils estiment que ce dernier n'est pas suffisamment disponible en raison de sa charge de travail ou de l'organisation de ses consultations. Paradoxalement, une minorité d'entre eux ont réellement cherché à le joindre (21,2 %, n = 357) et, lorsqu'ils font cette démarche, elle aboutit le plus souvent (88,1 %, n = 296).

Les patients font donc appel au médecin de garde car ce dernier leur offre un autre type de services. En effet, il est disponible en dehors des heures de travail et peut se déplacer à domicile. Il leur permet donc de concilier prise en charge médicale et contraintes professionnelles ou familiales pour des problèmes de santé jugés peu graves (58,9 %, n = 95) et ne nécessitant pas de radiographie (7,7 %, n = 93). Ainsi, au cours de la semaine, environ la moitié de patients (44,7 %, n = 197) consultent le médecin de garde après 19 heures pour des problèmes qui évoluent depuis plus de 6 heures (62,3 %, n = 195) et ils invoquent la possibilité de visite à domicile (61,1 %, n = 95) pour expliquer leur choix.

Au total, les patients ne se rendent pas pour les mêmes problèmes aux urgences ou auprès du médecin de garde.

** Différence significative au risque $\alpha = 5$.



Données statistiques : quelques chiffres clefs, quelle répartition

A lors que parmi les déterminants de la santé, le système de santé n'expliquerait qu'une faible partie des progrès accomplis en matière de mortalité depuis 1950, rappelons quelques données essentielles du système de soins. Deux paragraphes alimenteront ce petit rappel :

- les données de l'économie de la santé ;
- les données relatives à l'organisation de la santé.

Les données de l'économie de la santé

Les dépenses de santé sont essentiellement étudiées au sein des comptes de la santé, composants de la comptabilité nationale.

En 1999, la dépense courante de santé a atteint 871 milliards de francs, soit 14 300 F par habitant. Celle-ci se répartit suivant la figure 1 :

La dépense courante de santé représente l'ensemble des dépenses engagées au titre de la santé, par les financeurs du système de santé. Elle prend en compte non seulement la consommation médicale totale, mais aussi les indemnités journalières, les dépenses de formation médicale et de recherche, celles de gestion de l'administration sanitaire...

La consommation médicale totale est décomposée en consommation de soins et biens médicaux et en médecine préventive.

La consommation de soins et de biens médicaux comprend l'ensemble des dépenses engagées au profit des soins hospitaliers et de sections médicalisées, des soins ambulatoires, des transports sanitaires et de divers biens médicaux (médicaments, optique, prothèse, petits matériels et pansements).

La consommation de soins et de biens médicaux a subi en 1999 une croissance en valeur de 3,5 %.

Ce sont les médicaments, puis les soins hospitaliers et ambulatoires qui expliquent prioritairement cette croissance.

La structure du financement de la dépense courante de soins et biens médicaux révèle pour 1998 une part majeure de la Sécurité sociale (75,5 %), puis des organismes complémentaires (12,1 %), des ménages (11,3 %) et enfin de l'État et des collectivités locales (1,1 %).

La dépense nationale de santé (agrégat utilisé par l'OCDE pour permettre les comparaisons internationales) représente 9,5 % du PIB. Ce ratio évolue peu depuis 1997. Il n'existe pas de comparaison internationale depuis 1997, mais avec un taux similaire la France se situait au 4^e rang des pays de l'OCDE les plus dépensiers.

Après la synthèse des dépenses de santé, il convient de rappeler que la santé est aussi une activité productive de richesse. En effet, selon une estimation du Credes de 1995, l'ensemble des services et des industries de la santé fournissent emplois et revenus à près de 1,7 million d'individus (soit 7,5 % de la population active).

Les données relatives à l'organisation des soins

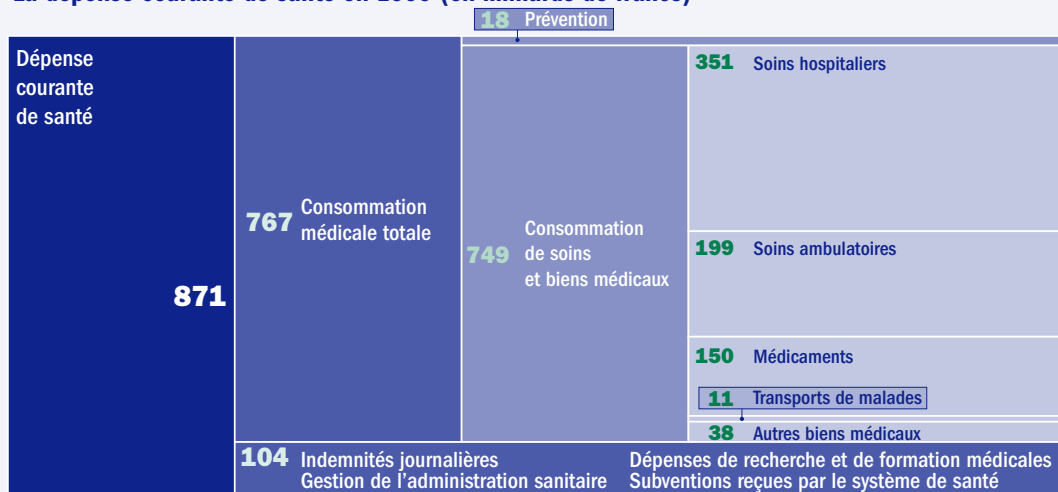
Au 1^{er} janvier 1998, près de 65 % des lits sont publics, contre 35 % en secteur privé. La chirurgie est réalisée principalement en secteur privé, avec près de 60,5 % des journées, alors que le secteur public n'en effectue que 39,5 %. La médecine est essentiellement pratiquée en secteur public.

Au 1^{er} janvier 1999, 193 200 médecins sont en activité, soit près de 3,3 médecins pour 1 000 habitants ; en France métropolitaine.

Les spécialistes représentent la majorité avec 98 300 (50,9 %), contre 94 300 généralistes. 50 % des spé-

figure 1

La dépense courante de santé en 1999 (en milliards de francs)



Stéphane Fraisse
 Doctorant en sciences de gestion,
 Université Lyon III,
 Lass-Graphos
 CNRS

cialistes exercent en secteur libéral, contre 71 % des généralistes.

Deux tiers des médecins salariés sont spécialistes.

La médecine libérale est davantage masculine (71 % d'hommes), alors que pour la médecine salariée les proportions sont équilibrées. De manière générale, la population médicale se féminise puisque la proportion de femmes passe de 24 % en 1984 à 36 % en 1999.

De plus, on constate un vieillissement constant du corps médical. En effet, selon la Drees, en 1990, 46 % des médecins avaient moins de 40 ans et ils étaient deux fois plus nombreux que les médecins de 50 ans. Au cours des années quatre-vingt-dix, la situation s'est proportionnellement inversée, de sorte que l'on comptabilise aujourd'hui plus de médecins de 50 ans que de 40 ans. L'âge moyen des médecins a évolué ainsi de + 2,7 ans en neuf ans.

La répartition des médecins sur le territoire reste très inégale. Elle est essentiellement concentrée dans les villes, avec une grande disparité régionale (la densité médicale est, par exemple, de 2,5 pour 1 000 habitants en Picardie, contre 4,2 en Île-de-France).

Les paramédicaux sont au nombre de 720 000. Ce sont les infirmiers qui représentent l'effectif le plus important puisqu'ils sont près de 360 000. La densité d'infirmiers est alors, pour 1998, de 6,1 pour 1 000 habitants.

La féminisation de la profession infirmière est très marquée puisque les hommes représentent seulement 14 % de l'effectif total. Cependant ce taux varie suivant la spécialisation (moins de 1 % en puériculture, 27 % en anesthésie-réanimation).

Là encore, comme pour les médecins, il est intéressant de remarquer, en quinze ans, une nette progression de l'âge moyen de la population infirmière. En effet celui-ci était de 34 ans en 1983, contre 40 ans en 1998.

Notons enfin la pénurie de personnels soignants dans les établissements de santé.

S'agissant des infirmiers, on peut avoir accès à certaines informations, issues de la presse professionnelle, car les études nationales ne nous permettent pas d'évaluer cette pénurie. Au niveau national, les cliniques privées françaises, qui ont connu au printemps dernier un important mouvement de grève, souffrent de façon aiguë du manque d'infirmiers sur le marché du travail. Alain Coulomb, Président de l'Union hospitalière privée, estimait en juin dernier la pénurie pour les cliniques privées à environ 10 000 infirmiers.

Par ailleurs, selon une enquête de l'Union Hospitalière de la région Île-de-France (UHRIF), les établissements publics de santé se trouveraient aussi confrontés à une pénurie de 10 000 infirmiers — le passage aux 35 heures prévu en janvier 2002, jouant comme facteur aggravant. ■

Que peut-on conclure de ces résultats ?

Les patients, dans ce contexte d'offre, agissent en véritables décideurs « rationnels ». Dans ces conditions, les services des urgences représentent, pour certains problèmes, une offre de soins lisible et bien caractérisée. Ils y ont donc recours.

Il est évident que les médecins généralistes sont capables de prendre en charge des problèmes de traumatologie assez rapidement, surtout dans une ville comme La Rochelle où il existe une forte densité de plateaux techniques en ambulatoire. Ils n'offrent cependant pas un service lisible pour les patients comme le montre, par exemple, leur méconnaissance du dispositif ambulatoire (59,5 %, n = 210) ou leur perception de la disponibilité des médecins de garde.

Le patient, devenu usager du système de soins, est donc actif. Il dispose des marges de liberté. Son comportement ne peut plus être conçu comme le résultat de l'application de normes (plus ou moins implicites) déterminées par les professionnels ou les tutelles [29]. Celles-ci deviennent au contraire le produit d'une négociation permanente. Il s'agit donc de créer les conditions favorables à cette négociation. Pour cela, les professionnels doivent, d'une part, adapter leur fonctionnement en tenant compte des savoirs et des capacités d'action des patients et, d'autre part, donner de la lisibilité au système de soins.

La mise en œuvre de maisons médicales, l'implication plus large des centres 15 dans la régulation des flux sont autant de solutions qui peuvent contribuer à cette lisibilité accrue. Elle mérite donc, à ce titre, une attention particulière. ■

Exemple 2 Le réseau de soins : quels coûts pour quelle santé ?

Le terme de réseau est aujourd'hui employé pour désigner toute forme d'organisation, même informelle et lâche, entre au moins deux producteurs de soins. Il est donc difficile d'en donner une définition consensuelle. Cependant, pour définir une démarche d'évaluation de l'apport de l'organisation en réseau, il faut au moins la caractériser par ses éléments typiques. On se propose de mener à bien cette caractérisation au moyen de trois questions :

- À quoi servent les réseaux ?
- Comment opèrent-ils ?
- Quelle évaluation économique mener ?

À travers ces trois questions, on suit un raisonnement

Michel Grignon
Directeur de recherche, CreDES
Fabienne Midi
Économiste, chargée de recherche, CreDES

Cet article est une synthèse de travaux réalisés par les auteurs, Y. Bougueil, A. Develay, J.-C. Mino, M. Naiditch (Image) et D. Polton (CreDES)



Quelle formation à l'apprentissage organisationnel pour les médecins libéraux ?

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

L'enseignement médical

En France, le médecin est, depuis 1958, formé dans des centres hospitaliers et universitaires.

On lui enseigne les sciences fondamentales et les sciences cliniques, c'est-à-dire tout ce qui a trait à la médecine hospitalière de haut niveau. Il est ensuite considéré comme apte à exercer la médecine libérale, générale ou spécialisée selon le troisième cycle qu'il aura été conduit à suivre.

Le médecin entrepreneur libéral sans liberté...

La médecine libérale est organisée en France sur le modèle de l'organisation libérale commerciale. Le médecin doit ainsi être également commerçant, créateur et gestionnaire d'entreprise.

Cependant, contraint par la convention passée avec la Sécurité sociale, il exerce un métier qui ne répond en rien à la loi du marché. Il n'est libre ni de la définition des produits qu'il offre, ni de leurs coûts. Le prix en est fixé alors même que leur contenu n'est pas défini. Ce n'est pas celui qui consomme qui, en fin de compte, paye.

Qui doit tout savoir...

Ce métier réclame donc une solide formation dans de nombreux domaines. Le médecin doit déjà posséder, à côté de sa compétence médicale stricte, des compétences relationnelles, psychologiques, voire sociologiques. Il doit également être un comptable, un juriste, un gestionnaire. Il doit posséder de solides connaissances juridiques et administratives. À aucun moment de son curriculum, la Faculté ne lui dispense de tels enseignements ou n'atteste de ce type de capacités.

Un débat a eu lieu autrefois, séparant les tenants d'une école professionnelle et ceux d'une faculté de médecine. L'élitisme ambiant a vite fait de trancher en faveur de ces derniers sans qu'il soit vrai-

ment répondu à la question de fond : quel type de pratique professionnelle veut-on enseigner aux futurs médecins ?

Sans l'avoir appris

Depuis 1958, les CHU ont permis d'améliorer considérablement la qualité de l'enseignement des sciences médicales. Ils recrutent leurs enseignants exclusivement chez les praticiens hospitaliers. Ils ne disposent pas des psychologues, sociologues, économistes, éthologues, ni des juristes qui permettraient aux médecins de comprendre comment leur travail s'inscrit dans la société de plus en plus complexe dans laquelle ils vivent. C'est « sur le tas », au cours, voire après leur installation qu'ils acquièrent les compétences psychologiques et relationnelles ainsi que les connaissances organisationnelles qu'imposent leur exercice professionnel.

La prise en compte de cette insuffisance a conduit à introduire quelques heures de sciences humaines en premier cycle. Les chaires de santé publique et de médecine légale ont, en ce qui les concerne, à l'occasion de leurs enseignements, la possibilité de sensibiliser les étudiants à différents points juridiques et administratifs de leur pratique médicale. C'est bien, mais trop peu, souvent trop tôt et sans aucune intégration avec le reste de l'enseignement médical.

Des troisièmes cycles perfectibles

La mise en place des troisièmes cycles de spécialités, puis, à partir de la fin des années quatre-vingt, du troisième cycle de médecine générale vise très précisément à enseigner aux étudiants leur future pratique professionnelle. Cependant, pris en charge par les mêmes médecins hospitaliers, ces troisièmes cycles ont répondu aux besoins perçus par ceux-ci et n'ont pas abordé les problèmes posés par l'exercice libéral de la médecine.

L'organisation du troisième cycle de médecine générale a été confiée à des généralistes libéraux au début des années quatre-vingt-dix. Cette question de l'enseignement de la connaissance de l'organisation professionnelle a été soulevée de façon plus précise par ces médecins qui avaient constaté, lors de

leur installation, l'insuffisance de leur formation dans ce domaine.

Des enseignements portant sur l'entreprise médicale et sur les problèmes administratifs, juridiques et fiscaux ont commencé à voir le jour au sein des facultés. Ainsi, pour prendre deux exemples locaux, à Tours, un tel enseignement organisé par les médecins généralistes et des conseillers juridiques de la profession médicale a-t-il été proposé également aux futurs médecins spécialistes. À Rennes, dans le cadre du troisième cycle de médecine générale, les caisses d'assurance-maladie, à la demande de la faculté, organisent pour la quatrième année consécutive un enseignement pratique sur la convention médicale. Dans le même cadre, des journées centralisées sont consacrées à la gestion de l'entreprise médicale et à ses aspects juridiques et fiscaux.

Une profession désorganisée

Il y aurait toutefois une certaine logique à considérer que si l'enseignement de la médecine est l'apanage des facultés de médecine, celui de l'organisation professionnelle relève de la profession elle-même.

Ce point de vue prédomine dans certains pays étrangers. Il a été défendu par une partie du syndicalisme médical. Des formations à la gestion, des formations juridiques ont été organisées par la CSMF, et en particulier par le Syndical national de la médecine de groupe, dans les années soixante-dix. Faute de moyens, elles n'ont souvent touché que les seuls cotisants de ces syndicats et n'ont pas réussi à atteindre le niveau nécessaire pour en faire un véritable enseignement professionnel. Le syndicalisme, miné par ses divisions et déchiré ensuite sur le sujet de la formation continue des médecins, n'a pas pu remplir ce rôle malgré les opportunités qui lui étaient offertes par les dernières conventions médicales.

Les pouvoirs publics, malgré les ouvertures des ordonnances Juppé de 1996, se sont révélés incapables de définir le cadre d'une formation médicale continue à la hauteur des enjeux et dans lequel une telle formation aurait pu être développée.

La complexité croissante des règles comptables et administratives de l'exer-

Charles Honorat
Maître de conférences associé, département de médecine générale, Faculté de Médecine de Rennes

cice professionnel libéral a nécessité que les médecins acquièrent toutefois une compétence minimum dans ces domaines. Ce sont encore les associations de gestion qui, actuellement, assurent le mieux la formation fiscale et juridique nécessaire à la gestion d'un cabinet médical.

Les caisses d'assurance-maladie et les syndicats de médecins ont cherché à faire évoluer les conditions d'exercice médical par la convention médicale. Ils assurent, chacun de leur côté, l'information des médecins par des courriers ou par des réunions.

Tout cela se fait sans cohérence et dans un contexte souvent polémique et revendicatif qui n'est guère propice à la compréhension et à l'esprit de synthèse.

Et demain ?

Ces dernières années, la profession médicale a été dotée de nouveaux moyens d'action. Les unions régionales des médecins libéraux se sont mises en place et deviennent maintenant opérationnelles. L'information et la formation des médecins est inscrite dans leurs objectifs institutionnels. Elles disposent des moyens financiers nécessaires.

Les facultés de médecine, que ce soit au niveau de la Conférence des doyens ou au sein de chaque UFR, poursuivent leur réflexion sur l'adaptation de leurs enseignements aux réalités de notre société et de notre système de soins.

À partir d'une évaluation rigoureuse des manques actuels, c'est sans doute dans un partenariat clair et constructif entre les facultés de médecine et les structures professionnelles que l'on arrivera à progresser. Nous devons offrir aux médecins de demain les outils nécessaires pour analyser le système de santé dans lequel ils exercent leur métier et pour développer les compétences professionnelles dont ils ont besoin, au-delà des compétences strictement médicales.

Cet enseignement, comme l'ensemble de leur formation, devra commencer dès le premier cycle de leurs études et, en parfaite complémentarité, se développer dans le second et dans le troisième cycle, puis, dans leur formation continue, tout au long de leur exercice professionnel. ■

logique : c'est parce que les réseaux servent avant tout d'espace d'expérimentation et d'émergence de nouvelles pratiques et de nouvelles relations au sein du système de santé que leur mode opératoire s'éloigne de celui — défini *ex ante* — du protocole clinique classique ou du programme de santé ; à son tour, ce nouveau mode opératoire conduit l'évaluateur à enrichir sa palette médico-économique d'outils plus qualitatifs et descriptifs, et à adopter une position intermédiaire entre le contrôleur qualité et le chroniqueur.

À quoi servent-ils ?

Le plus souvent, un réseau formel se constitue pour rendre de nouveaux services, ou pour corriger des dysfonctionnements du système de soins en offrant une nouvelle organisation*.

En revanche, l'examen et l'instruction des dossiers menés par l'équipe de D. Osselin (Direction des risques de la Cnamts) ne montre pas de réseau pour lequel l'innovation de procédé permettrait d'offrir la même chose en matière de soins, mais moins cher, soit en économisant le temps des professionnels, soit en diminuant le volume des consommables (tests, examens biologiques).

Il n'y a pas non plus, à la différence de ce qui s'est développé au Royaume-Uni dans les années quatre-vingt-dix, de réseau de médecins acheteurs de soins, même si on trouve des réseaux de médecins de ville qui visent explicitement à diminuer les consommations de ressources hospitalières. Cependant, alors qu'au Royaume-Uni une telle motivation est claire avec des conséquences immédiates**, en France, quand un réseau entend diminuer le volume, il présente cela comme une conséquence à long terme de son implantation (médiée par l'amélioration de l'état de santé).

Une première conséquence logique d'un tel objectif d'amélioration du service rendu, c'est que les réseaux engendrent presque toujours des dépenses supplémentaires par rapport à la pratique actuelle.

Comment fonctionnent-ils ?

Pour offrir de nouveaux services en jouant sur l'organisation, les réseaux se donnent comme première mission de centraliser les soins autour du patient. Cela signifie que la principale lacune de notre système, pointée par les promoteurs de réseaux, est l'allure chaotique et imprévisible de la trajectoire du patient dans le système de soins. Ce chaos est dommageable d'abord pour le patient, qui ne sait pas ce que sera sa prise en charge quand il a recours au système de soins et qui ne peut compter sur une responsabilité unique tout au long de la chaîne de traitement. Il est également dommageable

* En ce sens, l'objet que nous traitons s'écarte radicalement du « réseau » informel d'adressage de routine d'un généraliste vers un confrère spécialiste ou un établissement.

** Le réseau d'acheteurs entendant ainsi récupérer les ressources non consommées pour les dépenser ailleurs, dans des soins de ville jugés plus efficaces ou plus demandés.



pour le professionnel d'amont qui ne dispose d'aucun suivi de ses patients et ne connaît pas réellement les conséquences de ses traitements à long terme, ainsi que pour le professionnel d'aval qui doit faire le diagnostic clinique sans nécessairement connaître les actes appliqués par ses confrères d'amont. Il est enfin dommageable pour le payeur, qui ne trouve jamais d'interlocuteur responsable en face de lui.

Le premier objectif intermédiaire du réseau consiste donc à substituer une logique de suivi à la logique de fractionnement en vigueur actuellement, ce qui nous amène à discuter de trois points spécifiques du fonctionnement en réseau* : la place du patient, l'organisation des professions de santé et le partenariat avec l'ensemble des acteurs.

Dans le réseau, le patient se voit offrir une prise en charge harmonisée dès le départ, ce qui contribue à la standardisation de son produit de santé, et lui permet de s'investir dans sa prise en charge médicale. Cela suppose que l'évaluation des pratiques du réseau ne se limite pas à des indicateurs externes d'application et de respect de la trajectoire définie dans le protocole, mais inclut aussi des évaluations du degré d'implication et de participation du patient à sa prise en charge à partir d'outils de type questionnaires directs auprès des patients.

Pour que cette prise en charge existe, il faut que les professionnels définissent une trajectoire idéale, et se soient donné les moyens de suivre et valider le respect de cette trajectoire, ou de comprendre et discuter en commun les écarts à la trajectoire. Cette dimension organisationnelle s'appréhende par des indicateurs d'objectifs, de qualité du suivi et de respect de la trajectoire, mais aussi par des indicateurs plus descriptifs de la manière dont les trajectoires sont aménagées, notamment pour intégrer les accidents et écarts. En ce sens, un réseau diffère d'un protocole en ce que la trajectoire n'est pas imposée *ex ante* et de l'extérieur, elle est produite et amendée en permanence par les acteurs du réseau eux-mêmes.

Cette dynamique de partenariat dans la définition et la maintenance de la trajectoire du patient suppose un décloisonnement et une complémentarité entre les professionnels de soins, mais également entre eux et les autres acteurs de la prise en charge. Cela nécessite que les outils de négociation et de rencontres n'existent pas que sur le papier, mais qu'ils aient véritablement provoqué dialogue et prise de décision en commun. L'analyse des minutes du comité de pilotage et des réunions internes de coordination ou d'orientation, ainsi que des entretiens directs avec différents membres du réseau sont des outils précieux de l'évaluation de la pratique du réseau et de sa capacité à innover.

* Ces trois éléments donnent évidemment lieu à évaluation, ce qui prépare l'évaluation économique.

Quelle évaluation économique ?

On voit certains réseaux demander à être jugés sur un critère extrêmement ambitieux, voire inaccessible, le retour sur investissement. Selon eux, l'intensification instantanée des soins permettrait d'obtenir une diminution des volumes consommés ultérieurement, par exemple en repoussant dans le temps un processus dégénératif ou en diminuant les complications. Ces réseaux tentent donc de montrer qu'ils sont moins chers que le *statu quo*.

Notre position, on l'a vu, est que le réseau propose une innovation de produit (ou de service), ce qui engendre un coût par rapport à la situation actuelle. Au total, si le commanditaire de l'évaluation doit connaître les conséquences économiques, ça n'est pas pour chercher des économies budgétaires par rapport à la situation sans réseau, mais pour allouer au mieux un financement supplémentaire dédié à l'innovation dans le domaine de la santé*. Rappelons quelques principes de base.

La notion de « coût » ne renvoie pas à un prix, de revient ou d'achat, mais à un sacrifice d'opportunité : dépenser une ressource dans un projet, c'est s'interdire de l'affecter ailleurs. L'évaluation devra mesurer un impact différentiel entre la situation avec un réseau et une situation de référence.

Outre la valorisation de ressources classiques, c'est-à-dire les actes portés sur l'enveloppe de ville ou hospitalière, l'évaluation des conséquences économiques doit tenir compte des ressources de coordination, comme les ressources consommées pour bâtir la trajectoire de référence ou suivre les trajectoires effectives. On voit que l'évaluation de la pratique en réseau supposera que les professionnels développent une capacité à traiter les différents actes relevant d'un même traitement au sein d'une même « capitation ». Une capitation est, rappelons-le, une enveloppe prépayée et ajustée au « risque » (ici la dépense), incitant le « rémunéré » (le réseau, dans notre cas d'espèce) à rendre son service en restant dans l'enveloppe, voire, s'il peut s'approprier le bénéfice, au coût le plus bas possible ; en ce sens, une capitation va bien au-delà d'un forfait d'actes.

Toute évaluation doit préciser le point de vue adopté (pour l'assurance-maladie, pour le patient et ses proches, pour le professionnel). Il nous semble illusoire de tenter une mesure de l'apport net du réseau à la société dans son ensemble. De manière schématique, ceci nous conduit à privilégier les coûts appelés directs, c'est-à-dire les mobilisations de ressources pour lesquelles existe un équivalent marchand et qui sont consommées par le réseau : il s'agit des ressources médicales, des frais de transport non médicalisé et des frais de garde des enfants du patient (pour une discussion sur les coûts directs et indirects).

* Ce serait par exemple le cas du Fonds d'assurance qualité pour les soins de ville.

L'évaluation des conséquences économiques est compliquée par deux éléments caractéristiques des réseaux et qui en diminuent le coût :

- toute ressource mobilisée par le réseau n'est pas perdue pour d'autres productions dans la mesure où le réseau crée ses propres ressources. L'économie de la production parle de ressources spécifiques, qui ne seraient en tout état de cause pas utilisables ailleurs. L'existence de ressources spécifiques est une conséquence de l'aspect partenarial du réseau : les compétences des acteurs du réseau peuvent fort bien n'être mises en valeur que dans le cadre de ce partenariat précis, et ne pouvoir s'exporter dans d'autres contextes ;

- le commanditaire finance, à travers le réseau, des produits que le réseau ne pourra s'approprier et qui profiteront à l'ensemble du système de soins, ce qui est la caractéristique des innovations non matérielles (nouvelle trajectoire, nouveaux comportements, nouveaux protocoles, qui tiennent sur les pages d'un cahier).

En outre, ces deux éléments sont partiellement contradictoires, car un réseau dont l'exercice est très spécifique à son contexte aura très peu d'effet de diffusion sur l'ensemble du système de soins. ■

Exemple 3

Le réseau périnatalité, enjeu et difficultés

Georges Mellier
PUPH, université
Claude Bernard,
Lyon I, Lass-Graphos,
CNRS

**Jean-Charles
Pasquier**
Médecin
Fédération femme
mère nouveau-né,
Hôpital Edouard
Herriot, Lyon

Dans le domaine de la périnatalité la mise en réseau des structures de soins est plus que jamais d'actualité.

Le mode de prise en charge des mères et des enfants a considérablement évolué. Jusqu'à ces dernières années, on considérait que tout praticien diplômé était apte à suivre toutes les grossesses dans toutes les maternités. La diminution de la mortalité et de la morbidité périnatale par le développement des transferts *in utero* des enfants dans des structures adaptées à leur niveau de soins a bouleversé cette organisation.

Actuellement pendant la grossesse c'est l'unité mère-fœtus qui est prise en compte et qui doit être pris en charge dans une structure de soins adaptés à leurs risques. Cette adéquation est l'enjeu médical obstétrico-pédiatrique dans l'organisation des soins en périnatalité [21].

« Toute grossesse présente un risque qui peut devenir vital à l'accouchement pour la mère et l'enfant. »

Cette affirmation n'est contestée par aucun obstétricien de terrain. Elle a pour conséquence la multiplication des demandes de création de structures de soins très performantes, aptes à accueillir toute grossesse pathologique. Les contraintes sont évidentes. On ne

peut multiplier les structures spécialisées dans tous les sites d'accouchement pour des raisons de coûts mais aussi d'effectifs en professionnels (obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes). De plus, des études ont montré que les structures hautement spécialisées ne sont pas toujours adaptées à tous les risques et qu'elles n'ont pas fait preuve de leur supériorité pour la prise en charge des grossesses à faible risque [2].

« La grossesse est un phénomène physiologique avec des risques qui peuvent souvent être identifiés. »

On a ainsi évolué vers la prise en charge de parturientes dans des établissements définis en fonction de leur niveau de soins pour les mères, mais surtout pour les enfants.

Le niveau 3 est un établissement qui possède un service de réanimation maternelle et de réanimation néonatale. On peut donc accueillir toutes les grossesses et tout spécialement celles à très haut risque pour la mère ou son enfant.

Le niveau 2 associe un service d'obstétrique à un service de néonatalogie. Sa vocation est la prise en charge des grossesses avec un risque intermédiaire.

Le niveau 1 est un établissement qui n'a pas de service de néonatalogie. Il accueillera toutes les grossesses à bas risque, que nous préférons appeler des grossesses sans risque identifié.

Cette organisation en trois niveaux de soins permet en théorie une bonne adéquation entre le risque materno-fœtal et la structure de soins. Elle implique, pour que le système soit efficace, une mise en réseau des établissements de niveaux de soins différents.

Les contraintes et difficultés de la mise en réseau

La première difficulté est de définir de manière précise le risque materno-fœtal pendant la grossesse.

Le très haut risque peut le plus souvent être identifié pendant la grossesse. Néanmoins il existe des situations où le risque fœtal ou maternel n'était pas connu, et qu'un transfert *in utero* soit nécessaire vers une structure de niveau 3. L'organisation des transferts nécessite la recherche d'un lit d'accueil pour la mère et l'enfant. L'activité fluctuante en obstétrique ne facilite pas l'équilibre entre l'offre et la demande. Un système de régulation des transferts doit se mettre en place dans chaque région. De plus, pour l'obstétricien qui a en charge cette grossesse, il existe une double contrainte : informer et persuader la patiente de la nécessité d'un transfert et trouver une structure d'accueil avec un moyen de transport.

Le risque intermédiaire n'est pas toujours facile à définir. Il est pris en charge dans les niveaux 2 et représente 9 à 10 % des grossesses avec des accouchements avant 32 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire avant le début du 8^e mois de grossesse.

Il peut faire suite à un haut risque ou être identifié pendant la grossesse (grossesse gémellaire, par exemple). L'accueil dans les structures de niveau 2 pose les



mêmes contraintes de transfert que les niveaux 3. Ces transferts sont néanmoins actuellement peu fréquents car souvent l'obstétricien qui a en charge une parturiente nécessitant un transfert *in utero* l'orientera d'emblée vers un niveau 3.

La prise en charge du bas risque ou des grossesses sans risque identifié est celle qui implique le plus la notion de réseau. 90 % des grossesses sont dans ce cas, avec néanmoins une nécessité de réanimation maternelle dans 0,25 % des cas environ. Une réanimation à la naissance et/ou le transfert de l'enfant sont nécessaires dans 4 à 8 % des cas. La contrainte pour tous les praticiens exerçant dans un établissement de niveau 1 est la sélection des patientes dites à bas risque. Aucun consensus n'est actuellement admis. De plus, il faut avoir à l'esprit que des praticiens qui ne suivent plus de pathologie n'auront plus les bons réflexes lorsque celle-ci arrivera en urgence dans leur établissement. Le maintien de la formation des professionnels est également une difficulté du fonctionnement en réseau.

Les effectifs actuels et pour les années à venir des praticiens en obstétrique, réanimation pédiatrique ou anesthésie-réanimation sont en baisse de manière dramatique. De plus, les praticiens nouvellement formés n'acceptent pas de travailler comme leurs aînés. Les réseaux devront donc s'organiser et évoluer dans le cadre d'une pénurie de praticiens [22].

Le dernier type de contrainte que l'on peut aborder est celui posé par les changements dans les mentalités pour les professionnels mais également pour nos patientes.

Pour les professionnels, cela implique d'accepter un changement des pratiques professionnelles. Les pathologies prises en charge dans un établissement ne dépendent pas que de la compétence du praticien mais aussi de l'offre de soins de l'établissement.

L'évaluation de la qualité des soins pour une pathologie donnée ne devra plus se faire uniquement pour un établissement ou un praticien, mais de manière globale dans le réseau. Pour une même pathologie, les moyens et les contraintes sont différents entre les niveaux 1 et les niveaux 3.

Pour les praticiens, cela implique également d'élaborer et d'accepter des protocoles thérapeutiques adaptés aux soins qu'ils sont à même de donner dans leur établissement.

Pour les patientes enfin, le danger est grand de voir tous les accouchements se regrouper dans les niveaux 3 ou 2 en vertu de la règle : « Qui peut le plus peut le moins ». Pour éviter cet engorgement et maintenir les maternités de niveau 1 qui sont incontournables, une information médiatique est nécessaire. Actuellement cette information va plutôt dans le sens inverse en pointant du doigt toutes les faiblesses des niveaux 1. La connaissance et l'acceptation des réseaux par le grand public doivent être un enjeu pour les années à venir.

La mise en réseau des maternités est incontournable pour des raisons économiques (tous les établissements ne peuvent avoir tous les équipements et le personnel pour les grossesses à haut risque), mais aussi pour des raisons de démographie médicale.

Les réseaux doivent aboutir à une optimisation des soins en périnatalité en tenant compte des différentes contraintes ou difficultés que nous avons abordées. Cette analyse n'est pas exhaustive. Dans chaque région, l'organisation des réseaux aura aussi sa propre spécificité en fonction d'autres contraintes liées à la géographie, au type de populations pris en charge... ■