



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.