

Les rôles de l'Anaes dans la régulation du système de santé français

Depuis les années quatre-vingt-dix, l'évaluation médicale et l'accréditation des établissements de santé ont été confiées à une agence, l'Anaes, héritière de l'Andem. Présentation du rôle de cette agence dans le système de santé.

P^r Yves Matillon
Directeur général
D^r Philippe Loirat
Président du conseil scientifique
P^r Bernard Guiraud-Chaumeil
Président du conseil d'administration
Anaes

Crée par l'ordonnance du 24 avril 1996, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé — Anaes — est l'héritière de l'Andem (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale), dont elle développe les missions en y ajoutant, principalement, l'accréditation des établissements de santé. L'Anaes constitue un lieu d'expertise de haut niveau et d'échanges avec les professionnels de santé. Ses actions ont pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le secteur hospitalier public ou privé et en médecine de ville. Ses missions ont été définies par les textes réglementaires, approuvées et précisées par ses instances, notamment son conseil d'administration en l'an 2000. Elles font l'objet d'un texte intitulé « Orientations stratégiques de l'Anaes ». Par ailleurs, les projets de loi en cours de discussion confirment et étendent certaines missions, notamment pour ce qui concerne l'information des malades, les conditions de réalisation des actes à risques et de la formation médicale continue.

Quelles sont les missions de l'Anaes ?

L'accréditation des établissements de santé est une procédure externe à l'établissement de santé, indépendante de celui-ci et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, évaluant son fonctionnement et ses pratiques dans leur ensemble et, le cas échéant, ses services et principales activités. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins et à promouvoir une politique de progrès continu au sein de l'établissement. Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent s'engager dans cette démarche.

Cette démarche est mise en œuvre dans plusieurs pays anglo-saxons depuis une dizaine d'années ; la France est le premier pays en Europe à l'engager à l'échelle d'un pays.

Pour ce qui concerne l'évaluation, l'Anaes réalise des études et des synthèses des connaissances scientifiques et professionnelles en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine. Ce travail s'appuie, entre autres, sur l'analyse documentaire rigoureuse de la littérature scientifique, analyse de l'évidence scientifique (*Evidence Based Medicine* des Anglo-Saxons) et sur l'avis des professionnels de santé. Depuis dix ans, l'Anaes est la structure européenne qui a produit le plus grand nombre d'études de ce type dans son domaine de compétences (l'Afssaps étant chargée notamment des études d'efficacité et d'utilité des médicaments).

Dans ce cadre, l'agence organise et/ou labellise des recommandations et des références pour la pratique clinique et des conférences de consensus sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques, médicaux et paramédicaux.

Pour favoriser l'utilisation de ses recommandations, l'Anaes réalise également un important travail de diffusion de l'information, qui sera renforcé à l'avenir.

Par ailleurs, elle développe des méthodologies permettant d'évaluer les pratiques professionnelles, de former à l'audit clinique et de structurer des programmes d'amélioration de la qualité avec les établissements de santé et le secteur libéral.

Outre l'évaluation et l'accréditation, l'Anaes est chargée d'émettre un avis scientifique et technique indépendant sur la liste des actes

et des prestations remboursés par l'assurance maladie (hors médicament).

C'est à travers ces trois principales missions que l'agence apporte sa contribution spécifique dans la régulation du système de santé en France. D'autres pays européens ont d'ailleurs mis en place des structures du type de l'Anaes pour favoriser ce développement et cette contribution. Nous allons analyser successivement ces missions après avoir évoqué les dimensions historiques et socioculturelles de ce développement.

Aspects historiques et socioculturels

La qualité n'est pas un concept facile à faire adopter par les professionnels de santé. La qualité est considérée, ou était considérée dans les années soixante-dix/quatre-vingt, comme un alibi destiné à dissimuler l'approche de la contrainte économique dans le système de santé et la nécessaire maîtrise des dépenses de santé.

Les considérations des gouvernements, compte tenu de la croissance des dépenses de santé et de leur place par rapport à la production nationale, attestent de l'intérêt collectif mais aussi de la difficulté d'une régulation purement globale (et économique) dans ce secteur. L'amélioration considérable de l'espérance de vie conduit à renforcer l'approche par la qualité comme étant utile à la régulation du système de santé. Et ce ne sont pas les patients, les consommateurs, ni le mouvement consumériste qui vont à l'encontre de cette perspective.

Les années quatre-vingt-dix ont permis plusieurs réalisations déterminantes

La création de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem) a permis d'identifier et de structurer deux missions principales : d'une part, établir l'état des connaissances avec l'aide des professionnels dans le domaine de la santé, et d'autre part, développer, tester, expérimenter les méthodes permettant d'évaluer la qualité des pratiques professionnelles et de favoriser l'émergence d'une approche sur la qualité des soins.

La loi hospitalière de 1991 a attribué explicitement à l'évaluation un rôle dans la promotion de la qualité des services de soins.

La régulation médicalisée proposée par les parties signataires de la convention médicale en 1993 a permis d'identifier, à partir de références de pratiques établies par les professionnels, un mécanisme d'opposabilité, pour promouvoir la qualité par la diminution

des pratiques inappropriées. L'ordonnance de 1996 a établi, pour la pratique libérale comme la pratique hospitalière, un mécanisme incitatif externe à portée potentielle considérable : l'accréditation des établissements de santé.

Au cours des années quatre-vingt-dix, les mécanismes concernant le contrôle de la mise sur le marché et du suivi de l'utilisation des médicaments ont été renforcés, notamment pour les procédures de sécurité.

Plusieurs structures publiques ont été créées au début de ces années quatre-vingt-dix : l'Établissement français des greffes, l'Agence française du sang, l'Agence du médicament. Depuis 1998, une organisation vise à garantir la sécurité des matériels des produits à utilisation humaine et animale ainsi que la veille sanitaire. Une Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et une Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) ont été créées par la loi du 1^{er} juillet 1998. Un Institut de veille sanitaire (InVS) a complété le dispositif pour contribuer à la surveillance de l'état de santé de la population.

Deux objectifs permettent de classer les activités et les missions de l'Anaes : d'une part, d'objectiver l'état de connaissances scientifiques et professionnelles en médecine et, d'autre part, de permettre aux professionnels de santé de s'engager dans des démarches d'amélioration de la qualité des soins quotidiens délivrés aux personnes qui les sollicitent.

L'accréditation des établissements de santé

L'accréditation a débuté aux États-Unis en 1920 et s'est étendue à des pays comme le Canada dans les années cinquante, le Royaume-Uni ou encore l'Australie. Plusieurs pays européens mettent en place des démarches expérimentales d'accréditation. La France est le seul pays européen à l'avoir structurée et étendue à l'ensemble du pays.

Ces systèmes d'accréditation présentent une démarche commune :

- une définition de standards ou références en matière de qualité des soins après consultation des professionnels ;
- une démarche participative d'amélioration de la qualité au sein des établissements, fondée sur la motivation et la collaboration des équipes médicales et non médicales ;
- l'indépendance de l'organisme accréditeur vis-à-vis des pouvoirs publics grâce à un financement adapté ;

- une obligation d'information des pouvoirs publics et du public, tout en respectant la confidentialité nécessaire pour une bonne collaboration des établissements et des professionnels.

Quels sont les objectifs de l'accréditation en France ?

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au patient et à promouvoir une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements. L'Anaes établit avec tous les acteurs du système de santé des référentiels conçus pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en termes de gain de santé et de satisfaction du patient. En application de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, cette procédure est conduite par l'Anaes.

L'accréditation a six objectifs principaux :

- l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins ;
- l'appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient ;
- la formulation de recommandations explicites ;
- l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche de qualité ;
- la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé ;
- l'amélioration de la confiance du public.

L'accréditation, processus d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par les pairs, se différencie notamment d'autres démarches qui ont leurs propres procédures d'évaluation :

- la démarche de planification,
- la procédure d'autorisation,
- l'allocation de ressources,
- l'inspection et le contrôle de conformité,
- l'évaluation des compétences individuelles.

Il n'en demeure pas moins que si l'accréditation se distingue de ces démarches, ses résultats fourniront des éléments d'appréciation qui pourront être pris en compte dans plusieurs processus de décision, tels que ceux énumérés ci-dessus.

Dans cette perspective, l'Anaes travaille

régulièrement, par des échanges d'informations itératifs avec les agences régionales d'hospitalisation, afin que l'interface et les conditions d'utilisation du rapport d'accréditation soient les plus précieuses et les plus utiles possibles aux prises de décisions tant pour l'établissement que pour répondre à la mission des agences régionales de l'hospitalisation. Cela se fait en étroite collaboration naturelle avec les instances, en particulier le conseil d'administration de l'Anaes et notamment la direction des Hôpitaux et de l'Offre de soins et la direction générale de la Santé.

Où en est le processus de mise en place de l'accréditation ?

La mise en œuvre du programme de l'accréditation des établissements de santé français a consisté dès 1996 à réaliser successivement :

- Établir les objectifs de la démarche et les faire valider par le conseil scientifique et le conseil d'administration de l'Anaes ;
- Analyser et tirer les leçons des expériences étrangères internationales, notamment celles du Canada, de l'Angleterre, de l'Australie et des États-Unis ;
- Constituer les outils permettant d'atteindre les objectifs validés et acceptés par les professionnels et les institutions du système de santé ;
- Déterminer les modalités d'organisation de la procédure entre les établissements de santé et l'Anaes, conduisant au rapport et au compte rendu de l'accréditation délivré par le Collège d'accréditation.

Après l'élaboration de ces éléments techniques, une expérimentation a été engagée lors du dernier trimestre de l'année 1998 dans 40 établissements de santé publics et privés, de taille variable et situés dans différentes régions de France. Le Collège de l'accréditation a été désigné et installé en l'an 2000. Aujourd'hui, un peu plus de 3 000 établissements de santé, hôpitaux publics, privés, cliniques, sont déjà engagés dans cette démarche avec la perspective d'achèvement de la première phase de l'accréditation pour l'année 2006.

Qu'en est-il de la communication des résultats de cette démarche vis-à-vis des usagers ?

L'Anaes s'est engagée et s'oriente résolument vers la communication des informations utiles aux établissements et aux usagers de ces établissements. La démarche a ses deux principes d'utilité : l'un vis-à-vis des établissements et des professionnels de santé et l'autre vis-à-vis des personnes et de la population. Cela rend

nécessaire une grande clarté dans l'expression du résultat. Nous avons proposé au conseil scientifique puis au conseil d'administration de l'Anaes d'adopter le principe de la mise sur Internet du compte rendu d'accréditation, principe adopté à l'unanimité de ses instances.

L'évaluation et son objectif de synthèse de l'information scientifique et professionnelle

Les progrès technologiques, thérapeutiques et diagnostiques et préventifs sont considérables en médecine. Les innovations technologiques en sont l'illustration : elles sont souvent bénéfiques (mais pas toujours) et souvent coûteuses (et souvent bénéfiques en terme de coûts/risques).

Il est donc devenu difficile, pour chaque médecin, d'assimiler individuellement et de mettre en pratique la masse toujours croissante de données médicales et scientifiques. C'est ce qui a justifié le développement (malheureusement trop souvent limité) de techniques de « lecture critique » de l'information scientifique.

La recherche documentaire

La recherche documentaire est une démarche systématique et explicite d'identification, de récupération et de traitement bibliographique de données publiées ou non. Elle permet de produire des recommandations médicales ou professionnelles en faisant l'état des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et/ou thérapeutiques, prenant en compte la sécurité, l'efficacité, l'utilité, le coût et le rapport coûts-avantages. Elle permet enfin de proposer si nécessaire le développement d'études ultérieures.

L'accès à l'information scientifique médicale s'est considérablement modifié ces dernières années, en grande partie grâce à l'évolution des outils documentaires.

La venue d'Internet comme source d'informations n'a cependant pas détrôné les moyens classiques d'accès, type banques de données. Seules les interfaces d'accès ont pu être modifiées.

La profession des documentalistes face à la multiplication de ces sources d'informations a modifié et devrait modifier sa pratique documentaire.

À l'Anaes, des procédures rigoureuses de recherche d'informations ont été mises en place et publiées. Elles sont revues régulièrement afin de bénéficier pleinement de l'ensemble des sources à notre disposition

et de rendre ce service indispensable aux professionnels.

Notre souci étant également, comme tous les professionnels de l'information, de rechercher la pertinence et la qualité de l'information.

La lecture critique de l'information scientifique

Les travaux fondamentaux ont été promus, il y a une vingtaine d'années, par différentes universités nord-américaines, en liaison avec le centre de référence canadien de l'Université Mac Master. Deux réseaux internationaux ont été structurés dans les années quatre-vingt puis 1990 : le réseau anglophone InClen et un réseau francophone, le Recif. Cela a contribué à structurer des méthodes de quantification de niveau de preuve scientifique et de les diffuser plus largement. Bien connues pour les essais thérapeutiques, ces techniques concernant les stratégies diagnostiques préventives et thérapeutiques non médicamenteuses méritent d'être développées et plus enseignées.

L'analyse de la littérature hiérarchise les données scientifiques disponibles en fonction de la qualité méthodologique de chaque étude. Ainsi, pour chacune, un niveau de preuve est défini, qui va de l'essai contrôlé randomisé bien mené au cas clinique isolé.

Les recommandations qui sont ensuite établies ont d'autant plus de valeur que le niveau de preuve scientifique des études est plus élevé. Mais celui-ci n'est malheureusement pas toujours disponible.

Les recommandations médicales et professionnelles

Les sociétés médicales et associations professionnelles ont, en Europe et en France plus particulièrement, favorisé l'éclosion, l'élaboration et la structuration des méthodes d'élaboration de recommandations pour la pratique clinique.

Les « recommandations médicales et professionnelles » sont définies, dans le domaine de la santé, comme des « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

Ces « recommandations médicales et professionnelles » peuvent être utilisées pour établir des références médicales, c'est-à-dire des « standards de pratique déterminant ce qui est approprié et/ou inapproprié de faire, lors de la mise en œuvre de stratégies préventives, diagnostiques et/ou thérapeutiques dans des

situations cliniques données ». Ces standards pourront, par exemple, être utilisés pour améliorer la qualité des pratiques professionnelles, établir le référentiel d'un audit clinique, définir des références médicales opposables dans un cadre conventionnel.

Une démarche rigoureuse et explicite doit être appliquée pour préparer des « recommandations médicales et professionnelles » les plus valides et les plus crédibles possibles. L'Anaes a développé avec les sociétés savantes essentiellement deux méthodes.

La méthode « conférence de consensus » consiste en la rédaction de recommandations par un jury au terme d'une présentation publique de rapports d'experts faisant la synthèse des connaissances.

La méthode « recommandations pour la pratique clinique » consiste à élaborer des recommandations avec un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel, au cours de plusieurs réunions.

Ces méthodes permettent d'élaborer des recommandations médicales et professionnelles permettant une meilleure prise de décisions individuelle en aidant le médecin, le professionnel de santé et... le malade. Des efforts importants sont à poursuivre dans cette perspective.

La synthèse d'information doit aussi favoriser la meilleure prise de décisions institutionnelle

Au cours de ces dernières années, la nécessité d'une évaluation des innovations médicales s'est imposée comme une évidence dans la rationalisation des décisions en matière d'allocation de ressources. L'innovation des technologies en matière de santé doit être introduite et diffusée de manière contrôlée. L'intégration d'une technologie dans une stratégie médicale doit respecter des critères d'efficacité technique (sécurité et efficacité clinique) et économique (rentabilité pour la collectivité). À ce titre, des synthèses d'informations scientifiques relatives à la coloscopie virtuelle, des nouveautés techniques d'imagerie sont structurantes et peuvent permettre de stimuler la recherche clinique expérimentale.

Si le rythme des innovations en médecine va en s'accéléralant et entre dans une part sans cesse croissante de la progression des dépenses de santé, paradoxalement, on observe que la diffusion des innovations reste de fait peu encadrée. S'il est généralement admis que l'accroissement des dépenses de santé est corrélé potentiellement à l'apparition puis à la diffusion de nouvelles techniques médicales,

de nombreuses innovations n'ont pas fait la preuve rigoureuse de leur intérêt, en termes d'efficacité, de bénéfices et parfois de sécurité pour la collectivité. Cela peut s'appliquer dans les stratégies de prévention : dépistages du cancer du sein, de la prostate, de l'ostéoporose par les différentes techniques de mesure de la densité osseuse, etc.

L'avis rendu par l'Anaes à propos des listes d'actes proposés à la nomenclature

Les méthodes précédemment décrites permettent de rendre cet avis. Compte tenu du faible niveau de preuve d'efficacité existant, faute notamment d'une recherche clinique développée de manière appropriée, l'avis des professionnels de santé est explicité à l'aide de méthodes mieux connues dans le domaine de la sociologie.

L'évaluation des actes proposés au Catalogue commun des actes médicaux a pour objectif de donner un avis sur l'inscription (et ses conditions éventuelles) ou non de ces actes au catalogue. Cet avis doit tenir compte de l'efficacité et/ou de la sécurité de ces actes et des conditions d'exécution. L'avis émis ne concerne pas la décision ou non d'admettre cet acte au remboursement.

La méthode proposée par l'Anaes pour émettre un avis sur les actes du Catalogue commun des actes médicaux est fondée sur :

1. les données scientifiques identifiées sur l'efficacité et/ou la sécurité des actes ;
2. les comparaisons avec les actes inscrits dans les nomenclatures d'autres pays ;
3. l'avis d'experts à l'issue d'un consensus formalisé d'experts relatif aux actes à évaluer.

Cela a permis d'identifier certains actes obsolètes, en cours de développement (nécessitant des conditions techniques et des compétences spécifiques) et/ou ayant une efficacité bien démontrée.

Des efforts professionnels et institutionnels ont donc été réalisés. L'Anaes y apporte une contribution spécifique dans ses domaines de responsabilités. Ils sont à poursuivre dans l'avenir, avec patience et persévérance. Nous n'avons pas évoqué les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles ou des démarches d'amélioration de la qualité ou d'évaluation des programmes de santé publique qui peuvent jouer un rôle fondamental dans l'amélioration des pratiques professionnelles et de la qualité des soins. Ces mécanismes professionnels sont déterminants dans le processus de régulation du système de santé. S'il

en était besoin, les expériences internationales l'illustreraient tout autant que l'approche française.

Structurer l'activité et engager des démarches nouvelles, avec une approche pluridisciplinaire, prendra du temps. L'engagement des structures de formation, dans cette voie, devrait permettre de faciliter cette « mutation » socioculturelle. Cela devrait pouvoir se développer tant au niveau de la formation permanente et continue qu'au niveau de la formation initiale : l'application se faisant dans toutes les disciplines à la base de la formation de professionnels de santé, la prise de conscience doit être rapide et l'application nécessite des délais de réaction courts afin de mieux se préparer aux défis du XXI^e siècle. ■

Les agences régionales de l'hospitalisation dans le système de santé

Cinq ans après leur création, le bilan des agences régionales de l'hospitalisation est largement positif. Explications et position du directeur de l'une d'elles : l'ARH d'Île-de-France.

Dominique Coudreau
Directeur de l'ARH Île-de-France

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont aujourd'hui cinq ans de fonctionnement derrière elles. Pourtant, elles demeurent une entité administrative dont les perspectives d'avenir font débat. Non que la notion d'agence ne soit familière en France dans le secteur de la santé, mais justement parce que toute comparaison avec les autres agences (Agence française du sang, Agence française des produits de santé...) fait ressortir d'emblée l'originalité profonde du modèle des ARH.

Implantées au niveau régional, dotées d'attributions très vastes, elles sont l'organe opérationnel d'exécution de la politique gouvernementale dans le secteur de l'hospitalisation qui représente la moitié des activités de santé et, faut-il le rappeler, 5 % du produit intérieur brut. Leur succès rapide nourrit aujourd'hui des débats de tribune récurrents autour de la notion d'« agences régionales de santé » auxquelles pourrait être confiée, à l'échelon régional, la mise en œuvre de la politique de santé.

L'article qui suit analyse dans un premier temps les raisons du succès rapide des ARH. Il souligne ensuite les limites qui subsistent, cinq ans après leur création, à l'efficacité de leur action. Il explique en conclusion pourquoi il serait aventureux d'étendre prématurément les attributions des ARH.

Comment s'explique le succès exceptionnellement rapide des ARH ?

Avec les ARH, c'est un ensemble d'innovations majeures qui a été introduit dans les outils de pilotage du système de santé : l'existence d'un échelon de gestion régional spé-

cialisé, doté de vastes attributions en matière de planification et de financement, l'autorité donnée à cet échelon sur les services qui le composent, l'action coordonnée des services de l'État et de ceux de l'assurance maladie sont autant d'innovations considérables. Leur apparition soudaine dans l'ordonnance hospitalière d'avril 1996 et leur succès rapide doivent être expliqués.

La longue gestation d'un échelon administratif régional coordonnant les moyens de l'État et ceux de l'assurance maladie pour mettre hôpitaux et cliniques au service de la politique de santé

C'est au Commissariat général du Plan que revient le mérite d'avoir orchestré cette réflexion pendant une quinzaine d'années. Les premiers groupes de travail ont été réunis au début des années quatre-vingt et animés par Marianne Berthod. Ils ont fait avaliser l'idée que l'échelon régional était le plus pertinent pour concevoir et mettre en œuvre une politique hospitalière au service de la politique de santé.

La loi hospitalière de 1991 a donné un premier contenu concret à ces réflexions avec la création des schémas régionaux d'organisation sanitaires. Par la suite, le groupe « santé 2010 » en 1992, et le « livre blanc » en 1994 ont souligné qu'une administration de mission les coordonnant était indispensable pour mettre fin à la dualité : services de l'État compétents pour les hôpitaux, caisses régionales d'assurance maladie pour les cliniques. Les travaux ont également fait un sort à la notion d'« assistance publique régionale » pour piloter au niveau régional la gestion des hôpitaux publics.

À l'automne 1995, les principaux concepts qui allaient conduire à la création des agences faisaient l'objet d'un consensus chez les experts et les hommes politiques familiers de ces questions. Simultanément, grâce à la ténacité des ministres de la Santé successifs, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) devenait opérationnel et dotait la France d'un outil objectif d'allocation des ressources au secteur hospitalier.

Ainsi, malgré le caractère politiquement délicat des débats sur le « Plan Juppé » au sein de la majorité issue des élections de 1997, Martine Aubry a pris la décision de conserver les agences et de soutenir les innovations dont elles étaient porteuses pour l'organisation du système de santé.

L'attente des hospitaliers publics et privés d'une autorité administrative régionale capable de définir des priorités de santé et de financement pour guider leurs décisions

Depuis la loi hospitalière de 1991, les établissements hospitaliers publics et privés sont réputés être des acteurs autonomes et responsables, au sein du système de santé. Pour autant, et à l'instar de ce qui se passe dans tous les pays industriels y compris les États-Unis, hôpitaux et cliniques vivent en France dans une économie administrée.

Lors de leur installation début 1997, les ARH ont trouvé, gravitant autour des outils de la carte sanitaire, un dispositif juridique déjà ancien. Ce qu'elles ont apporté, c'est la capacité à utiliser ces outils pour donner un cap aux décisions des hospitaliers. Grâce à des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) largement débattus, elles ont défini et fait partager aux acteurs des priorités de santé régionales qui permettent aux établissements de voir leur place dans l'organisation des soins précisée. Ainsi, aujourd'hui, en Île-de-France par exemple, hôpitaux et cliniques connaissent mieux leur rôle et les moyens correspondants en périnatalité, cardiologie, cancérologie, psychiatrie, soins de suite, urgences... par l'intermédiaire de différents volets du Sros.

De la même façon dans le domaine du financement, et malgré les contraintes que fait peser la péréquation financière entre les régions, les politiques, budgétaire vis-à-vis des hôpitaux publics et tarifaire vis-à-vis des cliniques, ont trouvé un sens grâce au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La relation entre les objectifs de santé et les moyens donnés aux établissements pour les réaliser est réelle. Elle

comporte des incitations financières pour permettre de mieux les atteindre.

Un responsable administratif expérimenté chargé à plein temps des questions hospitalières

La création des ARH avec de très larges attributions et une grande autonomie de gestion a été un choix. Les autorités politiques nationales ont explicitement décidé de s'écarter du modèle administratif français traditionnel coordonné au niveau départemental et régional par le préfet. Elles ont confié la politique hospitalière régionale à un responsable administratif expérimenté, nommé en Conseil des ministres, et dont c'est la seule responsabilité.

De fait, les ARH sont une administration à vocation spécialisée, chargée uniquement, et c'est une tâche immense, de définir et mettre en œuvre une politique hospitalière au niveau régional. Celle-ci consiste, d'une part, à définir dans le cadre fixé par le niveau national des priorités régionales de santé et de financement, et d'autre part, à faire en sorte qu'hôpitaux et cliniques, c'est-à-dire plusieurs centaines d'établissements en Île-de-France, exécutent cette politique.

Dédier ainsi aux hôpitaux publics et privés un responsable expérimenté, entouré d'une équipe composée à cet effet, a permis de spécialiser en France près de deux cents cadres administratifs et médicaux de haut niveau dont la mission exclusive est de réguler le système hospitalier. Elle a également permis de dynamiser le potentiel considérable des services de l'État et de l'assurance maladie. Cet investissement humain s'est avéré particulièrement opportun pour les entités hospitalières qui traversent une phase de changements accélérés.

En dernier lieu, les ARH ont favorisé une forte personnalisation du pilotage régional de la politique hospitalière. À un moment où les malades et leurs associations deviennent un acteur du système de santé, où les professionnels de santé doutent, et où les Français privilégient les relations administratives de proximité, les directeurs d'ARH, encouragés par leurs responsables ministériels, ont donné un visage et une réalité de terrain à l'exercice de leur mission.

Conduire une véritable politique hospitalière régionale suppose de repenser l'ensemble des outils de pilotage des hôpitaux et des cliniques

La mise en place des ARH est certainement

un succès. Les agences ont pris une place de choix dans le système de santé à la fin des années quatre-vingt-dix, dans le même temps où la France cherchait à se doter progressivement d'une véritable politique de santé. Mais ce succès est lui-même source d'exigences nouvelles : l'étendue de la mission confiée aux ARH, leur ambition et celle de leur commission exécutive de définir une véritable politique hospitalière régionale ont révélé des inadéquations dans la politique hospitalière d'ensemble. Celles-ci étaient demeurées masquées lorsque la mission confiée aux acteurs locaux par le niveau national était centrée sur l'exécution des circulaires ministérielles.

Ainsi, après cinq ans de fonctionnement des ARH, les obstacles au bon exercice de leur mission doivent être levés, qu'il s'agisse du mode de gestion des personnels hospitaliers, des outils de la tutelle hospitalière, de la place des hôpitaux universitaires ou du mode de relation avec les usagers. Ces obstacles sont à lever avant d'envisager une réforme des compétences des agences. Au demeurant, la liste qui précède est loin d'être complète. De longs développements mériteraient d'être consacrés au financement à la pathologie des hôpitaux et des cliniques ainsi qu'à l'articulation des priorités de santé définies au plan national avec celles retenues dans les Sros, au plan régional.

Donner une véritable place aux ARH dans la gestion des ressources humaines

Toute comparaison avec la façon dont nos voisins européens procèdent met en évidence la singularité du modèle français dans la gestion des ressources humaines du secteur public hospitalier. Le poids relatif du niveau national dans la gestion des personnels est, comme le souligne régulièrement Jean de Kervasdoué, une des explications du climat social perpétuellement tendu du secteur hospitalier public.

La nomination, par le ministre, des directeurs et des médecins des hôpitaux publics est une singularité française. C'est un handicap pour ces établissements en raison des inerties inévitables qui accompagnent cette centralisation. Elle a pour conséquence une absence de mobilité, de fait, des responsables administratifs et médicaux. Pourtant, les métiers hospitaliers sont difficiles : bien gérer un hôpital ou un service, lui donner toute sa place dans son environnement demande à tous les acteurs, et d'abord aux responsables, qualification, disponibilité, motivation : un responsable doit pouvoir changer de fonction

ou en être changé pour rester durablement efficace.

Les solutions à ces difficultés diffèrent pour les directeurs et les médecins. Elles ne sont certainement pas, comme Margaret Thatcher l'a fait en Grande-Bretagne dans la réforme de 1991, l'entrée en masse de gestionnaires venus du privé à l'hôpital. Elles passent plutôt par la création de mécanismes permettant aux médecins et aux directeurs qui le souhaitent d'alterner les responsabilités opérationnelles et les temps de réflexion ou de contrôle. Bien entendu ces mécanismes doivent donner une place aux ARH dans la gestion des responsables, au moins aux plus grandes d'entre elles.

L'implication plus grande des ARH dans la bonne gestion des ressources humaines ne se limite pas aux directeurs et aux médecins. La crise des infirmières ou, dans un registre très différent, le trop grand nombre des techniciens de laboratoire soulignent la nécessité de promouvoir la place des ARH dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Cette proposition prend toute sa pertinence lorsque l'on constate l'implication réussie des ARH dans les relations sociales avec les organisations professionnelles et syndicales.

Revoir les outils de la planification sanitaire

Lorsqu'il s'agit de faire évoluer les activités des hôpitaux et des cliniques pour mieux prendre en compte les besoins, les outils de la planification sanitaire sont aujourd'hui dépassés. Ils sont trop nombreux et insuffisamment cohérents entre eux : ainsi les annexes opposables des Sros sont en contradiction avec les contrats d'objectifs et de moyens. L'évolutivité des règles et de leur interprétation, au cours des années récentes, le souligne à l'envi. L'élaboration des Sros III, à partir de 2003, fournit l'occasion d'une profonde réforme de ces outils. À ce stade, on se limitera à quelques indications :

- La première orientation est de faire de la région l'échelon principal en matière de planification sanitaire. Conserver au niveau national la planification d'un certain nombre d'activités (chirurgie cardiaque, grands brûlés...) ou lui permettre de révoquer toutes les décisions locales par voie de recours hiérarchiques au motif que le niveau national est moins vulnérable aux pressions locales est un argument qui mériterait d'être sérieusement étayé.

- La deuxième est de mettre en place au niveau régional un dispositif juridique de

planification sanitaire solide, rigoureux et durable. La libéralisation systématique des autorisations (d'activité, d'équipement) n'est pas la solution car elle peut conduire à une concurrence stérile et coûteuse entre les acteurs : dans un système à financement collectif, les considérations de prestige local ou professionnel sont trop présentes pour prendre ce risque.

- La troisième est d'axer la planification autour des activités (périnatalité, cancérologie...) et non des structures. C'est là que se trouve une des solutions pour faire coopérer les acteurs de santé de la ville, de l'hôpital... entre eux. La systématisation des contrats d'objectifs et de moyens permet de faire vivre cette planification centrée sur les activités.

Réduire la place des hôpitaux universitaires dans le système hospitalier

Le poids des centres hospitaliers universitaires et les liens directs et privilégiés entre eux et les autorités de pilotage national sont une des inéquations du système hospitalier. Le statut singulier de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris qui, rappelons-le, représente 10 % du total de la dotation globale nationale en est l'exemple le plus avéré : l'exception institutionnelle de l'AP-HP est une subsistance du mode d'exercice de la tutelle hospitalière antérieur à la création des ARH. Elle est aujourd'hui un frein à la poursuite de la restructuration des hôpitaux franciliens.

Les inconvénients du traitement spécifique des hôpitaux universitaires sont multiples :

- Les moyens financiers des CHR sont majorés, au titre de l'enseignement et de la recherche, d'un coefficient forfaitaire de 13 % dont les spécialistes du Centre de recherche de l'École des mines de Paris ont montré qu'il ne repose sur aucune analyse sérieuse. Ainsi, les hôpitaux universitaires bénéficient de moyens très supérieurs à ceux des autres hôpitaux, notamment pour ce qui concerne les effectifs médicaux et para-médicaux. En ces temps de difficulté sur la démographie des professionnels de santé, ce privilège ne repose sur aucune considération de santé publique et n'est plus acceptable.

- La coordination à réaliser, au niveau régional, entre les activités exercées par le CHU et les autres établissements de la région soulève mille difficultés. La hiérarchie établie entre des services réputés de pointe et les autres nourrit des controverses et des frustrations au lieu de favoriser les complémentarités. Ainsi, en psychiatrie, la possibilité pour les services universitaires de sélectionner leurs malades

est un obstacle à la sectorisation, qui est pourtant un des rares cas où l'hôpital public est le régulateur de la prise en charge des malades.

- La capacité des hôpitaux et services universitaires à utiliser les réseaux d'influence pour obtenir des dérogations aux règles communes d'attribution des équipements ou des financements est d'autant plus redoutable qu'ils ont un accès privilégié au niveau national. La priorité aux CHU est le corollaire de l'approche corporatiste et spécialisée qui résulte de l'organisation administrative du niveau national.

La réforme hospitalo-universitaire date de 1959. Il est clair que ce système est à repenser dans sa taille et ses modalités d'organisation. La France a, comme ses voisins, besoin d'hôpitaux d'excellence pour faire progresser l'enseignement et la recherche au service des malades. C'est aider les meilleurs à réussir encore mieux que de resserrer le dispositif des hôpitaux universitaires aux stricts besoins de l'enseignement et de la recherche, comme cela s'est fait dans les autres pays industriels, et de les mettre au service de la politique de santé régionale.

Conforter les relations avec les usagers et leurs associations

Les ARH sont une administration de mission, déconcentrée. Leur commission exécutive ne comporte ni élus, ni représentants des usagers. Ce choix a permis l'implantation rapide des ARH. Mais bien que toute remise en cause soulève des difficultés importantes, ce modèle a besoin aujourd'hui d'être repensé pour lui permettre une véritable insertion institutionnelle.

La principale des difficultés est que la région, collectivité territoriale, n'a aucune compétence en matière de santé. Dès lors, il n'existe pas de solution institutionnelle simple pour donner une légitimité locale aux ARH, autre que celle d'exécutant de la politique gouvernementale. Au demeurant, une grande vigilance est nécessaire pour sauvegarder l'équilibre fragile, mais positif, que les agences ont réalisé entre services de l'État et ceux de l'assurance maladie : une bonne partie de l'efficacité opérationnelle des ARH repose sur ces derniers.

Dans un premier temps, et comme l'organise la loi sur la modernisation du système de santé, la voie à conforter est de systématiser au niveau régional les relations avec les associations de malades et d'usagers. L'expérience montrera si la légitimité qui en résulte don-

nera des réponses suffisantes aux exigences de la démocratie sanitaire.

Les directeurs d'ARH demain : gestionnaires ou diplomates ?

L'auteur de ces lignes est hostile à tout élargissement prématuré du rôle des ARH vers les agences régionales de santé.

Cet élargissement, périodiquement évoqué dans les débats de tribune, présenterait plusieurs inconvénients.

- Le premier serait de relâcher l'effort entrepris pour la nécessaire modernisation des hôpitaux publics et privés français. Notre pays est loin du but. Les hôpitaux français continuent à être mal insérés dans les priorités de santé publique. La qualité de leur gestion est très inégale au regard des standards internationaux : le modèle hospitalier français, public ou privé, n'est pas un article d'exportation. Pourtant, dans la compétition globale entre pays industriels, le système hospitalier français peut être un atout pour notre pays.

Pour lui permettre de jouer pleinement son rôle au service des patients, les inadéquations évoquées dans la seconde partie de cet article doivent être traitées et le système de financement repensé. C'est une vaste tâche qui ne serait certainement pas réalisée si les ARH cessaient d'être un moteur de la réforme du secteur hospitalier pour consacrer leur énergie à une réforme institutionnelle majeure.

- Le second inconvénient est d'ordre plus général. Un responsable est véritablement efficace lorsque les objectifs qu'on lui fixe sont clairement définis et les moyens pour les atteindre correctement proportionnés. Cette vérité simple explique, en France comme à l'étranger, la réussite des méthodes de gestion du secteur privé, et, *a contrario*, les difficultés du secteur public.

En pratique, et l'évolution des grandes entreprises du secteur public EDF, SNCF, France Telecom... le montre, deux modèles s'opposent pour la mise en œuvre des politiques gouvernementales. Les gestionnaires consacrent en priorité leur énergie et les outils qu'ils utilisent à atteindre leurs objectifs. À l'inverse, les diplomates privilégient la recherche du consensus et l'absence de remous.

Les ARH ont été créées, notamment, pour prendre en considération mieux que dans la période antérieure le poids des impératifs de gestion dans le pilotage et le fonctionnement du système hospitalier public et privé. Le choix par le gouvernement des directeurs d'agence a privilégié des professionnels reconnus dans la gestion publique et privée. Depuis

cinq ans, et tout en établissant des liens étroits avec les élus, les ARH ont su donner une place majeure au professionnalisme dans la gestion en s'appuyant sur les outils de planification et d'allocation de ressources à leur disposition. Chacune des agences a élaboré pour sa région une stratégie générale et des priorités annuelles de travail. C'est, sans aucun doute, grâce à cette cohérence dans l'action, fondée d'abord sur un professionnalisme gestionnaire exigeant, que les ARH ont établi la crédibilité qui est à l'origine de leur succès.

Élargir prématurément les domaines de compétence des ARH modifierait rapidement cette prééminence de la logique gestionnaire. En l'absence d'outils de pilotage adaptés dans le secteur médico-social et, *a fortiori*, les activités ambulatoires, les ARH risqueraient de retomber dans les travers de la recherche à tout prix du consensus et du pilotage à vue de la période antérieure. Les jeux d'influence reprendraient leurs droits, et les diplomates le pas sur les gestionnaires, à la tête des ARH d'abord, dans les établissements de soins ensuite.

Or, c'est justement le péril qui guette en France les hôpitaux et les cliniques et leurs responsables en 2002. Aussi longtemps qu'il sera plus facile pour un établissement d'obtenir du niveau national des équipements ou des moyens en s'appuyant sur les réseaux d'influence plus que sur les besoins avérés de la population ou la rigueur de la gestion, il sera vain de demander aux hospitaliers publics et privés de privilégier la gestion sur la diplomatie.

La santé est d'abord l'affaire des malades et des soignants. On attend des soignants qu'ils choisissent la meilleure solution au service des malades en s'appuyant sur leur professionnalisme. Qu'au détour d'une réforme institutionnelle trop vite pensée, le difficile effort des ARH pour faire prévaloir le professionnalisme des gestionnaires soit remis en cause serait pour la France et sa politique de santé un retour en arrière. La France a, dit-on, le meilleur système de santé du monde. Elle doit se donner en priorité l'objectif d'avoir également le meilleur système hospitalier : les Français le méritent, les soignants en ont la capacité, les gestionnaires sauront y parvenir si les règles du jeu sont claires. ■

Le système de santé français vu de l'étranger : éclatements et doubles emplois

À l'aide du modèle de système de santé intégré, des médecins des quatre continents observent notre système de santé. Leur diagnostic : efficace, mais peu efficient, il est cloisonné suivant une logique plus administrative que fonctionnelle qui compromet la coordination des soins.

Pierre Blaise

MD, MPH, médecin de santé publique, enseignant et chercheur*

Henri Dubois

MISP, Ddass du Lot-et-Garonne

Sylvie Dugas

MD, MPH, médecin de santé publique, enseignant et chercheur*

Guy Kegels

MD, PhD, médecin de santé publique, enseignant, chercheur et président*

Jean Van der Vennet

Sociologue, enseignant et chercheur*

*Département de santé publique
Institut de médecine tropicale
Prince Leopold, Anvers, Belgique

Les agences de santé sont une originalité du système de santé français. Leur création visait à répondre à la nécessité d'intégration et de coordination entre des institutions éclatées. Un regard porté par des professionnels de santé publique dont les références en matière d'organisation des soins sont différentes des nôtres prend tout son intérêt quand il s'agit de faire le point sur le potentiel et les limites des agences pour améliorer l'intégration du système de soins.

Cet article présente le résultat de l'analyse des étudiants du département de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, à la suite d'un bref séjour en France*. Il montre un système de santé très efficace mais peu efficient, verrouillé par des cloisonnements, résultant d'une logique administrative plutôt que fonctionnelle, qui compromettent les initiatives formelles et informelles de coordination des soins**.

* Chaque année le département de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers organise un voyage d'étude d'un système de santé pour les 40 médecins originaires de plus d'une vingtaine de pays de 4 continents qui suivent le cours de Master de santé publique. En juin 2001, ce voyage d'étude était organisé en partenariat avec l'École nationale de santé publique de Rennes, qui a joué un rôle majeur dans l'organisation des rencontres avec les principaux acteurs de santé des départements d'Ille-et-Vilaine, de Loire-Atlantique et de Vendée. L'objectif de ce voyage d'étude d'une semaine était de proposer une analyse critique du fonctionnement d'un système de santé, des réformes en cours, de leurs acteurs, des dynamiques de changement et des résistances qu'elles suscitent.

** Remerciements : Les auteurs tiennent à remercier l'École nationale de santé publique (ENSP) de Rennes qui a organisé les visites, les étudiants du 37° cours international de promotion de la santé (CIPS), la direction générale de la Coopération internationale (DGCI) du

Le recours au « modèle de système de santé intégré » pour décrire et analyser une situation complexe

Pour ces médecins de toutes origines, le défi était de taille au regard de la complexité du système de santé français. Une approche méthodologique adaptée s'imposait. Elle a consisté à observer le système de santé français à travers les lunettes du « Modèle de système de santé intégré ». Nous entendons ici par modèle une représentation simplifiée d'une réalité complexe que l'on veut appréhender et éventuellement modifier. Utilisé comme une grille d'analyse, ce modèle permet de décrire et de comprendre la structure et la dynamique d'un système complexe.

Le paradigme dominant en Europe considère la santé comme un droit fondamental. La mission du système de santé est donc d'offrir à toute la population un accès équitable à des soins de santé acceptables et efficaces qui répondent de façon efficiente aux besoins de santé des individus et de la population. Parce que les ressources disponibles ne sont pas illimitées, des équilibres doivent être trouvés, des choix doivent être faits et le système de santé doit donc être organisé en conséquence.

Sur la base de ces principes, le modèle d'organisation proposé envisage le système de santé comme un ensemble de structures de soins, organisé autour d'un premier échelon, pivot du système, et centré sur le patient.

Le premier échelon représente l'interface entre d'une part le système de santé, ses services et ses professionnels, et d'autre part la

gouvernement belge et tous les acteurs, praticiens et administrateurs des services visités pour leur accueil ouvert et chaleureux

population, ses individus et leurs problèmes de santé. Les soins offerts par ce premier échelon doivent répondre de façon équilibrée à un certain nombre de caractéristiques. Il doit proposer de façon *équitable* des soins *efficaces et efficaces, continus, intégrés et centrés sur la personne* dans des services de *proximité, polyvalents*, offrant une *permanence* des soins. Il assure la *synthèse* de tout ce qui concerne un patient donné.

Comme certaines activités de santé justifient ou imposent une concentration de ressources ou de moyens incompatibles avec l'équilibre optimal des caractéristiques requises pour le premier échelon de soins, il doit être appuyé par un échelon de référence, *complémentaire**. Les attributions de cet échelon de référence, plus ou moins complexe, éventuellement à plusieurs étages, sont définies en *fonction des besoins du premier échelon* et non de critères de coût ou de technicité considérés isolément.

Un tel système de santé est dit intégré lorsqu'il offre une *prise en charge optimale* des problèmes de santé, *à l'échelon le plus adapté*, sans *déficit* dans la couverture des besoins ni *chevauchement* dans les fonctions des différents éléments. La réalisation de cette intégration passe par la coordination entre les éléments qui composent le système et requiert une *optimisation de la circulation des patients, de l'information et des ressources*.

L'analyse du système de santé français

Le premier échelon : des soins efficaces mais peu efficaces, centrés sur le patient mais peu intégrés, dont la permanence et la continuité sont mal assurées.

Le premier échelon de soins est principalement constitué de médecins généralistes (MG) presque tous libéraux, rémunérés à l'acte, liés à l'assurance maladie par une convention qui couvre 70 % des honoraires. Les services à vocation préventive comme la santé scolaire font également partie de ce premier échelon.

Les soins y sont *efficaces* mais peu *efficaces* : le système ne responsabilise aucun des acteurs : « le médecin prescrit, le malade consomme, la "Sécu" rembourse ».

La qualité de la relation médecin-malade au premier échelon répond largement aux critères de soins *centrés sur la personne*. Cependant le paradigme biomédical y reste largement

dominant aux dépens de la dimension psychosociale des problèmes de santé.

La *continuité* des soins suppose la notion de prise en charge** du début à la fin d'un épisode de maladie ou de risque (continuité intra-épisode) et entre ces épisodes tout au long de la vie (continuité inter-épisode). Elle est de plus en plus menacée par l'évolution du système. L'accès direct à tous les échelons du système augmente l'accessibilité mais rend plus malaisée l'identification du soignant responsable de la synthèse du suivi du patient.

Le concept d'*intégration* des soins recouvre la notion d'articulation optimale entre soins préventifs, curatifs et promotionnels. Le modèle de médecine de famille offre des conditions favorables à une telle intégration. Cependant, en France, le paiement à l'acte des médecins de famille constitue un obstacle à cette intégration, de même que l'interdiction qui est faite à un médecin généraliste de participer à la protection maternelle et infantile (PMI) de son propre secteur.

La *permanence* des soins est une obligation légale. Mais le désengagement progressif des généralistes de la permanence des soins et l'absence d'un système formalisé de référence renvoient les patients vers des services comme SOS médecins ou les urgences de l'hôpital qui ne sont pas les mieux placés pour une prise en charge correcte de premier échelon.

L'échelon de référence : une mosaïque d'institutions cloisonnées en fonction d'une logique plus administrative que fonctionnelle

L'échelon de référence est représenté par un ensemble de structures qui remplissent des fonctions souvent similaires mais obéissent à des logiques de financement, des incitants et des modalités de régulation forts différents liés à l'organisme dont elles dépendent et au secteur auquel elles appartiennent. Il y a d'un côté les spécialistes du secteur ambulatoire, libéraux payés à l'acte, liés par une convention à l'assurance maladie qui rembourse leurs honoraires à l'assuré. Il y a d'un autre côté les hôpitaux du service public, qui assurent l'accueil des urgences hospitalières et la prise en charge des pathologies les plus lourdes, sous la tutelle des services déconcentrés de l'État (Ddass, Drass) et de l'assurance maladie dans le cadre des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et financés sur la base

du budget global, et les cliniques privées, centrées sur les activités de chirurgie et de maternité, dépendantes désormais également de l'ARH et financées sur la base du prix de journée. Il y a enfin toute une série d'établissements et d'institutions à caractère social (établissements pour personnes âgées ; institutions pour handicapés...) qui dépendent de différents organismes de tutelle et de mécanismes de financement. Cloisonnées entre elles et en l'absence de mécanisme formel, la coordination entre ces institutions de référence et le premier échelon est laissée au bon vouloir de chacun.

Le système de santé français, système intégré ?

Il n'y a pas vraiment de déficit dans l'offre de soins mais plutôt déséquilibres urbain / rural et d'une région à l'autre. En revanche un problème majeur de chevauchements au sein et entre les échelons de soins existe. Il y a un chevauchement important au sein du secteur ambulatoire entre les fonctions de médecine de premier échelon et de médecine spécialisée. Le système, notamment en raison du paiement à l'acte, n'incite pas à une véritable coordination de la prise en charge. Il y a également un chevauchement entre les activités préventives menées par les cliniciens au plan individuel (suivi des enfants sains, dépistage des facteurs de risques) et les programmes des institutions en charge d'une approche plus collective (services de PMI ou de médecine scolaire, programmes de dépistage des cancers). Il y a un chevauchement également entre les services de premier échelon et les services d'urgence des hôpitaux pour la prise en charge des problèmes de médecine générale. Enfin, au niveau des structures d'encadrement, il y a également de multiples chevauchements de compétences entre les services déconcentrés de l'État éclatés entre l'ARH, la Ddass et la Drass et l'assurance maladie, elle-même éclatée en de multiples caisses.

Ces nombreux chevauchements ne favorisent pas la *prise en charge coordonnée des malades à l'échelon le plus adapté*. Le système peine à développer une *circulation optimisée de l'information*, même s'il place beaucoup d'espoir dans l'informatisation après l'échec du carnet de santé. L'absence de cohérence et d'harmonisation des modes de financement et de paiement ne favorise pas non plus une *circulation fluide des malades* dans le système.

Malgré ces chevauchements, la plupart des acteurs rencontrés, médecins généralistes,

* Le terme de « référence » doit ici être compris au sens du verbe transitif du verbe référer : « envoyer vers ». Il ne doit pas être pris au sens d'une structure phare, servant d'exemple, et à laquelle on « se réfère ».

** « Prise en charge » prend ici le sens de « responsabilité du suivi ». Cela ne veut pas dire que toutes les interventions requises doivent être mises en œuvre à cet échelon.

spécialistes hospitaliers, administrateurs, développent des trésors d'imagination pour se coordonner. Tout se passe comme s'il y avait une conscience prégnante du besoin de coordonner les interventions, d'intégrer le système et cela suscite ces initiatives à la base. Le sommet n'est pas en reste et apporte également sa réponse. Ainsi une multitude d'agences (Agence française du sang [AFS], Agence française de sécurité sanitaire [Afs-saps], Agence régionale de l'hospitalisation [ARH], Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [Anaes] etc.) ont été créées ces dernières années, centrées sur des domaines d'activité restreints, menacés ou en crise avérée du fait précisément de l'absence de coordination entre les diverses institutions. Ces agences ont effectivement permis ici ou là de réelles avancées et restructurations en dépassant les cloisonnements préexistants. Mais, paradoxalement, elles créent de nouveaux clivages et cloisonnements qui ajoutent à la complexité du système. En effet, d'une part, elles ne remettent pas fondamentalement à plat les institutions préexistantes qu'elles doublent parfois, et d'autre part, elles sont restreintes à un domaine (celui de l'hospitalisation pour les ARH, par exemple).

Les réponses proposées pour dépasser la crise que traverse le système restent révélatrices de ce cloisonnement : elles traitent un problème à l'intérieur d'un segment du système alors qu'il est d'origine systémique. Ainsi, pour faire face à la crise des services d'urgence, on y introduit des médecins généralistes ou bien on construit à proximité de l'hôpital une « maison médicale » destinée à absorber le trop-plein de fausses urgences : la réponse est centrée sur l'hôpital où se manifeste le symptôme alors qu'elle devrait être centrée sur le premier échelon à l'origine du problème. Pour renforcer la capacité du premier échelon à assurer la bonne coordination avec l'échelon de référence, on crée filières et réseaux. Mais, construits autour de thèmes qui reproduisent le cloisonnement des services hospitaliers, ils sont en fait centrés sur le besoin de l'échelon de référence spécialisé de trouver des relais de proximité pour exécuter ses activités au lieu de répondre aux besoins d'une population à travers l'appui aux services de premier échelon. Pour renforcer la fonction de synthèse du premier échelon, les ordonnances Juppé de 1996 proposaient à titre expérimental « l'option médecin référent ». Aujourd'hui, les pionniers de l'expérimentation ont le sentiment amer que l'expérience a plus mis l'accent sur les objectifs

de contrôle comptable de l'assurance maladie qui gère le projet que sur les impératifs d'une meilleure prise en charge des patients par l'ensemble du système.

Les chevauchements dans les fonctions sont en somme la conséquence de la coordination cloisonnée du système. La gestion des clivages dominants (public/privé, ambulatoire/hospitalier, préventif/curatif, État/assurance maladie), reflet des besoins des prestataires et de leur administration, empêche de voir le clivage fonctionnel (1^{er} échelon/services de références), reflet des besoins des malades, suggéré par notre grille d'analyse. Or c'est précisément de l'articulation optimale de ces deux échelons fonctionnels que résultera l'intégration du système. ■



Les enjeux actuels de la santé publique

Les agences apportent-elles une plus-value en termes de santé publique ? Permettent-elles une meilleure participation des usagers au système de santé ?

Les agences sont une réponse institutionnelle aux nouvelles contraintes de l'organisation du système de soins. Les articles de ce dossier, ainsi que les tribunes des directeurs d'agence ou de Drass cherchent à démontrer que cette réponse fut pertinente dans le contexte des années quatre-vingt-dix. Cette réponse est-elle pertinente dès lors qu'on se préoccupe de santé publique ? Cet article énonce les tendances lourdes en santé publique, quelques enjeux majeurs auxquels les systèmes de santé publique sont confrontés, notamment la question de l'« empowerment ». Le lecteur jugera de la pertinence de la réponse que les agences apportent à cette question essentielle : nouvelles formes d'administration centralisée ou participation accrue des usagers à l'action publique ?

Évolution générale de la santé publique au cours des vingt dernières années

Les pratiques de santé publique ont assez considérablement évolué depuis la fin des années quatre-vingt : au-delà d'une expansion notable du nombre des professionnels, de la recherche et des formations, cette évolution est sans doute avant tout un changement de paradigme.

La « nouvelle » santé publique

Ce concept a été décrit par les Anglo-Saxons sous le vocable de « *new public health* » et par L. Kohler [14] comme la « renaissance » de la santé publique.

La définition la plus souvent retenue aujourd'hui est probablement celle de Julio Frenk* :

« *La santé publique comprend les efforts systématiques faits pour identifier les besoins de*

santé et pour organiser l'ensemble des services pour une communauté donnée.

« *Elle inclut donc les processus d'information requis pour caractériser l'état de santé de la population et la mobilisation des ressources nécessaires pour répondre à cet état.*

« *Elle comprend donc l'organisation des personnels et des ressources pour fournir les services nécessaires pour la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies et la réadaptation physique, psychologique et sociale.* »

Si l'on essaie d'identifier les courants les plus importants de cette évolution, on ne peut faire autrement que de considérer ce qui apparaît maintenant comme les grands champs de la santé publique :

L'épidémiologie (et plus largement l'étude des populations, incluant alors les statistiques et la démographie par exemple) ; la promotion de la santé et les sciences psychosociales en général ; la politique et la gestion de la santé, incluant l'économie, et enfin l'environnement, particulièrement dans son approche écologique.

Ce qui me paraît le plus intéressant cependant dans cette évolution, c'est la convergence progressive des évolutions des trois derniers secteurs.

De l'hygiène à l'écologie

D'une approche traditionnelle d'hygiène, de microbiologie et des maladies transmissibles, l'environnement est considéré dans des dimensions globales, physico-chimiques de l'alimentation à toutes sortes de formes de

* Traduit de J. Frenk [8].

pollution, mais aussi psychologiques, comme les milieux de vie.

Des concepts comme le *health impact assessment* font partie maintenant de toute démarche de santé publique ; ils sous-tendent les développements du concept de politiques publiques saines (*healthy public policies* venues de la promotion de la santé).

Ce changement progressif est en fait un changement de culture sanitaire qui se produit en parallèle et en relation avec d'autres changements culturels généraux, ainsi le consumérisme, l'écologie, etc.

Mais c'est aussi lié à la prise de conscience que la majorité des déterminants de la santé ne sont pas dans le secteur de la santé comme tel, mais à l'extérieur dans l'environnement : alimentation, transports et pollution, vie économique et relations de travail, etc.

L'implication de l'ensemble des secteurs de la vie politique, économique et sociale devient incontournable.

De l'administration des services de soins à la gestion pour la santé

Ce qui était le secteur de l'administration des services et essentiellement de services de soins, s'est progressivement transformé en gestion pour la santé, se démarquant ainsi de la situation passée que j'avais de façon caricaturale résumée en 1994 en disant : « *ce qui manque le plus en santé publique, c'est la compétence à gérer des projets et des services ; ce qui manque le plus aux gestionnaires des services de santé, c'est une compétence en santé publique* ».

Ainsi l'association européenne pour la gestion des services de soins (European Health Care Management Association) a-t-elle décidé en 1998 de changer son nom pour association européenne de gestion pour la santé (European Health Management Association).

De même a-t-on vu le bureau européen de l'OMS se décider après plusieurs années d'hésitation à organiser une de ses conférences ministérielles sur la question de la réforme des services de santé, Lubljana 1996.

Plus symptomatique encore peut-être, l'OMS entière organise le rapport mondial sur la santé 2000 sur le thème de la performance des systèmes de santé, qui inclut l'estimation de la réactivité du système (respect de personnes et attention accordée au client) (OMS 2000).

Cela correspond à la prise en compte des concepts comme le gain de santé ou le coût-efficacité, qui deviennent les formulations plus modernes d'objectifs du système de santé en remplacement des objectifs « épidémiologiques » de la « Santé pour tous en l'an 2000 »

par exemple. Évolution qui s'accompagne aussi de la reconnaissance des droits des patients, particulièrement dans les hôpitaux.

La publication en 1994 du rapport *La Santé en France* du Haut Comité de la santé publique a constitué pour ce pays un événement. Pour la première fois [en France, NDLR], un rapport [sur la santé] ne se limitait plus à dresser le bilan de santé de la population. Il s'interrogeait également sur l'organisation du système de santé, définissait des priorités, proposait des objectifs ainsi que la mise en place d'une véritable politique de santé. Le rapport du Haut Comité en 1998 fait un pas de plus et examine en troisième partie [11], mais encore timidement (5 % du rapport), des propositions pour améliorer l'organisation du système de santé, dont on retiendra le décloisonnement (rec. 1), l'évaluation (rec. 3) et l'information des usagers (rec. 5).

La nouvelle santé publique englobe donc de fait l'organisation des ressources, humaines et financières, services et programmes, pour décloisonner les efforts en promotion et prévention, soins et réadaptation, en vue d'améliorer la santé de la population.

De l'information sanitaire à la promotion de la santé

Le troisième secteur est celui de la promotion de la santé où l'on a vu le passage de l'information sanitaire des années soixante-dix à l'éducation pour la santé des années quatre-vingt, puis à la promotion pour la santé depuis la conférence d'Ottawa de 1986. L'approche dénommée « Promotion de la santé » a été mise en avant en 1984 et formalisée en 1986 comme « le processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ».

Rappelons seulement les principes fondamentaux.

Cinq axes d'actions sont retenus et considérés comme complémentaires :

- élaborer une politique publique saine,
- créer des milieux favorables,
- renforcer l'action communautaire,
- acquérir des aptitudes individuelles,
- réorienter les services de santé.

Trois fonctions sont dévolues aux intervenants :

- conférer les moyens,
- servir de médiateur,
- promouvoir l'idée.

Quinze ans après, la charte d'Ottawa, suivie de plusieurs conférences mondiales sur les politiques publiques en faveur de la santé, puis sur les milieux favorables, etc., n'a rien

perdu de sa vision globale et reste la référence obligée. La seule évolution significative est sans doute la cristallisation de l'esprit d'Ottawa autour du concept d'*empowerment*.

Du « cimetière » de données à l'information pour la décision

Dernière évolution notable, celle de l'information sanitaire : on passe de la collecte et de la collection de données, qui avaient trop longtemps bâti les cimetières de données, au concept d'information pour la décision (voir comme illustration la nouvelle politique de santé de l'Union européenne, dont le premier objectif est l'amélioration de l'information et des connaissances en matière de santé, dans un système qui doit notamment « *permettre une plus large participation des personnes aux décisions qui concernent leur santé* »).

Mais ce qui me paraît le plus intéressant encore une fois, c'est la convergence des évolutions dans chacune de ces grandes dimensions, notamment parce que l'on voit revenir notamment le souci de se rapprocher du client, consommateur ou patient, voire citoyen

L'empowerment

L'*empowerment* est sans doute au centre de la promotion de la santé comme il a été depuis un siècle au centre du mouvement éducatif, sous des vocables divers, et il s'est donc naturellement retrouvé au centre de l'éducation pour la santé.

Mais si le mot fait l'objet d'une appréhension immédiate pour chacun, sa définition opérationnelle reste beaucoup plus difficile.

To empower, c'est donner le pouvoir, l'autorité, l'autorisation, le droit, la capacité.

Historiquement, on voit le terme *empowerment* utilisé comme tel principalement dans le courant idéologique de l'action sociale et de l'entraide en Amérique du Nord.

En fait son succès comme mot clé de la promotion de la santé vient peut-être de ce qu'il accompagne et exprime bien un déplacement de l'accent dans le domaine de la santé similaire à celui de l'action sociale, c'est-à-dire de la maladie vers la santé (« positive »), des déficits et des besoins vers les capacités et les droits des personnes comme citoyens, ou encore comme êtres politiques et sociaux.

L'*empowerment* dans le champ de la promotion de la santé apparaît ainsi comme le développement de compétences sociales :

- estime de soi et confiance en soi,
- capacité d'analyse critique de l'environnement,
- aptitude à l'influencer.

De fait, il s'agit là d'une mission générale du système éducatif. Celle-ci se trouve d'ailleurs plus ou moins explicitement dans les missions définies pour les ministères de l'Éducation de la plupart des pays : faire des citoyens, des adultes autonomes, responsables, etc. Ce qui, faut-il le noter, ne signifie en rien que cela soit mis en œuvre par le système éducatif général.

On retrouve en effet tous les concepts essentiels de la pédagogie (dite parfois encore « moderne ») :

- apprendre à apprendre,
- avec comme but l'appropriation des savoirs, savoir-faire, savoir-être, etc.,
- un objectif général qui devient l'autonomie et l'*empowerment*.
- la tâche des « enseignants » qui devient : faciliter l'appropriation des savoirs.

Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler que l'on se trouve en présence d'une démarche en miroir à l'expropriation de la santé, décrite par Illich dès 1975 [12].

Convergence et continuité entre patients-usagers-citoyens

Les niveaux ou les contextes opérationnels du travail de l'éducation pour la santé varient [3].

Mais on se trouve devant une continuité profonde entre les patients, les usagers et les citoyens, continuité qui existe à trois niveaux différents dans la relation :

- des uns avec le sous-système de soins,
- des autres avec le système socio-sanitaire,
- des derniers avec le système de la société en général.

Continuité qui repose sur un concept unique et une problématique constante : la participation éclairée des individus et des groupes qu'ils forment à la prise et la gestion des décisions qui les concernent ; en un autre terme, l'*empowerment*. Participation éclairée par l'information/éducation : éducation pour la santé de la population, des usagers et des patients.

Comment intégrer les relations États-professionnels-profanes dans une perspective d'« empowerment » ?

J'avais dit en 1976 à propos de l'information dite à l'époque « médicale » du public :

« L'information médicale est donc "en-jeu" entre Professionnels, État et Population. C'est dire qu'elle est le reflet du sort de cette lutte de pouvoir. Quand les médecins dominent, elle est concentrée sur le curatif et le processus diagnostique et thérapeutique. Quand l'État l'emporte, elle s'intéresse à la prévention et essen-

tiellement au rendement du système. Si un jour le public décide, elle parlera de pronostic, de résultats et de satisfaction. » [2]

De fait, il me semble que les concepts de Patient acteur et de patient producteur de santé sont des pas incontournables de l'évolution des systèmes de santé [4].

Si la santé publique est la santé du public, de la population, il s'agit donc de reconnaître voire de (re)donner à la population le rôle de sujet acteur, de contribuer à augmenter sa capacité à construire l'information nécessaire à la prise de décisions ainsi qu'à développer les moyens de prendre des décisions. Au-delà de la participation, c'est l'*empowerment*.

Le changement essentiel des années quarante-dix, ce n'est pas tant la définition de politiques de santé que leur contenu et leurs méthodes [5].

Dans les contenus, c'est moins la question, d'intérêt limité, des priorités en termes de problèmes de santé importants (épidémiologie) que l'introduction de concepts comme l'efficacité des interventions, la performance des systèmes (les deux liés aux concepts de qualité et de gain de santé).

Dans les méthodes, c'est moins les technologies plus ou moins sophistiquées de priorités ou de coût-efficacité, que la tendance à une planification participative, conférences nationales et régionales de la santé, états généraux, droits des patients, etc.

Dans un système de demande induite par le fournisseur-médecin, cela implique que les actions de maîtrise des coûts doivent porter autant sur les clients que sur les fournisseurs : il faut dénoncer les illusions de la médecine biotechnologique curative comme un bien enviable et défendre un droit à la santé de qualité, qui dépend plus d'autres déterminants que du système de soins et qui, dans le système de soins, dépend plus d'évaluation de qualité des pratiques et des technologies que de la course à la sophistication et au dernier gadget.

L'autre grande tendance, c'est le fait que, de plus en plus, gestion et contrôle des coûts se déclinent avec des concepts comme qualité, efficacité, références médicales opposables, performance globale. Il s'agit donc de démarches de rationalisation plutôt que de simple rationnement. Mais la qualité des soins, c'est à la fois la qualité technique du produit offert, mais aussi qu'il doit être accessible à tous, et que les patients participent à la détermination des critères de qualité. Et cela amène notamment la notion de qualité de la vie liée à la santé.

Il s'agit alors d'introduire les sujets dans la

gestion de la qualité en plus des considérations techniques.

Toutes ces tendances impliquent un rôle accru de l'État dans le contexte européen (alors qu'aux États-Unis d'Amérique, ils impliquent un rôle accru d'agences indépendantes et de groupes professionnels.)

La création des agences en France apportera probablement une augmentation notable de l'expertise disponible et mobilisable. Elle pose au moins deux questions : la première dans le contexte de la régionalisation, celle de l'articulation avec les instances régionales (initiatives, réponses, etc.) ; l'autre dans les relations avec la direction générale de la Santé. Ces trois points seront sans doute au centre de leur évaluation externe, qui est certainement planifiée. ■