adsp 33

adsp

décembre 2000

actualité et dossier en santé publique

trimestriel

Information des usagers et crises sanitaires

Politique de santé et assurance-maladie

Médicaments et service médical rendu

L'hôpital de Dakar

La mortalité des jeunes en Île-de-France

Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites

Organisation, décision et financement du système de soins

revue du Haut Comité de la santé publique

La **documentation** Française

Haut Comité de la
Santé Publique

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

**Haut Comité
de la santé publique**
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Télécopie : 01 40 56 79 49
http://www.hcsp.ensp.fr
hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

Présidente
Dominique Gillot,
secrétaire d'État à la Santé
et aux Handicapés

Vice-Président
Gilles Brücker

Rapporteur général
Roland Sambuc

Membres
Lucien Abenhaim
Maryvonne Bitaud-Thépaut
Jean-François Bloch-Lainé
François Bonnaud
Pierre-Louis Bras
Gilles Brücker
Yves Charpak
Pascal Chevit
Jean-Pierre Claveranne
Alain Coulomb
Édouard Couty
Daniel Defert
Jean-François Dodet
Isabelle Durand-Zaleski
Isabelle Ferrand
Francis Giraud
Odette Grzegrzulka
Claude Griscelli
Pierre Guillet
Gilles Johanet
Jacques Lebas
René Roue
Roland Sambuc
Simone Sandier
Anne Tallec
Denis Zmirou

Secrétaire général
Lucien Abenhaim,
directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint
Geneviève Guérin

HCSP publications

Nouvelles publications

Le panier de biens et services de santé
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-628-5, 75 p., 120 F, 18,29 euros.

La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-619-6, 116 p., 120 F, 18,29 euros.

Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-638-2, 280 p., 170 F, 25,92 euros.

Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-629-3, 275 p., 170 F, 25,92 euros.

Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Collection **La santé en France**

La santé en France 1994-1998
Paris : La Documentation française, 2-11-004146-3, 312 p., 95 F, 14,48 euros.
Diffusion La Documentation française et en librairie.

La santé des Français
Paris : La Découverte, collection Repères, 2-7071-2943-7, 128 p., 49 F, 7,47 euros.
En vente en librairie.

Health in France 1994-1998
Montrouge : John Libbey Eurotext, 2-7420-0249-9, 304 p., 195 F, 29,73 euros.
Diffusé par John Libbey Eurotext et en librairie.

Collection **Avis et rapports**

Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-744-3, 1998, 192 p., 120 F, 18,29 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

La progression de la précarité et ses effets sur la santé
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-726-5, 1998, 368 p., 140 F, 21,34 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Diabètes, prévention, dispositifs de soins et éducation du patient
Paris : Éditions ENSP, 2-85952-734-6, 1998, 76 p.
Diffusion HCSP.

Santé des enfants, santé des jeunes : rapport adressé à la Conférence nationale de santé 1997 et au Parlement
Paris : Éditions ENSP, 2-58952-703-6, 1997, 158 p.
Diffusion HCSP.

Avis sur la prévention de l'insuffisance rénale chronique et son diagnostic précoce
Paris : Éditions ENSP, 2-85952-676-5, 1997, 27 p.
Diffusion HCSP.

La revue **adsp**

adsp est consultable sur www.hcsp.ensp.fr (en plein texte jusqu'au n° 23, en extraits au-delà). Les numéros 1 à 23 sont disponibles (pour les numéros non épuisés) auprès du HCSP, les autres sont en vente à La Documentation française (voir 3e page de couverture).

La Documentation Française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
Téléphone : 01 40 15 70 00
Téléphone : 01 40 15 68 00
Site : www.ladocfrancaise.gouv.fr

Éditions ENSP
Avenue du Pr Léon Bernard
35043 Rennes Cedex
Téléphone : 02 99 54 90 98
Télécopie : 02 99 54 22 84
Site : www.editions.ensp.fr

HCSP
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 80
Télécopie : 01 40 56 79 49
Site : www.hcsp.ensp.fr

Le système de soins en examen

Gilles Brücker
Vice-président
du HCSP

Notre système de soins est-il bon ou mauvais ? Doit-il servir d'exemple ou être profondément réformé ? Est-il à l'image du classement flatteur décerné par l'OMS en l'an 2000 ?

On peut, avec force arguments à l'appui, défendre un point de vue et son contraire, tant notre système de soins offre de contrastes, de situations parfois très remarquables dans le domaine de la performance scientifique ou médicale, dans ses valeurs affirmées d'équité et d'accessibilité pour tous, mais aussi d'incohérences et de cloisonnements faisant perdre parfois la finalité de ses objectifs : répondre aux besoins des malades.

Que l'on soit satisfait ou mécontent de ce système, tout le monde s'accordera sur sa complexité, en particulier en matière d'organisation, de financement et de décision. Le constat est que précisément ni les citoyens, à qui ce système est destiné, ni les professionnels de santé, qui sont censés assurer son bon fonctionnement, ne semblent aujourd'hui le connaître correctement, ni surtout percevoir les processus et les logiques qui sous-tendent son évolution.

Les États généraux de la santé ont montré, en 1998, l'attachement que les Français avaient pour leur système de santé, mais aussi leurs inquiétudes pour des réformes mal comprises. De fait, deux crises majeures l'ont ébranlé ces vingt dernières années :

- une crise économique, marquée par un accroissement des dépenses régulièrement supérieur à la croissance de la richesse nationale, conduisant les dépenses de santé en France à s'approcher des 10 % du PIB ;
- une crise sanitaire, avec plusieurs grandes questions de santé publique relatives à la sécurité des soins, des actes et des produits médicaux : affaire du sang contaminé par le VIH, maladie de Creutzfeld Jakob par injection d'hormone de croissance extractive, hépatite C et endoscopie digestive, infections nosocomiales en tout genre...

Il y avait là de quoi ébranler bien des certitudes sur la qualité des soins.

La qualité est devenue ainsi le maître mot au nom duquel il faut améliorer notre système.

C'est au nom de la promotion de la qualité que la Cnamts proposait une réorganisation du système de soins prenant en compte les déficits de qualité des médecins, de leurs prescriptions, mais aussi le déficit de qualité du comportement des malades jugés trop libres de « consommer » des soins. Car il ne suffit plus d'être efficace... Il faut aussi être efficient... c'est-à-dire faire mieux pour moins cher.

Voilà donc des années fécondes pour la santé publique, où l'intérêt collectif paraît prévaloir au travers des Sros des premières puis deuxièmes générations, tandis que se sont mises en place les grandes agences nationales garantes de la qualité et de la sécurité des soins : InVS, Afssaps, Afssa, Anaes...

Contrôle de conformité, accréditation, respect des bonnes pratiques, formation continue, traçabilité des actes, surveillance des patients, déclaration obligatoire des effets indésirables, information des patients : les systèmes d'information prennent le pouvoir, car la masse de données à gérer n'est plus à la portée de l'Homme sans l'aide des machines à compter, comparer, valider... L'hôpital devient entreprise, la technostructure paraît perdre de vue les besoins d'écoute et d'accompagnement des malades.

Des métiers nouveaux surgissent qui ont tous une fonction de contrôle : hémovigilant, matériovigilant, biovigilant ; des comités fleurissent : Clin, C-Clin, CTIN, Comité du médicament, CSTH.

Les données sanitaires, dont on pleurait l'absence il y a peu encore, débordent comme un fleuve de papier du ventre fécond des imprimantes laser... Et de cet effort remarquable pour mieux savoir, mieux comprendre, mieux gérer, naît, croissant, le doute qui s'empare des malades, des professionnels de santé, des décideurs. Reste-t-il des certitudes ? Les parlementaires, qui depuis peu pourraient jouer un rôle clé dans les décisions avec le vote du PLFSS, ne se prononcent que sur l'Ondam, sans contenu et sans âme ...

Devant tant d'incertitudes, il reste un principe, qui semble éthiquement inattaquable (encore que...), un bijou du politiquement correct et qui rassure toujours les citoyens (et donc le décideur politique) : le principe de précaution ! Fini de jouer avec la sécurité des citoyens, et puisque les scientifiques n'en finissent pas de refaire leurs calculs pour séparer le vrai du faux, dans une frontière hasardeuse et mouvante, faisons comme si les risques étaient partout... principe de précaution oblige.

Convenons que les choix sont parfois difficiles, et que la qualité des données nécessaires pour une décision éclairée n'est pas toujours au rendez-vous.

Cependant les décisions justes demeurent toujours celles qui s'inscrivent dans le respect des principes qui fondent notre système de soins : équité dans l'accès aux soins, respect des personnes, solidarités sociales, qualité des prestations offertes.

À l'heure où l'on réhabilite la présomption d'innocence, tâchons de ne pas toujours faire prévaloir, dans le domaine du système de soins, la présomption de culpabilité...

Finalement, le classement du système de soins français par l'OMS en première place, même s'il repose sur des ajustements d'indicateurs de qualité et de performance discutables, nous aura, c'est sûr, fait chaud au cœur...

adsp sommaire

actualité et dossier en santé publique

Directeur de la publication
Lucien Abenhaim,
directeur général de la Santé

Rédacteur en chef
Patricia Siwek

Comité de rédaction
Dominique Bertrand, Jean-François Bloch-Lainé, Gilles Brücker, Étienne Caniard, Bernard Cassou, Laurent Chambaud, Jean-François Dodet, Isabelle Durand-Zaleski, Marc Duriez, Ruth Ferry, Geneviève Guérin, Alain Jourdain, Claudine Le Grand, Diane Lequet-Slama, Guy Nicolas, Anne Tursz, Emmanuel Vigneron

Secrétaire de rédaction
Marie-Josèphe Strbak

Coordonnées de la rédaction
Haut Comité de la santé publique
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 56
Télécopie : 01 40 56 79 49
Mél. : hcsp-adsp@sante.gouv.fr

Demandes d'abonnement
La Documentation française,
bulletin d'abonnement : 3e de couverture

Chargée de recherche documentaire
Antoinette Desportes-Davonneau

Réalisation
Philippe Ferrero

Secrétariat
Riama M'Bae

Ont participé à ce numéro
Remy Bataillon, Yann Bourgueil, Jean-Pierre Boutinet, Marc Brémond, Gilles Brücker, Jean-Pierre Claveranne, Cyrille Colin, Martine Conci, Sandrine Couray-Targe, Philippe Cunéo, Marc Duriez, Philippe Fénoglio, Stéphane Fraisse, Jean-Pierre Galaire, Isabelle Gasquet, Loïc Geoffroy, Véronique Ghadi, Julien Gottsmann, Isabelle Grémy, Michel Grignon, Charles Honnorat, Pierre Kopp, Philippe Loirat, Pierre Lombrail, Georges Mellier, Fabienne Midi, Michel Naiditch, Véronique Parel, Christophe Pascal, Jean-Charles Pasquier, Philippe Pépin, David Piovésan, Pierre-Louis Rémy, Magali Robelet,

adsp actualité et dossier en santé publique
est publié par La Documentation française

Revue trimestrielle 76,09 F (11,60 euros)
Abonnement annuel (4 numéros) 245,98 F (37,50 euros)

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.
© 2001 Haut Comité de la santé publique
Dépôt légal janvier 2001. ISSN 1243-275X.
Commission paritaire : 0903 B 05201.
Imprimerie : Imprimerie Trulli, 06140 Vence

éditorial

1 Le système de soins en examen
Gilles Brücker

HCSP DIRECT

4 www.hcsp.ensp.fr

6 Deux nouveaux membres

actualité

7 Information des usagers et crises sanitaires
Réflexions pour une bonne information des usagers en cas de crises sanitaires.
Gilles Brücker

10 Politique de santé et assurance-maladie. Rapport de la Cour des comptes
La Cour des comptes se penche sur l'articulation entre politique de santé et assurance-maladie.
Marc Duriez

12 Médicaments et service médical rendu
Comment sont définis le prix et le remboursement des médicaments ?
Norbert Nabet

rubriques

international

16 L'hôpital de Dakar. Exemple de coopération hospitalière française
Les difficultés d'adéquation entre réforme hospitalière et recentrage de la coopération française en Afrique.
Julien Gottsmann

rubriques

régions

67 La mortalité des jeunes en Île-de-France
Chaque année en Île-de-France, 1 500 jeunes de 10 à 29 ans décèdent.
Philippe Pépin, Isabelle Grémy

addictologie

71 Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites
Présentation des résultats d'une étude mesurant les coûts pour la société des consommations de drogues.
Philippe Fénoglio, Véronique Parel, Pierre Kopp

repères

5 brèves européennes

76 organisme
Institut d'études des politiques de santé

77 formation
Écorisque 2001

78 recherche
Épidémiologie et sciences sociales appliquées à l'innovation médicale

79 lectures

81 vidéo

82 lois & réglementation

84 calendrier

prochain numéro

dossier

Médecine prédictive : mythe et réalité
n° 34, sortie en mars 2001

Organisation, décision et financement du système de soins

Notre système de soins est-il performant ? Au nom de quelle nécessité et de quels principes propose-t-on de le réformer ? Ce dossier fait le point sur l'organisation, le fonctionnement et l'évolution d'un système complexe et contrasté.

Dossier coordonné par **Jean-Pierre Claveranne**, **Marc Brémond** et **Alice Teil** **p. 19**

21 Politique de soins : la légitimation des décisions

Efficience, précaution, attentes des usagers sont les fils directeurs de la définition des politiques de soins.

21 Peut-on parler d'une politique de soins ?
Marc Brémond

23 1983–2000, le système hospitalier en réforme
Jean-Pierre Galaire, Jean-Pierre Claveranne

26 Qu'appelle-t-on système de soins ?
Alice Teil

28 Une politique ambulatoire en quête de cohérence
Magali Robelet

29 Système de santé et principe de précaution
Pierre-Louis Rémy

30 Le système de soins confronté au principe d'efficience
Philippe Cunéo

33 Le patient et le système de soins : quelle implication pour l'individu ?
Véronique Ghadi, Michel Naiditch

37 Quelles organisations en rapport avec ces politiques ? Les modèles

Les modèles d'organisation : urgences, réseaux… sont-ils des leviers du changement et apportent-ils davantage de cohérence au système de soins ?

37 L'organisation du système sanitaire et social français
David Piovésan, Didier Vinot

39 Les urgences hospitalières : une offre lisible de soins
Rémy Bataillon

40 Données statistiques : quelques chiffres clefs, quelle répartition
Stéphane Fraisse

41 Le réseau de soins : quels coûts pour quelle santé ?
Michel Grignon, Fabienne Midi

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

45 Le réseau périnatalité, enjeu et difficultés
Georges Mellier, Jean-Charles Pasquier

47 Les outils de l'organisation sanitaire

Les outils de la politique sanitaire : PMSI, accréditation, processus, évaluation…

47 La culture de projet dans un système de santé hiérarchique, un brouillage organisé ?
Jean-Pierre Boutinet

48 La difficulté de mesurer l'impact du système de soins sur l'état de santé d'une population
Pierre Lombrail

50 Mythes et réalités de la contractualisation
Jean-Paul Segade

51 Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble
Christophe Pascal

53 PMSI : Quelles comparaisons possibles et impossibles ?
Cyrille Colin, Sandrine Couray-Targe, Loïc Geoffroy

55 Accréditation : limites attendues et perspectives
Philippe Loirat

56 Le point de vue des usagers dans l'évaluation des hôpitaux
Isabelle Gasquet

60 tribunes

60 La régulation hospitalière : quelques éléments pour un bilan
Jean-Pierre Claveranne, Martine Conci

62 Les conférences régionales de santé, ou la politique régionale de santé désarmée
Didier Vinot

64 Du mauvais usage de la démographie médicale pour réguler l'offre de soins
Yann Bourgueil, Magali Robelet

66 Bibliographie, adresses utiles

www.hcsp.ensp.fr
un canal privilégié pour l'information

HCSP*i*, le nouveau site du HCSP, rassemble dans un système d'information tous les écrits et données du Haut Comité de la santé publique

Créé en 1997, le site internet du HCSP a été complètement renouvelé pour céder la place en 2001 à HCSP*i*, nouvel espace d'information du Haut Comité de la santé publique.

Le Haut Comité a la volonté de mettre à disposition du plus grand nombre les informations qu'il produit et dont il dispose :

- la collection *Avis et rapports* en texte intégral,
- la présentation de la collection *La Santé en France*,
- des documents de synthèse,
- la revue *adsp* (en plein texte jusqu'au numéro 23, en extraits au-delà),
- des entretiens inédits,
- ses missions, son organisation, sa composition, ses groupes de travail,
- l'agenda des réunions du HCSP.

HCSP*i* est pour vous un lien privilégié avec le HCSP. Vous pourrez :

- être tenu au courant de l'actualité du HCSP directement sur votre mél en vous abonnant à la liste de diffusion mensuelle,
- chercher dans les écrits du HCSP, les contacts et les auteurs de la revue et des rapports,
- avoir accès aux rapports et articles avant parution papier.

Chaque mois un sujet d'actualité est évoqué au cours d'un entretien avec un membre du Haut Comité de la santé publique. En janvier, Gilles Brücker, son vice-président, aborde les enjeux d'une politique de santé publique ; Anne Tallec et Serge Hercberg, rédacteurs du rapport HCSP sur la nutrition, expliquent les relations entre alimentation et santé.

Bienvenue sur HCSP*i* !

Geneviève Guérin
Rédactrice en chef HCSP*i*

BRÈVES EUROPÉENNES

1er décembre 2000

Journée mondiale de lutte contre le sida

La Commission européenne confirme son engagement à combattre la maladie, notamment en aidant au renforcement des systèmes de santé des pays en voie de développement, en améliorant le dépistage et les soins et en privilégiant la prévention.

28 novembre 2000

Programme d'action communautaire

La Commission européenne a présenté un nouveau programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique pour la période 2001-2006. Il a trois objectifs : l'amélioration de l'information et des connaissances en santé, le renforcement de la réaction de la Communauté face aux menaces pour la santé et l'action concernant les déterminants de la santé. En vue de réaliser ces objectifs, les actions consisteront à soutenir la préparation d'instruments législatifs, le développement des aspects statistiques des informations de santé, les informations et la consultation sur la santé, la mobilisation de ressources, le partage d'expériences et l'échange d'informations ; elles devront également soutenir les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé. Ce programme est doté d'un budget de 300 millions d'euros. Outre les pays membres, les pays de l'Aele, d'Europe centrale et orientale, Chypre, Malte et la Turquie sont invités à y participer. La Commission détermine les indicateurs de performance, contrôle les résultats obtenus et procède à des évaluations. Les résultats sont mis à la disposition du public.

7 novembre 2000

Déclaration de la secrétaire d'État à la Santé

La secrétaire d'État a fait le point sur les avancées de la présidence française de l'Union européenne. Elle a souligné l'action sur le tabagisme et se dit favorable à un projet européen de santé nutritionnelle. La prévention des dépendances liées à l'usage des drogues reste un point fort de la politique communautaire. Quatre autres dossiers sont en cours : les médicaments pédiatriques, le suicide des jeunes, la maladie d'Alzheimer et la maladie de Creutzfeld Jakob.

15 novembre 2000

Intégration des handicapés

Suite à la conférence sur les politiques menées à l'égard des handicapés dans la Communauté, les participants ont dégagé deux axes. Premièrement, la création d'un Observatoire européen relié aux dispositifs nationaux qui permettra d'établir un recueil d'informations, deuxièmement la mise en place d'un dispositif d'information pour le développement de la participation des personnes handicapées. La Commission européenne a l'intention de faire de 2003 l'année européenne des personnes handicapées.

5 octobre 2000

Publicité du tabac

La Cour de justice européenne a annulé la directive de 1998 interdisant la publicité sur le tabac. Elle juge cette réglementation illégale et contraire aux principes de concurrence. Néanmoins, consciente de la nocivité du tabac, elle envisage l'interdiction de certaines formes de publicité (magazines, par exemple). Le commissaire européen chargé de la Santé est déterminé à prendre des mesures, notamment envers les enfants et les adolescents.

28 septembre 2000

Lutte contre le tabagisme

La Commission européenne a participé aux négociations lancées par l'OMS sur l'élaboration d'une convention-cadre pour la lutte antitabac. Son objectif est de diminuer les facteurs qui favorisent le développement du tabagisme.

sur le HCSP

HCSP i

Comité de rédaction
Gilles Brücker
Antoinette Desportes-Davonneau
Pierre Guillet
Simone Sandier
Patricia Siwek

Rédactrice en chef
Geneviève Guérin

Secrétaire de rédaction
Norbert Nabet

Webmestre
Philippe Ferrero

2 nouveaux membres

Isabelle Durand-Zaleski et Jean-Pierre Claveranne ont été nommés, le 19 décembre 2000, par la secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés, membres du Haut Comité de la santé publique, en remplacement du Pr Jacques Pous, décédé, et du Pr Catherine Peckham, démissionnaire.

Responsable de l'Unité évaluation-études à l'Hôpital Henri-Mondor, le Pr **Isabelle Durand-Zaleski** est aussi directeur scientifique à l'Institut d'études des politiques de santé. Ces deux fonctions reflètent bien sa carrière car, après avoir fait ses études médicales à la Faculté de médecine Necker-Enfants-malades, elle a opté à l'IEP de Paris pour la section politique économique et sociale, avant de partir pour les États-Unis où, à l'Université d'Harvard, elle choisit la School of Public Health. Puis, toujours passionnée par l'économie sociale, à son retour en France, elle passe un doctorat de sciences-économiques et de gestion à l'Université Paris-Dauphine.
C'est par cet aspect très actif et pratique du médecin doublé de l'économiste qu'elle fait partager actuellement ses connaissances sur les matières qui lui sont familières en tant que professeur des universités : évaluations médico-économiques, évaluations des pratiques professionnelles, accréditation, études sur la qualité de vie… Ses réflexions sur la politique de la santé sont alimentées par les thèmes qu'elle étudie conjointement à l'Institut d'études des politiques de santé avec des groupes de pilotage qui mettent sur pied des séminaires pluridisciplinaires et internationaux : les objectifs proposés sont, entre autres, de faire rencontrer et travailler ensemble ceux qui en France et à l'étranger sont concernés par les politiques de santé, d'offrir aux décideurs institutionnels ou privés une ouverture sur les expériences étrangères… ouverture qui peut donner justement une connaissance plus étendue au HCSP sur les problématiques de politique de santé.

Jean-Pierre Claveranne, professeur des universités, ancien élève de l'École normale supérieure de Cachan, est un spécialiste de la gestion des organisations de santé. Il est en effet, entre autres nombreuses fonctions, au plan de la recherche directeur du laboratoire CNRS « GS santé » spécialisé dans les systèmes de santé et expert judiciaire près la cour d'appel de Lyon, et au plan universitaire directeur de l'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales et leurs réseaux (Ifross). Son expérience professionnelle est celle d'un universitaire et d'un expert tout à la fois puisque au long de sa carrière, il a accueilli dans son laboratoire de nombreux chercheurs étrangers, aussi bien tchèques, polonais, bulgares, que péruviens, congolais ou tunisiens et marocains, dans le cadre de l'élaboration de leur thèse sur les systèmes de santé de leur pays. Cette expérience internationale est particulièrement riche et unique car Jean-Pierre Claveranne a aussi formé des cadres de santé à Caracas, été expert auprès du ministère de la Santé du Pérou, de la Pologne, du Venezuela et du Liban, ainsi qu'auprès d'organisations internationales comme le Cern à Genève ou l'Agence spatiale européenne.
Mais à côté de cette expérience pédagogique, il a conduit en France des audits et des restructurations dans une trentaine d'établissements de santé, ainsi que des expertises pour le compte du ministère de la Santé. À ce titre il a été nommé en 1997 membre du conseil scientifique de l'Anaes. Aussi, l'organisation et la gestion des services de santé, la gestion hospitalière, la nomenclature des actes médicaux et l'évaluation dans le champ de la santé sont-elles au cœur de son activité quotidienne. L'organisation sanitaire et sociale est en chantier dans tous les pays développés, explique-t-il, et pour progresser elle a besoin d'une certaine cohérence qui peut lui être apportée par l'éclairage des experts auprès des institutionnels.

Information des usagers et crises sanitaires

Les crises sanitaires constituent des situations particulières, parfois difficiles à gérer en termes d'information des usagers et de leur participation à la gestion de la crise. Des principes fondamentaux doivent être respectés : pertinence et qualité validée de l'information, clarté du message à l'intention des populations concernées, utilité attendue en matière de santé.

Gilles Brücker
Vice-président du Haut Comité de la santé publique

Résumé d'une intervention au 9e Congrès national des Observatoires nationaux de la santé les 29 et 30 septembre 2000 à Nantes

L'information des usagers constitue aujourd'hui un élément essentiel des politiques de santé publique. Cette information est une exigence éthique et démocratique, mais aussi une condition d'efficacité ou d'efficience pour une stratégie d'intervention en santé publique. Cela n'a pas toujours été le cas. Les informations sanitaires ont souvent été considérées comme devant faire l'objet d'une protection ou d'une confidentialité afin de ne pas inquiéter l'opinion.

Pourtant, ces vingt dernières années, plusieurs crises sanitaires ont illustré les failles de notre système de santé en particulier dans le champ de la sécurité sanitaire. Elles ont eu des répercussions importantes dans l'opinion publique. Ainsi l'infection à VIH, les risques liés à l'amiante, la maladie de Creutzfeld Jakob transmise par hormone de croissance puis également par l'alimentation, ou encore les infections nosocomiales ont-elles contribué à alerter les usagers du système de soins et les citoyens sur des risques sanitaires, parfois graves, résultant d'actes de soins ou liés à l'environnement.

Le sida a été l'un des révélateurs majeurs de ces problèmes, érigeant l'information des citoyens et la transparence de l'expertise en conditions d'une stratégie moderne de santé publique, sous haute surveillance de la confidentialité des données médicales et du respect absolu du secret médical.

L'information des usagers dans le contexte d'une crise sanitaire suscite plusieurs questions :

- L'information des usagers est-elle un droit ?
- Comment et par qui doit-elle être assurée ?
- Le contexte des crises sanitaires pose-t-il des difficultés particulières ?

Le droit à l'information des usagers

En 1998-1999 les États généraux de la santé (EGS) ont permis aux Français de s'exprimer largement sur leurs attentes en matière de santé et sur leur volonté d'évolution du système de soins. Parmi les points majeurs qui ont marqué les centaines de débats qui ont eu lieu, l'information des usagers est apparue comme une demande prioritaire : information certes, mais aussi participation aux décisions concernant le système de santé. L'importance de cette revendication a conduit le ministre chargé de la Santé et de l'Action sociale à confier à Étienne Caniard une mission visant à prolonger, par des propositions concrètes, les perspectives dégagées par les EGS, et susceptibles d'être intégrées dans la loi sur les droits des malades et la modernisation du système de santé.

Dans son rapport, Étienne Caniard souligne la nécessité de privilégier avec les usagers les lieux de débat plutôt que d'expertise, et de créer des lieux de dialogue pour partager l'information. Cette volonté de débat, conforme à l'esprit des EGS, suppose que, face aux professionnels de santé, aux experts, ou aux décideurs politiques en matière de choix de santé, une

représentation des usagers puisse être définie.

Le monde associatif constitue sans doute le cadre général pour définir cette représentation. Cependant il recouvre une grande diversité de structures, sans que les conditions de représentation effective des usagers aient été réellement définies. En ce sens, la création d'un statut reconnu pourrait garantir au mieux la fonction de représentation ; une forme d'agrément apparaît ainsi nécessaire pour reconnaître la légitimité de la représentation.

Différents critères d'agrément ont été proposés :

- justifier d'une activité effective et publique en vue de la défense des intérêts des personnes malades, des consommateurs, des usagers du système de santé depuis un délai à préciser ;
- être indépendant de toute corporation médicale ou paramédicale et avoir des instances dirigeantes composées d'usagers indépendants.

Qui peut informer les usagers ?

L'information sanitaire est initialement détenue par des experts, des scientifiques ou des professionnels de la santé. Dans le contexte des « crises sanitaires », cette information est souvent recueillie par les agences de sécurité sanitaire (InVS, Afssaps, Afssa). La question est de savoir si le rôle de ces agences est d'informer les usagers ou d'informer les pouvoirs publics afin que les décisions en matière de sécurité sanitaire soient prises.

Dans le contexte actuel de gestion de l'information, c'est habituellement l'autorité de tutelle, c'est-à-dire le ministère de la Santé, qui délivre l'information. Pour les usagers cela peut bien entendu poser un problème de lisibilité puisque l'information peut être présentée de telle manière qu'elle justifie la gestion de la crise sanitaire.

La qualité et l'objectivité de l'information nécessitent de dissocier évaluation de la situation de crise et gestion de la crise. Cette distinction hautement souhaitable en théorie peut demeurer difficile à mettre en œuvre.

La question de l'indépendance des experts vis-à-vis d'une tutelle politique demeure d'actualité. Le HCSP n'échappe pas à cette critique puisque sa présidence est assurée par le ministre lui-même. Dans l'avenir et dans le cadre du projet de modernisation du système de santé, cette question devrait être résolue.

Les professionnels de la santé, les médecins notamment, peuvent être les relais d'une information personnalisée auprès des usagers. Cependant, en cas de crises sanitaires, la communication entre décideurs et médecins demeure difficile en l'absence de toute modalité de transmission directe de l'information ou d'un système d'alerte spécifique à l'intention des médecins.

Dans les faits, l'information passe, avant toute action, par les relais de la presse spécialisée ou grand public sans que l'on puisse prendre vraiment la mesure de la qualité de la réception des messages par les professionnels de santé.

Quels sont les principes de qualité de cette information ?

L'information des usagers répond à plusieurs critères qui contribuent à rendre cette information pertinente et adaptée. Cette pertinence doit s'accorder avec les objectifs poursuivis, elle contribue à gérer la crise sanitaire au mieux des intérêts des usagers. Cette notion peut revêtir une grande diversité car ces intérêts ne seront pas les mêmes pour tous.

Ce principe renvoie en fait à la notion de risque, qui constitue le mot clé de la gestion des crises. Mesure de risque qui varie sensiblement suivant les populations concernées et les niveaux d'exposition.

Dans la crise aiguë générée par le naufrage du pétrolier *Erika*, la crise sanitaire s'est située à de multiples niveaux et les difficultés à prendre d'emblée la mesure réelle du problème ont généré une grande confusion dans les informations transmises : réalité du risque pour les personnes s'occupant du nettoyage des plages ; risque éventuel pour les touristes à venir.

Aujourd'hui encore, des mois après cette catastrophe, bien des interrogations demeurent sur la dangerosité des résidus pétroliers. Cette confusion a trouvé son illustration dans la mise en œuvre du principe de précaution, grand perturbateur pour la perception objective des risques, qui a conduit à fermer l'accès à certaines plages, tout en affirmant qu'en fait il n'y avait pas de danger réel pour la population.

Quelques principes concernant l'information doivent être affirmés :

- Toute l'information disponible doit être accessible dès lors qu'elle correspond à une réalité scientifique confirmée, ou pour laquelle il existe un ensemble suffisant d'arguments pour attester de la réalité d'un risque ;
- Cette information nécessite une transmission sous une forme compréhensible, suffisante, claire pour un non-expert afin qu'il puisse se l'approprier ;
- Cette information doit être un élément utilisable pour les usagers, de telle façon qu'ils puissent en tirer profit pour leur santé ;
- Cette information doit être assortie d'une participation effective des usagers à la gestion de la crise.

Par ailleurs l'information des usagers, en dehors même de toute crise sanitaire, constitue une préoccupation constante, un souci ou une exigence permanents dans l'organisation du système de santé. Elle ne doit pas être un mode de communication improvisé lors d'une crise sanitaire, mais au contraire s'appuyer sur des relais d'information éprouvés, bénéficiant d'une confiance de la population.

Ainsi, dans son rapport sur la pollution atmosphérique, le HCSP souligne : « que la manière "traditionnelle" de concevoir la prévention, en surveillant les alertes, soit encore pertinente en matière de pollution atmosphérique urbaine reste à démontrer. Tout indique, au contraire, que c'est par la réduction générale, tout au long de l'année, des niveaux moyens de pollution que l'on aura l'impact de santé publique le plus important ».

Aussi, l'existence de lieux d'information en santé, accessibles en permanence aux usagers, permettrait de développer une véritable pédagogie sanitaire. Les modes d'accès à cette information doivent répondre aux possibilités et aux attentes des citoyens : centre téléphonique, numéro vert, relais par les professionnels de santé, mais aussi désormais serveur Web. Internet compte actuellement plus de 8 000 sites de santé francophones. La cybermédecine et la télémédecine vont bouleverser nos modes de communication sur la santé. Le site du ministère de la Santé (sante.gouv.fr) constitue également une base d'informations accessible à un public croissant. L'une des difficultés à résoudre sera la validité de la qualité des informations diffusées. Le HCSP engagera prochainement une réflexion à ce sujet.

L'information des usagers doit, en dehors même des crises sanitaires, s'efforcer de développer une pédagogie des risques et du principe de précaution. L'incertitude des données doit pouvoir être comprise comme une réalité inhérente aux travaux

Quelques exemples

L'accessibilité de l'information

Les problèmes de risques liés à l'environnement, notamment les risques chimiques ou les risques liés à des produits toxiques, ont pu mettre en évidence les difficultés d'accès aux données recueillies. Ce fut le cas avec le saturnisme lié aux peintures dans les logements vétustes, l'amiante sur les lieux de travail ou les habitations ; les risques relevant de la pollution industrielle, l'émission de gaz polluants dans l'atmosphère constituent des préoccupations majeures : le HCSP dans son rapport sur la pollution atmosphérique souligne la nécessité de mieux surveiller l'émission de particules mais surtout d'améliorer la communication et l'information des usagers sur ces sujets : *« Le droit à l'information sur la qualité de l'air que chacun respire est un droit fondamental. Ce droit n'est guère respecté sur les lieux de travail. Par défaut de surveillance, dont les conditions et fréquences peuvent être considérablement améliorées ; aussi par habitude du secret et du fait des règles propres des relations sociales dans l'entreprise. Cette situation "d'extra-citoyenneté" doit rapidement évoluer car elle est devenue anachronique ».*

La clarté de l'information

La crise sanitaire survenue à l'occasion des risques imputés à la vaccination contre l'hépatite B a souligné que, malgré les importants efforts de transparence sur les résultats des études et de la pharmacovigilance de ce vaccin, la confusion était grande dans le public et chez de nombreux professionnels de santé, vis-à-vis de la réalité de ce risque. Il faut dire que, dans ce cas précis, la presse grand public n'a pas toujours joué son rôle avec rigueur, mais que les positions ambiguës de certains experts n'ont pas non plus facilité les choses.

De fait, il restait dans cette crise des zones d'incertitude sur la réalité du risque, ouvrant la voie à des interprétations variées susceptibles d'aggraver les doutes dans l'opinion : intérêts des firmes pharmaceutiques, intérêts des décideurs politiques, intérêts des lobbies antivaccins…

Les choix justifiés par la notion de bénéfice-risque, avec une projection d'un bénéfice à 20 ans pour un risque immédiat, ne pouvaient que renforcer le malaise du public et des professionnels. La décision politique elle-même — arrêt de la vaccination à l'école mais maintien du programme général — était également difficile à « faire passer » dans le public.

Le bénéfice de l'information

L'information en santé, du malade en particulier, doit tenir compte de la volonté du patient lui-même, mais également, selon le Code de déontologie médicale, de sa capacité à être confronté à la réalité du diagnostic et du pronostic. On est ainsi tenu, si besoin, de respecter le droit de ne pas savoir… La question est liée au bénéfice présumé de l'information. Ce bénéfice peut être discuté ; ainsi une alerte sanitaire, il y a quelques années, a porté sur les risques hypothétiques, liés à l'usage de gamma globulines antitétaniques provenant d'un groupe de donneurs, dont l'un avait, postérieurement au don de sang, développé une maladie de Creutzfeld Jakob. Selon le principe de précaution, la direction générale de la Santé avait procédé au retrait des lots de gamma globuline. Aucune étude n'a pu étayer l'hypothèse d'un risque lié à ce type de produits. Cependant de nombreux patients, notamment au sein des services d'urgence, avaient déjà reçu ces produits avant leur retrait. Fallait-il les informer ? Pour dire quoi ? Aucun test de dépistage de la maladie de Creutzfeld Jakob n'étant disponible, ni aucun traitement de cette affection, cette information relative à un risque non démontré est apparue comme sans bénéfice pour l'usager, et surtout de nature à l'inquiéter inutilement et gravement.

scientifiques. Les concepts de bénéfice/risque doivent être introduits comme des éléments d'un choix stratégique compréhensible par les usagers.

Enfin le suivi des crises sanitaires doit être assuré avec le même souci de transparence vis-à-vis de l'information, ainsi que l'évaluation à distance des résolutions prises pour maîtriser ces crises sanitaires.

Intégrer les usagers dans la gestion des crises sanitaires

Cette revendication essentielle, participer au fonctionnement du système de santé, exprimée lors des États généraux de la santé, trouvera bientôt sa concrétisation dans le projet de loi dit de « modernisation du système de santé ».

Les objectifs de cette loi doivent être, et seront, d'affirmer les droits fondamentaux de la personne dans le domaine de la santé, incluant, bien entendu, le droit à l'information, mais aussi la participation des usagers au fonctionnement du système de santé. Cette participation se fera par les associations de malades et d'usagers reconnues : il pourrait s'agir là d'une reconnaissance « d'utilité sanitaire »…

Cette participation est également nécessaire aux différents niveaux de définition des politiques de santé : conseils régionaux de santé, Conférence nationale de santé, et, à venir, l'Institut national d'information, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.

Conclusion

L'information des usagers dans le contexte des crises sanitaires est non seulement un droit des citoyens et des populations exposées, mais également un élément indissociable des stratégies de résolution de ces crises. Cette information doit obéir à des règles de transparence, d'indépendance et de qualité qui garantissent la crédibilité des messages. Elle doit aussi être utilisable, c'est-à-dire s'intégrer dans un programme accessible de résolutions des crises où l'usager bénéficie de toute sa place pour favoriser le bon fonctionnement du dispositif de résolution de la crise. Enfin et surtout, l'information des usagers doit être un processus continu et permanent, capable si possible d'anticiper les situations de crises sanitaires : l'intégration des usagers dans les structures régionales et nationales, définissant les politiques de santé, participe à cette démarche.

Politique de santé et assurance-maladie

Rapport de la Cour des comptes

Dans son rapport sur la Sécurité sociale publié en septembre 2000, la Cour des comptes consacre un chapitre à l'articulation entre la politique de santé et l'assurance-maladie.

Marc Duriez
Chargé de mission au HCSP

Les auteurs du rapport annuel de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale s'interrogent sur les impacts des spécificités structurelles du système français sur la conduite et le pilotage de la politique de santé.

La prise en compte des besoins de santé

Le centrage sur l'expression des besoins de santé, processus initié au début des années quatre-vingt-dix, a conduit à mettre en place un dispositif d'instances *ad hoc* destiné à élaborer des priorités nationales et régionales à partir desquelles le gouvernement émet, chaque année, ses propres priorités dans un rapport annexé au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PFLSS).

L'accent est mis à ce propos sur le rôle pionnier du Haut Comité de la santé publique créé en 1991, dont les travaux alimentent le débat public, notamment par ses rapports périodiques, l'un sur la santé en France et l'autre à destination de la Conférence nationale de santé et du Parlement. Le dispositif a été complété par l'ordonnance du 24 avril 1996, créant la Conférence nationale de santé et les conférences régionales, ainsi que par la tenue des États généraux de la santé en 1998-1999.

Le bilan du dispositif est jugé globalement positif. Cependant après quelques années de mise en œuvre une clarification s'impose. Une articulation plus explicite entre les instances régionales et nationales et une liaison plus opérationnelle avec le rapport annexé à la loi de financement sont à rechercher.

La Cour recommande une liaison plus claire entre la direction générale de la Santé, L'Institut de veille sanitaire (InVS), la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) et le HCSP afin de mieux départager ce qui relève de l'analyse descriptive. Cette dernière pourrait être confiée à l'InVS et la Drees, et ce qui relève de la tâche de propositions et d'évaluation au Haut Comité.

Les liens entretenus par la Conférence nationale de santé avec les conférences régionales sont jugés trop formels. Son positionnement vis-à-vis du HCSP et des conférences régionales de santé devrait être précisé. La Conférence nationale, par ailleurs, a du mal à intégrer le volet financier qui devrait être associé à ses propositions de santé publique.

La mise en œuvre de chaque priorité régionale doit s'inscrire dans un programme régional de santé et s'appuyer sur une évaluation de son articulation avec l'application régionale des priorités nationales.

Dans le prolongement de la rationalisation des priorités, un débat parlementaire sur la politique de santé dans un cadre pluriannuel, dégagé de la périodicité de la loi de financement, présenterait un intérêt majeur pour les réflexions menées dans le cadre du dispositif actuel.

Les priorités du gouvernement sont définies à partir de ses objectifs politiques, de l'expertise de l'administration et des recommandations des instances de défi-

nition des priorités (Haut Comité, conférences de santé). L'impact de ces dernières pourrait être mesuré dans le cadre de cette procédure et du débat parlementaire.

Le rapport annexé, en effet, ne présente que des orientations et objectifs, et n'a en fait aucune valeur normative (confirmé par la décision du Conseil d'État du 5 mars 1999). Le non-respect de ses engagements ne peut être juridiquement sanctionné.

Il demeure difficile de faire du débat parlementaire sur la loi de financement le point de départ d'une politique de santé publique. Son but consiste essentiellement à fixer des objectifs de dépenses et à prendre des mesures à caractère financier. Le débat parlementaire sur la santé publique est pourtant indispensable.

Le pilotage de la politique de santé

Le pilotage de la politique de santé s'appuie sur les agences sanitaires créées récemment, établissements publics nationaux sous tutelle du ministère de la Santé.

L'orientation de ce pilotage va dans le sens d'une séparation entre l'expertise, exprimée par le dispositif d'agences sanitaires, et le pouvoir de décision de la tutelle. Elle implique, pour la direction générale de la Santé, de substituer à une tutelle classique une tutelle stratégique allant de pair avec un engagement scientifique et technique.

La Cour insiste sur la nécessité d'une amélioration de la circulation des informations. Actuellement, les relations entre DGS et agences sont organisées par des comités de liaison, instances de coordination entre agences et bureaux de la DGS.

Une coordination plus générale est assurée par un coordonnateur d'agences, le directeur général de la Santé et le Comité national de la sécurité sanitaire. Cependant, l'insuffisance de vision stratégique que stigmatise la Cour se traduit par une lenteur préjudiciable du rythme d'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens. Le renforcement des compétences autour de la DGS et la mise en œuvre de son nouvel organigramme pourront aider au développement d'une telle stratégie.

L'organisation régionale s'articule difficilement entre les divers organismes : agences régionales de l'hospitalisation (ARH), directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), caisses régionales d'assurance-maladie (Cram) unions régionales d'assurance-maladie (Urcam), unions régionales des médecins libéraux (URML), du fait de la dualité de références instituée dans le système de santé français : tutelle de l'État sur les hôpitaux et prise en charge de la médecine de ville par l'assurance-maladie. Le niveau régional n'acquerra l'harmonie de son développement et l'efficacité de son opérationalité que par l'acquisition d'une « culture commune » et surtout par la promotion d'un « dialogue ». La Cour recommande de prendre toutes dispositions, de développer toutes études et programmations au niveau régional susceptibles d'atténuer la dichotomie entre ville et hôpital. L'objectif ne manquera pas, cependant, de se heurter à des obstacles institutionnels importants.

Le rapport souligne l'insuffisante coordination des agences régionales de l'hospitalisation afin d'obtenir une meilleure harmonisation entre les différentes démarches de programmation régionales. Une validation au niveau national de méthodes expérimentées avec succès dans certaines régions est très souhaitable. En matière d'information, la mise à jour des fichiers des établissements et le contrôle de qualité des données produites, ainsi que la mise en place d'un chaînage des séjours décrits par le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) constituent des objectifs primordiaux.

Intégrant les priorités de santé publique, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) adoptés dans les années 1999 à 2000 se démarquent des Sros de « première génération » par une démarche plus qualitative. La définition d'orientations centrées sur les besoins de la population et les pathologies se substitue, en partie, aux opérations de recomposition du tissu hospitalier. Les Sros prévoient une meilleure articulation et une plus grande coopération entre hôpital et médecine ambulatoire, mais les ARH ne disposent d'aucune compétence à l'égard de cette dernière.

Les Drass assurent désormais leurs missions en matière d'hospitalisation, pour les ARH : suivi de la dotation régionale, préparation des décisions d'autorisation, suivi du PMSI, suivi des effectifs de médecins hospitaliers. Le partage des tâches du personnel entre les directives des ARH et leur subordination au directeur régional ou départemental des affaires sanitaires et sociales ne contribue pas à l'efficacité. La prochaine restructuration des services déconcentrés en liaison avec la réorganisation de l'administration centrale devrait apporter une amélioration.

Si les Cram ont vu leur rôle valorisé par la création des ARH, l'organisation mise en place pour assurer une collaboration est jugée trop lourde et la légitimité de leur action peu claire (les présidents de caisse ne siègent pas au conseil d'administration des ARH). Le fait que les Cram participent aux ARH et juridiquement ne participent pas aux Urcam constitue une situation sur le bien-fondé de laquelle la Cour s'interroge.

Les Urcam n'ont pas, actuellement, de moyens d'action pour exercer une pleine responsabilité en matière de gestion du risque et agir sur l'offre de soins ambulatoires. Les moyens de contractualisation attribués aux caisses d'assurance-maladie par la loi de financement 2000 devraient offrir une ouverture. Un niveau régional unique, responsable de la gestion du risque, devrait permettre de réaffirmer la mission de coordination régionale interrégimes des Urcam.

Les URML souffrent actuellement d'une définition insuffisante de leur place dans le paysage institutionnel. Les relations sont « courtoises » avec les ARH, mais cependant « distantes ». Celles entretenues avec les Urcam sont jugées trop institutionnelles, trop « assurance-maladie », et insuffisamment « médicales ».

Le développement d'une politique de santé fondée sur la définition des priorités et objectifs basés sur des critères médico-économiques a incité la Cour à tenter d'apprécier la politique mise en œuvre pour une pathologie particulière, en l'occurrence la lutte contre le cancer. L'approche de la santé par pathologie est récente, elle se démarque de celle adoptée antérieurement par la DGS qui raisonnait en termes de population.

Développer et harmoniser les outils

L'analyse de la Cour porte également sur un examen critique des outils d'élaboration des programmes et de mise en œuvre d'une politique de santé ainsi que sur les rôles respectifs des intervenants : État, assurance-maladie, professionnels de santé et secteur associatif.

Dans ses recommandations, la Cour préconise de développer une politique de registres permettant de disposer d'un échantillon de populations représentatif, d'accroître les moyens et de contractualiser les axes de recherche à moyen terme.

Les facteurs explicatifs de variation des taux de survie et de qualité de vie en fonction des filières suivies, des modes de prise en charge et de stratégie thérapeutique doivent être analysés dans le cadre d'une évaluation du système de soins.

Enfin l'accent est placé sur les instruments nécessaires à mettre en œuvre : codage par pathologie de l'activité de ville, développement des comptabilités analytiques à l'hôpital, amélioration du PMSI, centralisation et exploitation des résultats en termes de coûts.

Le rapport s'interroge enfin sur les politiques conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance-maladie.

Les conventions ont évolué dans leur contenu. La Cour rappelle qu'elles constituent « une participation des professionnels libéraux à l'exécution du service public de la Sécurité sociale et les associe à sa définition ». Désormais elles intègrent des dispositifs de régulation du système de soins et des dépenses qu'il induit et de rationalisation des pratiques individuelles.

Force est de constater que l'impact sur la maîtrise des dépenses et sur les pratiques a été relatif. La Cour estime qu'une réforme de fond est indispensable.

L'impératif d'une participation maximale des professionnels à la logique de tarification servant de base au remboursement a été globalement assuré au cours des dernières années. Cependant il faut remarquer que cette adhésion n'a été obtenue, à certaines époques, qu'en aménageant une dissociation entre le prix et le remboursement, et de façon générale en opérant une distinction entre les niveaux de rémunération des généralistes et des spécialistes ce qui a induit une offre de soins de spécialistes relativement forte.

Dans la pratique, la régulation des volumes prévue dans le volet maîtrise des dépenses de santé n'a pas eu de résultats efficaces. Les dispositions d'objectifs opposables n'ont pas réussi à s'imposer et se sont heurtées à des questions d'inconstitutionnalité, notamment en matière de sanctions. La Cour préconise de reconsidérer le champ actuel des conventions de manière à mieux séparer ce qui est réglementaire et ce qui est contractuel afin de ne pas cumuler les contraintes juridiques des deux types d'actes. Il est nécessaire de recentrer les conventions sur ce qui peut faire l'objet d'engagements précis, opérationnels et contrôlables.

Une redéfinition des rôles s'impose afin que soient clairement distingués les interventions des règles conventionnelles, la gestion du dispositif, le contrôle des pratiques déviantes et l'application des sanctions.

Un effort est à mener, en matière d'information sur l'impact des hausses tarifaires, de l'évolution du nombre d'actes et des effets de structure (nouvelles lettres clés, codification, structures des honoraires) sur les dépenses.

Le rapport de la Cour des comptes présente l'intérêt de mettre l'accent sur les spécificités de la régulation du système de santé français. Fortement axées sur une approche institutionnelle, les relations entre acteurs ont du mal à s'intégrer dans une conception globale de la gestion des activités. La démarche récente consistant à centrer la régulation sur des priorités élaborées à partir d'une connaissance et d'une évaluation de la demande en fonction des moyens disponibles trouve malheureusement ses limites dans le cadre d'une organisation par trop sectorisée.

Depuis peu le prix des médicaments et leur niveau de remboursement dépendent du service médical rendu. Cette notion introduit rationalité et mobilité dans la politique du médicament.

Norbert Nabet
Interne en santé publique

Avec 87,2 milliards de francs de chiffre d'affaires en 1999, l'industrie pharmaceutique trouve en France un marché particulièrement important qui profite en grande partie aux entreprises nationales, puisque la France est actuellement le premier pays européen producteur de médicaments. Or, avec le tabac et le livre, le médicament remboursable fait exception à l'ordonnance du 1er décembre 1986 qui autorise une fixation libre des prix aux produits industriels. La stratégie des pouvoirs publics, qui régulent l'offre du marché en contrôlant l'admission au remboursement, le taux de prise en charge et la fixation des prix, est donc non seulement fondamentale en termes sanitaires mais également lourde de conséquences économiques et sociales. Quelles sont ces procédures, à quelles catégories de médicaments s'appliquent-elles, et *in fine*, quelles sont les conséquences concrètes de ces nouvelles méthodes de tarification et de remboursement ?

Un médicament peut, dès lors qu'il a reçu de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) ou bien de la Communauté européenne l'autorisation de mise sur le marché (AMM), demander à s'inscrire sur l'une des deux listes

Médicaments et service médical rendu

ouvrant droit au remboursement par les organismes de Sécurité sociale.

La première liste concerne les médicaments agréés aux collectivités, entendre par-là les hôpitaux et cliniques, et la seconde, les spécialités remboursables aux assurés sociaux. Un même médicament peut être inscrit sur les deux listes, sachant que les médicaments remboursables aux assurés sociaux sont quasiment tous agréés pour les collectivités, alors que l'inverse n'est pas forcément vrai.

Nous allons, au travers de la procédure concernant les médicaments remboursés aux assurés, explorer l'ensemble de ces mécanismes, puis examiner dans un second temps les spécificités des produits destinés aux collectivités, et enfin les applications concrètes déjà visibles de ces mesures.

Le remboursement aux assurés sociaux

Pour inscrire un produit sur cette liste, l'industrie pharmaceutique doit tout d'abord obtenir l'agrément de la Commission de transparence. Dans un deuxième temps, la liste des produits dûment agréés accompagnés de leurs dossiers est adressée par le promoteur, au ministre en charge de la Sécurité sociale qui lui-même la transmet au ministre chargé de la Santé. La réponse à cette demande d'inscription est communiquée au laboratoire pharmaceutique, au Comité économique des produits de santé, et enfin paraît au *Bulletin officiel* du ministère chargé de la Sécurité sociale.

La Commission de la transparence a pour rôle de donner un avis technique concernant l'inscription, le renouvellement d'inscription ou les modifications de renouvellement d'inscription de chacun des médicaments.

Le décret du 27 octobre 1999 a défini plus précisément son rôle. Il lui appartient dorénavant de donner un avis technique relatif à la demande d'inscription de chaque médicament afin d'éclairer la décision des ministres de la Sécurité sociale et de la Santé concernant l'inscription ou la non-inscription du médicament sur la liste de remboursement. Cet avis doit s'appuyer sur les critères suivants :

- Le bien-fondé au regard du service médical rendu (lire ci-dessous) ;
- L'évaluation du service médical rendu du produit par rapport à ceux de la classe pharmaco-thérapeutique de référence ;
- L'évaluation de l'amélioration du service médical rendu ;
- L'évaluation des modalités d'utilisation retenues, principalement : la posologie, la

Le service médical rendu

La notion de service médical rendu intègre l'efficacité, les effets indésirables, et la place du médicament au sein de l'arsenal thérapeutique déjà disponible. Elle intègre également la gravité de la pathologie visée par le produit, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement, et enfin son intérêt en termes de santé publique.

Son évaluation est assurée par la Commission de la transparence et se déroule en quatre phases.

Dans un premier temps, la Commission regroupe sur une liste les spécialités par indication. Cette liste est transmise au Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP) et aux laboratoires pharmaceutiques par l'intermédiaire de l'Afssaps.

Dans un deuxième temps, les groupes d'experts et les membres de la cellule d'évaluation de la direction des Études et de l'Information pharmaco-économique de l'Afssaps proposent, pour chaque médicament, un niveau de service médical rendu parmi trois : majeur ou important, modéré, et plus faible mais justifiant néanmoins une prise en charge.

Dans un troisième temps, la Commission de la transparence valide les différents niveaux de service médical rendu en séance plénière.

Enfin, après l'accord du titulaire de l'AMM concerné sur le niveau de service médical rendu prescrit par la commission, ledit avis devient définitif.

En cas de désaccord, l'industriel dispose de cinq semaines pour reformuler sa demande auprès de la Commission de la transparence.

durée du traitement dans les différentes indications retenues et les autres indications utiles à une bonne prescription du médicament ;

- L'évaluation du nombre de patients potentiels relevant d'une telle thérapeutique ;
- Et enfin l'évaluation du conditionnement retenu au regard des indications thérapeutiques, de la posologie et de la durée du traitement.

Suite à ces évaluations, les médicaments qui n'améliorent pas le service médical rendu, qui ne diminuent pas le coût du traitement, qui sont susceptibles d'avoir un usage non thérapeutique ou d'entraîner une hausse des dépenses non justifiée, ou encore ceux dont la forme, le dosage ou la présentation sont inadaptés à l'usage thérapeutique ne sont pas inscrits sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux.

Depuis ce décret du 27 octobre 1999, les médicaments sont inscrits sur cette liste pour une durée de 5 ans. Passé ce délai, l'industriel doit adresser au ministère chargé de la Sécurité sociale une demande de renouvellement d'inscription et le dossier justifiant cette demande. Une copie est également adressée à la Commission de la transparence et au Comité économique des produits de santé.

Afin d'éclairer ses avis, la Commission de la transparence devra réévaluer le service médical rendu en fonction des nouvelles données disponibles, et également comparer les modalités réelles d'utilisation de la molécule à celles retenues lors du précédent avis.

Les ministères chargés de la Santé et de la Sécurité sociale ont le pouvoir de radier certains médicaments par arrêté dans les cas où : les produits ne sont pas régulièrement exploités, l'industriel exploitant la molécule le demande, le service médical rendu est jugé insuffisant, ou encore si le produit ne remplit plus les conditions de l'article R. 163-5-I du Code de la Sécurité sociale (1. conditionnement, étiquetage, notice ou publicité faisant mention d'une utilisation non thérapeutique, 2. produit entraînant une augmentation de la consommation des dépenses, 3. prix anormalement élevé, 4. forme, présentation ou dosage non justifiées par l'utilisation thérapeutique), ou enfin si l'industrie pharmaceutique a apporté au médicament une modification sans la communiquer aux ministères concernés.

De la même manière, à chaque fois que l'industriel ne fournit pas aux pouvoirs publics, qui les lui demandent, les informations relatives à une molécule, ces derniers ont la possibilité de radier les produits concernés de la liste des médicaments remboursables.

Finalement ces variations d'admission et de niveau de remboursement aboutissent au fait qu'une partie des coûts plus ou moins importante est supportée par les assurés au travers du ticket modérateur. Cette partie varie en fonction soit de la nature de la pathologie dont souffre le patient, soit de la nature du produit lui-même. Ainsi les médicaments destinés au traitement des pathologies habituellement considérées comme non graves ou dont le service médical rendu n'est pas considéré comme majeur ou important sont financés à 65 % par l'assuré (vignette bleue). En revanche, les produits habituellement reconnus comme irremplaçables et très coûteux sont intégralement pris en charge par l'assurance-maladie (vignette blanche barrée). Pour les autres molécules (vignette blanche), 35 % du financement reste à la charge du patient assuré.

Les assurés atteints d'affection de longue durée et reconnus comme tels par l'assurance-maladie sont exonérés de toute participation au financement des médicaments.

Le prix des médicaments vendus en officine

Le prix des médicaments est fixé par une procédure conventionnelle négociée entre les entreprises pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé, selon des critères tels que l'amélioration du service rendu, le prix des autres molécules à même visée thérapeutique, le volume des ventes ou les conditions prévisibles d'utilisation.

Dans le cas ou un accord ne parvient pas être trouvé entre les deux parties, le prix est fixé de manière autoritaire par arrêté par les ministères en charge de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Économie, après avis du Comité économique des produits de santé.

Une nouvelle convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé peut modifier le prix d'un médicament, se substituant ainsi à une précédente convention. Dans le cas où ce prix aurait été fixé par arrêté ou lorsque la convention est résiliée pour non-respect des engagements ou évolution des données scientifiques sans modification des termes de la convention de la part de l'industriel, le nouveau prix est également fixé par arrêté.

Au prix finalement obtenu au terme de cette négociation, s'ajoute la marge du médicament. Elle est calculée par les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Économie, en fonction de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des entreprises concernées

Mais au-delà du prix des médicaments, ces conventions concernent l'ensemble du comportement de l'entreprise : la politique de promotion et la contribution de l'entreprise aux objectifs fixés par les pouvoirs publics, comme par exemple le développement des produits génériques. L'ensemble de ces éléments est à présent encadré par un texte de loi et un accord sectoriel conclu entre le Comité économique des produits de santé et le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique en juillet 1999, qui à eux deux définissent la « clause de sauvegarde ». Cette clause définit un principe de reversement de l'industrie pharmaceutique vers l'assurance-maladie dans le cas où le chiffre d'affaires par classe thérapeutique puis global que l'industrie réaliserait sur les médicaments remboursés aux assurés sociaux évolue plus rapidement que les objectifs fixés pour l'ensemble des dépenses de santé. Les laboratoires refusant la convention sont, quant à eux, soumis à une taxe dont le montant est directement fonction de leur chiffre d'affaires.

Les spécialités agréées aux collectivités

Ces spécialités ont ceci de spécifique que leur financement est assuré par la dotation globale hospitalière ou le forfait médicament des cliniques, et que leurs prix sont libres et ne font pas l'objet d'une négociation entre les industriels et les pouvoirs publics.

L'admission au remboursement nécessite la même procédure que pour les médicaments remboursés aux usagers. Une différence majeure réside cependant dans le fait que l'inscription sur cette liste est définitive, dans le sens où elle n'est

Comité économique des produits de santé

Le Comité économique des produits de santé est une instance interministérielle consultative dont le rôle est de fixer les prix des médicaments remboursables en ville de manière à ce que les dépenses de médicaments remboursées soient cohérentes avec l'Ondam (Objectif national des dépenses de l'assurance-maladie) voté par le Parlement, et également à ce que l'approvisionnement du marché corresponde aux besoins des malades et aux objectifs de santé publique. Les instances représentées sont : la direction de la Sécurité sociale, la direction générale de la Santé, la direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes, la direction générale de l'Industrie, des Technologies, de l'Information et des Postes, et depuis juillet 1998, l'assurance-maladie. Son rôle est, depuis l'accord-cadre du 25 janvier 1994 signé entre l'État et l'Industrie pharmaceutique, de négocier avec le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (Snip) et de conclure avec les entreprises pharmaceutiques des conventions globales pluriannuelles. Le 19 juillet 1999, le Comité économique des produits de santé a signé avec le Snip un accord sectoriel dont les objectifs principaux sont : l'amélioration des échanges d'information entre l'État et l'industrie pharmaceutique, la mise en place de réformes structurelles telles qu'une plus grande concertation entre le Comité et le Snip, le développement de l'automédication, la croissance du marché des génériques, et enfin la mise en place d'un système de régulation financière globale qui évite les taxations de « sauvegarde » au profit d'un système de remises quantitatives de fin d'année qui soit cohérent avec l'Ondam.

jamais réévaluée. En revanche, en cas de non-présentation des documents relatifs à l'agrément d'un médicament faisant suite à une demande des ministres en charge de la Santé ou de la Sécurité sociale, ces derniers ont la possibilité de radier le médicament de cette liste.

Depuis l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, une fois inscrites sur cette liste, les spécialités pharmaceutiques agréées aux collectivités bénéficient d'une autorisation d'achat, de fourniture, d'utilisation et de prise en charge. Autrement dit, un médicament qui se serait vu refuser l'accès à cette liste est non seulement non pris en charge par les organismes de Sécurité sociale, mais également non disponible et donc inutilisable par les établissements hospitaliers.

En ce qui concerne la fixation des prix, depuis 1987, chaque pharmacie hospitalière négocie librement avec l'industrie pharmaceutique les prix des diverses spécialités. Si le produit est destiné à être utilisé au sein de l'hôpital, il est financé dans le cadre de la dotation globale en revanche, s'il s'agit d'un produit acheté à l'hôpital, mais utilisé en dehors de ses murs, il fait l'objet d'un remboursement sur facture par l'assurance-maladie à hauteur du prix d'achat de la molécule majorée de 15 %.

Les applications concrètes

Le décret du 30 octobre 1999 relatif aux médicaments remboursables a donc introduit cette notion d'évaluation du service médical rendu par chaque médicament. Une fois cette évaluation réalisée, le gouvernement entend, dans un délai de trois ans, en tirer les conclusions en matière d'admission au remboursement et de niveau du taux de remboursement, c'est-à-dire adapter le niveau de remboursement au niveau du service médical rendu défini pour chaque produit. L'objectif de cette entreprise étant *in fine* de garantir aux assurés l'accès à un traitement médicamenteux adapté à leur pathologie, efficace et remboursé.

Actuellement près de 2 660 spécialités ont été réévaluées, soit près des deux tiers des spécialités pharmaceutiques françaises. Pour 60 % d'entre elles, le service médical rendu a été jugé important, pour 15 % modéré ou faible et pour 25 % insuffisant. Les premières mesures concrètes consécutives à ce travail sont apparues le 4 août 2000 lors de la publication au *Journal officiel* de la diminution du taux de remboursement de 148 spécialités réparties sur deux classes thérapeutiques : les vasodilatateurs périphériques et les psycho-stimulants. Ces médicaments, parmi lesquels le Fonzylane® , le Praxilène® , le Sermion® ou encore le Trivastal®, ne sont plus remboursés qu'à hauteur de 35 % au lieu de 65 % avant août 2000.

Au-delà de cette diminution de remboursement, certains produits dont l'efficacité thérapeutique est jugée particulièrement faible feront l'objet de déremboursement dans la mesure ou d'autres molécules, plus efficaces et correspondant à la même indication, sont disponibles et, elles, inscrites au remboursement.

Parallèlement à la chute du taux de remboursement, le prix des médicaments dont le service médical rendu est jugé insuffisant va subir une baisse estimée à 20 %. Actuellement, 658 produits répartis sur 22 classes thérapeutiques sont concernés par cette baisse de prix qui devra naturellement, elle aussi, être négociée entre chaque laboratoire pharmaceutique et le Comité économique des produits de santé.

Certes séduisante, cette nouvelle notion de service médical rendu se heurte néanmoins à deux problèmes majeurs. Tout d'abord, le nombre de données épidémiologiques disponibles en France sur le sujet reste faible. Enfin quand bien même un volume important de données serait disponible, les méthodes statistiques utilisées pour traiter ces données laissent parfois à désirer et ce malgré l'édition de *guidelines* par le Collège des économistes de la santé. Mais le dispositif mis en place ne se cantonne pas aux caractéristiques du médicament. Il s'intéresse également à la manière de les utiliser. Ainsi, le gouvernement, au travers du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, entend améliorer l'information des prescripteurs sur le bon usage de ces médicaments. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2001 prévoit en effet une campagne d'information placée sous la responsabilité de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, dont le budget global correspondra à une fraction limitée à 10 % du produit de la taxe sur la promotion pharmaceutique, soit 130 millions de francs. Taxe qui était jusqu'alors intégralement versée à l'assurance-maladie. Enfin, cette expérience d'évaluation et de rationalisation des dépenses de santé va s'étendre prochainement aux dispositifs médicaux.

L'Hôpital de Dakar
Exemple de coopération hospitalière française

Julien Gottsmann
Directeur d'hôpital

L'exemple de l'hôpital principal de Dakar illustre les difficultés d'adéquation entre réforme hospitalière sénégalaise et recentrage de la coopération française.

Les systèmes hospitaliers des pays d'Afrique noire francophone connaissent à l'heure actuelle un important mouvement de réforme, tant sur le plan institutionnel que sur le plan financier. Viennent se coupler à cette mutation la refonte et le recentrage des actions de coopération menées par la France dans ces pays. Au croisement de ces deux problématiques, de nombreuses difficultés apparaissent, comme en témoigne, de manière symptomatique, l'exemple de l'Hôpital principal de Dakar.

L'Hôpital principal de Dakar, une institution spécifique et incontournable

Cet établissement, longtemps fleuron de la coopération française au Sénégal et structure incontournable dans le paysage hospitalier sénégalais, est un héritage direct de la colonisation. Créé en 1880, l'Hôpital principal fonctionnait sur un système original et unique en son genre : la convention franco-sénégalaise du 18 novembre 1971 le plaçait en effet sous la double tutelle des forces armées sénégalaises et de la République française. Le Sénégal détenait les terrains, les bâtiments et les matériels, mais la France conservait la gestion de l'établissement. Un organe paritaire, la Commission mixte franco-sénégalaise, réunie annuellement, supervisait l'activité de l'hôpital et se prononçait sur les choix stratégiques. L'organisation interne de l'établissement était calquée sur celle des hôpitaux militaires français, avec à sa tête un directeur médecin-chef et un gestionnaire chargé de l'administration.

Le statut financier et budgétaire de l'hôpital principal était également très particulier : soumis en théorie aux règles du droit public, budgétaires et comptables françaises, l'Hôpital principal voyait ses recettes rattachées au budget du ministère de la Coopération français suivant la procédure des fonds de concours puis rétrocédées à l'hôpital sous la forme de délégations mensuelles de crédits assurées par le payeur de France au Sénégal. Les comptes de l'établissement étaient donc par ce biais théoriquement soumis au contrôle de la Cour des comptes française. C'est l'ambassadeur de France au Sénégal qui avait le titre d'ordonnateur secondaire de l'établissement, tandis que le directeur en était l'ordonnateur délégué.

Un statut aussi spécifique ne pouvait qu'entrer en contradiction avec le contenu de la grande réforme hospitalière lancée au Sénégal depuis 1998 et avec les formes actuelles de la coopération.

Une réforme hospitalière surdimensionnée et découplée de la réalité du terrain ?

Tout comme la plupart des pays d'Afrique noire, la République du Sénégal s'est engagée dans une ambitieuse restructuration de son système hospitalier intervenue en application de la loi n° 98-08 portant réforme hospitalière et de la loi n° 98-12 relative à la création, l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé, toutes deux adop-

tées par l'Assemblée nationale le 12 février 1998.

La principale innovation de cette réforme a été de conférer aux hôpitaux la personnalité morale de droit public ainsi que l'autonomie financière et administrative en les érigeant en établissements publics de santé. Il s'agit d'une rupture, puisque les hôpitaux étaient auparavant, sauf exception, directement rattachés au ministère de la Santé et gérés administrativement en régie d'État.

Un nouveau découpage géographique a été mis en place, par le biais d'une carte sanitaire qui détermine les zones de couverture de chaque établissement ainsi que ses structures techniques. Les projets de création, d'extension, de conversion et de regroupement sont désormais encadrés par un régime d'autorisation préalable.

Les hôpitaux doivent tous se doter de projets d'établissement et mettre en place une politique d'évaluation donnant lieu à un rapport annuel du directeur. La place des malades est redéfinie avec l'édiction d'une charte des droits et devoirs des patients.

Cette réforme hospitalière s'est, on le voit, largement inspirée du modèle français, en particulier de la loi hospitalière de 1991, et même de certains éléments de la réforme hospitalière française de 1996. Mais, ayant déjà quelques difficultés à s'appliquer en France (pays qui consacre plus de 10 % de son PIB à la santé), comment ne pas penser qu'un tel type de réforme s'avère quelque peu déconnecté de la réalité hospitalière sénégalaise ?

On assiste depuis une vingtaine d'années à une dégradation alarmante de l'état des infrastructures hospitalières du pays : congestion des grands hôpitaux devant l'explosion démographique des métropoles, insuffisance de la prise en charge des urgences, désaffection des établissements de moindre importance et désertification sanitaire des campagnes, inadéquation entre offre et demande de soins liée à l'absence totale d'études épidémiologiques, dégradation des locaux, manque de matériels, de médicaments, de consommables et mauvais entretien des équipements, insuffisance des ressources humaines, mais surtout, absence de réel système de protection sociale, système de tarification aléatoire, démobilisation des personnels, impossibilité à dégager des capacités d'investissement… Est-il vraiment pertinent d'attribuer l'autonomie de gestion à des structures qui n'arrivent pas à tenir de véritables budgets, ne gèrent leurs ressources humaines que de manière lointaine, n'ont qu'une connaissance très limitée de leur activité médicale et n'arrivent pas à recouvrir une partie importante de leurs recettes ? Un tableau aussi sombre impliquait peut-être de dégager d'autres priorités qu'une réforme d'ordre très institutionnel.

En tout cas, les préalables techniques à la mise en place de cette réforme sont très nombreux, et pas des moindres. On peut citer, en particulier, l'élaboration d'un plan comptable, l'établissement de manuels de procédure, la mise en place d'un système de gestion des ressources humaines, la création d'un système d'information médicale, la remise à plat des liens entre les facultés de médecine et les centres hospitaliers, ou encore l'institution d'un contrôle central effectif. La tâche paraît titanesque et l'on peut se demander à juste titre si on n'a pas mis la charrue avant les bœufs…

L'Hôpital principal de Dakar en quelques chiffres

- **523 lits** : 156 de médecine (interne, infectieuse, digestive, cardiologie) ; 179 de chirurgie (générale, viscérale, orthopédique et traumatologique, maxillo-faciale et stomatologie) ; 13 de réanimation-anesthésie hémodialyse ; 83 de gynécologie et obstétrique ; 60 de pédiatrie ; 10 d'ophtalmologie ; 10 d'ORL ; 12 de psychiatrie.
- **Un plateau médico-technique complet** : bloc opératoire, stérilisation, radiologie, scanner, service de biologie et de biochimie, banque de sang, pharmacie.
- **1058 agents** : 68 médicaux ; 630 para-médicaux ; 168 administratifs ; 160 logistiques ; 21 assistants techniques français ; 11 médecins CSN.
- **Activité** (1999) : 27 000 entrées ; 182 000 journées d'hospitalisation ; DMS de 6,7 ; taux d'occupation des lits : 92 % ; 71 000 consultations.
- **Budget de 5 Mds F CFA** (50 millions FF) : 2 Mds F CFA de charges de personnel ; 1,6 Mds F CFA de dépenses logistiques ; 1 Md F CFA pour les fournitures médicales et pharmaceutiques ; 340 millions CFA pour les investissements.

Toujours est-il qu'une telle évolution du système hospitalier sénégalais ne pouvait qu'accentuer la spécificité du statut de l'Hôpital principal de Dakar. La volonté de la France de mettre un terme à un type de coopération jugé politiquement anachronique (l'Hôpital principal était le dernier établissement en gestion directe) et de restreindre le poids financier de ses actions de coopération en Afrique noire a également fortement joué dans le sens d'un changement de statut. Plus même que la réforme hospitalière, c'est cette volonté d'ordre politique qui semble avoir été le facteur décisif de l'évolution de l'Hôpital principal.

D'une volonté de restructuration au risque d'un bradage ?

Même si l'Hôpital principal s'impose comme un des meilleurs établissements publics de santé du Sénégal, voire d'Afrique de l'Ouest, son fonctionnement s'est avéré depuis une quinzaine d'années systématiquement déficitaire. Sur un budget prévisionnel de 5,2 milliards de francs CFA, les derniers exercices se sont soldés par un déficit d'exploitation compris entre 300 et 400 millions de francs CFA, soit 6 à 8 % de dépassement. Une analyse succincte de la structure des dépenses montre en outre que seule une très faible part du budget est consacrée aux opérations d'investissement (à hauteur de 6 % des dépenses totales) et que les opérations d'amortissement sont quasiment inexistantes.

De plus, les indicateurs d'activité de l'hôpital sont à la baisse : le nombre de lits a été réduit, le nombre d'entrées a baissé de 10 % entre 1998 et 1999, le nombre de journées d'hospitalisation a chuté de 14 % de 1996 à 1999.

Ces faiblesses, ajoutées aux salaires des nombreux coopérants techniques français envoyés sur place (au total, fin 1999, 22 personnes rémunérées par le budget de la coopération, non compris la quinzaine de CSN payés par l'hôpital lui-même), représentent un engagement financier jugé excessif dans le cadre du recentrage de la coopération franco-africaine.

En outre, le statut particulier de l'Hôpital principal, structure militaire gérée directement par des Français, ne lui permettait pas de bénéficier des dons des bailleurs de fonds autres que français.

On voit ainsi comment deux facteurs *a priori* disjoints, la mise en œuvre de la réforme hospitalière sénégalaise d'une part

et la volonté de faire entrer l'Hôpital principal dans le cadre général de l'actuelle politique de coopération française d'autre part, ont conduit à un projet de réforme des statuts de cet établissement.

Le contenu de la réforme

Trois principaux textes viennent régir le nouveau fonctionnement de l'hôpital : la nouvelle convention franco-sénégalaise du 24 décembre 1999, qui vient remplacer le texte de 1971, ainsi que la loi du 26 décembre 1999 portant organisation et fonctionnement de l'Hôpital principal et son décret d'application.

Il s'agit d'abord de normaliser le statut de l'Hôpital principal dans le tissu hospitalier sénégalais issu de la réforme hospitalière de 1998, en lui conférant le statut d'établissement public de santé autonome. Cet établissement public sera doté d'un agent comptable propre, responsable de la mise en place et de la tenue d'une vraie comptabilité (au-delà de la simple comptabilité administrative actuellement tenue par la Paierie de France).

La gestion de l'Hôpital principal sera progressivement transférée aux autorités sénégalaises. Dans un premier temps, il est prévu la nomination, à côté du médecin-chef directeur qui restera pour l'instant un coopérant français, d'un directeur-adjoint sénégalais. Un conseil d'administration sénégalais devrait également être mis en place.

Entre difficultés techniques et réticences

Certes, le schéma prévu apparaît à première vue séduisant, en permettant une prise en main par les Sénégalais eux-mêmes de la gestion d'un de leurs plus importants hôpitaux et mettant fin à ce qui pourrait être tenu pour du « néocolonialisme ». Mais paradoxalement, la partie sénégalaise freine la mise en place de cette réforme dont la mise en œuvre sur le terrain est sans cesse repoussée.

Le transfert de gestion rencontre en effet un certain nombre de réticences et se heurte à de nombreux obstacles techniques. D'abord parce qu'une partie des Sénégalais interprètent ce changement de statut comme la conséquence d'une certaine volonté de désengagement de la coopération française. Ils peuvent avoir l'impression que la France cherche à se débarrasser le plus rapidement possible d'une institution qui lui coûte trop cher, au risque, dans la précipitation, de brader une structure qui s'impose comme un des meilleurs hôpitaux du Sénégal et même d'Afrique de l'Ouest. Une certaine appréhension se fait jour également au sein des agents de l'hôpital : la plupart d'entre eux sont réticents devant ce projet et craignent que la nouvelle direction sénégalaise ne parvienne pas à garantir un bon fonctionnement de l'établissement et compromette le versement de leurs salaires.

Ce problème pose la question de la formation des directeurs d'hôpital au Sénégal, et plus largement en Afrique noire. En effet, aucune structure n'assure la formation des dirigeants hospitaliers dans ces pays depuis le démantèlement de la filière internationale de l'École nationale de la santé publique. On ne peut attendre qu'avec impatience la mise en place d'un dispositif de formation commun aux pays d'Afrique de l'Ouest actuellement en cours d'élaboration à l'École nationale d'administration d'Abidjan, sous la conduite de l'ENSP.

Mais il ne s'agit pas que d'un problème de formation et d'individus. Les modes de gestion administrative en vigueur dans les pays d'Afrique noire doivent prendre en compte de nombreux facteurs sociaux et culturels absents ou limités en Europe et qui la rendent particulièrement délicate.

Le dernier défi du changement de statut sera d'arriver à intégrer l'Hôpital principal dans le paysage hospitalier de droit commun du Sénégal, ce qui implique son intégration à la carte sanitaire et au service public hospitalier et donc, la réduction voire l'abandon de certaines activités (par exemple, le pôle mère-enfant) en contrepartie du développement de pôles de compétences spécifiques (notamment, la médecine interne et les urgences). Encore faut-il que la carte sanitaire ne se contente pas de refléter l'état existant de l'offre hospitalière. En tout état de cause, ce travail d'intégration et de banalisation se heurtera à une culture de la particularité très fortement ancrée dans l'établissement et qui conduit tant le personnel que la direction à vivre ce changement de statut comme une véritable révolution.

Quelle coopération dans le domaine de la gestion hospitalière ?

Ainsi, l'analyse d'un exemple ponctuel et spécifique tel que celui de l'Hôpital principal de Dakar peut-il s'avérer révélateur, voire symptomatique, des difficultés et des interrogations que traverse la coopération hospitalière française en Afrique noire.

Parmi ces difficultés, il faut souligner la multitude des dissensions internes à la partie française : une ligne de fracture très nette divise les coopérants militaires, logiquement réticents à abandonner une institution dans laquelle ils se sont investis depuis si longtemps, et les représentants du secrétariat d'État à la Coopération qui cherchent à mettre un terme à une situation jugée anachronique et politiquement incorrecte, en replaçant l'Hôpital principal le plus rapidement possible dans le cadre général de la politique de coopération. D'une certaine manière, ce sont l'unité et la cohérence des actions de la coopération française qui sont remises en cause.

Autre difficulté mise en exergue par l'exemple de l'Hôpital principal de Dakar et par la réforme hospitalière sénégalaise : la primauté systématique accordée à la dimension médicale de la coopération hospitalière, au détriment de la dimension gestionnaire. Quelle forme ces actions de coopération peuvent-elles et doivent-elles prendre, étant entendu que la gestion directe est désormais bannie ? Il peut s'agir de soutiens techniques aux réformes hospitalières, d'aides financières aux projets d'établissement et d'actions de formation, du développement de partenariats et de jumelages entre les hôpitaux français et les hôpitaux africains. Le chantier est énorme et les risques d'erreur omniprésents.

Pour pouvoir les éviter, quelques règles de bon sens s'imposent, comme de confier les postes de conseil et d'audit à de vrais professionnels du milieu hospitalier, notamment à des directeurs d'hôpital, et non pas à des fonctionnaires généralistes. De même, il ne faut pas essayer de plaquer les schémas d'organisation sanitaire occidentaux, mais au contraire, adopter une approche très pragmatique pour mieux correspondre aux réalités et aux exigences de base du terrain. Il apparaît également nécessaire d'établir un meilleur contrôle *a posteriori* de l'utilisation des fonds octroyés, par exemple par la création d'un corps d'inspection indépendant. Mais surtout, il est indispensable de parvenir à réduire les dissensions internes entre les différents acteurs et à fédérer toutes les bonnes volontés sur des projets structurés par les mêmes objectifs et les mêmes principes.

Organisation, décision et financement du système de soins

dossier coordonné par
Jean-Pierre Claveranne
Professeur des universités, Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS
Marc Brémond
Médecin, directeur groupe Image-ENSP, professeur associé Université Lyon III
Alice Teil
Agrégée d'économie et gestion, doctorante en sciences de gestion, Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS

dossier

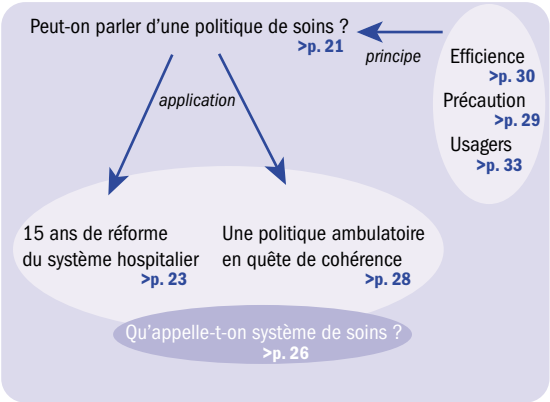
Dans tous les pays développés, l'organisation sanitaire et sociale est en « chantier », ceci sur un fond de planification indicative ou autoritaire, nationale, régionale ou locale. Les réformes ont, dans un premier temps, fait l'impasse sur l'organisation du système et se sont concentrées sur l'adéquation entre les ressources et les dépenses.
À partir des années quatre-vingt-dix, elles se sont orientées vers la rationalisation de l'offre de soins en mettant l'accent sur le projet comme outil de recherche de l'efficience et l'évaluation comme contrat pour les établissements hospitaliers et sur le contrôle des dépenses pour l'ambulatoire. Plusieurs réformes se sont succédé, touchant l'hospitalier et l'ambulatoire, sans qu'aucune passerelle entre les deux secteurs ne soit encore véritablement établie.
Ce numéro de la revue *adsp* a pour objet de soulever certaines questions que nous semblons ne plus nous poser actuellement dans le secteur de la santé. La nécessité d'un changement dans le système de santé est une idée communément admise. Quels sont les fondements qui argumentent cette nécessité, quelles sont les idées préconçues, comment en arrive-t-on à de tels consensus ? Pourquoi cette recherche tout d'abord implicite puis à présent explicite d'optimisation des soins ? Par rapport à quels objectifs, quels modèles, quels travaux, quels acteurs, quelles expériences ?
L'accent est mis sur l'évaluation des performances, mais analyse t-on la performance des modèles d'évaluation ? Comment se prennent les décisions, à partir de quelles données ?
Tout le monde s'accorde sur le diagnostic.
Le Sros définit des priorités et se fixe des objectifs. Mais pour faire une politique, il faut se donner des leviers d'action. On peut alors se rendre compte du caractère assez irréaliste de certains objectifs, car l'État rencontre de nombreuses difficultés à mettre en œuvre sa politique.
Si concrétiser une politique semble aujourd'hui un vrai sujet de préoccupation c'est, semble-t-il, parce que la « cybernétique du système » se dérobe de plus en plus, face aux approches constructivistes de sa régulation, que nous souhaiterions pouvoir bâtir. Ne pouvant acquérir qu'une connaissance très partielle de sa dynamique propre, nous dépensons beaucoup de notre énergie à tenter de le réguler par de l'administration, tout en prenant conscience des limites de cette approche à agir sur le réel.
Si le réel se conçoit comme la conséquence d'une négociation sur le rôle que chacun souhaite pouvoir jouer dans le système, mettre en forme des règles du jeu qui tentent de canaliser ces énergies vers un optimum collectif est-il possible ? Dans cette perspective, par exemple, des règles du jeu qui font simultanément coexister l'organisation planifiée de l'offre de soins et des marges de manœuvre pour les fournisseurs de soins aboutissent-elles à une cohérence d'ensemble finalisée ?
La juxtaposition de « textes » qui mettent en scène « littéralement » ce que devrait être la dynamique d'un système où chacun accepterait de jouer son rôle est-elle suffisante pour entraîner l'adhésion des « acteurs » ? Et face à cette montée en puissance de textes n'y a-t-il pas un risque de voir les acteurs s'asphyxier à tenter de les décliner, qu'ils appartiennent au secteur de l'administration ou au secteur des opérations ?
Pour aborder les questions que posent les ajustements de l'organisation sanitaire et sociale dans une société en mouvement, nous avons adopté un plan en trois parties : la légitimation des décisions, les modèles d'organisation en rapport avec ces politiques, les outils au service de l'organisation.
Sans prétendre couvrir de façon exhaustive

l'ensemble de ces questions, nous avons souhaité orienter la ligne éditoriale de ce dossier en demandant aux auteurs de travailler sur les nouveaux repères qui progressivement s'imposent dans la façon de concevoir le pilotage du système des soins (de santé).
Peut-on encore parler d'une politique de soins lorsqu'on sait la place prédominante que prend la question de la santé (publique) >p. 21 ? Quel bilan tirer des réformes conduites dans le secteur hospitalier depuis quinze ans >p. 23 ? Existe-t-il une politique pour le secteur des pratiques ambulatoires >p. 28 ? Lorsqu'on cite l'usager comme levier de changement du système de santé, n'y a-t-il pas là un grand point d'interrogation >p. 33 ? Peut-on questionner la notion de système lorsqu'on tente de l'appliquer au secteur du soin >p. 26 ? Et ce système, peut-on le confronter au principe d'efficience >p. 30 ? N'épuise-t-on pas la dynamique du système de soins (de santé) en le canalisant au travers du principe de précaution >p. 29 ?
L'organisation du système sanitaire et social présente-t-elle une cohérence d'ensemble que l'on peut décrire >p. 37 ? Les urgences hospitalières ne sont-elles pas un modèle d'organisation puisqu'elles attirent la population >p. 39 ? Les réseaux sont-ils de bons leviers de changement pour accroître la performance médicale et économique du système >p. 41 ? A-t-on progressé vers une logique de santé publique en mettant en œuvre les conférences de santé >p. 62 ? Et si, en fin de compte, tout ne se résumait qu'à une question d'apprentissage organisationnel de la part des professionnels de santé >p. 42 ? Ne se trompe-t-on pas d'enjeux lorsqu'on tente de modeler la démographie des professions de santé >p. 40 ?
Et si, les outils et les projets qui vont avec ne servaient qu'à travailler de nouveaux découpages transversaux aux institutions >p. 47 ?
Qu'en est-il du PMSI aujourd'hui >p. 53 ?
Comment regarder la contribution de l'accréditation à la dynamique de gestion des établissements >p. 55 ? Les contrats sont-ils bien de nouveaux outils de gestion >p. 50 ? Et si la transversalité doit s'imposer, comment interroger les processus de production qui réunissent de multiples acteurs >p. 51 ? Et, finalement, l'analyse de l'impact du système de soins sur la santé de la population est-elle encore envisageable si autant de difficultés techniques lui font obstacle >p. 48 ?

Lexique des sigles

Afssa	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (anciennement Andem)
Andem	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Anaes aujourd'hui)
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
CHU	Centre hospitalier universitaire
Cnamts	Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés
CNS	Conférence nationale de santé
Com	Contrat d'objectifs et de moyens
CPAM	Caisse primaire d'assurance-maladie
Credes	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
Cross	Comité régional d'organisation sanitaire et sociale
CRS	Conférence régionale de santé
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
Ddass	Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales
Drass	Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales
Drees	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (anciennement Sesi)
EFG	Établissement français des greffes
GHM	Groupe homogène de malades
HCSP	Haut Comité de la santé publique
HMO	Health Management Organization
Isa	Indice synthétique d'activité
MG-France	Syndicat des médecins généralistes français
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
Ondam	Objectif national des dépenses d'assurance-maladie
OQN	Objectif quantifié national
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Programme régional de santé
RMO	Référence médicale opposable
Sesi	Service des Statistiques, des Études et des Systèmes d'information (Drees aujourd'hui)
Sros	Schéma régional d'organisation sanitaire
UCCSF	Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français
Urcam	Union régionale des caisses d'assurance-maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux

Politique de soins
La légitimation des décisions



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

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

Peut-on parler d'une politique de soins ?

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

Cette évolution résonne comme la fin d'une période où l'État, l'assurance-maladie et le corps médical pouvaient se poser comme les garants légitimes d'une santé publique fruit de la somme des « bonnes » pratiques individuelles de soins accessibles au plus grand nombre de cotisants. Tant que l'organisation efficiente de la prise en charge de la santé de la population pouvait se jauger au travers de la croissance de l'appareil de production de soins, tant qu'il paraissait que la défense des intérêts des usagers cotisants au sein des caisses d'assurance-maladie suffisait à consolider le droit aux soins de tous, tant qu'il semblait que le seul contrôle *a priori* des compétences individuelles des professionnels de santé suffisait à garantir la qualité de la prise en charge du patient, la confusion entre système de soins et système de santé pouvait être judicieusement entretenue, ce qui dès lors permettait à l'action des pouvoirs publics, des caisses d'assurance-maladie et des professions de santé de se développer sans véritable remise en question.

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

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

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

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

Mais, dès lors, resurgissent deux questions :

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

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

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

Autrement dit, il ne peut y avoir de politique de soins sans que s'élaborent de nouveaux modèles et outils pour permettre le développement d'une organisation de l'offre de soins coordonnée traversant les institutions existantes et sans que soient mieux établies les marges de manœuvre dont disposent les « entrepreneurs du secteur » pour prendre le risque d'investir dans la construction de pratiques coopératives de soins (de santé).

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

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

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

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

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

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

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

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

1983–2000, **le système hospitalier en réforme**

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

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

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

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

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

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

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

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

La réforme de 1983

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

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

Il s'est vite avéré que cette réforme de 1983, qui ne concernait essentiellement que les modalités de financement du fonctionnement, était insuffisante et inéquitable sur le plan économique dans le sens où, pour les établissements surdotés bénéficiant de rentes de situation héritées du passé ainsi que pour les établissements les plus rétifs, elle n'incitait pas à la maîtrise des dépenses.

La réforme de 1991

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

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

Le bilan de la loi de 1991

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

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

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

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

La réforme de 1996

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

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

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

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

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

- la création des conférences nationale et régionales de santé, qui doivent se réunir annuellement et proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins compte tenu de l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques. Ces propositions sont réunies dans un rapport annuel remis au gouvernement, qui en tiendra compte pour l'élaboration annuelle de la loi de financement de la Sécurité sociale,
- le lancement pour une période de cinq ans, à compter du 24 avril 1996, d'actions expérimentales de coordination des soins à l'intérieur de filières et de réseaux de soins pouvant faire l'objet de nouvelles formes de tarification et de prise en charge des dépenses.

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

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

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

Les agences régionales de l'hospitalisation

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

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

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

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

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

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

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

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

L'accréditation et l'évaluation des établissements de santé

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

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

La contractualisation de la gestion des établissements

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

La contractualisation interne aux établissements. La loi de 1991 ouvrait déjà la possibilité d'associer les structures médicales (unités fonctionnelles, services, départements, etc.) à la gestion de leurs moyens budgétaires et de les faire bénéficier des résultats de cette gestion. L'ordonnance prévoit la création de centres de responsabilité dans les établissements publics de santé dirigés par des responsables désignés par le directeur sur proposition des structures médicales. Elle donne la possibilité au directeur de déléguer des missions de gestion à ces responsables dans le cadre d'un contrat conclu avec eux, fixant leurs obligations, leurs moyens et les modalités de leur intéressement aux résultats, ainsi que les éventuelles sanctions en cas d'inexécution des obligations. Si l'ordonnance précise les possibilités de la contractualisation interne, il ne semble pas qu'elle ait suscité beaucoup de vocations de responsables.

Évolution des modes de financement des établissements de santé

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

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

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

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

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

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

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

Chaque année, ce contrat est complété par un accord entre les contractants qui fixe la répartition par discipline du montant total annuel arrêté après fixation de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance-maladie (Ondam), la répartition par région de ces montants dont le but est de résorber progressivement les inégalités géographiques, et les modalités de détermination et de versement des sommes dues aux établissements privés.

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

Qu'appelle-t-on système de soins ?

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

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

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

Qu'est-ce qu'un système de soins ?

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

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

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

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

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

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

Au niveau global, en revanche, on entend le soin comme l'ensemble de tous les actes réalisés pour prendre en charge une demande liée à une maladie perçue. La distinction est faite dans ce cas entre le système de soins qui prend en charge les maladies entendues comme une altération organique et/ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité définissable, et le système de santé qui vise à maintenir et rétablir la santé de la population entendue aujourd'hui dans un sens beaucoup plus large que l'état de non-maladie. La santé définie par l'OMS est « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

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

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

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

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

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

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

Alice Teil
Agrégée d'économie et gestion, doctorante en sciences de gestion, Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS

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

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

L'incitation à la coopération sanitaire

L'ordonnance, si elle n'a pas libéré les établissements publics de santé du poids des élus, veut organiser leur décloisonnement et les inciter à la coopération. Ainsi, ils sont invités à s'engager dans la constitution de réseaux de soins et à constituer des communautés d'établissements pour la mise en commun de moyens et gestion des complémentarités d'activité, la charte constitutive et les moyens devant être agréé par le directeur de l'ARH. Les établissements publics de santé qui n'ont adhéré à aucune communauté au terme des trois ans qui suivent la publication de l'ordonnance sont tenus d'en justifier les raisons dans un rapport au directeur de l'ARH. ■

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

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

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

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

Quelle conception du système de soins ?

Le système de soins ne peut se penser que comme un système avec des frontières mobiles qui se forment et se déforment selon la demande et les possibilités de réponse à cette demande. Un système fonctionnant comme un vaste réseau dans l'acception la plus optimiste de ce vocable.

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

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

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

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

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

Une politique ambulatoire en quête de cohérence

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une régulation à vue de la médecine ambulatoire

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

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

Les alliances successives qui vont aboutir finalement à la signature d'une convention spécifique aux médecins généralistes (en mars 1997) se structurent autour du débat entre deux outils de régulation. Le premier est soutenu par la CSMF, qui rompt avec sa stratégie d'opposition à toute perspective de maîtrise des dépenses de santé pour proposer une « maîtrise médicalisée » des dépenses fondée sur le respect par les médecins de recommandations de pratiques médicales, dans le but de diminuer les actes inutiles et dangereux. La maîtrise médicalisée est introduite dans la loi Teulade de janvier 1993 : la profession accepte de respecter des objectifs prévisionnels de dépense (non opposables) et des références médicales opposables (RMO) élaborées par la profession et dont le non-respect peut entraîner la poursuite du médecin par le

Système de santé et principe de précaution

Le principe de précaution est devenu indissociable de toute décision prise en matière de santé.
Les conditions de sa mise en œuvre doivent être définies et ses conséquences assumées.

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

Et pourtant…

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le système de soins confronté au principe d'efficience

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

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

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

L'irruption du principe d'efficience

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

L'évaluation, même grossière, de quelque chose qui pourrait s'identifier aux besoins de santé de la population est certainement chose délicate, de même que sa traduction en objectifs et certainement plus encore leur priorisation, ce qui rend ardue la tâche du Parlement au moment de la fixation de l'Ondam. Mais peu importe pour ce qui nous intéresse ici. Il nous suffit de constater que, quel que soit le niveau auquel peut être fixé le montant des dépenses de santé, des besoins insatisfaits subsistent certainement qui rendent nécessaires de dépenser mieux quand on ne peut plus dépenser plus.

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

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

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

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

La confrontation

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

Philippe Cunéo
Administrateur Insee, sous-directeur Drees

à l'influence de Claude Evin qui autorise par la même occasion la signature de deux conventions spécifiques, l'une pour les généralistes, l'autre pour les spécialistes. Un compromis semble possible avec MG-France, qui se déclare prêt à s'engager dans un effort de maîtrise des dépenses en contrepartie de la mise en place de « filières de soins », dans lesquelles la consultation du médecin généraliste serait obligatoire avant toute orientation dans le système de soins. Le changement introduit est ici de taille puisque la généralisation des

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

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

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

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

La coopération

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

- une durée moyenne de séjour courte peut être considérée à la fois et en fonction du contexte comme un indice de productivité, de performance technique si on sait par ailleurs que la qualité est assurée, ou au contraire comme un indice supplémentaire de qualité insuffisante si d'autres éléments incitent à l'imaginer ;
- un pourcentage significatif de maladies nosocomiales peut être interprété comme l'indice d'une mauvaise qualité des soins, ou au contraire comme l'indice de la performance du système d'information relatif à la qualité des soins ;
- un taux de césariennes élevé peut révéler la qualité d'établissement de recours ou au contraire des procédures laxistes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

soins offerts : l'option référent s'accompagne ainsi d'une « charte du médecin référent » signée avec la Cnamts. Cette charte engage le médecin référent dans une logique de gestion des soins portant à la fois sur la qualité, la coordination et les coûts des soins (avec l'engagement sur la prescription des médicaments génériques) et fait de l'option référent un « label » qualité censé jouer un rôle de signal positif pour les patients sur le marché des soins. Le plan stratégique élaboré par Gilles Johanet, directeur de la Cnamts, va plus loin dans l'imposition d'un contrôle sur la qualité et l'utilité des soins. Ce plan a pour finalité de transformer

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

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

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

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

Il est essentiel, dans un premier temps, d'essayer de dégager les facteurs explicatifs de la transformation de la place de l'usager dans le système de santé. Dans un second temps, nous nous intéresserons aux formes que peut prendre cette implication de l'individu dans le système de santé, en laissant de côté la première modalité qui consiste en l'organisation collective des usagers et des malades par le biais des associations, et en privilégiant une approche plus nouvelle : les procédures collectives de débat public, dont nous donnerons un exemple d'application relative à l'information sur l'hôpital.

Les facteurs explicatifs

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

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

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

la Cnamts en « acheteur avisé de biens et services ». La référence aux concepts de management, comme « la démarche qualité », traduit la volonté politique de s'engager dans un réel management des soins, impliquant une sélection des services soumis à remboursement et des prestataires de soins. Le plan stratégique placerait ainsi les médecins libéraux en concurrence pour accéder au remboursement de leurs soins par la Cnamts et les inciterait à une bonne gestion des soins (qualité, coût, adaptation aux besoins de la population).

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

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

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

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

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

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

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

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

Les nouvelles formes de débat public

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

de soins. L'option référent* fait ainsi du médecin généraliste le responsable de la coordination des soins au sein de la « filière de soins ». Surtout, l'une des ordonnances du 24 avril 1996 lance un programme d'actions expérimentales dans le domaine de l'organisation des soins mettant l'accent sur la coordination entre acteurs du système de santé. Ces réseaux peuvent se concevoir par pathologie, groupe d'âge, ou porter sur des alternatives à l'hospitalisation dans le cadre de réseaux ville-hôpital. De fait, l'offre de soins en médecine

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

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

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

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

Pour revenir aux États généraux de la santé, les débats ont parfois abouti à des affrontements entre professionnels de santé et usagers d'un côté, usagers et pouvoirs publics de l'autre, notamment sur des sujets « chauds » comme l'offre hospitalière et les fermetures d'établissements. Ces affrontements témoignent de la nécessité de pouvoir confronter les points de vue des différents types d'acteurs et leur représentation du système de santé, de la performance du système de soins et de ses hôpitaux. Sur ce dernier point, le succès des palmarès parus dans certaines revues a démontré le besoin d'information du grand public sur les établissements de soins, entre autres. Le développement de l'information médicalisée est probablement un élément clé de l'ancrage des usagers dans le système de santé, dans la mesure où celle-ci peut être un vecteur privilégié pour que les individus aient les moyens de faire connaître leurs préférences et de négocier, avec l'institution ou avec leur médecin, leur trajectoire de soins [19].

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

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

ambulatoire se diversifie lentement grâce à ces filières et réseaux.

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

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

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

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

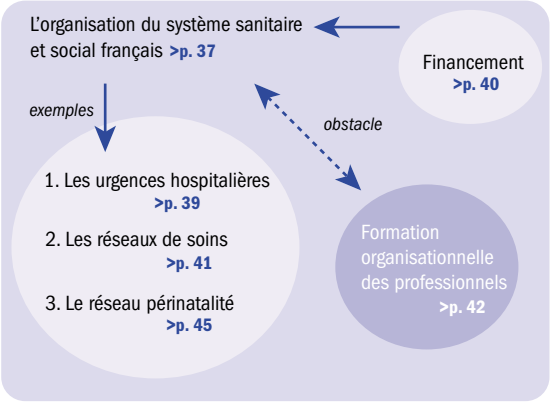
L'option référent pourrait être l'expression d'une identité libérale renouvelée, davantage fondée sur le modèle de la petite entreprise (le médecin est responsable des coûts et de la qualité du service qu'il offre sur le marché) que sur les principes traditionnels de la « charte » de la médecine libérale.

De même, la CSMF soutient certaines expérimentations de réseaux de soins. À la filière de soins animée par un médecin généraliste et qui hiérarchise les positions de chacun dans le processus des soins, les représentants de la CSMF préfèrent le réseau dans lequel le médecin référent peut être un médecin généraliste comme un médecin spécialiste. Le modèle de référence adopté par la CSMF pour la coordination des soins n'est ni le *gate-keeper* anglais, ni la HMO d'initative assurantielle, mais les Physicians Sponsored Networks américains, organisés par les professionnels de santé. L'enjeu est de montrer aux pouvoirs publics que les médecins jouent le jeu de la responsabilisation en s'engageant dans la qualité, la gestion des risques et en plaçant les besoins des patients au centre du processus de soins.

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

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

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.

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'organisation du système sanitaire et social français

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 privés 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.

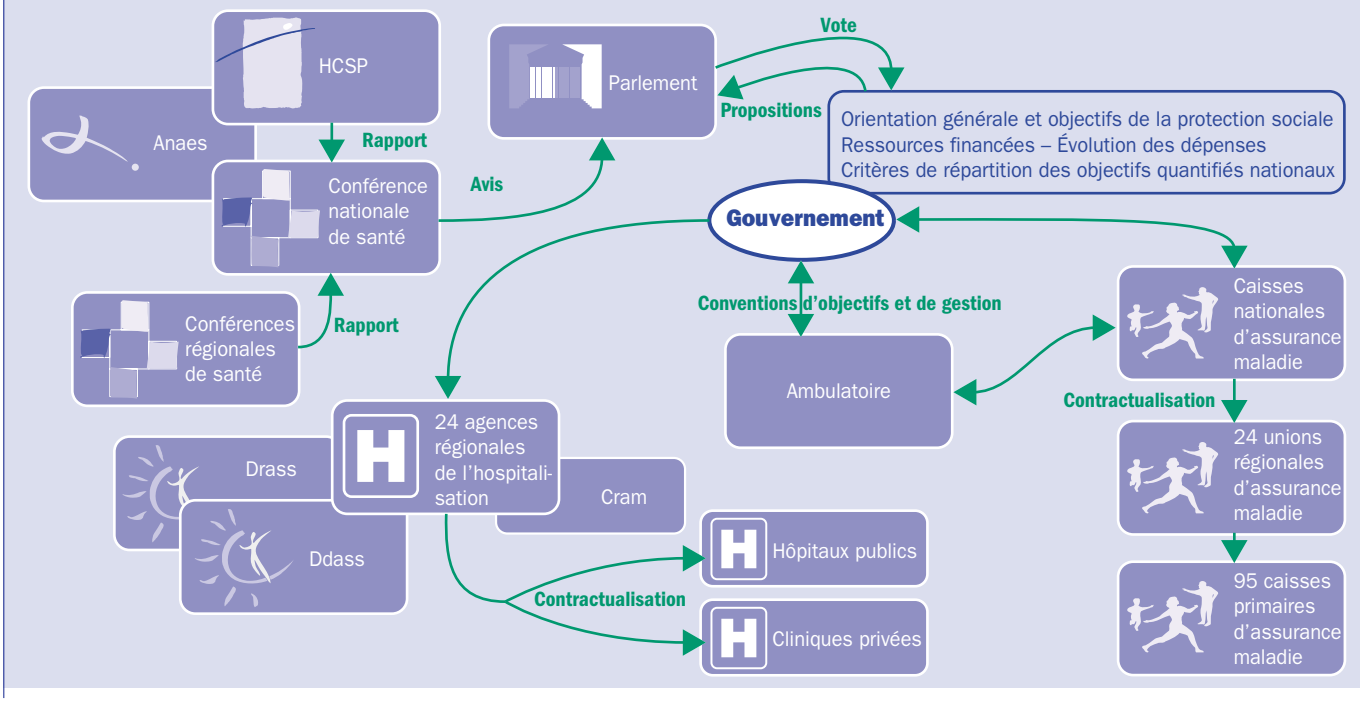
Les deux principaux outils de la régulation sanitaire régionale sont le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) et le contrat d'objectifs et de moyens (Com), qui fondent une nouvelle conception de la régulation reposant sur des engagements réciproques entre les nouvelles agences régionales de 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 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.

* 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.

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

Données statistiques : quelques chiffres clefs, quelle répartition

Alors 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 4e 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

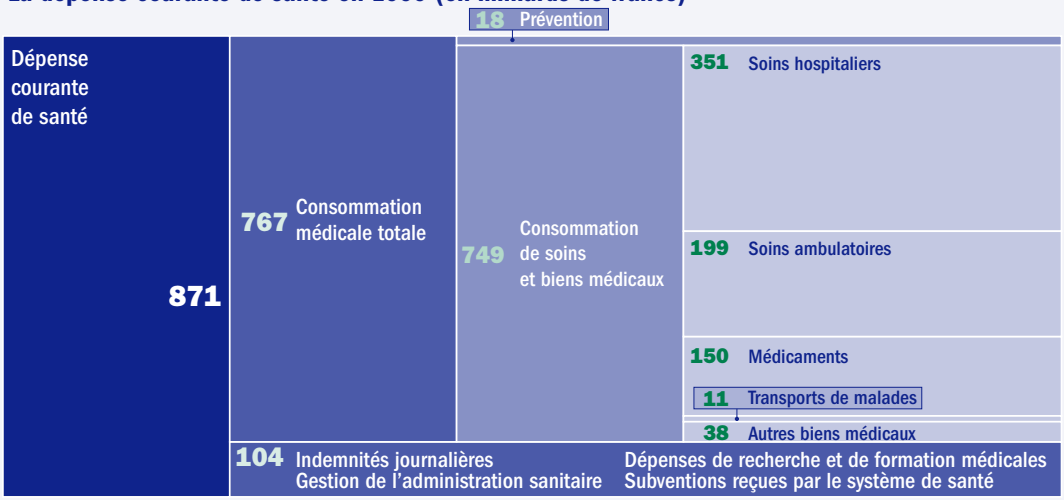
Au 1er janvier 1998, près de 65 % des lits sont publics, contre 35 % en secteur privé. La chirurgie est réalisée principalement en secteur privé, avec près de 60,5 % des journées, alors que le secteur public n'en effectue que 39,5 %. La médecine est essentiellement pratiquée en secteur public.

Au 1er 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 ?

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)

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

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.

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

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 vraiment 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-

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 produire 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 néonatologie. 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 néonatologie. 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 8e 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.

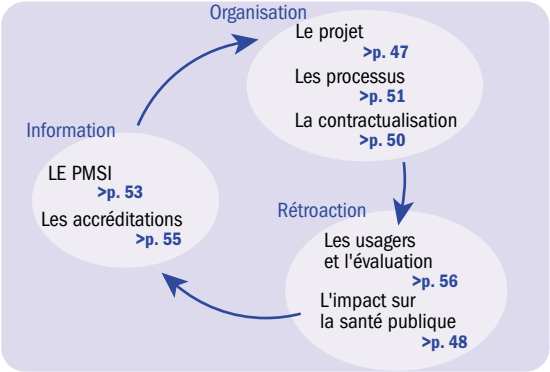
Pour les praticiens, cela implique également d'élaborer et d'accepter des protocoles thérapeutiques adaptés aux soins qu'ils sont à même de donner dans leur établissement.

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…

Les outils de l'organisation sanitaire



Pour sa mise en œuvre, la politique sanitaire dispose d'un arsenal d'outils : PMSI, accréditation, projet, processus, contractualisation, évaluation. Sont-ils suffisants pour assurer un pilotage du système de soins garant de l'intérêt collectif ?

La culture de projet dans un système de santé hiérarchique : un brouillage organisé ?

Jean-Pierre Boutinet
Professeur à l'UCO d'Angers, chercheur associé à l'Université Paris X

Ces trente dernières années les institutions de santé n'ont pas échappé à la tendance observée dans les autres milieux professionnels, spécialement français. Ces milieux en charge d'assumer le virage vers la post-modernité ont élaboré une véritable culture du projet qui a fait intérioriser progressivement à leurs agents l'idée que l'on ne pouvait ni créer, ni gérer en dehors d'une démarche-projet concrétisée dans le domaine sanitaire par l'une ou l'autre variantes du projet suivantes : projet d'établissement, projet médical, projet de soins infirmiers, projet de service voire projet thérapeutique. Ces différentes figures nous sont maintenant devenues familières ; elles ont constitué et continuent de constituer le nouveau cadre à l'intérieur duquel se pense désormais toute forme de gestion se donnant les apparences de l'innovation. Quel bilan à l'orée des années deux mille pouvons-nous faire de cette imposition de la culture du projet apparue voici deux ou trois décennies ?

Pour répondre à une telle question, voyons d'abord quelles sont les motivations composites qui ont présidé en milieu de santé à l'éclosion de cette nouvelle culture. Spontanément nous pouvons en identifier au moins quatre :

- il a paru indispensable d'aider les acteurs individuels et organisationnels à redonner sens à leur action face à l'inéluctable, face à l'absurde de la souffrance, face aussi à la montée en puissance d'une technique rationalisante sans perspective dans un milieu institutionnel qui a en charge le passage à la vie, sa réparation lorsqu'elle est malmenée et aussi le passage à la mort ;
- il a été souhaité d'impliquer le plus grand nombre d'acteurs professionnels dans des stratégies d'action sources de recomposition identitaire alors que ces acteurs, confinés bien souvent à d'interminables tâches thérapeutiques, ont l'impression d'être des laissés-pour-compte ;
- il a semblé nécessaire de conférer une meilleure lisibilité, plus de cohérence et d'efficacité à une institution sanitaire polymorphe et pléthorique dans le cadre d'une rationalisation des priorités et d'une économie de moyens ;
- il est enfin devenu opportun de profiler en tailles, en lieux d'implantation, en mises à distance satisfaisantes vis-à-vis des usagers, les institutions sanitaires

en vue d'une régulation plus appropriée des systèmes de soins et d'un service de meilleure qualité.

On peut considérer que ces motivations originelles constituent la base des cultures de projet dans les milieux sanitaires ; de portées et de significations différentes les unes des autres, elles ne peuvent toutefois engendrer qu'un paysage brouillé facilement saisissable dans les façons continuellement contrastées d'aborder les réalités hospitalières. À travers l'une ou l'autre forme de projets, ces réalités sont continuellement situées sur un double registre équivoque :

- soit en termes de santé (prévention), soit en termes de soins (projet de soins) ;
- soit en termes médicaux (projet médical), soit en termes soignants (projet soignant) ;
- soit en termes d'organisation d'offre de soins, soit en termes de projet d'établissement ;
- soit en termes d'analyse des besoins de santé, soit en termes de politique de soins.

Ce paysage brouillé caractéristique des institutions sanitaires, nous pouvons le mettre en juxtaposition avec le panorama dessiné par les entreprises industrielles. Voici à peu près autant d'années que ces dernières font un recours intensif aux pratiques de projet. Ces pratiques ont comme caractéristiques d'être porteuses d'un écrasement des niveaux hiérarchiques en lien avec une promotion de modèles de négociation générateurs de consensus ; elles tendent de ce fait à diffuser une culture de la transversalité et du changement horizontal, surtout lorsqu'elles sont associées à des pratiques de fonctionnement en réseaux. En milieu industriel les pluralités de projets managés selon une perspective matricielle sont fédérées, coordonnées par la direction de l'entreprise. Cette coordination des priorités que se donne la direction de l'entreprise est d'autant plus facile à réaliser qu'elle ne se heurte pas à l'existence d'un projet d'entreprise, par trop intégrateur, dispositif mort-né des années quatre-vingt.

En milieu sanitaire en revanche, le projet d'établissement reste incontournable, mais il joue difficilement le rôle de coordinateur, d'intégrateur de la variété de projets existants. À ce sujet, il semble y avoir davantage une déconnexion, voire une juxtaposition qu'une authentique coordination des différentes gammes de projets par la direction de l'établissement et son projet d'établissement. C'est ainsi que le projet médical fonctionne en parallèle du projet d'établissement bien qu'il soit dit de façon ambiguë que le projet médical est l'axe principal autour duquel se réalise le projet d'établissement ; une telle formulation fait d'ailleurs du projet d'établissement la peau de chagrin du projet médical ; ceci se confirme dans les faits chaque fois que le projet médical peut s'affirmer dans une relative unité et consistance. Quant au projet de soins infirmiers, il constitue bien souvent un ersatz du projet d'établissement posé en vis-à-vis déprimé du projet médical. Enfin, en ce qui concerne les différents projets de service, quand ils existent de fait, ils s'instituent en autarcie par rapport aux précédents.

Ainsi c'est dans le cadre d'un paysage projectif déjà brouillé que vont survenir les nouveaux dispositifs de système de santé de la fin des années quatre-vingt-dix : agences régionales d'hospitalisation, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, carte sanitaire et schéma régional d'organisation, réseaux de soins. Par la force des choses ces dispositifs plus injonctifs, en se superposant aux précédents plus participatifs, ne peuvent générer que du brouillage

La difficulté de mesurer l'impact du

L'état de santé n'étant pas uniquement lié aux soins, il est difficile de connaître les effets du système de soins sur la santé des populations.

Pierre Lombrail
PUPH, CHU Nantes

La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé et plus généralement le constat d'inégalités sociales de santé montrent clairement que la santé n'est pas réductible aux soins. Pour autant, certaines des conséquences de la vulnérabilité sociale nécessiteraient des discriminations positives de la part du système de soins et une part non négligeable des inégalités de santé peut être rapportée à des morts, affections ou incapacités évitables relevant pour partie de dysfonctionnements du système de soins. Nous illustrerons brièvement ces deux points.

La santé n'est pas réductible aux soins, même accessibles et de qualité.

Nombre d'auteurs se sont interrogés sur l'hétérogénité de l'état de santé et les déterminants de la santé de la population.

Être ou ne pas être en bonne santé

Le lien soins — santé est d'autant plus lâche qu'on passe d'une conception de la santé biomédicale (absence de maladie ou « silence des organes ») à une conception plus ouverte comme celle de l'OMS envisageant le bien-être physique, mental et social. Cette dernière acception conduit à prendre en compte l'ensemble des facteurs qui contribuent au bien-être individuel et collectif. Elle amène à concevoir la santé non plus comme le sous-

supplémentaire, de l'injonction paradoxale voire contradictoire. Ainsi :

- comment faire cohabiter une agence régionale d'hospitalisation chargée de définir et de mettre en œuvre une politique régionale d'offre de soins avec un projet d'établissement à propos duquel tantôt l'établissement est conçu comme responsable de son propre développement, exécutant ses engagements de manière autonome, tantôt il est appelé à inscrire son action dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens et d'un schéma régional d'organisation à partir duquel il lui revient de déduire une stratégie propre ?
- comment mettre en place des procédures d'évaluation et d'accréditation sans mettre à mal ce qui fait la singularité de chaque projet d'établissement ?

Finalement quatre équivoques pour le moins, parce qu'elles ne sont pas levées, semblent donner aux cultures du projet en milieu sanitaire son profil heurté et contradictoire face à des impératifs opposés à assumer :

- on fait cohabiter une logique de la négociation propre

système de soins sur l'état de santé d'une population

produit de l'intervention médicale sur des individus le plus souvent passifs mais comme le fruit de la mobilisation des individus et des groupes pour préserver et entretenir leur capital santé.

Les pays signataires de la dernière déclaration mondiale sur la santé (Santé 21, mai 1998) déclarent : « Nous sommes attachés aux valeurs morales d'équité, de solidarité et de justice sociale, et à la prise en compte des spécificités de chaque sexe dans nos stratégies. Nous mettons l'accent sur l'importance de la réduction des inégalités sociales et économiques pour améliorer la santé de l'ensemble de la population. »

Parmi ses trente-huit buts, l'OMS Europe en consacre cinq aux « modes de vie favorables à la santé » (en commençant par une « politique publique conforme aux impératifs de santé ») et huit à l'hygiène de l'environnement (y compris la « santé des travailleurs »). Si elle en consacre également sept aux « soins appropriés », elle commence par rappeler (but 26, « politique des services de santé ») la nécessité de garantir « un accès universel à des services de qualité ».

Certains dysfonctionnements du système de soins sont à l'origine de pertes de chances.

Même si des soins de qualité ne sont qu'un des éléments contribuant au maintien de la santé, leur potentiel de rattrapage de certaines inégalités de santé est sous-estimé. Il en résulte de nombreuses pertes de chances pour les usagers du système de soins, et notamment les plus vulnérables, ce qu'un auteur américain du Nord a qualifié de « *achievable benefits not achieved* », et que l'on pourrait traduire par « pertes de chances » vu du côté des usagers ou « opportunités perdues d'intervention » vu du côté des professionnels.

Cette approche a été systématisée par un groupe de chercheurs nord-américains aux fins d'évaluation de réseaux de soins coordonnés (HMO). Ces derniers proposent de retenir comme cibles des affections ou situations où il est licite d'attendre des gains de santé par une amélioration de la qualité des soins. Leur algorithme de choix prend en compte les éléments suivants : le « poids » des maladies, l'efficacité potentielle des soins, le type et le volume de soins dispensés en routine, l'impact attendu d'une amélioration de l'existant et le coût de la mise en œuvre des améliorations. La liste à laquelle ils parvenaient au début des années quatre-vingt-dix était la suivante : prévention de l'hypotrophie fœtale, maladies infectieuses de l'enfance, traitement de l'otite moyenne, traitement de l'asthme de l'enfant, dépistage du cancer du sein, prévention de l'insuffisance coronarienne, traitement de l'infarctus du myocarde, traitement du diabète, prévention des accidents vasculaires cérébraux, traitement des fractures du col du fémur, prévention de la grippe, problèmes médicaux des personnes âgées fragiles, recours excessif à certaines procédures chirurgicales et prévention des complications.

Ces critères pouvant aider à sélectionner des priorités d'évaluation étant proposés, une étape ultérieure consiste à préciser les dimensions sur lesquelles devrait porter l'évaluation (et donc l'appréciation de l'impact des soins sur l'état de santé de la population). On peut se référer utilement aux modèles conceptuels de l'accès aux soins qui distinguent les facteurs liés à l'accès potentiel de ce qui est mesurable après un recours effectif. Parmi les premiers, on peut ranger des caractéristiques du système de soins (caractéristiques d'offre, comme disponibilité et organisation de divers types de services à l'échelle d'un territoire, et dispositions financières, introduisant ou visant à lever des obstacles à l'utilisation), des caractéristiques des usagers potentiels et de la collectivité. Parmi les caractéristiques individuelles et collectives, certaines préfigurent un niveau de besoin prévisible, qu'il s'agisse de caractéristiques démographiques ou épidémiologiques (prévalence de maladies ou de facteurs de risque). D'autres favorisent plus ou moins le recours aux soins : culture d'origine, protection sociale, éducation, etc. Il est possible de comparer des niveaux et des typologies d'utilisation des services de soins en essayant de tenir compte des principales caractéristiques des groupes comparés.

Après les facteurs d'accessibilité potentielle, il faut s'intéresser à l'utilisation effective des services et termes de qualité des pratiques et des résultats obtenus. En termes de pratiques, il est particulièrement important de se questionner à la fois sur la justification de leur utilisation comme sur celle de leur absence d'utilisation chez certains individus ou groupes. L'expérience enseigne que les personnes les moins favorisées se privent de soins utiles autant que de soins inutiles, ce qui rend l'évaluation de cette dimension particulièrement sensible en termes d'équité. ■

au projet d'établissement avec une logique hiérarchique caractéristique de l'agence régionale d'hospitalisation porteuse d'une carte sanitaire et d'un schéma régional d'organisation sanitaire ; dans ce contexte, n'est-ce pas un abus de termes que de parler de *contrat* d'objectifs et de moyens pour caractériser les liens entre l'agence et l'établissement ?

- la figure du projet d'établissement est maintenue

Mythes et réalités de la contractualisation Aperçu d'un directeur d'hôpital

Bilan et limites d'une politique de gestion basée sur la contractualisation à l'hôpital Le Vinatier.

Comme le dit Yolaine de la Bigue, reprenant le titre d'un livre de Reiser, « on vit une époque formidable ».

- Formidable par le juriste s'il doit prouver la force du droit à l'épaisseur du *Journal officiel* et aux textes toujours multiples qui se surajoutent, mais qui découvre une nouvelle version de la puissance publique sous forme contractuelle.
- Formidable par l'économiste qui, face à la croissance répétée des dépenses de santé, voit dans le contrat, le moyen de régulation conciliant la liberté des acteurs et la contrainte budgétaire.
- Formidable pour l'hospitalier, qui voit dans le contrat à la fois un moyen d'associer le corps médical et soignant, et une réponse à la volonté de déconcentration des équipes médicales.

Les ordonnances de 1996 ont formalisé sur le plan externe et interne les principes créés par la loi de 1991 et la circulaire de juin 1995. A. Juppé ne fait que reprendre la circulaire de novembre 1989 de M. Rocard en plaçant la contractualisation comme intégrée à la dynamique du renouveau du service public.

La contractualisation est souvent présentée comme une solution face à la nécessité de réformer le service public de l'État, qu'en est-il dans la réalité ?

L'expérience menée au centre hospitalier Le Vinatier depuis 1995 en matière de contrat interne permet de dégager un premier bilan et de tirer trois perspectives.

La contractualisation interne bouscule le mode traditionnel d'organisation hospitalière et crée des espaces de liberté permettant de substituer, à un mode de régulation pyramidal et hiérarchique, un mode plus concentré et transversal. L'absence d'indicateurs d'activité validés rend le débat plus axé sur les moyens que sur les objectifs quantifiés d'activité.

Le recours aux « quatre vieilles » (file active, durée moyenne de séjour, taux d'occupation moyen et nombre d'entrées) n'est pas opérant et la médicalisation du système d'information doit être un des ponts parallèles de la contractualisation, en d'autres termes doit allier à la fois contrat, évaluation, et nouvelles règles du jeu. L'expérience menée au Centre hospitalier pose de réelles questions sur la capacité d'une institution à créer de nouvelles règles du jeu, comme à éclairer les choix réalisés.

En interne, la loi de Gresham selon laquelle « la mauvaise monnaie chasse la bonne » a son application en milieu hospitalier où les mauvaises règles chassent les bons comportements. Il importe de revenir à une des lois que Montesquieu avait décrites dans *De l'esprit des lois*, chapitre II, livre XIII : « la nature est juste envers les hommes, elle les récompense de leurs peines, les rend laborieux parce qu'à de plus grands travaux, elle attache de plus grandes récompenses. Mais si un pouvoir subsidiaire ôte les récompenses de la nature, on reprend le dégoût pour le travail et l'inaction paraît être le seul bien. L'effet de la richesse d'un pays, c'est de mettre de l'ambition dans tous les cœurs, l'effet de la pauvreté est d'y faire mettre le désespoir. La première s'oriente pour le travail, l'autre pour la paresse ».

La contractualisation permettrait donc de mettre du « dynamisme dans les cœurs » et de faire apparaître des managers cachés, mais sous trois conditions.

- La première est de faire du contrat un outil intégré à une politique plus globale reposant sur la définition d'objectifs et de cahiers des charges. L'expérience n'est pas de mise, et l'incohérence est le danger qui frappe toute contractualisation sans définition d'objectifs préalables.
- La deuxième condition est de « purger » le débat sur l'équité et l'égalité. L'acte unilatéral est égalitaire, le contrat est équitable. La contractualisation porte en elle-même les interrogations sur l'unité de l'action administrative des règles applicables et la prise en compte des réalités et donc des différences. À défaut, le procédé contractuel ne serait qu'un seul habillage juridique de l'acte unilatéral.
- La troisième condition est celle de la responsabilité des acteurs, et donc de l'intéressement positif et négatif. Si les conventions, au sens de l'article 1134 du Code civil, « tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites », il importe de définir au préalable des règles du jeu, et les notions d'autorité et de responsabilité doivent être évoquées.

Le contrat, sous ces trois réserves, permet aux contractants d'être acteurs d'un projet, d'une évolution qu'ils ont voulue, sauf à imaginer comme Bossuet « que ce qui est hasard à l'égard des conseils incertains est en fait un dessein concerté dans un conseil certain ».

Le contrat doit concilier concertation et cohérence, transparence et lisibilité des règles du jeu, décloisonnement et unité. Mais, comme toute innovation, elle suppose pédagogie et expérimentation, et comme toute réforme, elle ne peut prétendre à elle seule réformer un monde hospitalier, complexe par définition. ■

Jean-Paul Segade
Directeur CHS
Le Vinatier

contre vents et marées dans un environnement hiérarchique, sans lui donner les moyens d'une organisation *ad hoc* par une structure matricielle qui permettrait de croiser le projet d'établissement avec les projets développés dans l'établissement et ainsi d'articuler verticalité de l'autorité du projet d'établissement, horizontalité de la négociation des projets médical et de soin ;

- faute d'encourager les logiques *bottom up* (projets de service) et *top down* (projet d'établissement), on ne confère pas aux premiers une véritable existence, articulée sur un dispositif d'ensemble ;
- en définitive on réduit la démarche du projet à une gestion de la banalité quotidienne alors qu'elle est d'abord ordonnée à gérer l'exceptionnel, celui de la crise, celui de l'innovation, celui d'un dysfonctionnement problématique, celui d'un changement conséquent à initier.

Lever ces équivoques par le recours à un mode d'organisation approprié, c'est diminuer le brouillage ambiant qui, par volonté ou hasard, cherche à mêler le froid et le chaud : le froid du maintien hiérarchique, le chaud lié à l'affirmation de la transversalité négociée, le froid de l'injonction et le chaud de la participation. Sortir de l'actuel brouillage, c'est donner aux actuelles cultures à projet en milieu sanitaire à travers un contour délibérément plus cohérent toutes leurs chances ; c'est aussi faire que les acteurs ne désespèrent pas de leur outil de travail. ■

Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble

Christophe Pascal
Maître
de conférences
en sciences
de gestion,
Université Lyon III,
Lass-Graphos CNRS

Inquiet devant la concurrence qui ne cesse de s'amplifier, miné de l'intérieur par des crises identitaires, découragé devant l'ampleur des changements et des adaptations à effectuer, l'hospitalisation publique et privée traverse une crise multiforme, rampante et générale, au spectre large, qui présente, par-delà les particularismes liés à la taille, aux missions ou aux statuts, les caractéristiques d'une endémie : crise de légitimité mais aussi crise d'identité, crise financière mais également crise existentielle.

En amont des causes traditionnellement avancées — multiplicité des missions, injonctions contradictoires des tutelles qui demandent sans cesse plus d'efficacité et d'efficience tout en augmentant les contraintes sans augmenter les budgets, obligation d'accueillir tous les publics sans discrimination, pression des personnels médicaux et non médicaux, baronnies locales… — cette crise apparaît surtout comme la conséquence de la difficulté de faire ensemble à l'intérieur des établissements, entre services et à l'intérieur des services, mais aussi entre les professions et au sein même de chaque profession.

Cette difficulté de faire ensemble trouve sa source dans la conjonction de trois phénomènes.

Elle est d'abord structurellement induite par l'irruption brutale et continue, depuis le début des années soixante-dix, de l'innovation technologique qui a profondément changé la nature de la pratique médicale dans le sens d'un éclatement des savoirs médicaux d'une part et d'une intensification et d'une complexification de la prise en charge médicale d'autre part [4]. *Toujours plus d'actes, toujours plus d'acteurs, toujours plus de contraintes, de moins en moins de temps*, telle est aujourd'hui l'équation d'un système dans lequel la réduction de la durée moyenne de séjour apparaît comme le facteur à la fois révélateur et aggravant de la difficulté de faire ensemble.

Ironiquement, cette révolution technologique a bouleversé la pratique de la médecine sans que pour autant l'hôpital, en tant que lieu d'exercice de la médecine, prenne conscience de ces bouleversements ou mette en œuvre des procédures permettant de les prendre en compte.

Organisation pluriséculaire dont une des premières fonctions a été de contenir la contagion, produit de l'université, l'hôpital demeure structuré par la notion de territoire et de savoirs qui reposait à l'origine sur l'adéquation entre nosologie, espace et organisation des savoirs.

Cette organisation en territoires morcelés autour de la discipline médicale, cette balkanisation des territoires, des savoirs et de l'espace multiplient les déplacements du patient autour des différents plateaux techniques, rendent plus difficile la concertation des différents spécialistes et compliquent singulièrement la prise en charge plurielle.

Faute d'avoir identifié le phénomène, l'État a cherché les remèdes dans les vieilles lunes de la planification, dans le contrôle tatillon, et dans la mise en place de normes de plus en plus nombreuses qui, loin de mettre les acteurs sous tension, leur ont permis au contraire des comportements d'évitement et leur ont donné les moyens de poursuivre d'autres intérêts que l'intérêt général. Ces fausses réponses données par l'État ont été aggravées par les modes de financement de l'hospitalisation déconnectés de tout système d'information, qui ont permis à celle-ci de s'affranchir des règles élémentaires de gestion, qu'il s'agisse du prix de journée, du paiement à l'acte, des forfaits salles d'opération ou du budget global.

Enfin, cette difficulté de faire ensemble est aggravée par des outils de gestion plus centrés sur le reporting que le diagnostic, l'aide à la décision et la recherche de leviers d'action, et qui, à défaut d'analyse des activités et des procédures nécessaires à la production de soins, fonctionnent à l'aveugle, en contrôlant les ressources sans s'attacher à comprendre et à modi-

fier les causes profondes des dysfonctionnements du système.

Dans ce contexte, le véritable défi auquel est confronté l'hôpital face à sa difficulté de faire ensemble est la maîtrise des modes de production, qui repose sur la cartographie — description, analyse critique —, puis la reconfiguration des processus de prise en charge.

Élaborée suivant une démarche *bottom-up* par des groupes pluridisciplinaires, la cartographie des processus constitue un objet transitionnel construit par les agents et dont ils peuvent se saisir pour comprendre, analyser et mesurer ce qu'ils font et ne font pas, ce qu'ils devraient faire et qu'ils n'ont pas fait, ce qu'ils auraient dû faire, ou ce qu'ils font et qu'ils ne devraient pas faire. Ainsi conçue, l'analyse des processus présente un double intérêt.

Elle permet d'abord de formaliser au moyen de procédures les modes de faire ensemble considérés comme optimaux, et par conséquent de passer des prises en charge actuelles, qui confinent le plus souvent à des processus « artistiques » si l'on se réfère à leur extrême variabilité en fonction des ressources disponibles, des compétences ou tout simplement des préférences ou de l'humeur des acteurs, à des processus de prise en charge plus stables, seuls à même de garantir la qualité et la sécurité que les patients appellent de leur vœux.

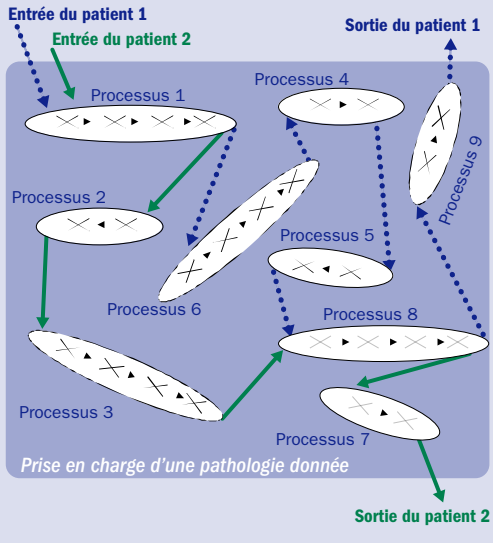
Cette approche qui vise à réduire la dispersion des pratiques, dans l'esprit des démarches de certification type ISO ou accréditation à la française, a souvent été reçue avec méfiance voire hostilité par le corps médical qui voit là la concrétisation des rêves prométhéens de nombreux dirigeants de tout contrôler au mépris des aléas, des adaptations et des variations qu'imposent le traitement d'êtres humains. En effet, compte tenu de la singularité des trajectoires individuelles des patients, il ne saurait être question de normaliser à la manière de Taylor, de façon pointilleuse et exhaustive, l'ensemble des activités participant à la prise en charge. Édictées à partir d'une analyse collective des pratiques, les procédures visent plus modestement à introduire quelques îlots d'ordre dans l'océan du désordre des prises en charge, en stabilisant quelques points clés, quelques passages obligés de toute prise en charge, quelles que soient la ou les pathologies traitées, pour contenir les processus de production de soins dans une bande passante, c'est-à-dire dans des limites acceptables en termes de performance (figure 1).

Au-delà de la seule perspective normative, l'analyse des processus constitue également le cadre propice à l'émergence de savoirs et de savoir-faire collectifs, c'est-à-dire à un apprentissage organisationnel qui s'opère au travers d'un double mouvement de déconstruction/construction :

- déconstruction au travers de l'explicitation des modes d'ajustements et des pratiques au sein du processus, qui permet la prise de conscience à la fois du rôle de l'autre (inspection) et, en contre-jour, de son propre rôle (introspection) dans le processus ;

figure 1

La prise en charge comme combinatoire de processus



- reconstruction par le jeu de la confrontation/discussion/mise en perspective qui amène les acteurs à mener une lecture critique de leur pratique collective et, partant, à modifier leur façon de faire ensemble au travers de la représentation amendée, « reconfigurée », du processus étudié.

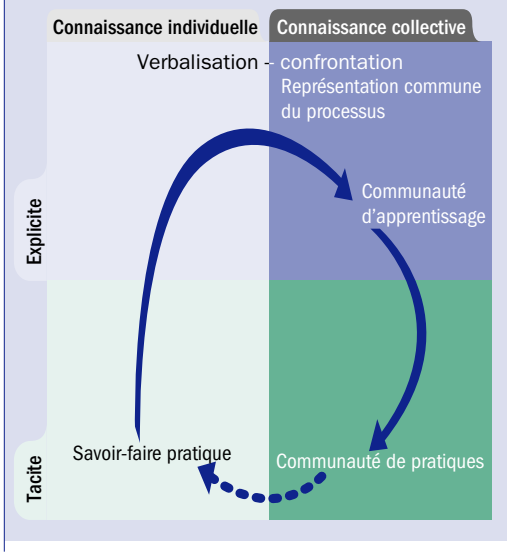
Le processus décrit et formalisé constitue un cadre intégrateur des différentes représentations individuelles des acteurs de la prise en charge, une communauté d'apprentissage [1] permettant de (re) construire, d'expliciter et de formaliser, à partir de la confrontation des différentes interprétations locales, une théorie d'action commune. Cette méta-interprétation, construite à partir d'une démarche d'explicitation formelle des savoirs, est progressivement intériorisée par tous les participants, créant par-là même une communauté de pratiques. La connaissance explicite, verbalisée et collectivisée par le biais du processus, devient tacite et collective comme le montre la matrice présentée figure 2 [1].

Dans cette perspective, le processus n'est plus considéré comme un outil de normalisation exogène qui figerait une fois pour toutes les pratiques dans un immobilisme fatal, mais comme un outil de gestion dynamique des savoirs. Savoir-faire individuels et collectifs, tacites et explicites, s'articulent selon une boucle récursive sans fin, où le processus agit comme catalyseur de visions partagées, qui, une fois révélées, sont à nouveau intériorisées par les individus, métabolisées et modifiées par les interactions, avant d'être à nouveau explicitées et formalisées.

Bien entendu, *le processus ne peut résoudre à lui seul l'ensemble des problèmes induits par la difficulté de faire ensemble*. Au-delà des risques d'enlisement et de la

figure 2

Le processus au service du parcours de la connaissance



lassitude concourante des acteurs qu'elle engendre, la mise en œuvre d'une gestion par les processus se heurte à la nécessité de *repenser les structures d'autorité* pour conjuguer structure verticale et structure horizontale. L'une ne peut pas fonctionner sans l'autre. La maîtrise des modes de production de soins reposera en grande partie sur la capacité des établissements à faire cohabiter l'autorité des chefs de service et l'autorité de véritables responsables de processus à même de faire travailler ensemble des corps de métier différents en dépit des intérêts corporatistes ou des luttes de territoires.

Néanmoins, malgré ces réserves, parce qu'elles se veulent une construction en prise avec l'organisation qui leur a donné naissance, parce qu'elles n'ont d'autre objet que de rendre compte d'une réalité qu'elles s'efforcent de rendre visible, accessible et compréhensible, l'analyse et la gestion des processus constituent une réponse à la difficulté de faire ensemble, une réponse certes partielle mais une réponse pertinente et opératoire, adaptée à la flexibilité et à la fluidité des organisations mises en place pour répondre aux exigences des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire, qu'il s'agisse des filières ou des réseaux de soins.

Parce que les filières et les réseaux de soins dessinent des organisations à géométrie variable, tant dans les prises en charge qu'elles mettent en œuvre que dans les pathologies qu'elles traitent, les structures juridiques qu'elles se donnent ou les organigrammes émergents, l'analyse et la gestion des processus sont l'un des éléments pivots de la gestion de production que les établissements de santé, les filières et les réseaux se doivent d'inventer. ■

PMSI
Quelles comparaisons possibles et impossibles ?

Cyrille Colin
Professeur de santé publique, Université Claude Bernard, Lyon I, Lass-Graphos CNRS
Sandrine Couray-Targe
Assistante hospitalo-universitaire, département d'information médicale des hospices civils de Lyon
Loïc Geoffroy
Directeur, agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté

Dans un contexte économique où l'optimisation des ressources affectées au système de soins est devenu un objectif essentiel, le monde hospitalier doit gérer une triple contrainte : d'une part, la réduction de la croissance de ses coûts dont il devient responsable, d'autre part, la nécessité de faire toujours mieux dans la qualité et la transparence des soins délivrés et enfin, l'exigence de satisfaction des patients. Cette nécessaire évolution, loin d'être contradictoire, survient dans un environnement très marqué par une logique de consumérisme largement relayée par les médias, au travers notamment des comparaisons interhospitalières de résultats des soins.

Ces comparaisons sont largement facilitées par la généralisation, dans les établissements de santé, du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui met à la disposition des décideurs, mais aussi des usagers, un outil d'analyse médicalisée de l'activité hospitalière. Cet article se propose de montrer que quels que soient les destinataires de cette information et leurs intentions — régulation et gestion du système pour les uns, qualité des soins et désir de transparence pour les autres — toutes les comparaisons basées sur cet outil nécessitent beaucoup de rigueur et une bonne connaissance de ses limites méthodologiques.

Les comparaisons effectuées

Dans la mesure de la qualité des soins

Les indicateurs de qualité utilisés le plus souvent dans les comparaisons interhospitalières sont des indicateurs de résultat des soins [5] comme les taux de mortalité, d'événement sentinelle… Le choix et le recueil systématique de ces indicateurs destinés à décrire une situation sont très exigeants, ces indicateurs devant réunir un certain nombre de qualités : être quantifiables, fiables, sensibles, spécifiques et pertinents. Ils sont le plus souvent utilisés comme « révélateurs », c'est-à-dire que toute variation significative de leur niveau dans le temps ou dans l'espace est censée entraîner la recherche d'une explication. Parmi ceux-ci, le taux de mortalité est le plus connu pour établir des comparaisons entre hôpitaux. Un taux de mortalité attendu est déterminé pour un établissement donné et le taux de mortalité observé est comparé à ce taux attendu, l'objectif étant de pouvoir repérer des hôpitaux

dont le taux de mortalité réel est significativement supérieur au taux prévu pour une prise en charge bien codifiée (infarctus du myocarde, pneumopathie, cholécystectomie, prostatectomie…). Aux États-Unis, de nombreux programmes de développement et d'application d'indicateurs de la qualité des soins ont été mis en place. Ainsi, depuis 1986, des statistiques de mortalité des hôpitaux de Medicare sont publiées par la Health Care Financing Administration américaine. En France, ces expériences ont surtout été développées par les médias.

Bien que ces programmes permettent une approche globale du système de santé et malgré l'utilisation d'ajustements des taux sur des facteurs prédictifs par des analyses statistiques appropriées, ces comparaisons ont été largement critiquées [11]. En effet, de nombreux facteurs peuvent influencer le taux de mortalité global [7] : hétérogénéité de l'information, faiblesse des effectifs analysés, variétés des épisodes de soins ou des situations cliniques traceuses, absence ou recueil incomplet des variables d'ajustement possibles, caractéristiques hospitalières… Malgré toutes les précautions prises, l'interprétation des taux reste un exercice délicat et controversé : les hôpitaux « mal » classés délivrent-ils des soins de qualité inférieure ou bien soignent-ils des patients « différents » ?

À l'intérieur des hôpitaux, le PMSI peut être utilisé dans la mise en place de dispositifs de surveillance. Une liste d'événements sentinelles est définie : morts évitables, infections nosocomiales…, taux de transfert de nouveau-nés, taux de mortalité périnatale, taux de césariennes et taux de prématurité dans le cas du suivi des activités d'obstétrique. En fonction de l'événement en cause, le repérage peut s'effectuer à partir des résumés d'unité médicale. Chaque dossier est alors révisé pour identifier la cause de l'événement et susciter les mesures correctrices destinées à en prévenir la répétition ; c'est le principe des comités de décès. Mais il peut également s'effectuer sur la base d'une grille de critères préétablis qui permet de mesurer un écart à une référence historique ou géographique (tableaux de bord régionaux, par exemple). Dans ce cas, c'est le caractère statistiquement significatif de l'écart retrouvé qui déclenche l'analyse et l'action correctrice.

Dans la régulation et la gestion du système hospitalier

Les groupes homogènes de malades (GHM) valorisés en nombre de points Isa au niveau national sont devenus un outil standardisé de mesure de la production hospitalière. Plusieurs indicateurs jugés plus pertinents que les habituelles statistiques administratives telles que les « taux d'occupation » et la « durée moyenne de séjour » sont maintenant directement accessibles au niveau externe [28]. Se sont ainsi développés plusieurs types d'analyses essentiellement destinés à réaliser des comparaisons interhospitalières permettant par exemple : de mettre en évidence des différences de capacité d'accueil (par l'analyse des durées de séjour de certains GHM ajustées sur l'âge et d'autres covariables), d'apprécier la répartition de l'offre de soins dans un objectif de planification (par l'analyse des segments d'activité des établissements tels les regroupements de GHM), d'estimer la proportion de séjour qui pourrait être en théorie effectuée en ambulatoire (par l'analyse des actes réalisés). L'utilisation la plus connue de ces indicateurs est la démarche d'allocation budgétaire basée sur un principe d'égalité simple : « à nature et volume d'activité identique, financement identique ». Cette démarche ne prend pas en compte les besoins en soins de la population, mais les écarts constatés entre dotations budgétaires réelle et théorique sont analysés au sein des agences régionales de l'hospitalisation au regard des spécificités et de l'environnement des établissements.

Les indicateurs d'activité que le PMSI fournit peuvent également être utilisés pour soutenir et compléter différents projets de gestion hospitalière médicalisée : l'élaboration du projet d'établissement, l'insertion dans les filières de soins, mais aussi l'articulation entre le financement externe et l'allocation interne des ressources. Cependant, ces différents travaux menés à partir du PMSI ne permettent pas, d'une part, de résoudre la question de la pertinence de l'organisation des activités mises en œuvre et, d'autre part, révèlent deux écueils : la difficulté de transposition du modèle en interne et l'absence d'indicateurs régionaux suffisamment précis pour se positionner au sein du marché local et régional de l'offre de soins qui permettrait un véritable pilotage stratégique des établissements.

Les précautions à prendre dans l'interprétation des résultats

Limites méthodologiques

L'utilisation des indicateurs issus du PMSI à des fins de gestion et de mesure de la qualité des soins nécessite une bonne connaissance, d'une part, des erreurs susceptibles d'influer sur la fiabilité et la validité des données [10] et, d'autre part, de ses limites structurelles.

Ces limites structurelles sont essentiellement dues au fait que le PMSI développé en France, sur le modèle des *diagnosis related groups* (DRG's), n'est pas une application qualitative destinée à l'évaluation systématique des processus de soins et de leurs résultats, mais plutôt un système à visée tarifaire, dont l'objectif est de permettre d'allouer des ressources aux hôpitaux en tenant compte des besoins des patients… Ses faiblesses sont donc bien connues : aspect fragmentaire de la représentation du séjour hospitalier sans prise en compte de la trajectoire du patient, absence de critères de jugement sur l'adéquation d'une hospitalisation ou d'un acte, dispersion des coûts à l'intérieur de certains GHM inhérente à la variabilité des malades, aux pratiques des médecins et à la structure des établissements.

Parmi les risques d'erreurs, on peut citer : les erreurs liées au manque d'exhaustivité, les erreurs liées au recueil des informations médicales, notamment des comorbidités [15], et les erreurs liées à l'interprétation des indicateurs et à l'absence en routine des variables nécessaires à l'ajustement. Les variations des indicateurs (durée de séjour, coûts, taux de mortalité…) peuvent donc aussi bien être interprétées comme le reflet de variations des pratiques de prise en charge, mais aussi comme une variation de leur contenu.

Lacunes du système

Un certain nombre de champs ne peuvent être explorés par les indicateurs issus du PMSI, car ils ne sont tout simplement pas relevés. Leur connaissance est cependant importante puisqu'elle permet d'en pondérer l'interprétation. Ce sont les spécificités liées aux caractéristiques des établissements : taille, statut, activités d'enseignement, prise en charge de l'urgence, présence d'un service de réanimation, caractère programmé des hospitalisations et des actes, niveau de technicité, prise en compte des innovations technologiques, missions spécifiques confiées dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (pôles de référence…), intégration dans les filières de soins… Les caractéristiques des patients peuvent aussi affecter la nature des morbidités et influencer les soins et les résultats des soins [26] : âge, niveau socio-économique et de précarité, sévérité des cas [23].

Le PMSI présente donc un potentiel intéressant pour les analyses comparatives dans le domaine de la gestion et de l'évaluation de la qualité des soins. Son accès facile et le grand nombre de données qu'il contient sont des conditions favorables à son utilisation pour la mesure des écarts des établissements par rapport à un standard.

Néanmoins, les différentes méthodologies adoptées dans les comparaisons interhospitalières nécessitent plusieurs de prérequis et leur interprétation, une véritable rigueur professionnelle. En effet, les résultats obtenus doivent être analysés sous l'éclairage d'autres sources d'informations issues ou non du système d'information hospitalier : statistique d'activité des établissements, carte sanitaire et schéma régional d'organisation sanitaire, aspect démographique du bassin d'attraction, rapports de conformité, résultats de l'accréditation… La connaissance de l'information de santé publique est donc essentielle.

Sous la pression des différents acteurs du système de santé, le développement incontrôlé de méthodes non validées tant dans le domaine de la régulation du système de soins que dans l'évaluation de la qualité des soins par l'approche des résultats risque à terme de décrédibiliser l'outil PMSI lui-même, de répandre des informations erronées et de générer des inégalités de traitement entre établissements ou régions. Une réflexion globale et pluridisciplinaire sur cette problématique et le développement d'outils standardisés d'analyse s'avère donc nécessaire. ■

Accréditation
Limites attendues et perspectives

Philippe Loirat
Président du Conseil scientifique de l'Anaes

Pour interpréter les limites de l'accréditation, il faut considérer aussi ses points forts. Ceci concerne la procédure elle-même mais également les différents acteurs intervenant dans la procédure : le succès ou l'échec de l'entreprise passe par eux.

La procédure

L'accréditation est une procédure d'évaluation itérative des établissements de santé qui a pour objectif la mise en place de démarches d'amélioration continue de la qualité. Elle est organisée par l'Anaes, créée par les ordonnances de 1996 et installée en octobre 1997. Elle est mise en œuvre par des professionnels de santé et se base sur un référentiel de bonnes pratiques, établi par l'Anaes, évaluant le fonctionnement global des établissements. La première version expérimentale du manuel d'accréditation a été testée à la fin du 2e semestre 1998. La première version stable est devenue disponible au 1er semestre 1999, les premières procédures d'accréditations ont commencé au 2e semestre. Le Collège d'accréditation a été installé en octobre 1999. Les premiers comptes-rendus sont parus au 1er semestre 2000.

Points forts

La qualité du manuel d'accréditation est reconnue de tous. Les référentiels, mis au point par des groupes de travail multidisciplinaires comprenant chaque fois que possible des usagers, sont bien acceptés par les professionnels comme par les usagers.

L'organisation mise en place s'avère satisfaisante. Les experts visiteurs, actuellement au nombre de 358, sont sélectionnés (3 200 personnes ont répondu aux appels à candidature), formés de façon rigoureuse, partagent et diffusent la culture de l'amélioration continue de la qualité.

Le démarrage de l'accréditation entraîne à lui seul une dynamique, source de progrès, avant même que les établissements soient effectivement rentrés dans la procédure.

Points faibles

L'engagement des établissements de santé a été lent. À l'automne 2000, 230 établissements se sont engagés, 75 visites auront été effectuées. Cette frilosité s'explique sans doute par le désir des établissements de corriger en grande partie leurs dysfonctionnements avant de se manifester. La loi oblige l'ensemble des 3 500 établissements de santé publics et privés à

s'inscrire dans la procédure avant avril 2001 et à être accrédité dans les cinq ans. Ceci modifiera les conditions d'engagement entre l'Anaes et les établissements, qui jusque-là laissaient une grande flexibilité dans le choix de la date de visite.

L'organisation de la procédure à l'échelle de la France est lourde. L'Anaes devra accréditer 500 établissements par an. Un rythme plus élevé nécessiterait une organisation et des moyens différents. Alors que, dans certains pays, on fait appel à des visiteurs professionnels, qui n'exercent plus leur métier de base, le choix, judicieux, fait en France est de confier cette mission à des professionnels en exercice, soumis à des contraintes pour éviter les conflits d'intérêts. Les experts visiteurs devront être en nombre suffisant. L'organisation de leur formation et leur remplacement régulier représentent une lourde charge.

Enfin, le temps nécessaire à la réalisation d'un cycle d'accréditation est long, peu compressible. La phase d'auto-évaluation ne peut être inférieure à quelques mois.

Le point de vue des usagers dans l'évaluation des hôpitaux

Le degré de satisfaction des patients peut être un indicateur de la performance des établissements de santé.

Isabelle Gasquet
Praticien hospitalier, Hôpital Paul Brousse, AP-HP

Il existe actuellement un souci clairement affiché de mieux prendre en compte les attentes et besoins propres de l'usager du système de soins et de recentrer l'organisation de ces structures autour du patient. Ceci s'est traduit par la publication de la charte du patient hospitalisé (1995), de certains décrets issus de la réforme hospitalière (1996), ainsi que par la diffusion récente de recommandations et guides destinés aux professionnels portant sur l'information et la satisfaction des patients ou sur l'organisation du recueil des plaintes des patients et de leur entourage [12]. Le manuel de « bonne pratique » élaboré par l'Anaes en 1999 pour l'accréditation des établissements de santé reprend largement dans son principe la notion de « place centrale du patient » dans l'organisation des établissements hospitaliers, mettant l'accent sur la coordination des soins et sur la nécessité de mettre en place des indicateurs capables de mesurer l'impact d'actions de réorganisation sur la satisfaction des patients.

Ces textes visent tous à renforcer les droits du patient (à l'information sur le diagnostic et les soins, à l'accès aux données médicales, à l'expression, à la confidentialité, représentation dans diverses commissions hospitalières…) et les devoirs des professionnels de santé envers ceux-ci (obligation de rechercher le consentement du patient, d'évaluer sa satisfaction, de prendre en charge la douleur, d'organiser le recueil des réclamations et d'analyser les plaintes …).

Si des considérations éthiques ont prévalu à ces changements, ils sont également la conséquence d'un phénomène social (amélioration des connaissances de la population par rapport à la santé), médical (place de plus en importante des pathologies chroniques nécessitant une participation active du patient à la prise en charge) et juridique (arrêts de la Cour de cassation relatif au renversement de la charge de la preuve de l'information du patient, par exemple).

D'autre part, des travaux scientifiques ont clairement montré que l'observance des traitements, la fidélité des patients aux structures de soins et par conséquent l'efficacité des thérapeutiques dépendent de la qualité de la relation entre le patient et l'équipe soignante, de son information, de l'état de santé psychologique du patient, de la prise en considération de ses attentes et du bénéfice subjectif qu'il ressent de ses soins [12, 13].

Les outils pour mesurer la satisfaction des patients

Cependant, mesurer le point de vue du patient sur les soins qu'il reçoit revient à mesurer une notion subjective et complexe comportant plusieurs dimensions (ou domaines) relativement indépendantes et qui n'ont pas toutes le même poids sur le point de vue global de l'individu. Ainsi, il faut distinguer la satisfaction par rapport aux relations humaines avec les professionnels, à la qualité technique des soins (compétence des professionnels), à la continuité des soins, à l'environnement physique (hôtellerie, calme…), par exemple.

Les études auprès des usagers et de leur entourage se sont donc généralisées dans les établissements hospitaliers français avec la mise en place de dispositifs permanents (distribution de questionnaires de sortie, mise en place de livrets d'accueil, analyse des plaintes adressées à l'hôpital par les patients ou leur entourage…) et la réalisation d'enquêtes ponctuelles de satisfaction.

L'objectif étant d'utiliser ces indicateurs (motifs des plaintes, scores de satisfaction, par exemple) comme des indicateurs de résultat de la qualité des soins.

Cependant, plusieurs conditions préalables sont indispensables pour considérer les résultats de ces enquêtes comme reflétant la « réalité » du patient et d'en déduire des actions correctives en mesure d'améliorer le point de vue de l'usager sur le fonctionnement de l'hôpital [12, 13].

Tout d'abord, il importe d'utiliser des questionnaires fiables (les résultats sont stables quand les mesures sont effectuées dans des conditions différentes) et valides (des résultats différents traduisent des variations de l'indicateur et pas uniquement l'erreur de mesure).

Pour cela il faut utiliser des outils construits selon une méthodologie rigoureuse utilisant les méthodes propres aux mesures subjectives. Le processus de validation nécessite de réaliser des enquêtes *ad hoc*. Dans un premier temps, un pool initial de questions jugées pertinentes est constitué à partir de données de la littérature et d'entretien auprès de patients. Dans un second temps, le choix des items qui feront partie de l'outil dé-

Compte tenu des délais nécessaires à la réalisation du rapport des experts, à l'examen par le Collège des dossiers, à la rédaction des rapports d'accréditation et aux divers délais réglementaires (engagement, possibilité d'observations au rapport des experts et de contestation des conclusions du rapport d'accréditation), il se passe douze à quinze mois entre l'engagement de l'établissement et la parution du compte-rendu d'accréditation sur le site Internet de l'Anaes.

Les États-Unis d'Amérique et le Canada ont mis en place l'accréditation depuis plusieurs décades. On peut s'attendre en France à ce que deux cycles (dix ans) soient au moins nécessaires pour voir une modification en profondeur du fonctionnement de l'ensemble des établissements de santé. Ces délais peuvent être jugés trop longs, bien qu'incompressibles, par les politiques (dont la durée de mandat est plus courte), les professionnels (la pérennité d'une dynamique est toujours difficile à assurer) et le public, soucieux de savoir vite où et par qui il sera le mieux soigné.

finitif est effectué en réalisant des analyses statistiques permettant de définir leur niveau d'informativité. D'autres critères de choix des questions sont également souvent retenus comme la pertinence clinique des items ou des priorités institutionnelles.

Il existe actuellement plusieurs questionnaires développés en France qui remplissent ces conditions et qui peuvent être facilement utilisés. Il s'agit d'outils génériques qui mesurent tous les aspects des soins [24] ou d'outils spécifiques n'abordant qu'un seul aspect comme l'information et les relations avec les soignants par exemple [27].

Seconde condition : choisir une méthodologie d'enquête permettant à la fois d'assurer la qualité des données (minimisation des biais) et la faisabilité des enquêtes (coût financier faible et organisation facile à mettre en œuvre).

Il importe de réaliser un échantillonnage des patients assurant la représentativité de la population sélectionnée, de définir des critères d'inclusion et de disposer d'effectifs suffisamment grands pour améliorer la précision de la mesure. Le recueil des données peut se faire pendant l'hospitalisation ou à distance. On peut utiliser des questionnaires auto-administrés, des questionnaires remplis par un tiers au cours d'une interview face à face ou téléphonique. Chacune de ces méthodes comporte des avantages et des inconvénients [12, 13, 16].

Interroger des patients sur leur lieu de soins génère en général des scores de satisfaction plus élevés que des enquêtes réalisées à distance. Seule une mesure après les soins permet d'évaluer la sortie et le suivi. Il est également probable que les sujets portent un avis plus réfléchi et nuancé après les soins que pendant ceux-ci.

Les interviews ont pour avantage de permettre une bonne standardisation des conditions de remplissage. Elles permettent d'obtenir un faible taux de non-réponse et des informations sur les non-répondants. Cependant, la présence d'un observateur peut entraîner une sous-évaluation de l'insatisfaction. Il est alors essentiel que les interviews soient réalisées par des personnes non impliquées dans la structure de soins étudiée. Il est également impératif d'informer le patient des conditions d'enquête et du respect absolu de l'anonymat.

L'auto-questionnaire assure, au regard du patient, le meilleur anonymat, il permet également de standardiser les items (il n'y a aucune interprétation extérieure des questions). Ce type d'enquête est peu coûteux et peut être réalisé à grande échelle. Néanmoins, lorsque les auto-questionnaires sont remplis à domicile, il n'y a pas de contrôle des données manquantes et le taux de non-réponses est élevé (de l'ordre de 50 %) si on ne réalise pas de relance du patient. Cependant, les scores de satisfaction des répondants sans relance sont peu différents de ceux qui répondent après des relances.

Parallèlement aux enquêtes ponctuelles de satisfaction, les établissements sont tenus de mettre en place un dispositif permanent de recueil des plaintes orales et écrites. En pratique les hôpitaux doivent organiser des permanences et des commissions de conciliation, nommer un chargé de relation avec les usagers et un médecin conciliateur, puis informer les patients de cette organisation. D'autre part, les hôpitaux sont tenus d'enregistrer toutes les plaintes, d'y répondre, de les analyser, d'informer les services concernés et de mettre en place, le cas échéant, des mesures correctrices [9]. Les plaintes représentent un événement rare et potentiellement grave qui peut être considéré comme un « indicateur sentinelle » dans le cadre d'une politique de gestion du risque puisque les plaintes peuvent aboutir à une démarche contentieuse.

Une analyse quantitative des plaintes est moins pertinente puisqu'un nombre bas de plaintes peut à la fois traduire l'absence de dysfonctionnements tout comme l'inefficacité (ou l'absence) du dispositif.

Au total, la satisfaction (ou l'insatisfaction) du patient représente un indicateur pertinent de la performance des établissements de santé dans la mesure où les outils utilisés, les méthodes et les organisations mises en place peuvent fournir des résultats fiables et induire des changements.

Parallèlement à ces enquêtes réalisées auprès de malades qui évaluent un épisode de soins spécifique, il serait intéressant d'évaluer plus généralement les besoins sanitaires de la population générale en utilisant des questionnaires de satisfaction adaptés. Ceci permettrait de disposer d'un nouvel indicateur de performance du système de soins et d'orienter une politique de réduction des inégalités (régionales, selon le profil sociodémographiques des sujets, par exemple) en tenant compte non seulement de la consommation de soins mais aussi des besoins et attentes des utilisateurs. ■

Les tutelles

Points forts

L'accréditation bénéficie d'un soutien fort de l'État : c'est lui qui l'a voulue. L'ordonnance de 1996 qui la met en place s'inscrit dans le prolongement de la loi de 1991 qui réclamait l'organisation de l'évaluation dans les établissements de santé. Cette volonté traduit sans doute une triple nécessité.

Tout d'abord, l'État remplit son rôle de garant de la qualité et de la sécurité des soins, et met naturellement en place le dispositif qui lui paraît le plus apte à les assurer.

Ensuite, à une époque où la recherche d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé est de plus en plus ardente, le coût de la non-qualité est de plus en plus perçu comme prohibitif et l'accréditation, en réduisant la non-qualité, participe indirectement à cette maîtrise.

Enfin, dans la mesure où l'État et ses structures décentralisées s'engagent dans des restructurations sources de remous, et où les contraintes économiques sont au devant de la scène, il devient impératif pour l'État de disposer d'un garant extérieur « neutre » de la qualité. Confier aux professionnels la responsabilité de définir la qualité est certainement le meilleur moyen de limiter les conflits liés aux problèmes que posera la mise en place de démarches qualité dans un contexte de contraintes économiques.

Points faibles

Une des caractéristiques principales de l'accréditation est que cette évaluation des établissements de santé est pratiquée par des pairs. La responsabilité en est donc déléguée aux professionnels. Or l'État balance entre police et pédagogie. Certaines des agences récemment mises en place disposent de missions d'inspection et de pouvoirs de police (Afssaps, Afssa). D'autres tablent sur la responsabilisation des professionnels (Anaes, EFG). On pourrait craindre que le balancier, favorisant actuellement les professionnels, revienne vers plus d'inspection et de police, ce qui risquerait d'altérer le climat de confiance nécessaire à la réussite de la démarche. Il faut cependant noter que le concept d'évaluation et d'accréditation n'est pas marqué politiquement. Née d'une ordonnance publiée sous un gouvernement de droite, l'accréditation se développe sans infléchissement sous un gouvernement de gauche.

L'État peut considérer que la progression n'est pas assez rapide, ignorant qu'il demande au système d'évoluer en quelques années là où d'autres États ont accompli cette révolution culturelle en plusieurs décades.

L'État peut enfin considérer que l'accréditation ne l'aide pas suffisamment à prendre ses propres décisions. Le processus d'accréditation est par nécessité lent : il ne permet pas de répondre à une urgence ; il n'est pas conçu comme un outil de décision pour, par exemple, prendre en urgence la décision de fermer un service ou un établissement dans lequel un dysfonctionnement majeur viendrait à être constaté.

Les professionnels

Points forts

La procédure a rencontré le soutien unanime de toutes les fédérations d'établissements de santé et de l'ensemble des organisations représentant les professionnels impliqués, qui sont représentées au Conseil d'administration de l'Anaes.

Certains professionnels sont déjà acquis au concept d'évaluation, ou déjà formés aux démarches qualité : l'accréditation, pour eux, est une évolution normale qu'ils soutiendront naturellement.

D'autres verront l'intérêt de participer à une procédure dont la responsabilité leur est confiée. Ils seront favorables au processus.

D'autres, enfin, tireront bénéfice du processus participatif qu'impose l'accréditation et en particulier la phase d'auto-évaluation. Ils peuvent devenir d'ardents défenseurs du système.

Points faibles

Le risque le plus important est que certains professionnels considèrent l'accréditation comme une couche supplémentaire du gigantesque mille-feuille réglementaire auquel ils sont soumis. Considérant qu'il suffit de satisfaire des « normes », ils ne se mobiliseront pas vraiment pour mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité. La tentation peut être également de se contenter d'écrire des procédures, sans vraiment chercher à modifier les comportements, et d'alimenter ainsi un « terrorisme de l'écrit » qui peut avoir des effets pervers.

D'autres peuvent considérer que l'accréditation, qui pousse au participatif et à une culture collégiale, remet trop en cause certaines conceptions managériales. Dans les deux cas, le risque est de voir la procédure se dévoyer.

Enfin, certains trouveront que l'accréditation ne va pas assez loin, qu'elle apprécie trop globalement le fonctionnement d'un établissement et pas assez la spécificité de leur propre métier. Ils seront peu enclins à participer.

Le public

Il est le bénéficiaire de la démarche. Sa compréhension du système et son adhésion sont donc essentiels.

Points forts

L'exigence de la population en matière de qualité ou de sécurité des soins ne fait qu'augmenter. L'accréditation, dont les comptes-rendus sont publics, satisfait les besoins de transparence et donne au citoyen la possibilité de s'exprimer sur les dysfonctionnements constatés.

Points faibles

La demande du public risque de porter sur des points précis que n'aborderont pas forcément les comptes-rendus.

Le public est certainement plus sensible à la publication de résultats qu'à la notion que les procédures sont satisfaites. L'absence actuelle d'indicateurs de résultats, la volonté affichée de ne pas transformer les résultats de l'accréditation en « hit-parade » constituent des freins à la compréhension de l'intérêt du processus.

Il faudra au moins cinq ans pour que tous les établissements satisfassent la procédure. Ce délai, incompressible, est source de frustration. La demande d'information est si forte que les diverses enquêtes ou hit-parades publiés pourraient devenir, pour le public, le standard attendu.

Perspectives

Compte tenu de ce bilan des points forts et des points faibles, il me paraît évident que l'accréditation, non seulement atteindra les objectifs actuels, mais verra sa place renforcée dans le système de soins. Il faut cependant laisser au système le temps de trouver sa place. Les divers acteurs doivent intégrer cette nouvelle donne dans leur propre système de valeurs : les tutelles trouver la place de l'accréditation dans leur processus de décision, les professionnels voir leurs préoccupations spécifiques prises en compte dans la démarche d'amélioration continue de la qualité de leur établissement, le public s'habituer à recevoir des informations officielles, de qualité, mais de style différent de ce que lui offrent d'ordinaire les médias.

Laisser du temps ne veut pas dire ne pas progresser. L'accréditation devra, dans les années à venir, couvrir les champs prévus par la loi. L'extension aux réseaux de soins est déjà prévue. La procédure elle-même doit bénéficier d'un processus d'amélioration de la qualité. En fonction des constatations du Collège, le référentiel évoluera. Le travail mené à l'Anaes, avec les professionnels, devra d'une part déterminer les indicateurs fiables témoignant de la qualité des soins dans les établissements de santé, d'autre part mesurer l'impact de l'accréditation elle-même. La réponse à cette question, non résolue actuellement, pas plus en France qu'à l'étranger, est essentielle à la crédibilité et donc à la pérennité de la procédure.

Dans un système idéal, une dynamique d'amélioration continue de la qualité s'appliquant aux structures (établissements de soins, réseaux) et un système d'évaluation des pratiques de l'ensemble des professionnels de santé devraient aboutir à ce que l'accréditation ne soit plus ressentie comme une obligation réglementaire mais comme un besoin naturel. ■

tribunes

La régulation hospitalière : quelques éléments pour un bilan

Une panoplie d'outils existe, permettant au système hospitalier de s'adapter aux évolutions de la société. Ils ne seront suffisants que si les diagnostics sont posés et si les acteurs ont les capacités et la volonté de gérer le changement

Jean-Pierre Claveranne
Professeur des universités
Martine Conci
Maître de conférences
en sciences de gestion
Université Lyon III,
Lass-Graphos CNRS

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les décrets d'application qui l'accompagnent comme les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée constituent un corpus juridique autonome poursuivant trois objectifs fondamentaux :

- améliorer la prise en charge hospitalière,
- optimiser l'offre de soins par une meilleure coordination du dispositif existant,
- maîtriser les dépenses de santé.

Pour ce faire, cet ensemble de textes s'articule autour de deux idées forces :

– inscrire et ancrer la réforme de l'offre de soins au plan régional en donnant à chaque agence régionale la mission de l'organiser, de la gérer et de la faire évoluer sur son territoire ;

– faire de chaque établissement participant à l'offre de soins un acteur responsable de son propre développement et un partenaire actif dans la réforme de l'offre de soins par l'élaboration et la formulation d'un projet d'établissement, par la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation, par l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement, condition essentielle pour la mise en œuvre d'une réponse globale du système de soins aux besoins de santé de la population.

Les instruments prévus par la loi dessinent une économie singulière et originale au sein des politiques de régulation de l'offre de soins mises en œuvre dans les pays développés.

- Instruments de type macro-économique, la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) profilent sur le territoire régional, les grandes orientations de la politique mise en œuvre, à partir des objectifs précités et de la structure de l'offre de soins existante et des différents projets des établissements.
- Instruments de type microéconomique, le projet d'établissement et à l'intérieur de celui-ci le projet médical sont les moyens par lesquels les établissements affirment et énoncent leur stratégie et leurs spécificités, compte tenu des besoins de la population, des orientations du Sros, de la nature de la concurrence à laquelle ils sont confrontés et des perspectives de développement des techniques médicales et des prises en charges*.
- Instrument de type mésoéconomique, le contrat d'objectif et de moyen est le bras séculier à la disposition des agences d'hospitalisation pour mettre en œuvre de façon contractuelle le schéma régional d'organisation en ce qu'il permet sur un territoire donné de mettre en synergie les orientations stratégiques des établissements et celles définies par le Sros. Afin de permettre une réponse graduée dans les prises en charge, des nouvelles modalités de coopération ont été mises en place, qu'il s'agisse des communautés d'établissement ou des groupements de coopération sanitaire en matière d'hospitalisation ou des réseaux de soins créés entre les établissements et la médecine de ville ou les alternatives à l'hospitalisation.
- Enfin, dernière venue dans le paysage, l'accréditation, procédure conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères, de

* Les confrontations Sros–projet d'établissement sont prévues par la loi de façon directe et indirecte, qu'il s'agisse de la mise en œuvre d'autorisations limitées dans le temps, de la possibilité de modifier le Sros à tout moment, des possibilités de réaliser des contrats tripartites entre la tutelle, l'assurance-maladie et les établissements.

référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Dès lors le pilotage du système se conjugue comme suit en théorie :

– dans un premier temps, l'agence régionale définit le cadre dans lequel chaque établissement est appelé à inscrire son action,

– dans un second temps il incombe à l'établissement d'en déduire une stratégie propre incluant des alliances et des partenariats avec les autres établissements du secteur ou la médecine de ville, se traduisant dans son projet d'établissement, et d'en négocier les grands choix avec l'agence régionale au travers du contrat,

– dans un troisième temps, l'établissement exécute ses engagements de manière autonome, en bénéficiant, s'il le respecte, des moyens prévus par le contrat,

– enfin, par le biais de visites d'accréditation, de façon indirecte et par un effet système, l'agence régionale d'hospitalisation est à même d'inciter, le cas échéant, un établissement à améliorer son offre de soins.

L'articulation carte sanitaire/Sros

Si la carte sanitaire qui délimite les secteurs sanitaires peut être considérée comme un contenant, c'est-à-dire un espace géographique délimité auquel sont affectés des indices de référence relatifs au nombre de lits et places d'hospitalisation et aux équipements lourds autorisés, le Sros en constitue le contenu. Il détermine, à l'intérieur de chaque secteur sanitaire, les objectifs de répartition géographique des activités en fonction des besoins de la population et de l'évolution des techniques médicales. Il organise également l'articulation des différents services, activités ou équipements entre eux afin de constituer des réseaux de prise en charge de qualité.

Tandis que la carte sanitaire garde pour fonction de verrouiller l'offre de soins, le Sros, appropriation par les acteurs régionaux de l'équipement et de son organisation, a pour objet de mettre cette offre de soins en réseau et de déterminer les objectifs pour une organisation équitable et cohérente de l'offre de soins.

Il y a donc à l'évidence une dialectique carte/ schéma qui se joue dans l'espace (nation-région) et dans le temps (carte : ce qui est, schéma : ce qui advient) : la carte et le schéma fonctionnent de façon récursive.

La carte ne prend tout son sens que par le schéma qui lui est associé : sans lui elle se vide d'une partie de sa finalité, sans elle le schéma ne peut advenir. Preuve est donnée de cette récursivité dans l'élaboration simultanée par de nombreuses régions de la carte et du schéma.

L'articulation carte sanitaire/Sros/projet

La carte et le Sros constituent la matrice dans laquelle les projets d'établissement doivent se mouler. La carte, le Sros et le projet d'établissement entretiennent, eux aussi, des relations récursives :

- comme le précise la loi, la carte sanitaire et le Sros sont établis à partir d'une analyse qui tient compte des projets d'établissement approuvés,
- de même, le projet d'établissement arrêté par un établissement doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.

Sros et projet ne peuvent se penser indépendamment l'un de l'autre. Établis à des périodes différentes pour une durée de cinq ans, leur articulation oblige chacun des acteurs, agences régionales d'hospitalisation ou établissements hospitaliers, à un exercice de logique qui n'est pas sans poser problème dans un univers où l'on voudrait que la circulaire dicte chacun des pas.

Le contrat d'objectifs et de moyens, résultante de l'articulation carte sanitaire/Sros/projet

Les ordonnances d'avril 1996 ont mis en œuvre les contrats d'objectifs et de moyens qui remplacent le dispositif contractuel défini par la loi de 1991 qui prévoyait deux types de contrats :

- les contrats pluriannuels tripartites non obligatoires entre tutelle, organismes d'assurance-maladie et établissements publics et privés,
- les conventions à durée déterminée bipartites obligatoires entre l'assurance-maladie et les établissements privés. Il apparaît que le lien entre les deux logiques passe par la définition des contrats pluriannuels comme mise en œuvre, dans le temps, des schémas et des autorisations.

Ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et ils définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé.

Les contrats d'objectifs et de moyens sont à tout le moins au plan théorique l'outil opérationnel au service d'une politique régionale de régulation de l'offre de soins en ce qu'ils permettent aux agences de mettre en œuvre le Sros par la négociation avec les établissements mais aussi par la contrainte des financements globaux ou spécifiques. Enfin ces contrats d'objectifs et de moyens, lorsqu'ils reposent sur des indicateurs précis et pertinents, constituent les tableaux de bord permettant d'évaluer tant la réalisation des engagements pris par les établissements que par les agences régionales.

Le jeu déconnecté de l'accréditation

La procédure d'accréditation est pour l'instant déconnectée des articulations précédentes, l'ordonnance ne prévoyant la saisine de l'ARH par le directeur de l'Anaes que dans des cas graves de non-respect de la sécurité.

Il y a lieu de parier que, pour les années à venir, par le jeu d'un effet système, les résultats des procédures d'accréditation seront au cœur des négociations des contrats d'objectifs et de moyens, tant à l'initiative des établissements qui tenteront de négocier les bons résultats obtenus ou de demander des moyens supplémentaires afin de pouvoir corriger les dysfonctionnements mis en œuvre par les visiteurs de l'Anaes, qu'à l'initiative de l'agence qui pourra prendre appui sur les conclusions de l'Anaes au nom du principe de précaution pour imposer ses vues de façon autoritaire.

À l'issu des vingt années de propositions législatives, de réglementations et de mises en œuvre, la France dispose d'une panoplie d'outils lui permettant, tant sur le plan technique que sur le plan théorique, de réussir les mutations qu'entraîne pour le système hospitalier et le système de soins, l'évolution des technologies, des pratiques médicales, de la médecine et des droits des patients. Encore faut-il qu'à tous les niveaux, tant à celui des ARH que des établissements ou que du politique, les acteurs qui ont en charge le changement aient le courage de poser les diagnostics, qu'ils aient les capacités d'élaborer des visées et les marges de manœuvre politique pour le réaliser. ■

Les conférences régionales de santé, ou la politique régionale de santé désarmée

Si les conférences régionales de santé participent à l'élaboration d'une politique régionale de santé publique, elles se heurtent au cloisonnement des acteurs et à la disparité des décideurs et des financements

Didier Vinot
Maître de conférences
en sciences de gestion,
Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS

Les conférences régionales de santé (CRS) ont presque 5 ans. À ce stade de leur mise en place, une analyse s'impose pour savoir comment elles ont pu structurer une amorce de politique de santé publique au sein des régions. Or, en tant que telles, les conférences régionales de santé sont condamnées à évoluer. Comme instrument de concertation autour des priorités de santé d'une région, elles s'inscriront dans le vaste mouvement actuel consistant à recueillir la paroles des acteurs du système de santé avant toute prise de décision autour d'un vaste *conseil* régional en santé. Comme instrument d'une politique de santé, elles verront leur composition se réduire à un *comité* de pilotage de la santé publique régionale, armé d'une autonomie suffisante pour réaliser sa politique.

Bref historique des conférences régionales de santé

Trois mouvements doivent être dissociés dans l'histoire des conférences régionales de santé.

- Le premier temps, 1991-1995, est la période des idées et des expériences. Les CRS n'ont alors, essentiellement, qu'une mission au niveau régional d'exécution et de déclinaison d'un plan national. L'histoire initiale des conférences régionales se confond avec deux idées-forces, celle de la régionalisation et celle d'une volonté programmatique. En 1995, la première conférence est organisée à Strasbourg sans recevoir un accueil retentissant. Elle est alors considérée comme étant un lieu où l'on se doit de « *décliner au niveau régional les priorités nationales de santé publique* ». Dans le droit-fil des orientations définies par le HCSP, les conférences régionales de santé jouent un rôle de courroies de transmission « up-bottom », reproduisant un schéma classique où un rapport vertical s'impose de haut en bas. Parallèlement, dès 1995, trois régions se portent volontaires pour expérimenter la démarche d'élaboration de « programmations stratégiques d'actions de santé ». En 1996, huit nouvelles régions rejoignent l'expérimentation, élaborant onze nouveaux programmes, desquels naîtront bientôt les projets (puis programmes) régionaux de santé. Ces PRS constituent déjà un succès conceptuel et sont considérés comme devant être l'un des aboutissements des CRS.
- Dans un deuxième temps, de 1995 à 1996, l'histoire des conférences se confond avec leur institutionnalisation. Cette reconnaissance légale procède de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins*. Aux termes de l'ordonnance, les CRS participent à *la détermination d'une politique régionale de santé publique axée sur les besoins de la population.* À cette époque, la lecture faite des compétences des conférences est toute centrée sur la préparation de la loi de financement de la Sécurité sociale et sur le « processus bottom-up » quelle entraîne. Elles demeurent pourtant toujours des courroies de transmission, mais, cette fois-ci, de leurs propres problématiques de santé.
- Dans un troisième temps, de 1996 à 2000, l'administration et les acteurs prennent possession de ce nouvel outil et le forgent à leurs idées. Les conférences deviennent alors autant des interfaces entre le niveau national et régional, que des entreprises à penser des projets régionaux de santé. Cette dou-

* *JO* du 25 avril 1996, p. 6311.

ble obligation, cette double compétence, ce double pouvoir rendent difficile l'appréhension claire de leurs missions.

Quatre questions conceptuelles majeures émergent de la pratique des conférences de santé : le dispositif semble répondre à une double finalité, le statut des recommandations émises par les conférences n'aura pas la même légitimité pour chaque institution régionale, l'efficacité de ce type de dispositif doit être interrogée, et, enfin, l'intégration de l'usager y est problématique.

Un dispositif avec un double finalité

Au niveau local, elles sont confrontées à des obligations dichotomiques, prises en tenaille entre leur mission de bilan, d'évaluation et celle de définition de priorités. En un laps de temps très restreint, elles se doivent de réaliser des travaux conséquents et ardus sans liens directs entre eux. Cette double attribution des conférences fait autant leur richesse qu'elle concourt à leur difficile appréhension intérieure et extérieure. Pour sa bonne tenue et son émulation, il est nécessaire que l'amont de la conférence soit rigoureusement préparé. La construction méthodologique, notamment en ce qui concerne la diffusion d'informations et de travaux préparatoires, est actuellement insuffisante. Plus généralement, c'est la question de la continuité amont et aval de la conférence qui est posée. Il s'agit, autrement dit, de rendre cohérentes entre elles les activités des ateliers de préparation, du jury et du comité permanent de la CRS.

Au niveau national, elles se doivent de nourrir les travaux de la Conférence nationale de santé (CNS) et s'approprier ses priorités. Les CRS se voient là encore parées d'une double charge qui peut être préjudiciable à leur efficacité, d'autant que leurs marges de liberté vis-à-vis des priorités de la CNS ne sont pas clarifiées. Enfin, toute démarche de synthèse nationale des priorités régionales encourt par nature le risque de dénaturer les dynamiques locales en les transformant en autant de disparités.

Un statut ambigu des recommandations émises par les conférences

En établissant un cadre de débat, d'écoute et d'action, les conférences régionales de santé ont poursuivi un objectif majeur : permettre une meilleure prise en compte des problèmes de santé au niveau régional. Elles constituent une base d'informations à vérifier, adapter aux situations de terrain, à comparer à d'autres acquis et à compléter.

Pour qu'une action aboutisse, il faut qu'elle réponde aux caractéristiques du milieu dans laquelle elle s'inscrit. Or, on peut constater que trop souvent les projets d'action des conférences régionales sont entrepris et que certains « meurent » avant d'être arrivés à maturité faute d'avoir pu trouver un accueil favorable au niveau des moyens. À ce stade, la démarche des conférences régionales doit répondre à la question de la hiérarchisation des objectifs et des moyens. Cette question doit être rapportée à celle de la temporalité des conférences de santé : leur rythme annuel leur permet certes de renforcer leur capacité évaluative des actions de santé, mais vient heurter les priorités de santé elles-mêmes, par essence pluriannuelles, et qui sont déclinées dans des programmes de santé d'une durée de cinq ans.

L'efficacité des conférences en question

L'efficacité des conférences est sujette à de nombreuses interprétations divergentes. Il est néanmoins reconnu qu'elles ne remplissent pas toutes leurs potentialités. Trois raisons peuvent l'expliquer :

- la première concerne les composants d'un problème de santé sur lesquels les conférences régionales veulent agir. La complexité des sujets des travaux ne peut pas raisonnablement faire l'objet d'une intervention directe. L'exemple de l'accessibilité des soins et la précarité qui influencent l'évolution d'un problème de santé est à cet égard frappant ;
- la seconde est en prise avec la difficile appréhension d'une multiplicité de facteurs qui influent sur les conférences, comme la divergence des thématiques, la difficile gestion des personnels, la contradiction des visions interstructures, l'organisation du dispositif, le pouvoir des institutions, les cloisonnements des acteurs et, enfin, l'illusion perdue des « besoins universels ». C'est dans ce maquis où s'inscrivent les conférences que se trouvent les principales limites et les difficultés les plus préoccupantes pour leur avenir ;
- la troisième est constituée par la détermination du mode de définition des priorités et par le temps de leurs applications. Puisque les conférences ne bénéficient pas en elles-mêmes de pouvoirs de contrainte au regard de la mise en œuvre effective de leurs priorités, elles devraient s'attacher avec rigueur à la construction méthodologique de ces dernières, notamment en les précisant temporellement et spatialement.

Le problème de l'intégration de l'usager, du citoyen, et/ou des associations

Il est important, actuellement, pour les politiques et l'administration, de fonder leur démarche de santé publique sur la « démocratie sanitaire ». Or les usagers, les citoyens et les associations semblent être tour à tour les pivots de cette fine connaissance des besoins de la population. Les conférences se trouvent confrontées au problème de savoir quelle voix retenir.

Est-ce la voix de l'usager, de celui qui utilise des services de santé ? Dès lors, doit-on restreindre la faculté d'intervention aux seules personnes malades, que celles-ci soient des citoyens, des mineurs, des incapables, des personnes privées de droits civiques, des étrangers en situation irrégulière ? La notion d'usager ainsi comprise semble plus pertinente afin de déterminer les besoins en matière de santé. Elle l'est tout autant pour l'évaluation concrète des services.

Est-ce la voix des associations qui représentent des intérêts particuliers, le plus souvent d'une communauté de malades ? On peut alors, à bon droit, se demander si l'on ne représente pas là encore les seuls usagers réels aux dépens des usagers potentiels. De même, on risque de saisir une image tronquée de la réalité en ciblant les priorités sur des besoins qui frappent les esprits — sida, personnes démunies, cancers. Dans le dispositif actuel, les associations y participent mais avec des modes d'intervention différents : statutaires ou invitées par le préfet, présentes ou non dans les comités de travail.

Est-ce enfin, la voix du citoyen titulaire juridiquement d'un pouvoir d'influence sur la volonté étatique par le filtre de son droit de vote ? Il faut, en matière d'intégration directe de la parole du citoyen au sein des CRS, ou plutôt d'un citoyen parmi d'autres, être très précautionneux. Le risque est grand qu'un tel processus soit appréhendé comme démagogique ou soit vulgarisé à un simple effet d'annonce.

Ainsi, si les conférences régionales de santé ont pleinement leur place dans le dispositif régional, reste que la disparité des outils de décision et de financement, mais aussi la variété des acteurs conduisent les conférences à être, à ce jour, des visionnaires paralytiques en attente d'un exécutif unifié. ■

tribunes

Du mauvais usage de la démographie médicale pour réguler l'offre de soins

Le seul contrôle la démographie médicale ne permet pas d'adapter l'offre à la demande de soins. Cette approche uniquement quantitative ne tient pas compte de l'évolution de l'exercice et des pratiques en matière médicale.

Yann Bourgueil
Médecin, enseignant-chercheur,
Groupe Image-ENSP
Magali Robelet
Doctorante en sociologie,
Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS

L'un des leviers de la politique de santé est l'action sur la quantité de médecins en exercice, considérée comme le déterminant premier de l'offre de soins. La manipulation de la démographie médicale permettrait de remplir un triple objectif d'équité (réduction des inégalités géographiques de densité médicale), d'efficacité (meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins) et de maîtrise des dépenses de santé. La régulation de l'offre de médecins peut s'effectuer à l'entrée des études médicales (par un *numerus clausus*, comme l'a adopté la Belgique en 1999), à l'entrée du marché du travail (comme en Allemagne où la liberté d'installation a été récemment réduite) ou à la sortie du marché du travail (comme au Québec où les mesures d'incitation à la cessation anticipée d'activité ont eu un tel succès que des situations de pénurie sont apparues dans les hôpitaux !). Des mesures sont également prises pour mieux répartir l'offre médicale sur de larges territoires (États-Unis, Canada) et/ou pour limiter la concentration de la population médicale dans les centres urbains et éviter les inégalités dans l'accès aux services de soins de proximité (politique à l'œuvre en Grande-Bretagne, et réflexions en ce sens en France*).

En France, les deux principaux outils de la politique de régulation de l'offre médicale sont le *numerus clausus*, instauré en 1971, qui détermine le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales en seconde année de médecine et le nombre de postes ouverts par grandes disciplines au concours de l'internat en sixième année de médecine. La cohérence de la politique est garantie par le recours à un ensemble de données statistiques permettant de décrire la population médicale (essentiellement répartition en spécialités et pyramide des âges) et de mener des projections démographiques.

Face aux déséquilibres persistants aujourd'hui entre l'offre, les besoins et les ressources disponibles, peut-on envisager une politique qui agirait non plus sur les quantités mais sur l'organisation du travail dans le système de soins ?

Les aléas du *numerus clausus* ou les impasses d'une gestion de l'offre médicale par les quantités

La création du *numerus clausus* répond à la fois au souci des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé en limitant la croissance de l'offre de soins et aux craintes des médecins d'une « pléthore médicale » qui renforcerait la concurrence entre eux (comme ce fut le cas en Belgique jusqu'à l'adoption du *numerus clausus*). En outre, en se substituant à un encadrement des actes et des revenus médicaux, l'action sur la démographie médicale permet de conserver un mode de rémunération à l'acte et de garantir un revenu satisfaisant à la profession.

Le *numerus clausus* a diminué de 8 600 en 1971 à environ 4 000 depuis la fin des années quatre-vingt, ce qui n'a pas empêché la population médicale de passer de 60 000 en 1970 à 193 200 en 1999. L'impact du *numerus clausus* sur la réduction des inégalités géographiques de densité médicale semble positif puisque, si la hiérarchie des densités régionales reste identique, l'écart entre les régions surmédicalisées et les régions sous-

* Telles sont les orientations proposées à l'issue d'une enquête menée par les Urcam, consultable sur http://www.urcam.org.

médicalisées s'est réduit (il est passé de 2,4 à 1,7 de 1968 à 1998).

La politique du *numerus clausus* a conduit à un vieillissement du corps médical (la moyenne d'âge est de 45,5 ans). Une baisse des effectifs médicaux interviendra donc aux environs de 2010 pour atteindre, selon les hypothèses sur l'évolution du *numerus clausus*, entre 130 000 et 170 000 médecins d'ici 2020.

Des situations de « pénurie » (c'est-à-dire forte diminution d'effectif, à organisation du travail inchangée et demande de soins supposée croissante) sont à prévoir dans certaines spécialités comme l'anesthésie-réanimation (dont l'effectif passerait de 8 200 en 1999 à 7 000 en 2015) ou la gynécologie-obstétrique. Les experts proposent de revoir le nombre de postes d'internat dans ces spécialités (rapport Nicolas, février 1998). Il s'agit donc de reproduire à l'identique la structure de l'offre de soins.

L'action sur la seule quantité de médecins en exercice atteint des limites.

- Elle peut être contournée par le comportement des médecins qui disposent de la liberté d'installation (ainsi la région Paca, traditionnellement attractive, connaît une densité supérieure à celle qui résulterait de la stricte application du *numerus clausus*).
- Elle ne répond pas d'abord aux besoins en soins de la population mais aux besoins en personnel des établissements, en particulier universitaires, dont les chefs de service les plus influents parviennent à orienter le nombre de postes d'internat en leur faveur.
- Elle ne prend pas en considération la diversité des pratiques médicales et des modes de coordination des soins. L'indicateur « densité médicale » repose sur un modèle particulier de répartition des tâches marqué par la spécialisation et par un mode urbain de consommation médicale, fort différent des pratiques professionnelles observables en milieu rural ou dans les petites villes.
- Elle occulte de nombreux déterminants, non quantitatifs, de l'offre de soins (féminisation de la profession médicale, exigences de qualité de vie des jeunes médecins, émergence de nouveaux métiers, notamment autour de la coordination et de la gestion de l'information) qui permettraient de repenser la place de la démographie médicale dans les politiques de santé tout en adaptant mieux l'offre à la demande de soins.

Il existe des marges de manœuvre permettant d'agir sur l'offre de soins sans agir sur la démographie médicale.

Le temps de travail des professionnels de santé peut être un levier de régulation de l'offre de soins plus adapté que le nombre de médecins. Plusieurs modèles étrangers d'estimation des besoins s'appuient sur le temps médical nécessaire ou disponible pour anticiper le nombre de professionnels à former. On sait par exemple que les femmes médecins effectuent environ 60 % des actes des hommes et qu'elles sont nombreuses à exercer à temps partiel (c'est également le cas pour les infirmières). Sachant que la profession médicale se féminise, l'évolution du temps de travail des femmes sera un déterminant important de l'offre de soins.

Une autre gestion des ressources humaines médicales est possible

On peut penser également à une réorganisation du travail entre les professionnels de santé. Plusieurs rapports récents (rapport Brocas sur les professions paramédicales en février 1999, rapport Castaigne pour la Cnamts en février 2000) évoquent des possibilités de substitution entre médecins et professions médicales pour les soins primaires (entre médecins et infirmiers, ophtalmologistes et orthoptistes, obstétriciens et sages-femmes…). Ainsi, le BHP (Bureau of Health Professions), qui suit l'évolution des ressources humaines du système de santé américain, à élaboré un modèle d'estimation des besoins médicaux intégrant de nombreuses variables parmi lesquelles des taux de substitution de l'activité médicale entre professionnels de santé pour les soins primaires.

D'un point de vue plus macro-économique, l'évolution de la démographie médicale peut être l'occasion de réfléchir à de nouveaux modes de coordination entre médecine de ville et hôpital, comme le fait le rapport Choussat sur la démographie médicale (1996). En effet, les effectifs libéraux connaîtront une baisse plus forte que les effectifs hospitaliers, de sorte qu'il faudra organiser différemment les prises en charge dans certaines pathologies.

Ces propositions abordent des questions de compétence et de pouvoir qui remettent en cause les hiérarchies actuelles entre professionnels de santé. La politique actuelle de gestion des ressources humaines médicales occulte totalement ce que les Anglais appellent la *grey zone*, cet espace de répartition des tâches négociée au cas par cas entre les différents professionnels devant s'ajuster autour d'un même malade. Dans quelle mesure pourra-t-on continuer à feindre de ne pas voir les transformations de la pratique médicale et du système de soins en continuant à proposer un peu plus ou un peu moins de médecins là où c'est un difficile travail de redéfinition de la place des uns et des autres qui est en jeu ?

bibliographie

1. Baumard P. *Organisations déconcertées : la gestion stratégique de la connaissance*. Paris : Masson, 1996.
2. Bréart G. « Vingt ans d'épidémiologie périnatale. Le point de vue de l'épidémiologiste ». *Rev. épidem. santé publ.*, 1996 ; 44 : 604-607.
3. Cassou B., Schiff M. *Qui décide de notre santé : le citoyen face aux experts*. Paris : Syros, 1998, 267 p.
4. « De l'incidence des technologies nouvelles, informatique et communication, sur les organisations : pour une réflexion dans les hôpitaux ». *Gestions hospitalières*, n° 130, août-septembre 1996, pp. 550-560.
5. Donabedian A. « The quality of care : how can it be assessed ? » *Jama*, 1988 ; 260 : 1743-1747.
6. Drees. *Études et résultats : Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1er janvier 1999*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, décembre 1999.
7. Dubois R. W., Rogers W. H., Moxley J. H. *et al*. « Hopital inpatient mortality : is it a predictor of quality ? » *N. Engl. J. Med.*, 1987 ; 317 : 1674-1680.
8. Dunkerley D., Glasner P. « Empowering the public ? Citizen's juries and the new genetic technologies ». *Critical Public Health*. 1998 ; 8 [3] : 181-192
9. Dupond M., Calinaud C. *Les Réclamations à l'hôpital : écouter, informer orienter*. Paris : Doin, 1999.
10. Dussaucy A., Viel J.-F., Mulin B., Euvrard J. « L'outil PMSI : biais, sources d'erreur et conséquences ». *Rev. épidém. et santé publ*, 1994 ; 42 : 345-358.
11. Garnick D., Hendricks A., Comstock B. « Measuring quality of care : fundamental information from administrative datasets ». *International Journal for Quality in Health Care*, 1994 ; 6, 2 : 163-177.
12. Gasquet I., Lairy G., Ravaud P. « Mesure de la satisfaction des patients ». *In* Matillon Y., Durieux P. *Évaluation médicale : du concept à la pratique*. Paris : Flammarion, coll. *Médecine-science*, 2000.
13. Gasquet I. « Satisfaction des patients et performance hospitalière ». *Presse médicale* 1999 ; 29 : 1610-1616.
14. Giraud A. « L'expérience de l'Oregon ». In *Accès aux soins et justice sociale. Journées d'éthique médicale Maurice Rapin*. Paris : Flammarion, coll. *Médecine-science*, 1997.
15. Iezzoni L., Foley S., Daley J., Hughes J., Fischer E., Heeren T. « Comorbidities, complications and coding bias. Does the number of diagnosis codes matter in predicting in-hospital mortality ? » *Jama*, 1992 ; 267, 16 : 2197-2203.
16. Labarere J., Francois P., Bertrand D., Fourny M., Olive F., Peyrin J.-C. « Evaluation of inpatient satisfaction. Comparison of different survey methods ». *Presse médicale*. 2000 ; 29 : 1112-1114.
17. Lebas J., Chauvin P. *Précarité et santé*. Paris : Flammarion, 1998.
18. Lenay O., Moisdon J.-C. « Croître à l'abri de la gestion ? Le cas du système hospitalier public français ». *Cahiers de recherche du Centre de gestion scientifique de l'École des mines de Paris*, n° 17, octobre 2000.
19. Letourmy A., Naiditch M. « L'information des usagers sur le système de soins : rhétorique et enjeux ». *Revue française des affaires sociales*, avril-juin 2000.
20. Lombrail P. « Accès aux soins ». *In* Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (sous la dir.). *Les Inégalités sociales de santé*. Paris : Inserm-La Découverte, 2000 : 403-418.
21. Naiditch M., Bremond M. « Réseaux et filières en périnatologie. Définitions, typologie et enjeux ». *J. Gynécol. obstet. biol. reprod.*, 1998, 27, 52-61.
22. Papiernik E. « Les différentes modalités d'organisation de soins périnataux en fonction du contexte de la démographie et des contraintes budgétaires ». *J. Gynécol. obstet. biol. reprod.*, 1998, 27, 76-84.
23. Polanczyk C. A., Rohde L. E., Philbin E. A., Di Salvo T. G. « A new casemix adjustment index for hospital mortality among patients with congestive heart failure ». *Med Care Rev*, 1998 ; 36, 10 : 1489-1499.
24. Pourin C., Tricaud S., Thiezard F., Barberger-Gateau P. « Élaboration et validation d'une méthode de mesure de la satisfaction des patients : l'expérience Saphora- MCO ». *Gestions hospitalières*, 1999 ; 388 : 480-491.
25. Rabeharisoa V., Callon M. *Le pouvoir des malades : l'AFM et la recherche*. Paris : La Presse de l'École des mines, 1999, 181 p.
26. Rosenthal G. E., Shah A., Way L.E., Harper D.L. « Variations in standardized hospital mortality rates for six common medical diagnoses : implications for profiling hospital quality ». *Med Care Rev*, 1998 ; 36 : 7, 955-964.
27. Salomon L., Gasquet I., Mesbah M., Ravaud P. « Construction of a scale measuring patients' opinion on quality of care ». *International Journal of Quality in Health Care*, 1999 ; 11 : 507-516.
28. Sauze L., Coudert H., Gardel-Coudert C., Brunel M., Foltzer C. « Analyse de l'activité hospitalière : production/performance des indicateurs dérivés du PMSI ». *Journal d'économie médicale,* 1997 ; 7-8 : 517-527.
29. Vedelago F. « L'usager comme atout stratégique de changement dans le système de santé ». *In* Cresson G., Schweyer F. X. (sous la dir.) *Les Usagers du système de soins*. Rennes : Ed ENSP, 2000.

adresses utiles

Anaes
159, rue Nationale
75640 Paris Cedex 13
www.anaes.fr

Credes
1, rue Paul-Cézanne
75008 Paris
Téléphone : 01 40 76 82 00
www.credes.fr

Département d'information médicale des hospices civils de Lyon
162, avenue Lacassagne
69003 Lyon

Université Lyon III
Lass-Graphos CNRS
18, rue Chevreul
69007 Lyon
Téléphone : 04 78 78 75 81

Groupe Image
Antenne ENSP
Hôpital des Convalescents
14, rue du Val-d'Osne
94410 Saint-Maurice
Téléphone : 01 43 96 64 18

La mortalité des jeunes en Île-de-France

Philippe Pépin
Démographe, chargé d'étude
Isabelle Grémy
Médecin épidémiologiste, chargée d'étude
ORS Île-de-France

L'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France a réalisé une étude sur les décès des jeunes de 10 à 29 ans de sa région. La mortalité, plus faible que dans les autres régions, reste supérieure à celle des autres pays européens.

La santé des jeunes est un thème essentiel de société. C'est un sujet pourtant peu étudié et relativement mal connu. Les troubles de comportement et les problèmes de délinquance chez les adolescents sont en effet beaucoup plus souvent abordés que les problèmes somatiques de cette population *a priori* en bonne santé. Cependant chaque année, en Île-de-France, 1 500 jeunes âgés de 10 à 29 ans décèdent. Afin de mieux connaître les caractéristiques de ces décès, leurs causes, les évolutions en cours et pour comparer la situation régionale à la situation nationale, l'ORS a réalisé une étude de la mortalité chez les jeunes Franciliens.

Pendant la période 1995 à 1997, 1 576 Franciliens âgés de 10 à 29 ans sont décédés en moyenne chaque année. L'analyse de la mortalité dans chacun des groupes d'âges quinquennaux constituant cette population et la confrontation des résultats régionaux à ceux de la France permettent de dégager trois grandes caractéristiques de la mortalité des jeunes Franciliens.

La forte surmortalité masculine

À chaque âge, depuis la naissance jusqu'aux âges les plus avancés, le risque de décéder des hommes est supérieur à celui des femmes. Mais jamais la différence n'est autant marquée que pendant l'adolescence et le début de l'âge adulte, période de la vie pendant laquelle la mortalité des hommes est deux à trois fois supérieure à celle des femmes. Conséquence de cette surmortalité masculine, les 1 576 Franciliens décédés chaque année entre 1995 et 1997 se répartissent en 1 103 décès de sexe masculin (70 % du total) et 473 décès de sexe féminin (30 % du total).

Les données de mortalité

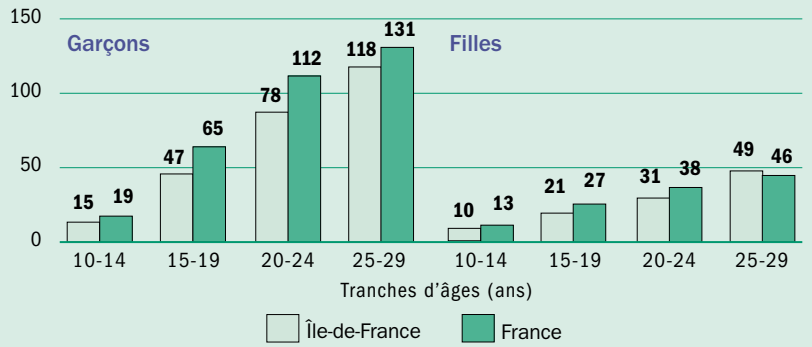
La survenue d'un décès doit être constatée par un médecin et donne lieu à une déclaration obligatoire. Selon une procédure qui préserve l'anonymat de la personne décédée, le bulletin de décès comportant la ou les causes du décès ainsi que diverses informations socio-démographiques concernant la personne est transmis à l'Inserm, au Service d'Information sur les causes médicales de décès (service commun 8), qui assure la codification de chaque décès selon la classification internationale des maladies (CIM 9e révision). L'ensemble de ces données permet à l'Inserm d'établir les statistiques des causes de décès en France. Dans le cadre de cette étude, l'ORS a exploité les fichiers des décès domiciliés en Île-de-France des périodes 1981 à 1983, 1988 à 1990 et 1995 à 1997 fournis à la Fédération nationale des ORS (Fnors) par le Service commun 8 de l'Inserm.

L'accroissement rapide de la mortalité entre 10-14ans et 25-29 ans

La mortalité augmente considérablement entre l'enfance et l'âge adulte. Pour le sexe féminin, le taux de mortalité est multiplié par cinq entre 10-14 ans et 25-29 ans (de 9,9 décès pour 100 000 chez les 10-14 ans à 49 chez les 25-29 ans), pour le sexe masculin, le taux est multiplié par huit (de 14,8 décès pour 100 000 chez les 10-14 ans à 117,8 chez les 25-29 ans) ! Pour les deux sexes, le nombre annuel de décès est aussi important dans la tranche d'âge 25-29 ans (778 décès) que dans les trois autres tranches d'âges regroupées (797 décès) (figure 1).

figure 1

Taux de mortalité en 1995-1997 (nombre de décès annuels pour 100 000 personnes) par âge, sexe et lieu d'habitation



Source : Insee-Inserm, Exploitation ORS Île-de-France

La sous-mortalité des jeunes Franciliens

Dans chacune des tranches d'âges et pour les deux sexes, sauf chez les femmes de 25-29 ans, le taux de mortalité francilien est inférieur à celui de la France. Chez les hommes de 20-24 ans, par exemple, le taux de mortalité francilien est de 78 décès pour 100 000 alors qu'il atteint 112 pour 100 000 en France, soit une sous-mortalité de 30 % dans la région.

Les accidents, principales causes de décès chez les jeunes

La classification internationale des maladies distingue plusieurs centaines de causes de décès. Mais l'analyse des causes de mortalité des adolescents et des jeunes adultes montre qu'un tout petit nombre de causes est responsable d'une grande partie des décès survenant à ces âges.

Chez les 10-14 ans, deux causes sont particulièrement importantes : les accidents, responsables de 35 % des décès dans cette classe d'âges (dont la moitié par accident de la circulation) et, dans une moindre mesure, les tumeurs.

Chez les 15-19 ans, les accidents sont responsables de plus de la moitié des décès masculins et de 35 % des décès féminins. Les cancers constituent toujours la seconde cause de décès. S'y ajoutent les suicides, responsables de 7 % des décès masculins et de 10 % des décès féminins dans cette tranche d'âges.

Chez les 20-24 ans, d'autres causes de mortalité apparaissent ou progressent comme les suicides dont la part atteint 15 % des décès masculins et 12 % des décès féminins. Par ailleurs, plus de 20 % des décès survenant dans cette classe d'âges sont codés dans la rubrique « cause inconnue ».

Chez les 25-29 ans, la part des accidents et des tumeurs diminue encore. D'autres causes de décès, notamment le sida et le suicide, prennent de l'importance tant chez les hommes que chez les femmes. Mais l'analyse des causes de décès dans cette classe d'âges souffre du fait que, comme chez les 20-24 ans, plus de 20 % des décès sont enregistrés sous la rubrique « cause inconnue » (voir encadré ci-contre).

En Île-de-France

L'analyse des causes de mortalité chez les jeunes Franciliens met en évidence le poids élevé des accidents et notamment des accidents de la circulation. Pour un enfant de 10 ans comme pour un adulte de 29 ans, en effet, l'accident représente le principal risque de décéder. Pourtant ce risque est moins élevé en Île-de-France

À propos des résultats

Présentation des résultats

L'analyse de la mortalité et de ses causes chez les jeunes de 10 à 29 ans est menée sur chacun des groupes d'âges quinquennaux constituant cette population. En effet, le niveau de mortalité et les causes de décès évoluant fortement, une analyse pertinente ne pouvait être réalisée sur la population des 10-29 ans dans son ensemble.

Les précautions nécessaires pour interpréter les résultats

Cependant, même sur des classes d'âges de cinq ans (donc relativement homogènes devant la mort), l'analyse des causes de mortalité se révèle délicate en raison, d'une part, des faibles effectifs en présence (notamment chez les 10-14 ans et les 15-19 ans et notamment chez les filles) et, d'autre part, en raison de l'importance de la rubrique « cause inconnue » chez les 20-24 ans et les 25-29 ans.

L'importance de cette rubrique résulte du sous-enregistrement des morts violentes, notamment des suicides dans la région. Les dossiers des décès « suspects » par mort violente sont transmis aux instituts médico-légaux mais, compte tenu du secret de l'instruction, ceux-ci ne retournent pas à l'Inserm l'information concernant la cause de décès des sujets qui leur sont confiés. En l'absence d'une cause précise, l'Inserm code alors ces décès à la rubrique « cause inconnue » de la Classification internationale des maladies.

Les difficultés d'interprétation déjà réelles dans l'analyse régionale sont bien sûr accentuées dans les analyses départementales, car les effectifs sont encore plus faibles et le sous-enregistrement des morts violentes variable d'un département à l'autre.

qu'en province et cette sous-mortalité accidentelle constitue une des principales spécificités de la mortalité dans la région. Toutefois, la situation régionale recouvre d'importantes disparités qu'une analyse départementale par tranche d'âges permet de préciser.

Chez les 10-14 ans

Les disparités infra-régionales de la mortalité sont très importantes dans cette tranche d'âges, puisque entre les départements franciliens les mieux placés et les plus mal placés, le taux de mortalité masculin varie du simple au double et le taux féminin du simple au triple. Toutefois, ces disparités reposent sur des effectifs trop faibles pour être significatives.

Chez les 15-19 ans

Les disparités sont également très fortes dans cette tranche d'âges. Pour les garçons, la situation apparaît beaucoup plus favorable dans le centre de la région (Paris et proche couronne) qu'en périphérie, en raison d'une moindre mortalité accidentelle dans ces départements fortement urbanisés.

Chez les 20-24 ans

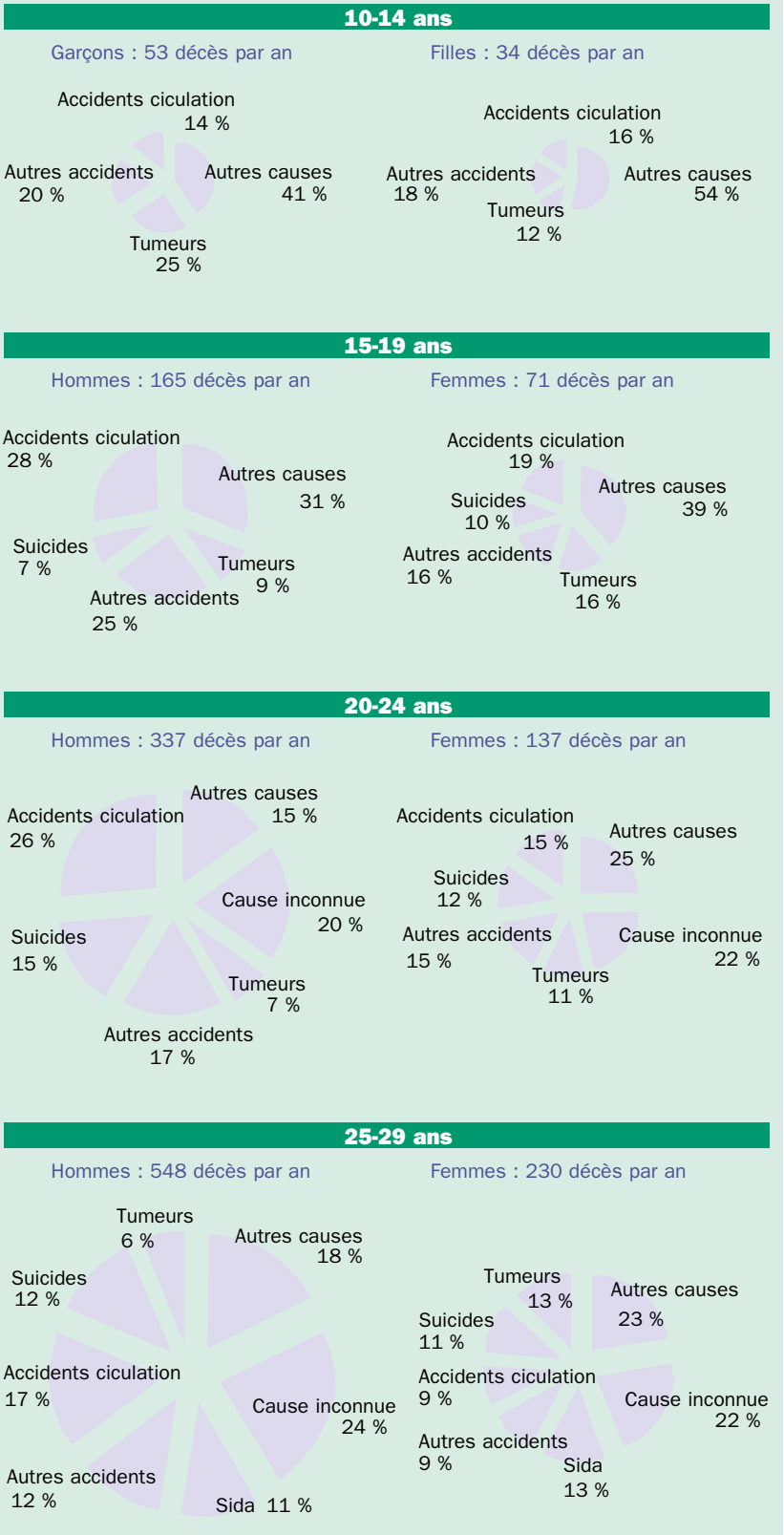
Les disparités observées chez les garçons de 15-19 ans, allant dans le sens d'une moindre mortalité dans le centre de la région, tendent à se préciser chez les jeunes de 20-24 ans des deux sexes. Là encore, les différences du taux de mortalité s'expliquent essentiellement par le niveau de la mortalité accidentelle. C'est d'ailleurs la forte mortalité accidentelle (notamment par accident de la circulation) qui explique la situation très défavorable de la Seine-et-Marne, département qui présente un niveau de mortalité nettement supérieur à la moyenne régionale mais aussi supérieur à la moyenne nationale pour les deux sexes dans cette classe d'âges.

Chez les 25-29 ans

La situation francilienne, particulièrement bonne par rapport à la moyenne nationale dans les tranches d'âges inférieures, apparaît beaucoup moins favorable dans cette classe d'âges, notamment chez les femmes. Par ailleurs le caractère urbain, qui semble protecteur chez les jeunes âgés de 15-19 ans et plus encore chez ceux de 20-24 ans, ne l'est plus chez ceux de 25-29 ans. Dans cette tranche d'âges, en

figure 2

Les causes de décès chez les 10-29 ans en Île-de-France par âge et sexe



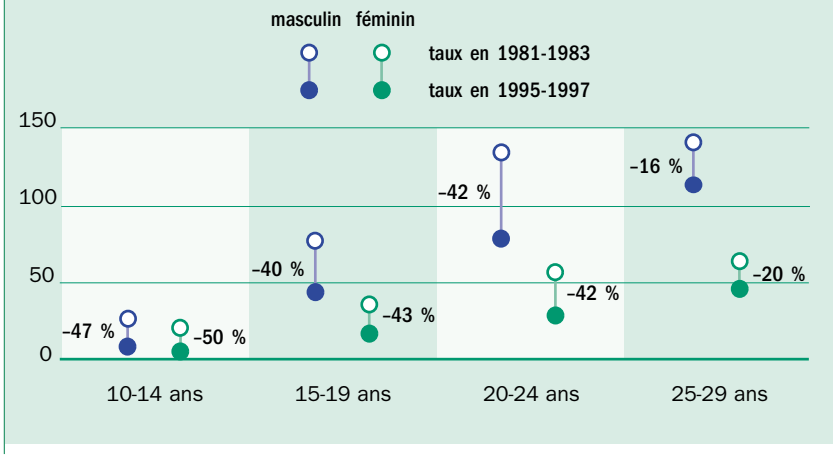
effet, les taux de mortalité ne sont pas plus élevés en périphérie que dans le centre de la région : deux départements de proche couronne, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne, mais aussi deux départements de grande couronne (les Yvelines et le Val-d'Oise) présentent les taux de mortalité les plus bas pour les deux sexes. À l'inverse, deux départements du centre de la région, Paris et la Seine-Saint-Denis, présentent une mortalité supérieure à la moyenne nationale chez les femmes de cette tranche d'âges. Le sida, particulièrement important en Île-de-France, participe à cette situation relativement défavorable. Mais d'autres causes y contribuent également dans des proportions difficiles à préciser en raison du nombre élevé, en Île-de-France, de décès dont la cause n'est pas spécifiée dans cette classe d'âges.

La mortalité des jeunes Franciliens a évolué très favorablement depuis quinze ans. En effet, alors que la mortalité tous âges a diminué de 26 % chez les hommes et de 29 % chez les femmes entre 1981-1983 et 1995-1997, la baisse a atteint 34 % chez les 10-29 ans (figure 3).

La baisse est particulièrement prononcée chez les moins de 25 ans, jusqu'à –50 % chez les filles de 10-14 ans. En revanche, elle ne dépasse pas 20 % chez les 25-29 ans dont la mortalité accidentelle n'a pas évolué aussi favorablement que chez les plus jeunes et qui ont été fortement affectés par l'épidémie de sida. Apparue au début des années quatre-vingt, cette cause de décès a représenté jusqu'à 28 % des décès masculins et 7 % des décès féminins dans cette classe d'âges en 1988-1990 dans la région. La prévention et l'amélioration des traitements de la maladie ont permis une baisse considérable des décès chez les hommes (13 % des décès en 1995-1997). La baisse est en revanche inexistante chez les femmes (toujours 7 % des décès en 1995-1997, soit deux fois plus qu'en France) et le sida demeure une réelle préoccupation de santé publique dans la région. La baisse de la mortalité est plus marquée en Île-de-France qu'en France, sauf chez les 25-29 ans où elle est comparable pour les raisons évoquées précédemment. La conséquence est une accentuation de la sous-mortalité des jeunes Franciliens par rapport à leurs homologues de province au cours des quinze dernières années. Au sein de la région, les évolutions sont également contrastées : les baisses plus marquées à Paris et en proche couronne qu'en grande couronne ont accentué la sous-mortalité du centre par rapport à la périphérie.

figure 3

Forte baisse de la mortalité des jeunes depuis quinze ans (taux de mortalité pour 100 000 par âge et sexe)



Conclusion

Plus faible qu'en province et en forte diminution, la mortalité des jeunes Franciliens n'apparaît pas particulièrement préoccupante au terme de cette analyse. Pourtant, ce constat favorable doit être nuancé par trois éléments importants :

- Les comparaisons internationales placent la France parmi les pays d'Europe ayant la plus forte mortalité chez les jeunes de 15-34 ans en raison, notamment, de l'importance des accidents et des suicides chez les jeunes Français. La situation relativement favorable de l'Île-de-France par rapport à la France n'apparaît donc pas aussi favorable dans le contexte européen ;
- Le poids élevé des causes externes de mortalité (accidents, sida, suicides…) témoigne de la nécessité de renforcer, au niveau régional comme au niveau national, une politique cohérente et pérenne de prévention auprès de l'ensemble des jeunes ;
- Enfin, une exploitation régionale de l'enquête nationale du Comité français d'éducation pour la santé menée en 1998 montre que l'Île-de-France se distingue de la province par une plus grande fréquence, chez les jeunes, de certains comportements et situations à risque tels que la consommation régulière de cannabis, la polyconsommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis, la violence agie ou la violence subie, les pensées suicidaires et les comportements alimentaires perturbés. L'accroissement des polyconsommations, semble-t-il assez récent, et leur association avec les autres comportements à risque pourraient se traduire, à moyen terme, par une détérioration des indicateurs de santé chez les jeunes Franciliens.

Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites

Philippe Fénoglio
Maître de conférences à l'université de Nancy II
Véronique Parel
Maître de conférences à l'université de Reims
Pierre Kopp
Professeur, université de Panthéon-Sorbonne (Paris I)

Est-il possible de connaître le coût pour la société de la consommation de drogues ? Présentation d'une étude mesurant les coûts privés et publics des consommations de tabac, alcool et drogues illicites en France en 1997.

Cet article est consacré à une évaluation suivant la méthodologie « *cost of illness* » (COI) de la morbidité, de la mortalité et des coûts attribuables aux drogues (alcool, tabac et substances illicites) en France, en 1997 et fait suite à la publication par l'OFDT [10] d'un rapport consacré à cette question. Ce type d'évaluation est particulièrement intéressant en matière de décision publique, et ce d'autant plus qu'il n'existe pas d'études antérieures chiffrant le coût social des drogues en France.

Questions de méthodologie

Les notions de coût

Dans cette étude, nous affectons à la consommation « *per se* » du produit tous les coûts imposés à la collectivité sans

Méthodologie

L'approche « *cost of illness* » (COI) est bien établie dans la communauté scientifique. L'idée directrice est qu'une maladie ou un problème social imposent des coûts lorsque des ressources sont utilisées du fait de cette maladie ou de ce problème social, alors qu'elles auraient pu être utilisées autrement.

Deux hypothèses sont retenues : d'une part, que le plein emploi des facteurs est assuré (c'est-à-dire que l'ensemble des ressources existantes est utilisé en vue de produire des biens et des services) et, d'autre part, qu'une ré-allocation des ressources supprimant les drogues n'affecterait pas le niveau des bénéfices sociaux. Sous ces deux hypothèses, toutes les conséquences des drogues sont traitées comme un « coût social », source d'une perte de bien-être collectif.

Ce raisonnement repose sur le concept de coût d'opportunité décrivant la possibilité d'utiliser de façon alternative et plus avantageuse des ressources allouées à une activité. On parlera alors de *scénario « contre factuel »* qui correspond à un état des affaires alternatif. Le scénario contre factuel décrit donc ce que serait l'utilisations des ressources dans une société débarrassée des maladies engendrées par le tabac, l'alcool ou les drogues illicites, ce qui ne veut pas d'ailleurs dire que la consommation de ces produits serait forcément ramenée à zéro.

La méthodologie COI a été formalisée sous la forme de « *guidelines* » à la suite des travaux de la « *task force* » du *US Public Health Service* (PHS) dirigée par Dorothy Rice. Elle a fait l'objet de nombreux développements théoriques et de discussions (voir notamment les commentaires de Harwood dans la livraison d'*Addiction* de mai 1999).

distinguer les consommations réputées « normales » ou « abusives ».

Notre étude se limite aux « coûts tangibles » qui mesurent les pertes monétaires (les pertes de revenus, par exemple), et exclut de son champ les « coûts intangibles » correspondant à la valorisation monétaire de dommages subjectifs (peine et souffrance, par exemple).

Le coût social, tel que le mesure une étude (COI), couvre l'ensemble des coûts tangibles supportés par la collectivité, c'est-à-dire aussi bien par les agents privés (se traduisant par l'existence de coûts privés) que par les pouvoirs publics (coûts publics), et induits par la consommation et le trafic, exception faite du coût d'achat des substances.

Les coûts privés incorporent, outre les coûts supportés directement par les consommateurs de substances (dépenses de consommation, pertes de revenus liées par exemple à des décès prématurés, certains frais médicaux non remboursables, etc.), les coûts indirects ou externes privés supportés par les agents privés non consommateurs de substances (individus et organisations). Dans cette seconde catégorie sont comptabilisés des coûts infligés par les consommateurs de substances à d'autres agents privés non consommateurs (par exemple, les entreprises supportent des coûts liés aux pertes de production du fait de l'absentéisme des consommateurs de substances hospitalisés en raison directe de leur consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites), mais aussi des dépenses engagées directement par des agents privés (principalement par les associations).

Les coûts publics recouvrent, quant à eux, trois types de dépenses liées à la consommation et au trafic de drogues par des agents privés. La première catégorie de dépenses incorpore les dépenses publiques au sens de la comptabilité nationale, c'est-à-dire celles retracées dans le budget de l'État. Dans ce cadre, nous retrouvons les dépenses engagées par les différents ministères. La seconde catégorie de dépenses représente l'ensemble des ressources engagées par les collectivités locales (régions, départements, communes). La troisième catégorie est constituée par les transferts sociaux, essentiellement ceux engagés dans le domaine de la santé. Ces transferts sont comptabilisés ici dans les coûts publics, ce que ne font ni la comptabilité nationale française, ni celle de la plupart des pays européens, puisque ces coûts sont financés par l'ensemble de la collectivité, y compris les ménages ou les entreprises qui correspondent à des agents privés. Néanmoins, afin de favoriser la comparabilité des différentes études au niveau international, nous suivrons plutôt l'usage américain et britannique et incorporerons dans les dépenses publiques l'ensemble des transferts sociaux.

Ainsi, nous suivons le choix de ne calculer dans le cadre des études COI que le coût social « brut » plutôt que « net » des éventuels « *side effects* » positifs éventuellement engendrés par la consommation de certaines substances, notamment dans le cas où la consommation modérée d'alcool viendrait réduire le nombre de maladies cardiaques.

D'autre part, l'étude est « *prevalence-based* », c'est-à-dire qu'elle estime le coût des problèmes qui apparaissent durant une année donnée, en l'occurrence 1997.

Les pertes de revenu et de productivité dues aux décès prématurés sont estimées selon la méthode du « capital humain » à l'aide de la valeur présente des revenus futurs. Cette approche, qui est la plus fréquemment utilisée, diffère de celle, dite de la « *willingness to pay* », qui évalue la valeur de la vie humaine à partir de la somme que les individus sont disposés à payer pour modifier leur espérance de vie. En règle générale, les résultats obtenus avec la méthode « *human capital* » sont plus faibles que ceux issus d'un calcul suivant la technique de la « *willingness to pay* ».

La méthode « *human capital* » exige de calculer la valeur présente des revenus futurs perdus du fait d'une mortalité prématurée attribuable aux consommations de drogues. Les résultats présentés ci-dessous sont calculés avec un taux d'actualisation de 6 %, c'est-à-dire approximativement le taux d'intérêt de long terme. Cela veut dire qu'une somme d'argent à percevoir dans un an vaut aujourd'hui 6% de moins.

La première étape du calcul des coûts consiste à estimer le nombre de morts et d'hospitalisations attribuables à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites. Une liste des causes de mortalité et de morbidité associées aux drogues a été dressée à partir de la nomenclature de l'Inserm.

Pour le tabac et l'alcool, nous avons calculé la part du risque attribuable aux pathologies impliquant le tabac. Dans cette étude, les données sur la mortalité, la morbidité, les risques relatifs sont tirées des études épidémiologiques existantes (tableau 1).

tableau 1

Mortalité et morbidité en France, 1997

	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Total
Décès prématurés attribuables*				
Hommes	35 446	39 131	nd	
Femmes	8 517	2 646	nd	
Total	**43 963**	**41 777**	**547**	**86 287**
Années de vie perdues				
Hommes	591 866	454 526	nd	
Femmes	150 232	27 078	nd	
Total	**742 098**	**481 604**	**nd**	**1 223 702**
Nombre d'hospitalisations				
Hommes	297 266	509 857	nd	807 123
Femmes	86 115	259 620	nd	345 735
Total	**383 381**	**769 477**	**nd**	**1 152 858**
Nombre total de jours d'hôpital				
Hommes	2 824 027	4 741 670	nd	7 565 697
Femmes	818 093	2 388 504	nd	3 206 597
Total	**3 642 120**	**7 130 174**	**nd**	**10 772 294**

* Décès prématurés par rapport à l'espérance de vie. Pour les drogues illicites, seuls sont considérés les décès par overdoses et HIV.

tableau 2

Coûts sociaux des drogues en France, 1997 (millions de F)

		Alcool		Tabac		Drogues illicites		Total	
		rang	coût	rang	coût	rang	coût	rang	coût
1.	**Coût directs des soins**	**3**	**18 421,76**	**2**	**19 505,70**	**3**	**1 524,51**	**2**	**46 919,97**
1.1.	Hospitalisation avec actes opératoires		8 805,40		10 933,20		*		26 178,80
1.2.	Hospitalisation sans actes opératoires		1 383,80		1 714,80		924,51		5 050,91
1.3.	Médecine de ville		8 232,56		6 857,70		600,00		15 690,26
2.	**Coûts directs de prévention et de recherche**	**5**	**3 675,60**	**4**	**18,50**	**4**	**948,88**	**5**	**4 642,98**
2.1.	Administrations publiques et Cnamts : total		3 669,90		18,50		948,88		4 637,28
2.1.1.	Campagne du CFES		*		16,80		*		16,80
2.1.2.	CNCT		*		1,70		*		1,70
2.1.3.	Campagne de prévention de la Cnamts		22,00		*		*		22,00
2.1.4.	Financement de l'Anpa par la Cnamts		7,00		*		*		7,00
2.1.5.	Indemnisation Cnamts accidents du travail		3 401,34				*		3 401,34
2.1.5.	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité		218,00		*		*		239,56
2.1.6.	Affaires sociales, santé, ville		*		*		798,75		798,75
2.1.7.	Mildt		*		*		45,36		45,36
2.1.8.	Éducation nationale		*		*		56,01		56,01
2.1.9.	Jeunesse et sports		*		*		17,08		30,87
2.1.10.	Contribution au budget de l'Union européenne		*		*		30,87		30,87
2.1.11.	Travail, emploi et formation professionnelle		*		*		0,81		0,81
2.2.	Administrations privées		27,26		nd		nd		5,70
3.	**Coûts direct de la mise en œuvre de la loi**	**6**	**367,36**		*****	**2**	**3 911,46**	**6**	**4 278,82**
3.1.	Administrations publiques (gendarmerie, police, Justice, Coopération, Affaires étrangères, PNUCID)		331,14		*		3 906,20		4 237,34
3.2.	Administrations publiques, lutte anti-trafic de cigarettes		*		nd		*		*
3.3.	Amendes supportées par les agents privés		36,22		*		5,26		41,48
4.	**Coûts directs des pertes de prélèvements obligatoires**	**4**	**12 280,53**	**3**	**11 806,30**	**5**	**866,24**	**3**	**24 953,07**
4.1.	Décès prématurés		11 977,09		11 348,30		100,25		23 425,64
4.2.	Hospitalisation		230,00		458,00		nd		688,00
4.3.	Incarcérations pour infractions au Code de la route, ILS**		73,44		*		765,99		839,43
5.	**Autres coûts directs imputables**	**2**	**23 120,00**	**5**	**11,70**		*****	**4**	**23 131,70**
5.1.	Dépenses publiques de lutte contre les incendies		*		11,70		*		11,70
5.2.	Accidents de la circulation (dépenses des sociétés d'assurances)		23 120,00		*		*		23 120,00
6.	**Coûts indirects des pertes de revenus et des pertes de production**	**1**	**57 555,66**	**1**	**50 446,70**	**1**	**6 099,19**	**1**	**114 101,55**
6.1.	Pertes de revenus des agents privés		25 159,96		24 188,20		1 774,73		51 122,89
6.1.1.	Décès prématurés		24 538,20		23 250,00		205,39		47 993,59
6.1.2.	Hospitalisations		471,30		938,20		nd		1 409,50
6.1.3.	Incarcérations pour infractions au Code de la route, ILS**		150,46		*		1 569,34		1 719,80
6.2.	Pertes de production des entreprises		32 043,10		26 258,50		4 324,46		62 626,06
6.2.1.	Décès prématurés		28 630,40		19 515,80		646,88		48 793,08
6.2.2.	Hospitalisations		3 412,70		6 742,70		nd		10 155,40
6.2.3.	Incarcérations (infractions au Code de la route, ILS**		352,60		*		3 677,58		4 030,18)
	Total	**1**	**115 420,91**	**2**	**65 153,20**	**3**	**13 350,28**		**218 028,09**

Notes : nd = non disponibles ; * = sans signification ; ** infraction à la législation sur les stupéfiants.

Les coûts associés à l'usage de drogues

Le tableau 2 (page 73) offre une vue d'ensemble des coûts estimés du tabac, de l'alcool, et des drogues illicites en francs français (F). Le coût social total est estimé à 218 milliards de francs. Soit, pour une population totale de 58,7 millions d'habitants, une dépense par tête de 3 714 F, ou environ 2,7 % du PIB.

L'alcool est la drogue qui impose le coût le plus élevé à la France : 115 420,91 millions de F (1,42 % du PIB) et une dépense par tête de 1 966 F. L'alcool représente plus de la moitié du coût social imposé par les drogues à la collectivité. La part la plus importante (49,8 %) du coût social de l'alcool provient des pertes de productivité (57 555,66 millions) dues à la mortalité précoce (53 168,60 millions), à la morbidité (3 884 millions) et à l'incarcération (503,06 millions). Les dépenses des sociétés d'assurances en charge des indemnisations en cas d'accidents viennent en second (20 %) avec 23 120 millions de F. Les dépenses de santé viennent en troisième position (16 %) avec 18 421,76 millions de F répartis entre les dépenses consacrées aux hospitalisations avec actes opératoires (8 805,40 millions), la médecine de ville (8 232,90 millions) et les hospitalisations sans actes opératoires (1 383,80 millions). Viennent en quatrième position (10,6 %) les pertes de prélèvements obligatoires (12 280,53 millions) constituées par les encaissements de recettes fiscales non réalisés par l'État, du fait des décès, de l'hospitalisation ou de l'emprisonnement des consommateurs d'alcool. Les dépenses de prévention (3,18 %) se montent à 3 675,60 millions, tandis que le coût de l'application de la loi ne représente que 0,32 % du coût social de l'alcool avec une dépense de 367,36 millions de F.

Le tabac engendre un coût social de 65 153,20 millions de F, soit une dépense par tête de 1 520,56 F et 0,8 % du PIB. Les pertes de productivité contribuent pour 57 % au coût social total du tabac. Leur montant est de 37 255,6 millions de francs qui se répartissent entre 32 520 millions dû à la mortalité précoce et 4 734,7 millions lié à la morbidité. En l'absence d'accidents comme dans le cas de l'alcool, ce sont les coûts des soins qui viennent en seconde position (30 %) pour un montant de 19 505,7 millions de F qui se répartissent entre l'hospitalisation avec actes opératoires (10 933,2 millions), la médecine de ville (6 857,7 millions) et les hospitalisations sans actes opératoires (1 714,8 millions). Vient ensuite le coût social engendré par les pertes de prélèvements obligatoires soit 8 361,7 millions de francs, soit 13 % du coût social total du tabac. Les autres coûts sont peu significatifs (<0,01 %) : 18,5 millions liés à la prévention et la recherche ; 11,7 millions à la lutte contre les feux de forêts.

Les drogues illicites engendrent un coût social de 13 350,28 millions de francs, soit une dépense par tête de 111 F et 0,16 % du PIB. Les pertes de productivité contribuent pour 45,69 % au coût social des drogues illicites. Leur montant total est de 6 099,19 millions de francs répartis entre 5 246,92 millions liés aux incarcérations pour infractions à la législation contre les stupéfiants (ILS) et 852,27 millions dus à la mortalité précoce. Le coût de mise en œuvre de la loi vient en seconde position (29,3 %) et représente 3 911,46 millions de francs ce qui tient au fait que ces substances sont illégales. Vient ensuite le coût des soins (11,42 %), c'est-à-dire 1 524,51 millions de francs répartis entre les coûts des hospitalisations sans actes opératoires (924,51 millions) et la médecine de ville (600 millions). En quatrième position (7,11 %), on trouve les coûts de la prévention et de la recherche pour un montant de 948,88 millions de francs et, enfin, les pertes de prélèvements obligatoires (6,49 %) pour un montant de 866,24 millions.

Le tableau 3 examine la répartition du coût social total des drogues par catégo-

tableau 3

Pourcentage des coûts sociaux des drogues répartis par types d'actions, France, 1997 (millions de F)

	Alcool		Tabac		Drogues illicites		Total	
	coût	%	coût	%	coût	%	coût	%
1. Coûts directs des soins	18 421,76	15,96 %	19 505,70	30,00 %	1 524,51	11,42 %	46 919,97	21,52 %
2. Coûts directs de prévention et de recherche	3 675,60	3,18 %	18,50	*	948,88	7,11 %	4 642,98	2,13 %
3. Coûts directs de l'application de la loi	367,36	0,32 %		*	3 911,46	29,30 %	4 278,82	1,96 %
4. Coûts directs de pertes de prélèvements obligatoires	12 280,53	10,64 %	8 361,70	12,8 %	866,24	6,49 %	24 953,07	11,44 %
5. Autres coûts directs imputables	23 120,00	20,03 %	11,70	*		*	23 131,70	10,61 %
6. Coûts indirects des pertes de revenu et des pertes de production	57 555,66	49,80 %	37 255,60	57,18 %	6 099,19	45,69 %	114 101,55	52,33 %
Coût social	115 420,91		65 153,20		13 350,28		218 028,09	
Dépense par tête	1 966,28		1 520,56		227,43		3 714,28	
Coût social en pourcentage du PIB		*1,42 %*		*0,80 %*		*0,16 %*		*2,68 %*

* négligeable

ries (soins, prévention et recherche, application de la loi, prélèvements obligatoires, pertes de revenu de production).

On s'intéressera aux trois premières lignes du tableau qui décrivent les coûts engendrés par la mise en œuvre d'actions (privées ou publiques) ciblées sur un objectif. Du point de vue des coûts et pour l'ensemble des drogues, les soins arrivent en tête, suivis par la prévention et la recherche et enfin par l'application de la loi. Si l'on compare les drogues illégales et légales (alcool et tabac) on constate que le coût de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues illégales (29,3 %) dépasse la somme du coût des soins (11,4 %) et de la prévention-recherche (7,1 %). Si l'on compare l'alcool et le tabac, on remarque que le coût des soins des maladies associées au tabac dépasse légèrement celui engendré par l'alcool, ce qui tient probablement au plus jeune âge des patients et à la durée plus longue de leurs maladies. On peut être frappé par les sommes extrêmement faibles consacrées à la mise en œuvre des lois sur l'alcool (367 millions) comparées à celles dédiées à la lutte contre les drogues illicites (3,9 milliards). La part du coût social de l'alcool engendré par la mise en œuvre de la loi est très faible (0,32 %) alors qu'une part importante des décès provient pourtant de la non-observation de la loi (3 945 décès sur 43 963, soit 9 %) sachant, par ailleurs, que nos calculs ne tiennent pas compte des crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool. Les sommes relativement plus importantes consacrées à la prévention-recherche pour les problèmes liés à l'alcool comparativement à celles consacrées au tabac (3,6 milliards contre 15,5 millions), pour un nombre de décès imputables quasiment identique, méritent d'être signalées. L'explication tient probablement au fait que les problèmes engendrés par l'alcool sont connus depuis plus longtemps que ceux tenant au tabac.

Conclusion

La principale conclusion est de souligner le coût important que les drogues exercent sur la société française en termes de mortalité, morbidité, et de coût économique. L'analyse de sensitivité montre que les résultats sont assez stables lorsqu'on fait varier les hypothèses et notamment celles portant sur les risques de contracter une pathologie attribuable à une drogue.

Les résultats sous-estiment de manière importante le coût social de l'alcool dans la mesure où les crimes et violences associés à la consommation d'alcool ne sont pas pris en compte, faute de données complètes.

Cette étude est actuellement prolongée par une mesure des bénéfices des drogues afin de fournir un bilan coût-bénéfice complet du rôle des drogues dans la société française.

Bibliographie

1. Anguis M., Dubeaux D. « Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac », *Insee Première,* 1997, n° 551.
2. Gaudin-Colombel A. F. *Le coût de l'alcoolisme en France*, mémoire de DESS, DESS 210 « Économie et gestion des services de santé », Université Paris Dauphine (Paris IX), année 1996-1997.
3. Got C. & Weill J. *L'alcool à chiffres ouverts*. Seli Arslan, 1997.
4. Hill C. « Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfice pour la santé de l'arrêt du tabac, et absence probable d'une réduction de la consommation », in *L'arrêt de la consommation de tabac*, EDK, 1998.
5. Institut national de la statistique et des études économiques. *Tableaux de l'économie française 1998-1999.* Paris : Insee, 1998.
6. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Causes médicales de décès, année 1997, France*. Paris : Inserm, Service d'information sur les causes médicales de décès-SC8, 1998.
7. Kopp P., Palle C. *Le coût de la politique publique de la drogue. Essai de mesure des dépenses des administrations d'État*. Paris : OFDT, 1996.
8. Kopp P. « Economic Cost Calculation and Drug Policy Evaluation », *Addiction*, vol 94, n° 5, mai 1999.
9. Kopp P., Rumeau-Pichon C., Le Pen C. « Typologie et essai de mesure des coûts de la drogue», *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, juin 2000, n° 4.
10. Kopp P., Fenoglio Ph. « Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France ». OFDT, *Études,* n° 22, septembre 2000.
11. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Drogues et Toxicomanies, indicateurs et tendances*. Paris : OFDT, 1999.
12. Observatoire national interministériel de sécurité routière. *Sécurité routière, Bilan annuel, statistiques et commentaires, année 1997*. Paris : Onisr, 1997.
13. Pignon J.-P., Hill C. « Nombre de décès attribuables à l'alcool, en France, en 1985 », *Gastro-entérologie clinique et biologique*, n° 15, 1991.
14. Rosa J. « Le coût social de la consommation de tabac et l'équilibre des finances publiques : le cas de la France », *Cahiers de recherche en économie de l'entreprise*, Institut d'études politiques de Paris, 9402, 1994.
15. Rosa J. « Le coût social de la consommation de tabac et l'équilibre des finances publiques : le cas de la France (actualisation) », *Cahiers de recherche en économie de l'entreprise*, Institut d'études politiques de Paris, 9601, 1996.
16. Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, ministère de la Santé. *Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courtes durées, enquête de morbidité hospitalière 1992-1993*. Paris : Sesi, 1996, n° 274 et 274bis.
17. Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, ministère de la Santé. *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*. Paris : La Documentation française, 1992.
18. Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, ministère de la Santé. *Les soins hospitaliers en France*. Paris : La Documentation française, 1992.
19. Single E., Easton B., Collins D., Harwood H., Lapsley H., Maynard A. *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. Ottawa : Canadian Center on Substance Abuse, 1995.

Institut d'études des politiques de santé

Sigle
IEPS

Date de création
1993

Fondateur
Pr Dominique Jolly

Direction
Président du Conseil d'administration
Jean Marmot

Président du Conseil scientifique
Pr Laurent Degos

Directeur scientifique
Pr Isabelle Durand-Zaleski

Directeur scientifique délégué
Pr Marie-Danièle Campion

Secrétaire général
Bernard Teisseire

Structure
Association régie par la loi de 1901, dotée d'un Conseil d'administration, d'un Conseil scientifique pluridisciplinaire et de coordinateurs des thèmes scientifiques qui dirigent la réalisation des travaux approuvés par le Conseil scientifique. L'Institut a passé convention avec l'Université Pierre et Marie Curie Paris VI.

Coordonnées
Institut d'études des politiques de santé (IEPS)
15, rue de l'École-de-médecine
Escalier D, 2e étage
75006 Paris
Téléphones : 01 46 34 20 24
01 46 34 00 62

Missions
L'IEPS est une structure permanente d'étude et de réflexion pluridisciplinaires, à moyen et long termes, sur les différents aspects des politiques de santé, leur évolution, leur avenir et les conséquences qu'elles peuvent engendrer.

Objectifs et moyens
Sur les thèmes proposés soit par des institutions publiques ou privées, soit par son conseil scientifique, l'IEPS propose :
- de faire se rencontrer et travailler ensemble ceux qui en France et à l'étranger dans l'exercice de leur profession ou de leurs responsabilités sont concernés par les problèmes touchant les politiques de santé ;
- d'offrir aux décideurs institutionnels ou privés une ouverture sur les expériences étrangères ;
- d'établir des recommandations quant à la résolution pratique des problèmes évoqués de politique de santé au sein d'un ancrage universitaire garantissant l'objectivité.

Pour atteindre ces objectifs, l'IEPS crée pour chaque thème de réflexion un groupe de pilotage qui met sur pied un séminaire pluridisciplinaire et international dont les réflexions et recommandations sont retranscrites non pas sous la forme d'un simple compte rendu mais d'un livre publié dans la collection « Les dossiers de l'IEPS » sous la direction du professeur Dominique Jolly aux éditions Médecine-Sciences chez Flammarion.

Liste des publications

Qu'est-ce qu'une politique de santé ? Sophie Hamon, Dominique Jolly, 1996, 40 p.

Quelle place pour les médicaments génériques en France ? Bernard Dizier, 1996, 94 p.

Médicaments et médecine, les chemins de la guérison, Dominique Jolly, 1996, 158 p.

La juste place des hôpitaux universitaires dans les systèmes de santé. Daniel Puzin, 1996, 102 p.

Le bénévolat et la santé en France, aujourd'hui et demain. Virginie Ponelle, 1997, 74 p.

Politiques de santé en France, quelle légitimité, pour quels décideurs ? Isabelle Durand-Zaleski, 1997, 79 p.

La médecine à l'épreuve de la société d'information : qui veut, qui peut, qui doit avoir accès à l'information médicale ? Dominique Jolly, Pierre-Jean Lancry, Bernard Thélot, 1997, 80 p.

Les passions dangereuses, addiction et conduites de dépendance. Kamel Malek, 1998, 70 p.

Quelle politique de santé pour le grand âge : une réflexion européenne. Isabelle Lesage, 1998, 63 p.

L'inéluctable évolution de l'avenir de la communication sur les médicaments. Dominique Jolly, 1999, 53 p.

Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale. Pierre Durieux, 1999, 77 p.

L'information du patient : du consentement éclairé à la décision partagée. Isabelle Durand-Zaleski, 1999, 67 p.

Le déficit en G 6 P D : une affection fréquente et mal connue. Un cas d'école en santé publique. Dominique Jolly, 2000, 50 p.

La médecine prédictive : médecine de l'homme sain au XXIe siècle ? Kamel Malek, 2000, 49 p.

Le choix des soins garantis par l'assurance-maladie obligatoire : problématique. Isabelle Durand-Zaleski, Sébastien Hazard, Dominique Jolly, Isabelle Vedel, 2000, 37 p.

À paraître

Du bon usage de la télémédecine. Kamel Malek, 2001.

Le panier de soins que devrait garantir l'assurance-maladie obligatoire en France. Isabelle Durand-Zaleski, Isabelle Vedel, 2001.

Écorisque 2001

Environnement et santé publique : surveillance, intervention et décision

Responsable
Jean-Luc Potelon

Organisateurs
École nationale de la santé publique en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire.

Coordinateurs
Denis Bard
Martine Ledrans
Jean-Luc Potelon

Public
Acteurs de la santé publique et de l'environnement :
- professionnels de santé publique des administrations et collectivités,
- professionnels de l'hygiène et de la sécurité industrielles,
- consultants du domaine santé-environnement,
- médecins du travail,
- professionnels de l'information, concernés par l'impact de l'environnement sur notre santé.

Intervenants
Les intervenants sont issus de multiples institutions et organismes publics et privés agissant dans le domaine de la santé et de l'environnement : Invs, Inserm, EDF, DGS, Ddass, Drass, IPSN, LHVP, AFSSA, CSTB, universités, secteur industriel et bureaux d'études.

Méthodes pédagogiques
Cours, conférences, études de cas (50 % du temps, travaux pratiques).

Objectifs de la session

Étude des outils d'évaluation et d'intervention :
- Identifier les problèmes de santé liés à l'environnement dans une population donnée, en particulier par la surveillance épidémiologique ;
- Analyser l'importance de ces problèmes en mettant en œuvre des investigations épidémiologiques, toxicologiques et microbiologiques pour évaluer les risques ;
- Intervenir aux plans technique et juridique, et communiquer de façon adaptée.

Programme

Axe 1 **L'éco-épidémiologie**
Se familiariser avec les outils épidémiologiques appliqués aux problèmes de santé liés à l'environnement : élaboration de protocoles, conception et évaluation de systèmes de surveillance, techniques d'analyse statistique et informatique, interprétation des résultats.
Coordinateur : Martine Ledrans (InVS)

Axe 2 **L'évaluation des risques**
S'initier aux nouvelles approches d'évaluation des risques, appelées à jouer un rôle croissant d'aide à la décision, notamment pour l'élaboration des normes : repérage et synthèse des connaissances utiles, modélisation des risques et extrapolation des hautes doses aux faibles doses, estimation des expositions des populations, caractérisation quantitative et qualitative des risques.
Coordinateur : Denis Bard (ENSP)

Axe 3 **La gestion des risques**
Se perfectionner dans la maîtrise des interventions de santé publique liées à l'environnement : principes de la gestion des risques en santé environnement, communication, perception des risques.
Coordinateur : Jean-Luc Potelon (ENSP)

Organisation générale
La session représente environ 110 heures d'enseignement, réparties sur trois semaines, du 4 juin au 22 juin 2001.
Elle se déroulera au château de Bierville situé près d'Étampes, en région parisienne.
Ce site est aisément accessible par route et RER et offre des possibilités de détente et un hébergement de qualité.

Tarifs
Les droits d'inscription sont de 20 000 F (3 048,98 Euros).
Ils peuvent être assumés par l'institution du candidat, au titre de la formation permanente.
Les frais d'hébergement et de restauration s'élèvent à environ 2 100 F (320,15 euros) par semaine.

Coordonnées
École nationale
de la santé publique
Formation continue Écorisque
Xavier Martiniault
Avenue du Professeur-Léon-Bernard
CS 74312
35043 Rennes cedex
Téléphone : 02 99 02 27 49
Télécopie : 02 99 02 26 26
Mél : xmartini@ensp.fr

Épidémiologie et sciences sociales appliquées à l'innovation médicale

Inserm

Directeur
Pr Jean-Paul Moatti

Date de création
1er janvier 1994

Membres de l'unité
L'unité associe 8 statutaires Inserm, dont 4 chercheurs, avec 12 enseignants-chercheurs en onco-hématologie, en santé publique et en sciences économiques et sociales ainsi que 4 épidémiologistes de l'Observatoire régional de la santé Provence–Alpes–Côte-d'Azur.

Collaborations
Située à l'Institut Paoli-Calmettes (Centre régional de lutte contre le cancer), l'Unité est équipe fondatrice de l'IFR Cancérologie de Marseille et collabore étroitement avec les équipes cliniques et biologiques de la région en cancérologie et dans l'infection à VIH. L'Unité est associée dans le cadre de l'Institut d'économie publique avec les principaux laboratoires de recherches en économie (notamment le Greqam/École des hautes études en sciences sociales) de la région. Elle collabore avec le Laboratoire de psychologie sociale de l'Université de Provence. Elle est unité mixte avec l'Université de la Méditerranée, reconnue conjointement par les Facultés de sciences économiques & gestion et de médecine de cette université.
Au niveau international, l'Unité collabore avec le *Center for health economics* (Université de York), le *Department of health economics* (Université d'Aberdeen) et le *Center for aids prevention studies* (Université de San Francisco).

Équipes

Risque génétique et stratégies de prévention : évaluation épidémiologique, psycho-sociale et de santé publique
Les travaux de cette équipe sont orientés vers l'évaluation de l'activité clinique et biologique de génétique du cancer à travers plusieurs approches, axées sur les cancers du sein et de l'ovaire, pour lesquels des outils biologiques ou « tests » de mise en évidence d'une prédisposition génétique deviennent progressivement disponibles à la suite des innovations fondamentales développées depuis le début des années quatre-vingt-dix.

Évaluation clinique et socio-économique des thérapies cellulaires en onco-hématologie
L'objectif de cette équipe est d'appliquer les outils de l'analyse économique (analyse de type coût-bénéfice, théorie de la décision, théorie des jeux) à l'étude des stratégies thérapeutiques en matière de cancer afin de contribuer à leur optimisation. Les applications en cours concernent l'étude des stratégies utilisant des cellules hématopoïétiques (issues de la moelle osseuse ou du sang périphérique) afin de les transplanter (de manière autologue ou allogénique) comme support d'une forte dose de chimiothérapie.

Développement des thérapeutiques médicales dans les tumeurs solides de l'adulte : évaluation économique et qualité de vie
L'objectif de cette équipe est de contribuer au développement des traitements médicaux des tumeurs solides chez l'adulte en complétant l'évaluation clinique des protocoles thérapeutiques par une évaluation économique, en intégrant l'impact des traitements sur la qualité de vie des patient(e)s et en tenant compte de leur point de vue, voire en leur donnant l'opportunité de participer à la décision thérapeutique. Cet objectif est conduit actuellement dans le cadre de l'évaluation des traitements innovants des cancers du sein (chimiothérapie intensive) et de la prostate (curiethérapie).

Épidémiologie et psycho-sociologie des comportements dans les infections à VIH et à VHC
L'équipe a poursuivi des travaux antérieurs sur les attitudes et comportements face au sida en les concentrant sur les groupes les plus vulnérables (personnes incarcérées, toxicomanes, personnes marginalisées). En parallèle avec les progrès permis par les multithérapies antirétrovirales, l'équipe développe des projets relevant de la prise en charge des personnes atteintes, avec une importance particulière donnée à la question de l'observance et de ses déterminants ainsi que des interventions susceptibles de la faciliter. Elle a étendu ses champs d'activité, d'une part au dépistage et à la prise en charge de l'infection à VHC, d'autre part à la question de l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays en développement.

Formation et valorisation
En sus des activités d'enseignement, l'Unité participe de façon active à trois DEA (économie publique, méthodes d'analyse des systèmes de santé, oncologie) et encadre de nombreux thésards (10). Plusieurs de ses membres participent aux commissions et actions coordonnées de l'Agence nationale de recherches sur le sida. Son directeur est président du conseil scientifique consultatif régional de l'Inserm.

Objectif général
L'Unité 379 est la seule unité de recherches de l'Inserm en sciences sociales en dehors de la région Île-de-France. C'est aussi la première tentative, du moins en France, d'implanter directement une recherche active en sciences sociales dans un centre anticancéreux. L'objectif de l'Unité est d'appliquer les méthodologies des sciences sociales (en particulier, épidémiologie sociale, économie, psychologie sociale et sociologie) à l'*évaluation d'innovations dans les domaines des cancers et du sida* ainsi qu'à la mesure de leur impact pour la santé publique et la société en général.

Coordonnées
Inserm U379
Institut Paoli-Calmettes
232, boulevard Sainte-Marguerite
13009 Marseille
Téléphone : 04 91 22 35 02
Télécopie : 04 91 22 35 04
Mél : u379@marseille.inserm.fr

addictologie

Passion alcool
Michel Craplet
Paris : Editions Odile Jacob, 2000, 383 p., 170 F, 25,92 euros

Voilà un ouvrage qui apporte sur l'alcool un éclairage résolument différent. L'histoire, la sociologie et la littérature y sont brillamment sollicitées pour rendre compte de la complexité et de la richesse de ce que d'aucuns seraient tentés, par commodité, de réduire à un banal produit psychoactif, oubliant que « la consommation d'alcool est profondément insérée dans l'humus de nos civilisations ». Pas question pour l'auteur, cependant, de se laisser piéger par cet « agent double » : qu'il s'agisse du pouvoir désinhibant de l'alcool ou de ses prétendues vertus thérapeutiques, les préjugés qui entourent les boissons alcoolisées sont dénoncés non sans humour mais avec fermeté. Et puis, s'il joue volontiers les pousse-à-la-contestation, l'alcool participe en fait au contrôle social : sa consommation ne peut être un moyen de révolte mais seulement une manière d'échapper au « système » par l'imaginaire. Un alcoolique est une personne qui a besoin de s'exprimer mais qui enferme son message dans une bouteille, nous dit l'auteur, qui espère avec ce livre aider son lecteur à se diriger avec succès entre souffrance et plaisir.

environnement

Dioxines dans l'environnement : quels risques pour la santé ?
Paris : Inserm, coll. Expertise collective, *2000, 406 p., 200 F, 30,49 euros*

Cet ouvrage présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour répondre aux questions posées par la DGS et le ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement concernant l'impact des dioxines sur l'environnement et la santé.

gérontologie

Les accompagner jusqu'au bout du chemin : l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes
Rennes : Éditions ENSP, coll. Politiques et interventions sociales, *2000, 187 p., 140 F, 21,34 euros*

Faut-il accueillir les personnes handicapées mentales vieillissantes en maison de retraite ou dans des structures spécialisées et pourquoi ? Que prévoir pour tous les cas de figure ? C'est à ces questions que s'efforcent de répondre les deux études financées par la Fondation de France.

enfance, adolescence

Intervenir auprès des enfants et des adolescents : repères et variations
Sous la direction de Claude Rouyer
Rennes : Éditions ENSP, coll. Etsup « savoirs professionnels », *2000, 164 p., 130 F, 19,82 euros*

Cet ouvrage rassemble neuf articles organisés en trois grands axes de réflexion : le premier porte sur l'enfance et aborde trois thèmes spécifiques : l'inceste, la maltraitance et le secret de famille ; le deuxième soulève les difficultés rencontrées par les équipes en charge d'enfants et d'adolescents : le projet individualisé, la gestion et la séparation, l'insertion ; le troisième axe concerne trois pratiques institutionnelles spécifiques : la réunion de synthèse, le travail en binôme et l'évaluation.

profession de santé

La profession infirmière en mutation : éléments de réflexion à partir d'exemples européens.
Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Philippe Ulmann
Paris : Credes, coll. Série analyses, *n° 1318, 2000, 164 p., 210 F, 32,01 euros*

La profession d'infirmière représente de loin la première profession de santé… Elle évolue dans les pays européens dans un contexte de restructuration des systèmes de soins. Cette étude du Credes a été réalisée à la demande de la direction de la Sécurité sociale pour une analyse des conditions d'exercice et de rémunération des professions de santé dispensant des soins de santé.

humanitaire

Utopies sanitaires
Sous la direction de Rony Brauman
Paris : Ed. Le Pommier, coll. Essais-Manifestes, *2000, 224 p., 99 F, 15,09 euros*

Après presque 30 ans de travail, certains membres de Médecins sans frontières dressent un bilan sur l'exercice de la médecine et de l'humanitaire. La planification sanitaire est conçue à partir de la notion d'« homme moyen », fruit d'une approche statistique qui s'est imposée aux dépens de la dimension relationnelle de la médecine. La personne s'est effacée devant son image statistique. *Utopies sanitaires* décrit les conséquences de cette démarche médicale moderne que l'on peut observer « à la loupe » dans le contexte particulier des actions humanitaires. À partir de récits d 'expériences, d'enquêtes et d'études comparatives, ce livre ouvre une réflexion sur la diversité des pratiques médicales dans le monde et sur certaines dérives.

génétique

Les injustices de la naissance
Ségolène Aymé
Paris : Éditions Hachette Littérature, 2000, 264 p., 120 F, 18,29 euros

5 % d'entre nous sont un jour atteints d'une maladie rare due à une anomalie génétique. Ségolène Aymé, médecin, généticienne, spécialiste des anomalies du développement et des maladies rares, décrit dans un style clair, nourri d'exemples concrets et d'expériences vécues, le monde passionnant de la recherche surtout lorsque celle-ci est appliquée au concret. Elle nous propose un voyage initiatique parmi les mutations du génome. C'est aussi le récit de la mobilisation des chercheurs pour résoudre ces énigmes de la nature et y trouver des remèdes, et l'exploration des solidarités à mettre en œuvre pour réparer les injustices de la naissance. Un livre riche, passionnant, humain, qui démythifie la génétique et révèle toute la plasticité du monde biologique et l'énorme hasard qui a présidé à notre naissance. C'est à ce monde que nous introduit Ségolène Aymé. Elle nous invite à une découverte émouvante du monde vivant dans ce qu'il a de fascinant et de complexe, tel que nous le révèlent les dernières recherches, sources d'espoir de la génétique.

médecine prédictive

La médecine prédictive : médecine de l'homme sain au XXIe siècle ?
Coordination scientifique Kamel Malek
Paris : Éditions Médecine Sciences Flammarion, coll. Les dossiers de l'IEPS, *2000, 49 p., 75 F, 11,43 euros*

La médecine prédictive deviendrait capable, grâce aux tests génétiques, de déceler chez le sujet sain les risques de développer au cours de sa vie un certain nombre de maladies. Cette dimension nouvelle de la médecine aurait un impact psychologique social et économique au XXIe siècle, dans nos sociétés développées et provoquerait des transformations dans l'exercice de la médecine. L'Institut d'études des politiques de santé a souhaité faire le point sur la pertinence et l'impact social des pratiques liées à la prédiction génétique des maladies. De grands experts français, issus de disciplines différentes, ont eu pour la première fois l'opportunité de confronter leurs points de vue. Ils ont analysé le mythe du meilleur des mondes « génétiques ». La foi sans limite de certains biologistes dans les progrès de la technologie génétique se heurte aux dangers liés à l'incertitude des tests prédictifs, à la transmission des principes humanistes de la médecine, aux conséquences psychologiques et comportementales envisageables pour l'homme sain au XXIe siècle.

inégalité

Les inégalités sociales de santé
Sous la direction d'Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang
Paris : Éditions La Découverte, coll. Recherches, *2000, 448 p., 225 F, 34,30 euros*

Cette étude de l'Inserm, fruit d'une collaboration de nombreux chercheurs, veut montrer justement qu'elle ne doit pas rester au stade d'une étude mais susciter un large débat. Les inégalités sociales face à la santé ont leurs racines en amont du sys-

pauvreté

Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2000
Paris : La Documentation française, 2000, 370 p., 124,63 F, 19 euros

Avec ce rapport 2000, l'Observatoire fait sa première publication depuis son installation prévue par la loi contre les exclusions. Il dresse un « état des lieux » de la pauvreté et de l'exclusion. De quoi parle-t-on, à partir de quel-

santé au travail

Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ?
Paris : Inserm, coll. Expertise collective, *2000, 151 p., 150 F, 22,87 euros*

La Caisse nationale d'assurance-maladie des professions indépendantes a demandé à l'Inserm de dresser un bilan sur les lombalgies en milieu professionnel, leurs principaux facteurs de risque et leurs interactions, les démarches de prévention mises en œuvre.

données statistiques

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 1999, édition 2000
Paris : La Documentation française, coll. Études et statistiques, *2000, 160 p., 131,19 F, 20,00 euros*

Ces données sont une reprise de l'annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Conçu et réalisé par la Drees, cet ouvrage montre cette année les caractéristiques de santé par groupes de population (enfants et adolescents, adultes de 25 ans à l'âge de la retraite et les personnes de plus de 65

tème de soins. Dix mille décès prématurés pourraient être évités chaque année si les ouvriers et employés avaient en France la mortalité des cadres supérieurs et des professions libérales. Ces données sont publiques et pourtant elles n'ont été jusqu'à présent que peu débattues publiquement, alors même que la France fait partie des pays européens où les disparités devant la mort sont les plus fortes. Maintenant qu'on en connaît mieux la genèse, comment les prévenir et les réduire ?

---

les sources mesure-t-on ? Où en est-on aujourd'hui de cette connaissance ? Quels en sont les enjeux et les limites ? D'où provient la pauvreté selon l'opinion publique ? Comment les médias abordent-ils le problème ? Ce rapport comporte deux études approfondies sur des phénomènes préoccupants et nouveaux : la pauvreté chez les jeunes et les difficultés d'accès aux droits des populations défavorisées.

Les derniers chapitres portent sur les stratégies pour prévenir le passage à la chronicité des lombalgies et les actions de réinsertion des personnes atteintes de lombalgies chroniques. S'agissant de facteurs de lombalgies en milieu professionnel, des recommandations sur les normes à respecter, d'outils de mesure et d'évaluation des risques existent. Ces outils permettent de sensibiliser les milieux professionnels sur les risques musculosquelettiques.

---

ans). Il montre par ailleurs dans le premier chapitre les évolutions démographiques et l'espérance de vie qui varie selon les catégories sociales et les régions et dans le dernier chapitre, la démographie des professions de santé et le redéploiement de l'hospitalisation.

hépatite C

Tilleul-menthe
Éric Nivot, Caroline Philibert (scénario, réalisation), Pr Patrick Hillon (scénario, conseiller scientifique)
Dijon : Reboch (Centre bourguignon de lutte contre l'hépatite C), 1998, VHS, 26 mn

Fiction destinée à l'information tout public : une jeune lycéenne vient d'apprendre qu'elle est atteinte de l'hépatite C. Elle informe son ami qui décide d'enquêter pour comprendre comment elle a été infectée. Ce qu'il faut craindre, et ce qu'il faut faire pour se soigner. De son côté, fatiguée, inquiète, culpabilisée elle s'enferme dans la dépression. Un médecin les rassure et les informe des précautions à prendre pour ne pas transmettre le virus. Ce film a fait l'objet d'une suite destinée aux médecins *www.cauchemar traitement de l'hépatite C*. Ces deux films constituent une mallette pédagogique.

douleur

Si dure la douleur
Caroline Philibert (scénario et réalisation), Pr Patrick Hillon (conseiller scientifique)
Dijon : Université de Bourgogne, 1997, VHS, 29 mn

Les témoignages de personnes souffrant de douleurs chroniques nous amènent à cerner l'impact de ces douleurs dans leur vie quotidienne. Éclairé par les commentaires de médecins, d'un philosophe (Paul Ricoeur) et d'un anthropologue (David Le Breton), le phénomène douloureux nous est présenté dans sa complexité. On découvre les conséquences de la douleur des malades sans la vie sociale et familiale. Ce documentaire propose d'envisager le phénomène des douleurs chroniques comme un véritable problème de santé publique.

information du patient

Média-médecin-patient : vers un partenariat ?
Danielle Zetlaoui (réalisation)
Puteaux : Fondation Bayer Santé, 20 mn

Qu'entend-on par information, surinformation, vulgarisation médicale du patient ? Que penser du patient qui, face à son médecin, croit tout savoir de sa maladie et dicte sa prescription médicale ? Le public a-t-il vraiment accès à une certaine connaissance ou est-ce une illusion ? La presse répond-elle à un besoin ou plus subtilement ne crée-t-elle pas ce besoin ? La cassette, contenant des témoignages de médecins, de patients et de journalistes, donne les informations permettant de mettre en place une situation relationnelle favorisant la prise en charge psychologique du patient informé (voire surinformé). Elle peut servir à l'autoformation ou à des sessions de formation médicale continue (FMC) par petits groupes. Des conseils sont donnés pour mettre en application l'installation, le visionnage, les débats permettant une action de formation efficace.

cancer

Peut-on prévenir le cancer colorectal ?
Jean Faivre (scénario), Caroline Philibert (réalisation)
Dijon : Université de Bourgogne, Ligue nationale contre le cancer, Registre des cancers digestifs, 1997, VHS, 16 mn

Ce film s'adresse aux médecins généralistes pour les sensibiliser à l'intérêt d'une prévention de masse du cancer colorectal. Il présente les résultats d'un dispositif expérimental de dépistage. Dans plusieurs cantons de Saône et Loire, une équipe de médecins généralistes et de chercheurs a expérimenté un dispositif de prévention auprès de l'ensemble des personnes âgées de plus de 50 ans. Par les témoignages de patients testés, d'un engagement dans l'expérimentation, une séance de formation auprès d'un groupe de médecins on peut saisir la portée, l'intérêt et les difficultés de l'application de ce dispositif. En généralisant celui-ci on pourrait éviter en France plus de 3 000 cas de cancer colorectal par an.

addiction

Le cannabis
José Huerta (réalisation)
Versailles : Centre d'accueil et d'aide aux utilisateurs de drogues et à leur famille (CAAT), 25 mn

Qu'est-ce que le cannabis ? Ses migrations et ses utilisations à travers l'histoire. En France, il constitue un vaste problème qui ne ressort pas seulement du médical, du psychologique, voire du policier, mais aussi du social et du politique. De nos jours, force est de constater que sa consommation n'est plus taboue. Dans les différentes relations, parents, enfants, amis, face aux problèmes, comment répondre aux questions, comment agir ? Avec le savoir et l'expérience d'aujourd'hui, des professionnels s'efforcent d'y répondre à travers cette cassette vidéo.
Site : www.caat78.fr.st

Europe

risque professionnel

Exposition aux agents biologiques
*Directive 2000/54/CE du Parlement et du Conseil du 18 septembre 2000 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à des agents biologiques au travail (*JOCE *L 17 octobre 2000)*

Ce texte fixe les prescriptions minimales en matière d'exposition à des agents biologiques, classés en quatre groupes selon l'importance du risque d'infection qu'ils représentent. Il fixe également les obligations des employeurs quant à l'hygiène et la réduction des risques, mais aussi la tenue d'une liste des travailleurs exposés, leur obligation d'information et le suivi médical. De nombreuses annexes complètent cette directive : types d'activités professionnelles, logo d'avertissement au danger, classification communautaire des agents biologiques (bactéries, virus, parasites, champignons), indications sur les mesures et les niveaux de confinement, code de conduite de vaccination.

toxicomanie

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
*Règlement n° 2220/2000 du Conseil du 28 septembre 2000 modifiant le règlement CEE n° 302/93 portant création d'un Observatoire des drogues et des toxicomanies (*JOCE *L. 7 octobre 2000)*

Dans le cadre de la participation des pays candidats d'Europe centrale et orientale aux activités de l'Observatoire, ce texte étend les missions de cet organisme. Ces pays pourront notamment participer au réseau Reitox et au programme Phare.

Et aussi...

phytopharmacie

Produits phytopharmaceutiques
*Règlement n° 2000/2266 de la Commission du 12 octobre 2000 modifiant le règlement n° 3600/92 concernant la mise sur le marché de produits phytopharmaceutiques (*JOCE *L. 13 octobre 2000)*

sang

Dérivés sanguins
*Directive n° 2000/70/CE du Parlement et du Conseil du 16 novembre 2000 modifiant la directive 93/42/CEE en ce qui concerne les dispositifs médicaux incorporant des dérivés stables du sang ou du plasma humain (*JOCE *L. 13 décembre 2000)*

dépistage

Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)
*Arrêté du 3 octobre 2000 (*JOLD *20 octobre 2000)*

La liste des maladies transmissibles, outre le VIH, à prendre en charge dans les CDAG est étendue aux hépatites B et C. Est aussi précisé le contenu du cahier des charges de chaque CDAG (fonctions, règles de bonnes pratiques, équipement, personnel, articulation avec le réseau médico-social), les modalités de désignation des CDAG et le modèle de bilan d'activité relatif aux hépatites virales.

contraception

Contraception d'urgence
*Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 (*JOLD *22 juin 2000)*

Par une modification de l'article L. 5134-1 du Code de la santé publique, ce texte libère la contraception d'urgence de la prescription obligatoire. Il autorise également la prescription et la délivrance gratuite par les pharmacies de cette contraception aux mineures désirant garder le secret. Enfin, l'autorisation est donnée, à titre exceptionnel, aux infirmières des établissements du second degré d'administrer aux élèves une contraception d'urgence, selon un protocole national. Le gouvernement est tenu de présenter avant fin 2002 un rapport sur l'application de cet article.

internat

Fixation du nombre de postes ouverts aux concours de l'internat de médecine et de pharmacie pour l'année universitaire 2001-2002
Circulaire n° 2000-577 du 28 novembre 2000 (non parue)

Ce texte préconise un maintien à 1 843 du nombre de postes pour le concours de droit commun. L'accroissement du nombre de postes est préconisé pour les disciplines suivantes : santé publique, anesthésiologie-réanimation chirurgicale, pédiatrie, gynécologie obstétrique et médicale. Le maintien du nombre de postes est recommandé pour la psychiatrie. En revanche, une baisse du nombre

Et aussi...

dépistage

Modalités de désignation et missions des consultations de dépistage anonyme et gratuit
*Circulaire DGS/SD6 n° 2000-531 du 17 octobre 2000 (*BO solidarité santé *30/10, 5 novembre 2000)*

Conseil supérieur d'hygiène publique

Règles de prophylaxie des infections pour la pratique « d'actes corporels » sans caractère médical avec effraction cutanée (tatouage, piercing, dermographie, épilation par électrolyse, rasage)
*Avis du 15 septembre 2000 (*BO solidarité santé *6, 12 novembre 2000)*

produits d'origine animale

Interdiction de l'exécution et de la délivrance de préparations magistrales ou autres préparations, y compris homéopathiques, à base de produits d'origine bovine, ovine ou caprine
*Décision du 20 septembre 2000 (*JOLD *27 septembre 2000)*

médicaments

Modification de l'arrêté du 20 septembre 1999 fixant la liste des médicaments classés comme stupéfiants dont la durée maximale de prescription est réduite à quatorze ou à sept jours
*Arrêté du 20 octobre 2000 (*JOLD *25 octobre 2000)*

de postes est préconisée pour la médecine du travail et la biologie médicale. En ce qui concerne l'internat en pharmacie, la reconduction du même nombre de postes est suggérée.

professions paramédicales

Quotas d'étudiants à admettre dans les instituts de formation paramédicaux pour l'année 2001
*Circulaire n° 2000-551 du 8 novembre 2000 (*BO solidarité santé *27 novembre 2000)*

Cette circulaire rappelle le nombre d'étudiants fixés en 2000 par discipline (26 436 infirmiers, 1 314 masseurs-kinésithérapeutes, 466 orthophonistes et 310 psychomotriciens) et les motivations de ces choix. Ce texte invite les préfets de région, de département et les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation à faire part de leurs besoins pour 2001, en prévision des commissions du Conseil supérieur des professions paramédicales qui se tiendront début 2001.

Afssaps

Création à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé d'un groupe d'experts sur les recherches biomédicales sur le médicament
*Décision du 6 décembre 2000 (*JOLD *15 décembre 2000)*

santé publique

Centres de santé et modification du code de la Sécurité sociale
*Décret n° 2000-1219 du 13 décembre 2000 (*JOLD *15 décembre 2000)*

Centres de santé et modification du code de la Sécurité sociale
*Décret n° 2000-1220 du 13 décembre 2000 (*JOLD *15 décembre 2000)*

La Santé de l'homme n° 348 juillet-août 2000

Éditorial
- Peut-on rire de tout ? *Alain Douiller*

Éducation du patient
- Information du patient : recommandations de l'Anaes, *Isabelle Vincent*
- Cinésanté : Révélations (*The Insider*), *Michel Condé, Alain Douiller*

La santé en chiffres
- Journée mondiale sans tabac
- Premiers résultats du Baromètre santé 2000, *Karina Oddoux*

Environnement
- L'eau dans tous ses états, *Denis Dangaix*

Lectures

Dossier **Pauvreté, précarité : Quelle santé promouvoir ?**

Les cadres de l'action
- Exclusion, pauvreté, précarité…
- Approche socio-historique de l'intégration sociale, *Valentine Hélardot*

Le cadre politique
- Soins, santé et précarité : une prise de conscience, *François Béard, Louis Dessaint*
- Le cadre de la loi contre les exclusions
- La programmation en santé et les publics démunis, *Jean-Paul Dupré, Christian Nicolas*
- Les « Ateliers santé » : orientations et objectifs, *Antoine Gueniffey*

Le cadre méthodologique
- La précarité et ses « représentations », *Jean Chiffe*
- Santé et dignité : fondement d'une approche éthique et méthodologique, *Agnès Granier*

La mise en œuvre
- L'engagement du CFES envers les populations en difficulté : histoire d'un parcours, *Fabien Tuleu*
- De l'intention à l'action, *Laurence Birelichie, François Alias*

Six expériences d'« Ateliers santé »
- Les groupes de parole : espace de mobilisation face à la souffrance psychosociale, *Bruno Larrose, Vincent Trias*
- Recueillir la parole de personnes hébergées en CHRS, *Christine Binsfeld-Houlné, Anne Laurent-Beq*
- « Ateliers santé » et « Ateliers lecture » dans une résidence sociale, *Myriam Puyo*
- « Ateliers santé bien-être » : évolution d'un projet, *Isabelle Arhant, Lydie Gavard*
- Précarité en milieu rural : aller à la rencontre de l'autre, *Céline Capdupuy*
- « Accès santé » : un pas vers la santé, un pas vers l'emploi, *Thérèse Leparoux*

Un témoignage singulier
- Regards croisés et croisée des regards, *Josiane Lacombe*

La question des outils
- Construire un outil pour les intervenants travaillant avec des publics en situation de précarité, *Emilda Velazco*

Revue du Comité français d'éducation pour la santé
CFES, 2, rue Auguste-Comte, BP 51,
92174 Vanves Cedex www.cfes.sante.fr
tél. : 01 41 33 33 33. fax : 01 41 33 33 90
Prix au n° : 39 F. Abonnement 1 an : 165 F

Paris
L'enfant et l'adolescent en 2001

Les séminaires psychanalytiques de Paris organisent un cycle de conférences, le mercredi soir :

- L'adolescent et la violence, 28 février
- L'adolescent et la psychose, 14 mars
- L'adolescent et le vécu de son corps, 25 avril
- L'enfant et l'adolescent face à la maladie grave, 16 mai
- L'adolescent et la toxicomanie, 20 juin

Renseignements
Séminaires psychanalytiques de Paris
Allée de Croisilles
28210 Saint-Laurent-la-Gâtine
Téléphone : 01 46 47 66 04

Caen
Jeudi 1er mars 2001
Tout enfant est un être humain : prise en charge des enfants polyhandicapés et porteurs de handicaps rares

Journée organisée par l'Association handy, rare et poly au Centre des congrès de Caen

Renseignements
Association handy, rare et poly
9 bis, rue de Saint-Germain
14000 Caen
Téléphone et télécopie : 02 31 74 07 08

Paris
Du 13 au 15 mars 2001
VIIes Assises nationales du secteur social et médico-social

Journées organisées par Geront expo-Handicap expo à Paris-expo, Porte de Versailles

Renseignements
Nora Bouhafs
PG Promotion
Groupe Exposium
119, rue de Créqui
BP 6141
69466 Lyon Cedex 06
Téléphone : 04 72 83 08 30
Télécopie : 04 72 83 08 49
www.gerontexpo.com
Mel. : info@pgpromotion

La Baule
Les 15 et 16 mars 2001
Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?

Journée organisée par l'association « Addictions : prévention, soins, recherche »

Renseignements
CHU
Hôpital Saint-Jacques
SHUPPM
44093 Nantes
Téléphone : 02 40 84 63 97
Télécopie : 02 40 84 64 09
www.chu-nantes.fr
Mel. : addictions.congres@online.fr

adsp abonnement

actualité et dossier en santé publique

À photocopier ou à découper et à envoyer à
La Documentation française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex
Téléphone 01 40 15 70 00
Télécopie 01 40 15 68 00
www.ladocfrancaise.gouv.fr

Nom _____

Prénom _____

Profession _____

Adresse _____

_____

Code postal _____

Localité _____

_____

Oui, je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(4 numéros par an) (à partir de mars 2001).

- ☐ France 252,54 F TTC 38,50 euros
- ☐ Europe 268,94 F TTC 41,00 euros
- ☐ DOM-TOM 272,22 F (H. T. avion éco.) 41,50 euros
- ☐ Autres pays 278,78 F (H. T. avion éco.) 42,50 euros
- ☐ Supplément avion 30,83 F 4,70 euros

☐ Le numéro 78,71 F 12,00 euros (à partir du numéro 24)
Participation aux frais de facturation et
de port (sauf pour les abonnements) + 20 F

Ci-joint mon règlement :

☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de
M. l'agent comptable de La Documentation française

☐ Par carte bancaire

date d'expiration

numéro

Date Signature

adsp sommaire
actualité et dossier en santé publique
décembre 2000 numéro 33

éditorial

1 **Le système de soins en examen**
Gilles Brücker

HCSP DIRECT

4 **www.hcsp.ensp.fr**
HCSP*i* : le nouveau site du Haut Comité de la santé publique

6 **Deux nouveaux membres**

actualité

7 **Information des usagers et crises sanitaires**
Réflexions pour une bonne information des usagers en cas de crises sanitaires.
Gilles Brücker

10 **Politique de santé et assurance-maladie. Rapport de la Cour des comptes**
La Cour des comptes se penche sur l'articulation entre politique de santé et assurance-maladie.
Marc Duriez

12 **Médicaments et service médical rendu**
Comment sont définis le prix et le remboursement des médicaments ?
Norbert Nabet

Organisation, décision et financement du système de soins

p. 19

Dossier coordonné par **Jean-Pierre Claveranne**, **Marc Brémond** et **Alice Teil**

21 Politique de soins : la légitimation des décisions

21 **Peut-on parler d'une politique de soins ?**
Marc Brémond

23 **1983-2000, le système hospitalier en réforme**
Jean-Pierre Galaire, Jean-Pierre Claveranne

26 Qu'appelle-t-on système de soins ?
Alice Teil

28 **Une politique ambulatoire en quête de cohérence**
Magali Robelet

29 Système de santé et principe de précaution
Pierre-Louis Rémy

30 Le système de soins et le principe d'efficience
Philippe Cunéo

33 Le patient et le système de soins
Véronique Ghadi, Michel Naiditch

37 Quelles organisations en rapport avec ces politiques ? Les modèles

37 **L'organisation du système sanitaire**
David Piovésan, Didier Vinot

39 **Les urgences hospitalières**
Rémy Bataillon

40 Données statistiques
Stéphane Fraisse

41 **Le réseau de soins : quels coûts pour quelle santé ?**
Michel Grignon, Fabienne Midi

42 Quelle formation à l'organisation pour les médecins libéraux ?
Charles Honnorat

45 **Le réseau périnatalité, enjeu et difficultés**
Georges Mellier, Jean-Charles Pasquier

47 Les outils de l'organisation sanitaire

47 **La culture de projet**
Jean-Pierre Boutinet

48 L'impact du système de soins sur l'état de santé
Pierre Lombrail

50 Mythes et réalités de la contractualisation
Jean-Paul Segade

51 **Gérer les processus à l'hôpital**
Christophe Pascal

53 **PMSI : Quelles comparaisons possibles et impossibles ?**
Cyrille Colin, Sandrine Couray-Targe, Loïc Geoffroy

55 **Accréditation : limites et perspectives**
Philippe Loirat

56 Usagers et évaluation des hôpitaux
Isabelle Gasquet

60 Tribunes

60 **La régulation hospitalière : quelques éléments pour un bilan**
Jean-Pierre Claveranne, Martine Conci

62 **Les conférences régionales de santé, ou la politique régionale de santé désarmée**
Didier Vinot

64 **Du mauvais usage de la démographie médicale pour réguler l'offre de soins**
Yann Bourgueil, Magali Robelet

66 Bibliographie, adresses utiles

rubriques

international

16 **L'hôpital de Dakar. Exemple de coopération hospitalière française**
Les difficultés d'adéquation entre réforme hospitalière et recentrage de la coopération française en Afrique.
Julien Gottsmann

régions

67 **La mortalité des jeunes en Île-de-France**
Chaque année en Île-de-France, 1 500 jeunes de 10 à 29 ans décèdent.
Philippe Pépin, Isabelle Grémy

addictologie

71 **Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites**
Présentation des résultats d'une étude mesurant les coûts pour la société des consommations de drogues.
Philippe Fénoglio, Véronique Parel, Pierre Kopp

repères

5 **brèves européennes**

76 **organisme**
Institut d'études des politiques de santé

77 **formation**
Écorisque 2001

78 **recherche**
Épidémiologie et sciences sociales appliquées à l'innovation médicale

79 **lectures**

81 **vidéo**

82 **lois & réglementation**

84 **calendrier**

HCSP
Haut Comité de la Santé Publique
www.hcsp.ensp.fr

3 303335 300331

Prix 76,09 F. 11,60 euros
ISSN 1243-275X
CP : 0903 B 05201

La **documentation** Française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris cedex 07

Téléphone : 01 40 15 70 00
Télécopie : 01 40 15 68 00
www.ladocfrancaise.gouv.fr