

Partenariats, filières, coopérations, coordinations, réseaux : dans tout le système de soins ...

Christine Meyer
Sanesco

Partenariats entre établissements, réseaux de soins ville-hôpital, coordinations pour la prise en charge des personnes dépendantes, amicales de généralistes, polycliniques médicales, réseaux de surveillance épidémiologiques, accord entre la Mutualité fonction publique et l'UHP pour la prise en charge des suppléments chambre particulière, accords cliniques / praticiens sur les dépassements d'honoraires, organisation de services à domicile par les maisons de retraite, accords de tiers payant avec des dentistes libéraux, ... bien malin serait celui qui pourrait prétendre aujourd'hui connaître toutes les expériences et toutes les formes de coopération dans le système de soins : incontestablement une dynamique existe, le plus souvent locale, sans publicité. On ne peut qu'au mieux rendre compte de la diversité.

Cette enquête a été effectuée par Sanesco à la fin de l'année 1995, pour le Commissariat général du Plan, concernant les réseaux dans le système de santé. A cette occasion, on a cherché à rencontrer la plupart des partenaires concernés pour établir s'il était souhaitable et possible d'inciter au développement des partenariats dans le système ; et comment.

Les points de non retour sont incontestables, malgré des blocages et des difficultés quotidiennes nombreuses. Mais tous partagent une même préoccupation : voir évoluer le contexte administratif et politique de ces tentatives, ce que nous voudrions également montrer.

1 Se coordonner, établir des partenariats, construire des réseaux : pourquoi ?

Aux Etats-Unis, les réseaux sont venus répondre au besoin d'organiser l'assurance et la prise en charge et de contrôler le prix des prestations médicales, la dynamique dans le système français est venue traiter un mal bien français du système : l'hospitalocentrisme et les cloisonnements qu'il induisait, l'isolement des malades, les ruptures de la chaîne de soins etc. L'histoire est connue. Elle est encore très prégnante, puisqu'elle explique le plus grand nombre des formes actuelles de coordination.

Mais d'autres facteurs émergent qui ne doivent pas être ignorés : alors que la spécialisation se raffine, les besoins d'organisation pluridisciplinaire s'affirment ; alors que les plateaux techniques s'alourdissent, les prises en charge à la frontière des secteurs sanitaire et social se multiplient ; alors que l'on standardise les procédures, la chronicisation des malades impose des négociations quasiment individuelles sur l'organisation médicale et sociale de la prise en charge ; alors que l'on développe les plateaux techniques, il faut penser la réorganisation des structures et l'insertion des organisations de soins dans leur environnement. Il apparaît que la prise en charge est d'autant plus efficace qu'elle considère l'intégralité du patient, que les structures de soins ont un environnement complexe, que l'exercice isolé ne répond plus que partiellement aux besoins de santé.

Tous s'interrogent donc sur des formes d'organisation modernes où l'on ne perdrait ni son âme, ni son existence matérielle, et viennent à promouvoir des associations hétérogènes structurées, mais non hiérarchisées et non centralisées.

2 qui fait quoi ?

Divers vocables recouvrent des réalités différentes : les professionnels rechercheront plutôt entre confrères des **coordinations** -avec dans sa forme la plus institutionnalisée, l'ambition de coordination des soins par le médecin généraliste, inscrite dans la convention médicale-, ou la mise en jeu de **filières de soins** à plusieurs niveaux de prises en charge médicales.

Le terme de **réseau**, quant à lui, recouvre aujourd'hui dans notre système de santé deux notions relativement différentes :

- les réseaux de soins et de santé (ils sont près d'une centaine aujourd'hui) sont le fait des professionnels, généralistes en relation avec des hôpitaux le plus souvent ; ils peuvent avoir des objets particuliers -organisation de la prise en charge des malades du SIDA, de l'hépatite C, suivi des toxicomanes, ou les trois- ; certains souhaiteraient voir leurs réseaux devenir polyvalents.
- les réseaux "pour la gestion du risque" -qui n'existent pas encore- envisagés par des mutuelles ou des assureurs, dans un avenir plus ou moins lointain.

Les intervenants non professionnels, essentiellement mutuelles et compagnies d'assurances s'interrogent en fait, préalablement aux réseaux, sur la possibilité de construire des **partenariats**. Le partenariat représente, comme les **coopérations** qui concernent plus des professionnels et des structures de soins, le moyen de contracter de façon équilibrée avec les autres acteurs : des professionnels pour les financeurs, des professionnels libéraux pour les mutuelles, des hospitaliers publics ou des non hospitaliers pour l'hospitalisation privée, des réseaux ayant d'autres finalités pour les animateurs de réseaux.

Aujourd'hui chacun bricole, avec ses propres outils juridiques et sociologiques, négocie, avec les tutelles et les caisses. Les associations abritent l'essentiel des organisations de libéraux, mais dès lors que des partenariats financiers sont en jeu il faut recourir à d'autres formes : accords de coopération, GIE, conventions d'utilisation...

Si tous les professionnels connaissent des organisations très homogènes (amicales de médecins libéraux, réseaux scientifiques de professeurs hospitaliers), on constate aussi que la plupart des acteurs aujourd'hui cherchent à réaliser des opérations où l'hétérogénéité est grande. Citons : gestionnaires d'établissements-praticiens pour l'ouverture d'un plateau technique, médecins libéraux-praticiens hospitaliers pour des réseaux ville-hôpital,, syndicats d'infirmiers libéraux-hôpital pour une HAD assurée par les libéraux (Lannion), médecins libéraux et professionnels de santé-travailleurs sociaux salariés-caisses d'assurance maladie-collectivités locales pour la prise en charge des personnes âgées (expérience type de Lubersac), mutuelles-syndicats professionnels (chirurgiens, opticiens, dentistes dans le sud de la France).

3 Une dynamique organisationnelle incontestable, mais une grande prudence dans le contenu

L'échange d'informations constitue indiscutablement la base de grand nombre d'accords. Pour les non professionnels, un tel échange est la base de tout accord, voire sa raison même d'exister. L'information peut être médicale (réseaux de données épidémiologiques entre chercheurs et praticiens hospitaliers), administrative, ou médico-économique.

Le partage de moyens et la mise en commun de compétences constitue un deuxième niveau d'accords, que ce soit les conventions d'utilisation d'équipements lourds, les

tentatives de coopération sur des plateaux techniques, mais aussi, l'organisation d'un service de soins à domicile et le portage de repas par une maison de retraite : ces projets permettent d'améliorer l'efficacité globale du système.

L'organisation des prises en charge médicales constitue le troisième objectif de ces partenariats ; ce fut bien sûr le premier objectif des réseaux constitués par les professionnels pour contrer le poids de l'hôpital. Mais curieusement, on ne rencontre pas beaucoup de formes récentes d'organisation ; quelques projets cependant mûrissent filière cancérologie dans l'hospitalisation privée, polyvalence des réseaux de soins. Mais de l'avis de tous, une organisation des prises en charge différente de celles qu'instituent conventions nationales et réglementations ne se décrète pas : elle est une longue "démarche d'adaptation". Dans ce domaine, les professionnels ont l'initiative ; ils sont la condition et le cœur même des expériences.

Le quatrième niveau, qui pourrait être au-delà de l'organisation, *la négociation des conditions économiques de ces prises en charge, les prix des prestations, voire leur contenu prix -qualité* constitue donc un objectif encore plus lointain. Quelques accords de prix existent : d'une part des accords de remboursement (accords de remboursement sur les dépassements pratiqués par des chirurgiens -mutuelles, syndicats départementaux-, engagement forfaitaire de remboursement pour des traitements d'orthodontie avec la MGEN) ; d'autre part, de vrais accords de prix commencent à se conclure (dépassements facturés aux mutualistes dans une clinique mutualiste de l'est) ; on peut également mentionner la proposition d'un assureur qui sans accord contractuel cherche à peser sur les prix proposés à ses assurés en organisant par téléphone une discussion avec l'assuré sur le juste prix des prothèses dentaires.

Cependant, le dispositif tarifaire extrêmement serré dans le système français, adossé à des zones d'ombre de liberté rend très difficile ces accords ; et a fortiori des discussions sur le contenu qualité/prix des prestations - qui sont pourtant la base des négociations dans d'autres systèmes-. Pourtant, aux dires du Ministère de l'Economie beaucoup de possibilités existent au regard du droit de la concurrence : les caisses, mutuelles et compagnies d'assurances pourraient se porter acheteurs sur le marché et proposer des contrats aux professionnels, aux structures de soins, établir sous certaines conditions - notamment de non exclusion- des marchés préférentiels, voire diffuser des listes de praticiens.

4 Les difficultés que rencontrent les partenaires sont réelles, mais les solutions ne sont pas nécessairement des révolutions juridiques

Les problèmes rencontrés actuellement pour ces opérations sont considérables. En effet : Comment faire avancer des projets qui ne peuvent aboutir que par la volonté des partenaires locaux dans un système où toute décision est centralisée, mais jugée au regard de systèmes réglementaires nationaux ? Comment multiplier les coopérations dans un ordre où l'exercice individuel est la règle ? Comment faire aboutir des organisations en réseaux dans une société hiérarchisée, de privilèges et de corporations et un système professionnel particulièrement prompt à s'y conformer ? Comment peuvent travailler ensemble : des professionnels libéraux payés pour leurs actes qui disposent de leur temps comme ils l'entendent et des salariés payés au temps, qui ne sont pas libres de leur temps ? Comment développer la pluridisciplinarité quand les accusations de compéage ou de sous traitance risquent de tomber à tout moment ? Comment financer le développement d'un réseau avec une subvention annuelle et des prises en charge complexes avec le paiement à l'acte, comment prévoir des rémunérations croisées dans le budget global hospitalier ?

Et quand ces réseaux vivent depuis plus de cinq ans, sont-ce toujours des "expériences"

Devant l'ampleur des mutations engagées, on comprend donc que les tutelles s'arcbutent sur l'Ordre établi, que les conventions nationales soient tellement fragilisées et qu'à l'autre extrémité du spectre, les bâtisseurs de réseaux pensent aujourd'hui qu'il s'agit d'un véritable "mouvement social".

Car en fait, tous ceux qui cherchent à développer ces initiatives peuvent en témoigner : dès lors que **tous** les acteurs localement sont d'accord, les possibilités juridiques existent. Les montages sont compliqués, et en tout état de cause, il n'y a pas de solution type.

Evidemment, les tentatives des innovateurs pourraient être largement facilitées par des assouplissements réglementaires, bien que l'on ne puisse pas faire évoluer les comportements et des décennies d'exercice médical avec des décrets.

Une ouverture très simple ?

Mais surtout, il semble qu'aujourd'hui tout le monde souhaite une ouverture très simple, et peu coûteuse : l'affirmation par les pouvoirs publics et les tutelles de leur intérêt pour ces projets. Trois niveaux différents sont probablement à envisager :

- affirmer publiquement que les réseaux et les partenariats constituent une forme d'organisation à part entière dans le système de soins et en tirer les conséquences en termes d'organisation de l'administration de la santé et d'évaluation des structures:
 - . ceci rendrait légitime aux yeux des administrations déconcentrées les travaux de partenariats engagés localement,
 - . il faudrait nécessairement l'inclure dans les critères d'évaluation, d'accréditation des structures hospitalières, de construction des SROSS et d'attribution des budgets hospitaliers et considérer l'insertion de l'établissement dans son environnement, sa recherche de partenariats ;
 - . notons bien qu'il s'agit d'affirmer un principe que l'on pourrait dire de bienveillance et non de créer un nouveau type de structure ; celui-ci prendrait place, presque par définition, dans la hiérarchie des structures et des statuts existants ;
 - . en revanche il pourrait être salutaire qu'au Ministère les partenaires du système aient un interlocuteur, gérant les crédits affectés à ces opérations quand il y en a, leur donnant une existence administrative ; un bureau témoin de ce mouvement et des innovations, interlocuteur des acteurs et probablement rattaché à la Direction de la Santé plutôt qu'à la Direction des Hôpitaux ;
- énoncer pour tous les partenaires du système qui souhaitent s'engager dans la construction de partenariats, les règles qui pourraient régir ces nouvelles organisations :
 - . les règles d'ordre public : non exclusion, place de l'assurance maladie et des administrations régionales de la santé dans ces accords,
 - . les règles économiques : comment s'applique le droit de la concurrence, les conditions dans lesquelles il est possible de diffuser des listes de praticiens ou de structures adhérant à la convention, les règles de publicité des accords, les limites dans lesquelles conclure des accords de prix, s'engager sur des remboursements ...

- . en contrepartie de cette clarification : demander aux partenaires qui contractent : la transparence sur les conditions contractuelles vis à vis des assurés et peut être un agrément des conventions ;
- expliciter le cadre de la contractualisation locale et des partenariats entre financeurs : formellement aujourd'hui elle n'est pas impossible, mais pratiquement elle est ignorée : les caisses n'agissent que dans le cadre des conventions nationales, les mutuelles agissent isolément (les expériences des mutuelles ne sont pas toutes connues des Fédérations).

Envisagée initialement comme un travail d'enquête sur les partenariats entre financeurs et professionnels, cette enquête nous a amenés à décrire une réalité beaucoup plus fluctuante, mouvante et riche que l'on avait pu l'imaginer. De plus, il faut reconnaître que les projets des financeurs vis à vis des professionnels restent très ponctuels et encore "secrets". L'absence de position des pouvoirs publics y contribue très fortement, et si les assureurs ou mutuelles peuvent considérer que la concurrence ou du moins un système plus libéral, devrait être la règle -ce qui n'est pas le cas pour tous-, ils en connaissent les contraintes, notamment de secret. En tout état de cause, ils ne semblent pas toujours prêts à en accepter les règles de réciprocité et de transparence, notamment sur les libellés des contrats et les conditions d'assurance. Il est pourtant probable qu'ils auraient à gagner beaucoup à une plus grande transparence des pouvoirs publics s'ils en acceptaient les contreparties.

Du côté des professionnels, des évolutions certaines ont pu être notées, mais elles sont largement dépendantes de leur liberté d'action : s'ils ont l'initiative des réseaux de soins, un grand nombre sont partants, et peuvent être prêts à discuter plus avant. Certains seraient même prêts à envisager des expériences de capitation. Les spécialistes restent les grands absents de ces mouvements de coopération et de réseaux. Tout au plus envisagent-ils des formes d'exercice plus regroupées, butant alors sur le cadre d'exercice libéral, les interdictions de l'assistantat, les accusations de compéage et de soustraction.

Les mutuelles et assureurs représentent cependant dans certains domaines -comme le dentaire- un partenaire suffisamment légitime financièrement pour que des contractualisations soient envisagées prochainement.

D'après certaines informations, il semblerait qu'une Mutuelle envisage à brève échéance l'organisation d'un réseau de soins mais il n'a pas été possible de recueillir plus d'information.

Concernant l'Assurance maladie, le Ministère de l'Economie considère qu'actuellement les conditions sont réunies pour que des caisses se portent sur le marché comme acheteur de soins, mais il ne semble pas y avoir de projets, si ce n'est le soutien d'actions locales, essentiellement dans le domaine des personnes âgées, et dans d'autres régimes que le régime général.

L'initiative mieux affirmée de l'Etat, quels que soient les directions ou ministères concernés, pourraient aider des acteurs décentralisés, caisses ou directions régionales, à débloquent des dossiers et à pérenniser des expériences pilotes, modèles ou tout simplement nouvelles organisations du système.

<u>INTRODUCTION</u>	3
<u>1. TOILES DE FOND</u>	8
1.1 LES DÉBATS ANTÉRIEURS : LE PROGRÈS À L'ÉPREUVE DES INSTITUTIONS	8
1.1.1 AU CENTRE DES PREMIÈRES EXPÉRIENCES: SORTIR DE L'HÔPITAL	8
1.1.2 LES PREMIÈRES EXPÉRIENCES DE COORDINATION STRICTEMENT EXTRA-HOSPITALIÈRE	9
1.1.3 A PARTIR DE 1985, UN DÉBAT S'ORGANISE AUTOUR DU CONCEPT DE RÉSEAUX DE SOINS COORDONNÉS	9
1.1.4 LES ANNÉES 1990 SERONT MARQUÉES PAR L'EXPLOSION DES INITIATIVES VILLE-HÔPITAL	10
1.1.5 LA COORDINATION DES SOINS OU LE PASSAGE PAR LE GÉNÉRALISTE ?	10
1.2 A L'ÉTRANGER : AUX USA, UNE INTÉGRATION DE PLUS EN PLUS COMPLÈTE	11
1.2.1 LE HMO	12
1.2.2 L'ASSOCIATION DE PROFESSIONNELS	13
1.2.3 LES GROUPEMENTS DOMINÉS PAR LES HÔPITAUX (OU DES CHAINES HÔPITAUX)	3
1.2.4 CHIFFRES ET ESQUISSE D'UN BILAN :	14
1.3 LES PRÉSUPPOSÉS THÉORIQUES SUR LES AVANTAGES DE LA MISE EN RÉSEAU	15
<u>2. COORDINATION, FILIÈRES, RÉSEAUX ET PARTENARIATS : LES ACTEURS</u>	19
2.1 D'UN ACTEUR À L'AUTRE : DES CONCEPTS DIFFÉRENTS POUR DES PROJETS PROCHES, ET RÉCIPROQUEMENT	19
2.1.1 POURQUOI S'ATTACHER AU VOCABULAIRE ?	19
2.1.2 LA COORDINATION DES SOINS	19
2.1.3 LES FILIÈRES DE SOINS	20
2.1.4 LES PARTENARIATS	20
2.1.5 LES RÉSEAUX	21
2.2 LES ACTEURS : QUI SONT-ILS ? QUE FONT-ILS ?	22

3. RÉSEAUX, PARTENARIATS, COOPÉRATIONS : L'EXISTANT	26
3.1 LES RÉSEAUX INFORMELS DE PROFESSIONNELS	28
3.1.1 LES RÉSEAUX CONFRATERNELS	28
3.1.1.1 Coordonner des logiques professionnelles et rassembler des complémentarités nécessaires	28
3.1.1.2 Pallier les défauts de la spécialisation	29
3.1.1.3 Des professionnels indépendants mais isolés	29
3.1.1.4 Dangers de l'omnivalence et de l'universalité	30
3.1.2 TENTATIVES D'ORGANISATION : QUAND LES LIENS INFORMELS SE STRUCTURENT EN RÉSEAU LOCAL	30
3.1.3 DES PREMIÈRES OBSERVATIONS DE CES PHÉNOMÈNES D'INTÉGRATION « LOCALE », ÉMERGENT QUELQUES CONSTANTES :	33
3.1.3.1 Seuls les médecins, et principalement les généralistes, disposent des capacités et de la volonté d'échanger régulièrement des informations, voire de définir un code de conduite locale	33
3.1.3.2 La taille et la composition du réseau sont des facteurs primordiaux de la mobilisation collective	3
3.1.3.3 Ces expériences d'intégration traduisent la plupart du temps des logiques de défense et de protection	34
3.1.3.4 Ces expériences ne sont en rien le produit des instances syndicales, et échappent largement à leur contrôle	34
3.1.4 UNE FORME ÉCONOMIQUE PLUS MODERNE : LES POLICLINIQUES ET MAISONS MÉDICALES	34
3.2 LES POINTS DE NON RETOUR	36
3.2.1 LES RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES	36
3.2.1.1 l'expérience de Lubersac	37
3.2.1.2 Le Réseau Ville-Hôpital de Vaugirard dans le XVème arrondissement de Paris	37
3.2.1.3 Le Réseau de coordination gérontologique dans la Haute-Vienne : Association de Coordination des Actions en Faveur des Personnes Agées (A.C.A.F.P.A.)	38
3.2.1.4 Association P.A.P.A. BOUSCAT (Prévention, Action, Personnes Agées) (depuis 1986)	40
3.2.1.5 - L'Association "La Passerelle" de Lorient (depuis octobre 1990)	44
3.2.2 LES RÉSEAUX VILLE HOPITAL, LES RÉSEAUX DE SOINS ET DE SANTÉ	45
3.2.2.1 L'ABCD : réseau de coopération médicale	47
3.2.2.2 Le SIDA	47
3.2.2.3 Le diabète	48
3.2.2.4 La prise en charge des personnes défavorisées	49
3.3 NOUVELLES COOPÉRATIONS :	49
3.3.1 LES ÉCHANGES D'INFORMATION	50
3.3.1.1 leurs finalités	50
3.3.1.2 Expériences et projets	51

3.3.2 LA MISE EN COMMUN DE MOYENS ET DE COMPETENCES	52
3.3.2.1 leurs finalités	52
3.3.2.2 expériences	53
3.3.3 L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE	57
3.3.3.1 les modalités	57
3.3.3.2 les expériences	58
3.3.4 LES PRIX DES PRESTATIONS	61
3.3.4.1 finalités et modalités	61
3.3.4.2 les accords de prix : des accords de remboursement	62
3.3.4.3 des accords de prix ?	63
3.3.5 LE RAPPORT QUALITÉ/PRIX DU SERVICE RENDU	65
<u>4. BILAN CRITIQUE ET PROPOSITIONS</u>	66
4.1 BILAN CRITIQUE	66
4.1.1 LES ASPECTS POSITIFS	66
4.1.1.1 une dynamique indéniable face à la complexité	66
4.1.1.2 des développements nouveaux ?	67
4.1.2 LES DIFFICULTÉS DES ACTEURS : PREMIER BILAN	68
4.1.2.1 des expériences qui dépendent des personnes	68
4.1.2.2 le caractère local	69
4.1.2.3 l'absence de cadre économique :	69
4.1.2.4 les rigidités de l'exercice libéral face à la mise en réseau des professionnels	71
4.1.2.5 La responsabilité	72
4.1.2.6 Coopérations public /privé : y a-t-il des problèmes juridiques ?	73
4.1.2.7 volonté ou velléité : quelles marges de manoeuvre pour les financeurs complémentaires ?	73
4.2 LES CONDITIONS DES RESEAUX	74
4.2.1 LA CONNAISSANCE ET LA COMPRÉHENSION DES SYSTEMES LOCAUX INFORMELS CONSTITUENT-ELLES UN ENJEU POUR LA MISE EN PLACE DE RÉSEAUX ORGANISÉS, PRODUCTEURS DE PRESTATIONS ?	74
4.2.1.1 L'existence de ces réseaux informels est encore largement méconnue	74
4.2.1.2 Ces réseaux sont réactifs	75
4.2.1.3 Des associations en quête de valorisation ?	75
4.2.2 LES POSITIONS DES ACTEURS	76
4.2.2.1 Ouvrir le champ contractuel : quelle est la légitimité des partenaires pour négocier ?	76
4.2.2.2 les risques d'exclusion d'accords contractuels nouveaux	78
4.2.2.3 la question de la concurrence	79
4.2.3 PROPOSITIONS ÉCLATÉES : LES ATTENTES DES UNS ET DES AUTRES	81
4.2.3.1 les organisations de professionnels, réseaux locaux et filières généralistes, spécialistes	81

4.2.3.2 les réseaux de soins et de santé	83
4.2.3.3 les coopérations hospitalières public / privé et public / public	84
4.2.3.4 les partenariats financeurs / professionnels	86
4.3 FAUT-IL UNE GRANDE RÉFORME ?	90
4.3.1.1 organiser une mission, transversale au ministère de la santé, interlocuteur des acteurs de terrain -ou de leurs mandants	91
4.3.1.2 définir le cahier des charges des accords contractuels, et lorsque des financements publics sont en jeu, les objectifs et les critères d'évaluation	91
4.3.1.3 définir les conditions de la concurrence et le cadre d'accords de partenariats, en accord avec la DGCCRF	91
4.3.1.4 ouvrir à la conclusion d'accords locaux, portant sur les rémunérations des professionnels et les contreparties prix / qualité, accords impliquant les caisses et les organismes financeurs	91
4.3.1.5 affirmer les réseaux de soins et de santé, les partenariats comme une forme explicite d'organisation dans le système de santé	91
<u>5. CONCLUSION GÉNÉRALE</u>	92
5.1 COORDINATION, FILIÈRE, PARTENARIATS ET RÉSEAUX	92
5.2 UNE RÉALITÉ PLURALISTE	93
5.3 DES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES MAIS UN POINT MAJEUR D'ACCORD	94
<u>6.</u>	97

ANNEXES.

1. Grille d'entretien de l'étude.
2. Les finalités des réseaux et partenariats aujourd'hui : tableau.
3. "Autour de la coordination" compte rendus de rencontres avec des professionnels sanitaires et sociaux et résultats d'une enquête auprès de 150 médecins généralistes (1994).
4. Quelques schémas de coordination pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes.
5. Le Livre blanc des Réseaux ville-hôpital : Etats généraux des 18 et 19 juin 1994 : propositions.

Introduction : des réseaux de soins ? de santé ? coordonner ? développer des partenariats ?

Le sujet n'est pas nouveau ; la littérature, publiée ou non, foisonne, les études, les enquêtes sont nombreuses : pour résoudre un mal bien français, le cloisonnement du système de soins, et obtenir à l'instar de nos voisins, des progrès d'efficacité du système, pourquoi ne parvient-on pas à développer une forme moderne d'organisation et mettre en réseau les acteurs ?

Signe de changement social, les expériences voisinent avec les crispations. De nombreux réseaux existent, des expériences sont lancées, des initiatives proposées. A l'étude, une autre approche de la question des réseaux de soins : n'y a-t-il pas ceux qui en parlent et ceux qui les font ?

Le débat semble se préciser, s'organiser autour de trois ambitions fortes :

- . trouver des formes d'exercice médical adaptées à l'évolution des spécialisations et de la demande de santé,
- . assurer la solidité économique et la cohérence sociale du système,
- . développer des formes modernes d'organisation.

Tous les acteurs sont porteurs à dose variable de l'une et de l'autre. Mais tous ne sont pas innovateurs. Il est donc intéressant de faire le point.

De plus, au-delà des capacités d'innovation sociale de l'un ou l'autre groupe, comment chacun négocie-t-il entre ses projets de long terme et le quotidien ? Y a-t-il des démarches qui sont, par avance, bridées ? Au contraire, le cadre doit-il être précisé ? Y a-t-il des obstacles institutionnels, réglementaires à l'innovation ? Y a-t-il des utopies réductrices ?

Telles étaient les questions de cette réflexion initiée par le Commissariat général du Plan auxquelles nous allons tenter de répondre.

Remarques méthodologiques

L'étude a été menée sur la base d'entretiens réalisées auprès des acteurs et décideurs actuellement ou potentiellement concernés. Pour ce faire, nous avons rencontré les partenaires financiers, administratifs et professionnels du système même si le contexte particulier de cette fin d'année 1995 a rendu compliqués les déplacements, notamment en province¹. Nous n'avons pas au cours de cette brève période rencontré tous les acteurs qui se sont exprimés ces dernières années sur les réseaux de soins ou qui ont engagé des expériences. Aussi bien du côté des professionnels que des financeurs, obligatoires et complémentaires, de nombreuses autres personnes pourraient s'exprimer, avec profit. Ce rapport n'est qu'une première phase d'étude qui pourrait se prolonger ; d'autres entretiens seront alors menés.

A toutes les personnes le même questionnaire était proposé ; sur ce questionnaire, trois remarques préalables :

1. Pour certains, la grille d'entretien est vite apparue un cadre trop étroit qu'il a fallu dépasser. Ceci a notamment été le cas pour ceux qui, expérimentateurs ont déjà structuré des savoirs-faire et des positions fortes sur le sujet.
2. En revanche, la grille d'entretien, construite au moment du lancement de l'étude, avec le SAS au Commissariat général du plan, s'est avérée très proche des préoccupations de certains des acteurs, en l'occurrence les financeurs complémentaires. Ceci correspond à une double réalité :
 - . tout d'abord, le questionnaire, comme on l'indique en début de question 4, s'articule autour d'une définition des réseaux dont on verra qu'elle se rapproche de celle des financeurs complémentaires puisque on se situe dans une approche *"réseau de soins : matérialisé par un contrat comportant des aspects de santé et des éléments financiers, contrat pouvant associer des fournisseurs et des financeurs"* ;
 - . les financeurs complémentaires sont parmi ceux dont la situation dans le système de soins a le plus changé au cours des dernières années. Ils se sentent à l'étroit dans le rôle qui leur est imparti et sont souvent à l'origine d'initiatives et de projets dans le domaine des réseaux.
3. La grille d'entretien et le projet de l'étude ont été conçus avant que soient rendus publics les projets de réformes de la Sécurité sociale et notamment de l'assurance maladie, dont l'annonce, le moins que l'on puisse dire, a fortement déstabilisé un certain nombre de partenaires du système, et notamment les caisses d'Assurance maladie. Nous n'avons donc pas obtenu de position institutionnelle, mais discuté avec des responsables de la CNAMTS

¹ voir la liste des personnes rencontrées en annexe

de positions professionnelles personnelles. Ils ne seront donc cités ni nominativement, ni institutionnellement.

4. Ceci nous amène à une quatrième et dernière remarque qui, espérons le, devrait paraître à travers le rapport que nous entreprenons : sur tous ces sujets les positions institutionnelles sont rares. Certaines institutions comme la Mutualité Française ont pris des positions stratégiques sur les réseaux de soins, mais le plus souvent les positions exprimées nos interlocuteurs sont avant tout individuelles -et ceci n'est évidemment pas lié au niveau hiérarchique des personnes rencontrées-.

Le questionnaire ² était organisé autour de trois axes :

- . Une réflexion plutôt conceptuelle, pour recueillir les positions "spontanées" des interlocuteurs sur les différents termes utilisés dans le système français : coordination des soins, filières de soins, réseaux de soins et partenariats. L'analyse de ces réponses est faite dans le chapitre 2 ainsi qu'une synthèse des acteurs qui sont ou devraient être mis en présence selon les finalités des associations envisagées.
- . Un diagnostic rapide porté sur le système actuel et les projets, les expériences en cours ou souhaitables : ils seront présentés dans le chapitre 3.
- . Nous proposerons aussi un rapide bilan critique de ces expériences dans le chapitre 4. Les modifications envisagées ou souhaitées par les uns et les autres, les limites ou les cadres de réformes seront aussi exposés dans ce chapitre et enfin les principales conclusions de l'étude présentées dans le chapitre 5.

Petite note d'avertissement : dans certains chapitres de ce rapport, les personnes rencontrées seront évoquées, nommées ou citées. Nous ne citerons que celles qui, soit ont validé le compte rendu que nous leur avons proposé, soit nous ont donné des documents écrits, publications ou réflexions. Nous ne nommerons ni ne citerons les personnes qui ont bien voulu participer à cette réflexion, mais ne pouvaient représenter leurs institutions ; c'est le cas notamment de fonctionnaires ou des interlocuteurs de la CNAMTS.

² fourni en annexe

1. TOILES DE FOND

1.1 Les débats antérieurs : le progrès à l'épreuve des institutions

1.1.1 Au centre des premières expériences : sortir de l'hôpital

Projetées dans la loi hospitalière de 1970, les alternatives à l'hospitalisation ne peuvent commencer à trouver une forme d'existence avant les initiatives de la CNAMTS -1974-. La délimitation de l'HAD rend possible, dans des conditions très strictes, leur développement pour les personnes âgées et des malades au stade terminal. Mais la prescription d'HAD reste hospitalière et ne donne pas de place ni de responsabilité aux médecins traitants : l'HAD est conçue pour étendre la capacité hospitalière. Les soins infirmiers à domicile, au contraire, qui doivent permettre d'"éviter des hospitalisations" sont définis à la fin des années 1970 ; la prescription peut être libérale : une porte est ouverte.

Le développement hors de l'hôpital de structures dont le niveau technique de prise en charge peut avoisiner celui de l'hôpital connaît un développement important, le plus souvent à l'initiative de médecins hospitaliers, en collaboration avec des associations. Ils proposent de faire le lien pour les malades avec le service hospitalier et d'assurer l'interface médicale, technique et soignante, voire sociale. Les progrès technologiques soutiennent le développement de ce genre d'entreprise : ainsi, l'apparition des premiers extracteurs d'oxygène utilisables à domicile contribue sans aucun doute au passage du nombre de malades Insuffisants Respiratoires Chroniques Graves à domicile de 2 000 à 10 000 durant les années 1980.

Ces initiatives seront progressivement coordonnées, fédérées (création en 1981 de l'Association nationale pour le traitement à domicile de l'Insuffisance respiratoire chronique).

Le financement de toutes ces associations d'origine hospitalière sera progressivement inclus dans la dotation globale (loi de 1991) ; elles sont désormais reconnues comme structures d'HAD.

Les **bénéficiaires** de ces structures sont, dans un premier temps, pour l'HAD les malades cancéreux en phase terminale et les personnes âgées. L'insuffisance rénale et l'IRC sont aussi concernées. Progressivement, les techniques de nutrition, de chimiothérapie, surveillance du sommeil, surveillance des grossesses à risque sont maîtrisées.

Les années 1980 et 1990 voient se développer l'HAD mais, sauf à imaginer des formes originales, elle reste malgré tout globalement mal acceptée par le secteur libéral qui la ressent comme une concurrence déloyale.

1.1.2 Les premières expériences de coordination strictement extra-hospitalière

Regroupant plusieurs types d'intervenants sanitaires parfois avec des professionnels sociaux, elles sont plus tardives. Elles cherchent à améliorer la prise en charge des patients en coordonnant les interventions des différents acteurs (Exemple maintenant connu de "Lubersac").

D'autres formes de réseaux apparaissent à l'initiative des professionnels libéraux comme en Bretagne où l'ADELS regroupe des médecins et des personnels soignants libéraux.

Les méthodes de **financement** diffèrent selon les structures et ne sont pas standardisées. Dans les réseaux extra-hospitaliers, l'enjeu principal est le coût de la coordination. Les caisses d'assurance maladie financent les professionnels à l'acte et mettent parfois en place un acte de coordination spécifique facturé "nC".

1.1.3 A partir de 1985, un débat s'organise autour du concept de réseaux de soins coordonnés,

Les HMO, remportent un succès grandissant aux Etats Unis. Des universitaires et des experts, la CNAMTS et l'AP-HP, entre autres, réfléchissent à l'extension possible dans le contexte français de ce type d'organisation. La proposition de "RSC" développée en 1985 par Robert Launois retient la formule de pré-paiement d'un forfait par la sécurité sociale (et l'assuré pour partie) au réseau qui prend alors en charge la personne si cela est nécessaire. La concurrence entre les réseaux permet de garantir l'efficacité du système et le critère de jugement du réseau est la qualité.

Ce modèle reste à l'état théorique ; on peut rétrospectivement y voir au moins trois raisons :

1. d'une part il ne paraît pas adapté au système de Sécurité sociale français, et notamment la définition d'enveloppes per capita versées à des gestionnaires de réseaux semble à l'époque un obstacle insurmontable

2. d'autre part il n'est alors pas question de débattre de l'utilité de la concurrence introduite entre les professionnels ou entre les financeurs : elle est jugée potentiellement dangereuse au regard de l'équité,
3. et enfin, les professionnels sont fort loin de ce débat et font valoir l'omnivalence du diplôme, le libre choix, la liberté de prescription.

1.1.4 Les années 1990 seront marquées par l'explosion des initiatives ville-hôpital

Elles répondent à un mal bien français : l'hospitalo-centrisme. La difficulté de répondre de façon satisfaisante aux problèmes des malades du SIDA et des personnes âgées dépendantes, de faire du lien entre les besoins sanitaires et sociaux, entre les compétences hospitalières et de ville, pour des malades passant sans cesse de l'un à l'autre font en effet exploser le cadre existant.

Deux ouvertures institutionnelles faciliteront leur développement :

- . les circulaires "réseaux ville-hôpital" de la Direction des hôpitaux et l'allocation de fonds pour leur financement,
- . les projets de "réseau gérontologique" de la CNAVTS et le financement d'expérimentations.

1.1.5 La coordination des soins ou le passage par le généraliste ?

Enfin, dernière étape peut être, dernière forme sans doute, l'inscription dans la convention médicale de 1994 de la "coordination des soins" dont l'outil doit être le carnet de santé du malade. Celle-ci amorce ou amplifie la discussion récurrente sur le rôle du généraliste dans la chaîne de prise en charge. Montrant du doigt le système français qui est le seul à encore payer le libre choix total et la présence en tout point du système de chaque niveau de prise en charge, primaire chez le généraliste ou des spécialistes de premier recours ³. Là encore, les exemples étrangers pèsent, les dispositifs régulateurs mis en place ou les prises en charge structurées autour d'une filière de soins. Mais en vain : le système français résiste.

³ pédiatres, gériâtres par exemple que l'on appelle aussi parfois des "spécialistes de population" d'une part, ophtalmologistes, ORL pour lesquels le recours est aussi considéré comme de première ligne.

Ces différentes phases décrivent en fait nous le verrons les réponses apportées par le système français. Mais on aura déjà perçu à travers ces quelques lignes la convergence d'intérêt durable entre:

- . les experts, pour lesquels les réseaux de soins devraient à l'instar des exemples étrangers ouvrir le système français à la modernisation, mais dont les ambitions sont déçues;
- . les acteurs de terrains, quasiment militants au quotidien, expérimentateurs aux prises avec les demandes des malades et des institutions, non satisfaites par le système traditionnel, eux aussi persuadés que la mise en réseau des acteurs constitue non seulement une voie d'avenir mais une forme plus heureuse d'exercice professionnel ;
- . des financeurs jusqu'alors outsiders mais désormais de plus en plus concernés : les financeurs complémentaires qui mettent en avant les contraintes financières et les progrès de gestion efficiente.

1.2 A l'étranger : aux USA, une intégration de plus en plus complète

Les principales références se situent, nul ne l'ignore, aux Etats Unis où le "managed care" existe depuis plus de quarante ans et où la concurrence produit un incitatif très fort à se regrouper de manière formelle. Les réseaux (MCO Managed Care Organizations) sont omniprésents dans le système et sont souvent des "réseaux de soins intégrés". Ce terme s'applique aux institutions qui sont capables de **fournir tous les soins nécessaires** à un patient dans les institutions adéquates **et** qui savent **intégrer le risque financier** de l'ensemble de ces soins. Ces structures constituent la forme la plus achevée de la notion de réseau et elles sont souvent elles même constituées de "sous-réseaux", constitués par les professionnels.

Le mécanisme central est le contrat qui peut être passé entre tous les acteurs :

- professionnels ou groupes de professionnels⁴,
- assureurs,
- individus ou entreprises.

La liberté contractuelle est très grande et les parties peuvent définir les prix, les coûts, les résultats, les services rendus (quantité, qualité, prestataire du service).

⁴ y compris dans le domaine pharmaceutique, avec les PBM. Cf, par exemple, la contribution de J.F. Lacroix dans le dossier santé des comptes de la nation. Juin 1995.

Chaque acteur est libre d'entrer dans une forme d'association ou une autre, par exemple les peuvent choisir de faire partie d'un :

PPO : Preferred Providers Association : les membres acceptent des contraintes en termes de contrôle de qualité et de rémunération et consentent à ceux (individus, entreprises, ou compagnies d'assurance) qui adhèrent au PPO des tarifs préférentiels. Le principe de la rémunération à l'acte est maintenu

IPA : Individual Practice Association : une association de médecins indépendants qui peuvent garder une clientèle privée mais qui acceptent de contracter une partie de leur activité à un HMO

EPO

.. ou peuvent devenir salariés d'un HMO

Ces MCO existent sous trois formes :

- le HMO qui est la forme la mieux connue en France,
- le réseau intégré centré autour d'un groupement de médecins,
- le réseau intégré centré autour d'ensembles hospitaliers.

La structure de ces trois systèmes n'est pas très différente mais la typologie repose sur le fait que différents acteurs sont au centre du système : l'assureur, les médecins ou les hôpitaux.

1.2.1 Le HMO

Les membres d'un HMO paient une prime, en échange de quoi le HMO prend en charge le risque financier lié au coût des soins et surtout fournit ces soins. Plus exactement, le patient doit s'adresser selon des procédures déterminées à des professionnels médicaux qui sont eux même en relation contractuelle avec le HMO qui les rémunère. Les variations sont multiples. Une typologie assez connue repose sur le mode de contractualisation avec les médecins :

- le HMO peut procéder à l'achat groupé de services auprès de groupes de médecins (**group model**),
- il peut contracter avec des réseaux de praticiens (**network model**),
- il peut aussi payer différents intervenants (**staff model**).

Le HMO peut par ailleurs posséder des hôpitaux ou passer des contrats avec eux.

Les HMOs sont donc finalement des structures centralisées. Il est dès lors facile (théoriquement) d'élaborer un système d'incitations cohérent s'appliquant à tous les producteurs de soins et de contrôler l'utilisation et donc les coûts.

1.2.2 L'association de professionnels

Quand le groupement de médecins ou d'hôpitaux est au coeur du système intégré, il reçoit un paiement sous forme de capitation de l'assuré (par le biais d'un HMO en général, qu'il peut dans certains cas avoir racheté).

Le groupement (l'association) de médecins prend en charge le patient et se doit de fournir les services nécessaires, sachant que sa rémunération est prédéterminée. Il signe les contrats avec des hôpitaux et peut produire ou acheter d'autres services. Il peut édicter des règles de pratique médicale, même si les médecins ne sont pas salariés du groupement ou si certains paiements se font sur la base d'honoraires. Le pouvoir de ce genre d'organisation repose sur le fait que si la rémunération des médecins représente seulement 10% des dépenses de santé, les décisions de ces mêmes médecins sont à l'origine de la majeure part des coûts liés à la santé.

Les médecins sont incités à raisonner en fonction du coût total qu'il génèrent et non de leur propre utilisation des ressources. Le système envoie un message fort en faveur d'une pratique efficace (au sens économique du terme) de la médecine.

Le système est moins bureaucratique que le HMO traditionnel et est plus "entrepreneurial", il présente cependant des faiblesses. Il repose en général sur des accords et des intéressements financiers qui peuvent s'avérer insuffisamment structurants en cas de crise ; ce sont donc des structures assez volatiles. De plus, il suppose une évolution des pratiques et des mentalités des médecins telle qu'elle limite le potentiel de croissance de ce genre de groupement.

1.2.3 Les groupements dominés par les hôpitaux (ou des chaînes hôpitaux)

Ils fonctionnent de façon similaire mais ils sont limités par le fait même qu'il sont fondés sur le soin en structure hospitalière. Les points d'entrée des différents flux (de patients, de paiements) sont multiples et la coordination plus complexe. Ces systèmes sont assez peu développées mais ils ont des atouts en main : l'accès au capital et l'habitude de la gestion et de la coordination des ressources, au delà de la gestion du personnel médical.

Dans l'avenir, ces différents types de structures vont se rapprocher et tous les systèmes médicaux intégrés se ressembleront, quelle qu'ait pu être leur origine. Le principal défi auquel ils doivent faire face est l'élaboration d'un message cohérent et universel aux producteurs de soins, en particulier les médecins.

1.2.4 Chiffres et esquisse d'un bilan :

Ces dernières années les structures de "managed care" ont bouleversé le paysage sanitaire américain : en 1988, 30%) des salariés d'entreprises étaient adhérents d'une MCO, ils représentent 70% des salariés en 1995 et l'on prévoit que le paiement à l'acte ne représentera plus que 10% de l'activité médicale en 1998. Jusqu'à récemment, les HMOs étaient plutôt animés par les idéaux socialistes (le fondateur du Kaiser Permanente Group, un des plus grands HMO, a même été, en son temps, victime du maccarthysme). Puis, en très peu de temps c'est au contraire le capitalisme pur qui a fait basculer les MCOs vers l'expansion à tout prix. Les vingt premières sociétés HMO sont désormais cotées en bourse (4 milliards de dollars de capitalisation boursière en 1994) les raids hoursiers sont monnaie courante et les dirigeants de ces entreprises figurent parmi les mieux payés du moment. Les HMOs affichent une très bonne santé financière depuis deux ans et certains ont même diminué le montant des cotisations. L'association nationale de médecine de groupe qui représente une majorité de HMO indique dans sa statistique annuelle que sur le plan national, le taux de croissance des dépenses a été de 1,2% à comparer avec 6,5% d'augmentation pour le reste des dépenses de santé de 1993 à 1994. D'après les notes de synthèse du conseiller social de l'Ambassade de France à Washington " *le taux de satisfaction des usagers -comparé avec les systèmes traditionnels de paiement à l'acte- ne montre pas de différence significative, partout où les mesures, nombreuses ont été effectuées. La qualité des soins y serait même plutôt meilleure si l'on se réfère aux complications hospitalières, médicamenteuses,...*" Les primes d'assurance sont inférieures de 10 à 40% dans un HMO à une assurance traditionnelle. Ceci dit, selon des chiffres récents, 40 millions d'américains restent dépourvus de toute assurance maladie.

Nous ne développerons pas d'autres exemples étrangers ; certains méritent néanmoins d'être évoqués :

- . l'organisation de la médecine de première ligne dans le système national de santé britannique: dans le pays européen où le système de santé est le plus nationalisé, les médecins généralistes de ville sont maintenant amenés à conclure avec les hôpitaux de leur région des conventions portant sur les prix et quantités de prestations qui seront fournies à leurs patients.
- . des tentatives d'organisation de réseaux sont amorçées dans des systèmes plus libéraux comme le système suisse.

- . Les Pays-Bas cherchent à mettre en place une réforme fondée sur l'organisation de réseaux et de filières, d'achats de prestations par les financeurs.

Le modèle américain reste, dans toutes les analyses développées en France, un modèle à la fois honni et inégalé. Au cours des différents entretiens, la plupart de nos interlocuteurs ont mentionné que en arrière plan de l'idée des "réseaux de soins" les HMO constituent le type même d'organisation dont ils ne veulent pas pour les uns, dont ils n'osent même plus rêver pour les autres. La polysémie du terme, que relève très justement Dominique Baubeau⁵ et sur laquelle nous reviendrons ci-après illustre cette ambivalence.

1.3 Les présupposés théoriques sur les avantages de la mise en réseau.

L'introduction de réseaux dans un système de soins est supposée avoir un certain nombre de vertus qui concourent à améliorer l'efficacité comme la qualité du système de prise en charge financière et médicale des patients.

L'ensemble des raisonnements repose sur une analyse micro-économique des comportements des agents, dont le fondement est l'hypothèse que, chacun agissant de façon rationnelle et égoïste en maximisant son bien être (ou son profit) est amené, du fait des contraintes qu'on lui impose, à agir de façon "vertueuse". Les incitations produites sont le plus souvent de nature économique, pécuniaire pour être plus explicite.

Selon le type de réseau qu'on étudie, les mécanismes d'incitation qui entrent en jeu diffèrent fortement ainsi que les effets attendus de la mise en réseau :

- . S'il s'agit d'un réseau qui porte sur la prise en charge d'une pathologie et qui vise à une meilleure organisation de l'offre de soins, l'objectif principal est de limiter les gaspillages ou de stimuler les économies d'échelle,
- . Si le réseau couvre chacun de ses membres pour tout problème de santé (type HMO), les catégories d'agents "économiques" concernées sont plus nombreuses et des mécanismes d'incitation financière individuelle plus complexes viennent s'ajouter.

⁵ D. BAUBEAU, P. MARREL, X. LECOUTOUR : *Planification et évaluation de l'organisation sanitaire - Apport des réseaux Santé publique juin 95*

De plus, la nature de chaque contrat qui lie deux maillons d'un réseau a une influence propre sur la dynamique de l'ensemble. Par exemple, le lien entre un acheteur de soins en gros (une caisse d'assurance maladie ou une société d'assurance) et le producteur de ce soin est différent selon qu'il porte sur un prix, une quantité, une garantie de qualité, s'il s'agit d'un salariat, d'une capitation...

Constituer un réseau signifie donc être capable de faire jouer les comportements individuels au mieux par rapport à l'objectif choisi mais aussi de maîtriser les externalités induites, les effets de substitutions...

Les principaux mécanismes que la mise en réseau pourra chercher à faire jouer sont :

- . **Au niveau de la structure, les économies d'échelle.** La mise en réseau de structures de production à une échelle assez vaste permet de rationaliser et d'optimiser leur utilisation, afin de limiter les coûts.
- . **Au niveau des producteurs de soins :** un meilleur contrôle des pratiques. Deux possibilités :
 - . soit le réseau se substitue à l'ensemble de ses membres pour se procurer dans de meilleures conditions certains services en les achetant : son pouvoir de négociation est fort et il peut faire jouer la concurrence afin d'obtenir une meilleure qualité et un prix moins élevé,
 - . soit il assure la production : il gère directement la production, instaure des codes de pratique afin par exemple d'éviter les procédures inutiles. Il peut aussi responsabiliser le producteur en transférant tout ou partie des risques financiers liés à la prise en charge du patient. Les formes sont multiples : financement par DRG, capitation...ou moins classique : certains HMOs allouent au médecin de première ligne "gate-keeper", une somme mensuelle pour la prise en charge complète du patient (par exemple 75\$). Le praticien est alors incité à sous-traiter aussi peu que possible et à ne prescrire que le strict nécessaire, sachant qu'il est soumis à de sévères contrôles de qualité.
- . **Le comportement des usagers :** il s'agit de limiter les points d'entrée dans le système et de baliser de façon précise leur parcours dans le système de soins, pour supprimer autant que faire se peut, les redondances. L'introduction de

mécanismes d'incitation financière permet un meilleur contrôle : par exemple le patient qui n'est remboursé par l'assurance que lorsqu'il s'adresse à une personne du réseau quand il a un problème de santé, a intérêt à le faire. Par ailleurs, s'il a confiance dans la qualité du réseau, il trouve un intérêt à y participer car il sait que les producteurs qui sont "surveillés" lui fournissent les soins dont il a besoin : l'asymétrie d'information qui entâche sa relation avec le médecin ou le système de santé diminue.

L'introduction de la concurrence, à partir du moment où le réseau comporte un élément financier devient donc un mécanisme central qui assure, en théorie, un meilleur rapport coût / efficacité / qualité. Ceci est d'ailleurs vrai quand la concurrence est introduite entre réseaux ; aux Etats-Unis les personnes (ou les employeurs) s'adressent à tel ou tel HMO parce qu'il offre un meilleur rapport qualité prix que ses concurrents.

Mais les vertus de la mise en réseau ne doivent pas masquer certains problèmes.

- . Tout d'abord l'organisation du réseau et l'instauration de procédures de contrôle entraînent des coûts administratifs et de gestion qui viennent limiter les gains espérés.
- . Mais surtout, la concurrence, en particulier en matière d'assurance, pose inévitablement des problèmes d'équité.

La plupart des rapports traitant des réformes profondes envisageables pour l'organisation et le financement des soins abordent le sujet : Santé 2010 proposait ainsi de parvenir à des relations contractuelles négociées avec des professionnels incluant tous les acteurs et portant sur des programmes spécifiques de santé. Les réseaux de soins sont également promus dans les récents ouvrages de l'OCDE comme une des voies de réforme des systèmes "entre plan et marché" ⁶. La conclusion pour la France rappelait le modèle de R. Launois et les propositions que faisait A. Enthoven pour leur mise en place en France : *"La finalité d'un tel système serait que le choix de son assureur par un usager qui a pris conscience des coûts et de la qualité des services suscite la concurrence dans tous les secteurs. D'où les effets positifs tant sur le coût que sur l'efficacité des soins médicaux. Pour que le principe de solidarité ne soit pas mis en échec, il faudrait adopter certaines règles pour décourager chez l'assureur la tentation d'opérer une sélection en fonction du risque et prévoir par exemple la liberté d'adhésion, mais il faudrait aussi se prémunir contre la liberté d'assurance.*

⁶ OCDE : La réforme des systèmes de santé : analyse comparée de sept pays de l'OCDE 1993.

Il semble toutefois que d'énormes obstacles politiques s'apposent à une refonte de structure s'inspirant de tels principes et rien d'aussi "révolutionnaire" ne figure aujourd'hui à l'ordre du jour de la politique de santé. Les pouvoirs publics s'en tiennent à leur formule habituelle : adopter une à une des réformes plus modestes du type de celles que nous avons examinées, qui visent à améliorer la performance du système en place. "

2. COORDINATION, FILIÈRES, RÉSEAUX ET PARTENARIATS : LES ACTEURS

2.1 d'un acteur à l'autre : des concepts différents pour des projets proches, et réciproquement

2.1.1 Pourquoi s'attacher au vocabulaire ?

Quatre termes avaient été retenus. Certains interlocuteurs se reconnaissaient spontanément plutôt dans l'un ou l'autre de ces termes :

- . les médecins parlent de coordination ;
- . les gestionnaires, de filières ;
- . les financeurs de partenariats;

Par contre, autour du terme de réseau s'organisent nettement deux axes différents selon les interlocuteurs.

On peut bien sûr considérer que tout est affaire de particularismes culturels : certains entendent le partenariat en référence à la théorie des jeux comme des contrats gagnants / gagnants, tandis que d'autres y verront une forme affaiblie d'organisation, d'autres enfin, un vocable générique pour désigner des associations économiques, etc... Mais ces clivages culturels traversent aujourd'hui le champ de la prise en charge et de l'organisation des soins, des dialogues ou des sciences, des expériences et des projets. La discussion que nous souhaitons avoir est donc la suivante : au-delà de ces particularismes sémantiques, y-a-t-il des représentations ou des projets partagés pour l'avenir ; sinon, peut-on identifier des lignes de partage ?

La première tâche est donc de restituer les termes de chacun et leurs sens propres.

2.1.2 La coordination des soins

Le corps médical considère qu'il n'y a pas d'exercice normal de la médecine sans réseau, sans coordination : la coordination a ainsi pris ces dernières années un sens tout à fait particulier puisque la loi TEULADE de janvier 1993 et la convention médicale de 1994 l'ont pourrait-on dire institutionnalisée en donnant le rôle de coordonnateur au médecin généraliste dans la filière de prise en charge, avec l'instauration d'un outil de coordination, le carnet médical.

La coordination des soins a donc aujourd'hui pris un tournant institutionnel précis ; nous verrons dans le chapitre suivant les espoirs et les utopies que recouvre ce terme pour nos différents interlocuteurs.

Mais la coordination des soins reste un terme employé essentiellement par les professionnels. Sans doute pourrait-on dire que pour les administratifs ou les financeurs, la coordination constitue à la fois une évidence et une forme tellement minimale d'organisation que certains disent même que « ça ne veut rien dire ».

2.1.3 Les filières de soins

Sous des définitions différentes, tous les interlocuteurs semblent d'accord : les filières de soins recouvrent l'idée d'une organisation verticale de la prise en charge, voire d'une hiérarchisation entre les niveaux de première, seconde et troisième ligne. Applicables à des malades particuliers ou à des organisations de soins, les filières correspondent aussi à ce que les américains décrivent sous le nom de *disease management* : D.Polton : « *concept utilisé en planification hospitalière pour définir un ensemble de niveaux de soins gradués nécessaires pour répondre à un besoin de santé donné* ». De même, H. de Lassus à la Mutualité Française précise que la filière est « *le processus qui permet à un mutualiste d'être pris en charge successivement par la chaîne des opérateurs de soins, les mieux adaptés* ». Il y aurait donc dans l'idée de filières, à la fois la succession des événements et leur hiérarchisation.

Les différences d'interprétation du terme "filière" entre les uns et les autres tiennent au caractère plus ou moins normatif que l'on souhaite donner à ces filières. Ainsi, D.Baubeau à la direction des hôpitaux, considère que « *le problème avec les filières, c'est que l'on véhicule l'idée qu'il y aurait des filières types. Il faut considérer la trajectoire du patient au sein d'un réseau. Cette conception est d'autant plus normative que d'une région à l'autre, la trajectoire thérapeutique sera différente, selon les moyens et les structures existantes* ».

Mais aucun interlocuteur n'évoque de caractère formalisé ou contractuel à ces organisations.

2.1.4 Les partenariats

Le champ s'ouvre considérablement, la diversité des conceptions s'étale. Le partenariat semble être une clé sémantique du domaine.

- . le terme est retenu par les professionnels. A.Coulomb UHP : « *entités qui s'associent pour rendre un service* ». En ce sens, les partenariats peuvent être développés entre établissements publics et privés. La difficulté est évidemment dans la constitution de cette association ; nous y reviendrons.
- . Pour P. de la Selle, les partenariats ne sont pas propres aux réseaux « *le réseau établit des partenariats avec d'autres réseaux ou d'autres acteurs* ».
- . C'est pour les financeurs que le terme est le plus fort : pour la Mutualité, « *modèle de contractualisation, élargissement au-delà des oeuvres* ». Pour P.WARIN de la CNP, « *le partenariat, c'est la première étape, réalisable dès à présent : c'est jouer des stratégies gagnant / gagnant* ». D.Lenoir de la Mutualité fonction publique, privilégie ce terme car il contient l'idée d'acheteur collectif.

2.1.5 Les réseaux

La « littérature » proposant des définitions des réseaux « à la française » est maintenant assez considérable. Les nuances sont souvent subtiles. Selon que l'on part des expériences déjà réalisées ou des projets que l'on a, que l'on se cale sur le modèle HMO ou que l'on veuille l'éviter, les approches pourront différer radicalement. Nous nous appuyons sur les propositions de nos interlocuteurs.

Autour du terme de réseau s'organisent nettement deux axes différents selon les interlocuteurs :

Plusieurs interlocuteurs font référence aux formes d'organisation décrites en économie industrielle : non hiérarchique (Mutualité Française, DH), voire informelles (labo. Beetcham, médecin animateur de réseau) hétérogènes et résultats d'associations ou de relations bilatérales élémentaires (assureurs et financeurs).

Deux conceptions cohabitent aujourd'hui :

- . Le réseau peut être considéré comme outil de coordination, construit par et pour les professionnels, dont la vocation, la mission et la finalité sont de prendre en charge des problèmes de santé complexes et de long terme auxquels les institutions actuelles ne peuvent répondre parce qu'elles sont clivées et éclatées : l'exemple en est bien sûr les réseaux ville-hôpital ;
- . D'autre considèrent que les réseaux sont le point d'aboutissement de relations structurées entre acteurs hétérogènes pour améliorer l'organisation des prises en charge, la gestion du

risque « santé » et le bon fonctionnement du tryptique assuré, professionnels -financeurs... auxquels les institutions actuelles ne peuvent répondre du fait de l'asymétrie d'information qui caractérise l'exercice de la médecine d'une part, la relation à l'assureur d'autre part.

Pour les premiers nous opterons pour le terme de réseaux de soins ou de santé, pour les seconds de réseaux de gestion du risque.

La question que nous nous poserons en fin de parcours sera celle de savoir si ces conceptions, et bien sûr les projets qu'elles recouvrent sont éloignées, divergentes, voire irréductibles.

En conclusion :

Pour l'instant, nous retiendrons de ce qui précède qu'actuellement, spontanément les professionnels acceptent l'idée et cherchent à construire des **coordinations** pour améliorer la **filière** de soins. Ces coordinations élaborées, formalisées sont l'essence même des réseaux de soins ou de santé.

On pourrait dire que le **partenariat** représente, à une ou deux exceptions près, le moyen de contracter de façon équilibrée avec les autres acteurs : des professionnels, pour les financeurs, des libéraux pour les mutualistes, des hospitaliers publics ou des non hospitaliers pour l'hospitalisation privée, des réseaux ayant d'autres finalités pour les animateurs de réseau. Le partenariat serait ainsi aujourd'hui le terme reconnu par tous pour qualifier la gestion de l'hétérogénéité.

Sous l'idée générale d'un modèle d'organisation non hiérarchique et non centralisé, le terme de **réseau** recouvre deux acceptions très différentes, selon l'initiateur : les professionnels font des réseaux de soins et de santé -mais là la diversité est déjà immense - les assureurs, mutualistes pensent que pour l'avenir, ce mode d'organisation pourrait aboutir à la constitution de réseaux de gestion du risque ; mais c'est en tout état de cause dans un avenir encore lointain.

2.2 les acteurs : qui sont-ils ? que font-ils ?

Tous les acteurs du système de soins sont aujourd'hui présents dans ces diverses formes d'organisation. Mais d'une part, chacun y apporte ce qu'il peut y apporter, d'autre part, chacun doit négocier avec tous les autres acteurs les termes de l'échange. Les tableaux ci-dessous présentent les relations entre ces acteurs : avec qui ils tissent des liens originaux, que ceux-ci

s'appellent coordination, réseaux, contrats, conventions, partenariat ... Les expériences connues de ces relations sont ici justes citées. Elles seront développées au chapitre 2. Les relations sont présentées comme bilatérales ; on verra dans les développements ultérieurs qu'elles sont souvent multipartenaires. Par souci de clarté, nous n'avons noté ici que les associations les plus caractéristiques de ces expériences.

accords actuellement existants	types d'accords, objet,	exemples
entre professionnels hospitaliers	échanges d'informations scientifiques (protocoles européens)	réseau MONICA, registres épidémiologiques (néphrologie)
entre gestionnaires d'établissements	- conventions de partenariats publics / privés ; - partenariats hospitaliers extra-hospitaliers - chaînes de cliniques	<i>GIE Bois-Guillaume</i>
professionnels libéraux / professionnels hospitaliers	- organisations de réseaux pour la prise en charge de malades chroniques - organisation des urgences - réseaux d'échanges d'information	- réseaux ville-hôpital : <i>SIDA, hépatite C</i> <i>exemples : réseau Val de Bièvre, réseau Paris Nord</i> - réseaux personnes âgées, - réseaux d'urgences - diabétiques : <i>CHRU-Toulouse</i>
professionnels libéraux / d'autres professionnels libéraux	- coordinations confraternelles - quelques expériences : - entre généralistes - entre spécialistes :	- cabinets de groupe <i>diabète Roubaix</i> <i>Cardiatel</i>
professionnels libéraux / gestionnaires d'établissements	- conventions d'utilisation d'équipements - organisation d'HAD - cliniques mutualistes / praticiens	conventions scanner <i>HAD de Lannion</i> <i>mutuelles du Doubs, praticiens</i>

professionnels libéraux / financeurs obligatoires	conventions nationales tarifs nationaux expériences locales : financements de coordination financements de structures expérimentales ou pilotes :	<i>MSA - CNAMTS - CLS Lubersac</i> <i>MSA : Clermont-Ferrand</i>
professionnels libéraux / financeurs complémentaires	- conventions de tiers payant : * assureurs avec pharmacies * mutuelles / dentistes - accords de remboursement - agréments tarifaires verbaux - accords sur dépassements	<i>Santé-pharma</i> <i>(Gard)</i> <i>(MGEN/CNSD, MGEN- SSODF)</i> <i>(GMC)</i> <i>chirurgiens / Mutuelles de Gironde</i>
professionnels libéraux / usagers	entente directe, paiement direct	
professionnels libéraux / collectivités locales	financement de coordinations	<i>réseaux personnes âgées : PAPA-Bouscat Bordeaux</i>
professionnels de santé / intervenants sociaux	réseaux de prise en charge de populations avec des problèmes médico-sociaux. coordination des interventions pour la dépendance	<i>réseaux toxicomanie</i> <i>réseaux accès aux soins</i> <i>Créteil solidarité</i> <i>association de</i> <i>coordination des actions</i> <i>(Haute Vienne)</i>
gestionnaires d'établissements et financeurs complémentaires	- conventions de tiers payant - accords sur des prestations non prises en charge par RO :	<i>MFP : suppléments</i> <i>chambres particulières)</i>
gestionnaires d'établissements et usagers	tarification selon l'appartenance au réseau	<i>centres dentaires</i> <i>mutualistes par exemple</i>
financeurs obligatoires et financeurs complémentaires	rien	
financeurs obligatoires et usagers	loi et réglementation	
financeurs obligatoires et collectivités locales	conventions de coordinations pour la prise en charge des personnes âgées	<i>expérience d'Ille et Vilaine</i>
mutuelles et collectivités locales	convention d'assurance complémentaire	<i>assurance complémentaire</i> <i>pour titulaires de la carte</i> <i>santé</i>

financeurs complémentaires et usagers	contrats d'assurance	actions ponctuelles de contrôle des prestations, accords préalables à la prise en charge
---------------------------------------	----------------------	--

Du point de vue des partenaires impliqués à un titre ou à un autre dans des structures novatrices, on peut considérer que les professionnels libéraux, médecins et non médecins sont largement engagés, mais ce sont beaucoup plus les généralistes que les spécialistes. Les organismes financeurs sont également engagés, mais de façon beaucoup plus expérimentale et locale lorsque ce sont les caisses d'Assurance maladie obligatoire du régime général. Les collectivités locales prennent une place de plus en plus importantes dans ces organisations, et ce, pour les personnes âgées bien sûr, mais aussi, pour répondre à des problèmes sociaux comme la toxicomanie ou les difficultés d'accès aux soins des personnes au chômage, des bénéficiaires du RMI ...

Ce tableau nous montre :

- . que tous les partenaires du système peuvent aujourd'hui être impliqués dans des formes d'association qui divergent du modèle ville / hôpital, public / privé, assurance maladie / Etat.
- . la multiplicité des objets de coordination.

3. RÉSEAUX, PARTENARIATS, COOPÉRATIONS : L'EXISTANT

Du réseau confraternel au contrat de coordination, du financement de projets ponctuels à la construction lente et patiente de réseaux de soins, la réalité d'aujourd'hui est d'une extraordinaire diversité, montrant sans doute le grand besoin de réforme et de mobilité. En effet, les cadres économiques et institutionnels du système sont contraignants, certes protecteurs de libertés mais aussi gardiens de privilèges. Pourtant nombreux sont ceux qui parviennent à déroger, créer, innover, faire évoluer le droit et les structures.

Dans ce chapitre, on essaiera de rendre compte, avec des niveaux parfois très disparates d'information, de cette multiplicité.

- . On s'interrogera tout d'abord sur les raisons de l'existence, la force et les limites des réseaux informels de professionnels, sachant qu'à ce niveau déjà il faut distinguer des liens strictement confraternels et des associations de professionnels.

- . On insistera ensuite sur deux domaines où, semble-t-il, les acquis sont irréversibles : la coordination des prises en charge pour les personnes âgées et les réseaux de soins ou de santé entre professionnels, à l'origine ce que l'on a appelé les réseaux ville-hôpital.
- . On développera ensuite de multiples expériences, dont les objectifs et la cohérence sont variables, mais qui nous ont semblé s'organiser autour de cinq niveaux d'objectifs :
 - . l'échange d'information
 - . le partage de moyens, de technologies et de compétences
 - . l'organisation des prises en charge
 - . les accords à contenu économique : accords de remboursement, voire de prix
 - . les accords à contenu prix / qualité.

Auparavant, certains éléments généraux concernant les sources utilisées et les éléments restitués ici doivent être précisés.

1. Les interlocuteurs que nous avons rencontrés ont été peu diserts sur les expériences qu'ils connaissaient ou qu'ils tentaient. L'adage "pour vivre heureux vivons cachés" semble s'appliquer particulièrement bien à ce laboratoire social que sont les réseaux dans le système de santé. Ceci n'est pas propre à cette étude : tous les acteurs qui ont tenté ou qui veulent aujourd'hui faire ce bilan rencontrent le même problème -confirmé par exemple à la DSS ou à la CNAMTS-. Ceci explique en tous cas, que les sources et les interlocuteurs ne sont pas explicitement mentionnés dans ce chapitre, même si évidemment, un grand nombre de lignes leur reviennent.
2. Nous avons utilisé les informations dont nous disposions antérieurement, collectées au fil des mois -mais cette information est très longue à constituer, les synergies lentes à s'établir-
3. ainsi que des travaux récents ⁷:

⁷ citons notamment

l'étude effectuée par Sanesco pour la Fondation de l'avenir "médecins, infirmières, travailleurs sociaux : un partenariat des acteurs de santé est-il possible ?", et plusieurs travaux d'étude (dossiers d'étude de rapprochement public / privé, études de centres de santé, conventions d'utilisation, analyses du secteur dentaire ...)

l'étude effectuée par P. De la Selle pour S&P conseil : Questions posées par le développement des réseaux de santé.

Le livre blanc des réseaux : Etats généraux des réseaux ville-hôpital

3.1 Les réseaux informels de professionnels

Au coeur de la pratique médicale et de l'exercice libéral on trouve de nombreuses raisons aux réseaux informels :

- . d'une part le besoin de hiérarchiser et organiser les séquences de prise en charge - en fonction des urgences, des besoins, de priorités - faute de quoi, les accès aux soins seront sélectifs ;
- . d'autre part, des raisons de santé publique : la meilleure coordination est un moyen d'éviter la iatrogénie. Il n'est en effet pas exceptionnel de voir aujourd'hui des personnes, âgées le plus souvent, qui suivies par un médecin généraliste et quelques spécialistes se verront prescrire par chacun un cocktail impressionnant et l'absorberont en toute bonne foi ;
- . enfin, un moyen de pallier certaines difficultés que rencontrent les praticiens dans l'exercice libéral.

Selon les cas les réseaux seront plus ou moins structurés, le "réseau confraternel" étant évidemment le plus lâche. Nous le lierons néanmoins à des formes déjà plus avancées et très peu connues, comme des amicales ou des associations de généralistes. En fait, on le verra, les réseaux confraternels concernent plutôt les médecins spécialistes tandis que les formes plus affirmées sont le fait des généralistes.

3.1.1 Les réseaux confraternels

3.1.1.1 Coordonner des logiques professionnelles et rassembler des complémentarités nécessaires

Les professions ont toutes leurs logiques, subtil mélange de compétences, savoirs, codes et privilèges ou secrets de fabriques ; mais ces logiques existent, coexistent. Or, la nécessité de coordination intervient dès lors qu'il s'agit de prises en charges complexes pour des malades

le rapport effectué par le groupe IMAGE pour la FNMF : quelques repères pour comprendre les réseaux dans le domaine de l'offre de soins

les résultats d'un groupe de travail de la DRASS Rhône-Alpes : complémentarités entre les secteurs public et privé des publications récentes et diverses : Gestions hospitalières (décembre 1995).

chroniques ou des personnes âgées. La difficulté est bien de donner leur place à chacun des intervenants. Coordonner ne signifie pas fondre tout le monde dans le même système, mais fédérer des institutions, des logiques et des métiers autour d'un projet partagé. C'est ce qu'expliquent les médecins généralistes lorsqu'ils pensent que les assistantes sociales, les circonscriptions d'action sociale exercent des métiers dont ils ont besoin : au-delà de la concurrence confraternelle, les coordinations peuvent rassembler des complémentarités nécessaires.

3.1.1.2 Pallier les défauts de la spécialisation

Le système de soins est en effet soumis à un paradoxe intéressant mais complexe pour les médecins : la spécialisation de la médecine pousse à des cloisonnements toujours affinés (les cardiologues spécialisés entre échocardiographistes, rythmologues...), tandis que les maladies chroniques, les demandes fonctionnelles requerront de plus en plus de polyvalence médicale. Comme il est certain que pour un exercice médical intelligent et efficace **la spécialisation ne fera pas marche arrière, la coordination est inéluctable.**

Mais là s'arrêtent les effets et les potentialités du réseau confraternel. Celui-ci est d'ailleurs d'autant plus fragile qu'il est informel, et les moyens de l'entretenir peuvent être rappelés : respect du champ de compétence du confrère, retour de la clientèle, avis plutôt qu'acte.

3.1.1.3 Des professionnels indépendants mais isolés

Les professionnels souhaitent en effet ardemment s'appuyer sur leurs réseaux confraternels car eux seuls leur semblent offrir les garanties d'indépendance qu'ils recherchent et qui justifient à leur yeux le choix de l'exercice libéral. Ceci explique la peur qu'ils peuvent avoir de projets comme celui affiché par la Mutualité Française de "système complet de santé" ; ou l'épouvantail que représentent encore les HMO.

Pourtant, et c'est là que le bât hlesse, l'indépendance a un revers douloureux : l'isolement ; et lorsque la concurrence entre praticiens se développe, ce qui n'est pas rare, les réseaux confraternels sont d'une fragilité considérable.

Isolement et conflits de frontière sont aussi très fortement liés : les spécialistes surveillent attentivement leurs relations avec les compétences limitrophes (cardiologue / angiologue, radiologue / échographiste ...) tandis que les généralistes qui restent la principale source de

clientèle et de référence des spécialistes ont des relations très conflictuelles avec les spécialistes dits de population (pédiatres, psychiatres, gériatres). A l'autre extrémité de l'organisation libérale, ils représentent pour les infirmières un risque permanent de perte d'activité en effectuant des actes de nature infirmiers.

3.1.1.4 Dangers de l'omnivalence et de l'universalité

Pour les financeurs, tous ces aspects sont relativement opaques. Les instruments de régulation ne savent pas les prendre en compte, tandis que les cadres de gestion représentent précisément les obstacles à contourner : une nomenclature rigide et des modalités de paiement universelles (le paiement à l'acte pour tout le monde). Seuls les conflits entre organisations de généralistes et de spécialistes secouent de temps en temps la machine conventionnelle.

L'omnivalence du diplôme et l'universalité de la Convention apparaissent comme autant d'obstacles à l'innovation et à la contractualisation. Il n'est que de voir les soubresauts provoqués par l'idée d'un conventionnement individuel. Bien sûr, la signature de la convention nationale a été, jusqu'en 1970, une longue lutte à l'intérieur du corps médical. De même, la généralisation de la couverture sociale, la définition des tarifs d'actes médicaux nationaux ont dans les années 1960 constitué un grand progrès de l'équité sociale et la garantie de fonctionnement des régimes d'Assurance maladie. Mais aujourd'hui, le débat n'a-t-il pas changé de nature : lorsque se pose la question d'un régime unique, dans le cadre duquel pourraient être définies des règles de fonctionnement, qui garantiraient toujours l'équité sociale, mais permettraient d'améliorer l'efficacité du dispositif ?

Ainsi, jusqu'où peut-on s'aventurer pour réfléchir, voire contracter avec des professionnels, faisant apparaître leurs spécificités, leurs particularités, des organisations plus efficaces, leur engagements de qualité ? Autant de questions aujourd'hui fermées par ces deux caractéristiques de l'exercice médical.

3.1.2 Tentatives d'organisation : quand les liens informels se structurent en réseau local

A plusieurs occasions, il a été observé l'existence de véritables réseaux locaux de généralistes. **La formation des cabinets de groupe de généraliste** est une illustration, dans certains cas, d'une tentative de constitution de relations organisées visant à réguler le fonctionnement d'un système local.

Les associations de généralistes offrent de nombreux avantages aux praticiens. Elles leur permettent de partager les charges, d'accroître la disponibilité à l'égard des patients en maintenant en permanence un service de consultation, de rentabiliser un poste de secrétariat, d'attirer plus facilement la clientèle en jouant sur l'effet de taille, d'alléger leur charge de travail sans cesser l'activité, etc.

En soi, tous ces atouts sont importants. Cependant, ils ne permettent pas de comprendre les raisons qui poussent les médecins de certains cantons à recourir presque systématiquement au cabinet de groupe, alors que dans d'autres zones géographiques, ils y renoncent massivement.

Ainsi, il a été constaté dans un département du sud-ouest de la France que dans les cantons où la densité médicale est faible et le niveau moyen des honoraires est élevé la proportion de généralistes installés en cabinet de groupe est nettement plus forte que dans les autres secteurs du département. Les médecins de ces secteurs « favorisés » doivent faire face à une incertitude permanente qui menace leur activité. Disposant de revenus conséquents, mais étant implantés dans des cantons peu peuplés, ils craignent plus que d'autres l'arrivée en force de nouveaux généralistes. En raison de la stabilité démographique des habitants, ils ne peuvent espérer « absorber » d'éventuelles venues sans en supporter directement les effets, sur leur clientèle et par ricochet sur leur revenu.

Le cabinet de groupe permet de réduire ce risque. Il exerce un puissant effet dissuasif à l'égard des médecins qui souhaiteraient s'implanter dans ces communes en marge des cabinets. La peur de devoir lutter seul, en terrain inconnu, face à des coalitions de médecins installés depuis plusieurs années, et exerçant parfois des fonctions municipales, suffit à repousser les candidats à l'installation.

Dans les cantons observés, au sein desquels plus de 80% des généralistes étaient organisés en cabinet de groupe, seuls deux médecins avaient osé s'implanter en solitaire, et cela durant les dix dernières années. L'analyse de leur profil témoigne de l'effet « dissuasif » de la présence de ces structures collectives. En effet, chacun de ces deux praticiens disposaient d'atouts spécifiques et déterminants, leur permettant d'espérer une activité sereine même en marge des cabinets de groupe. Ainsi, l'un d'entre-eux était fils du pharmacien le plus ancien exerçant dans la commune, alors que l'autre en tant que seule femme généraliste du canton pouvait espérer attirer à elle les patientes souhaitant recevoir des soins en gynécologie. Par ailleurs, plusieurs praticiens de ces secteurs reconnaissaient avoir été en contact avec des confrères souhaitant s'installer dans leur commune, et ayant finalement abandonné cette possibilité après avoir constaté l'impossibilité de s'intégrer à l'une ou l'autre des structures implantées. Ainsi la

croissance très modérée des populations médicales de ces cantons n'est pas le fruit du hasard, mais peut être le résultat d'un mode de fonctionnement local.

Mais s'agit-il pour autant de réseau ?

La présence des cabinets de groupe favorise un bon climat relationnel entre tous les généralistes du canton, y compris entre confrères de cabinets différents. Disposant d'une clientèle stable et de revenus conséquents, ils ne perçoivent pas leurs homologues comme une menace. Au contraire, l'existence de liens permanents à l'intérieur des cabinets de groupe garantit le maintien de cette situation locale avantageuse. Parallèlement, ils exercent presque tous dans des structures communes, telles que des maisons de retraite publiques ou des hôpitaux locaux. Ces lieux sont autant d'occasions de rencontre et d'échange entre les différents médecins, et nécessitent souvent la définition concertée d'une conduite collective à adopter à l'égard des patients résidents dans ces établissements.

Par ailleurs la présence de cabinets de groupe facilite la mise en place de tours de gardes organisés et planifiés, dans la mesure où les praticiens ne craignent pas de voir leurs patients convoités par des confrères. En contre partie, ces systèmes de gardes leur permettent de se libérer régulièrement de la contrainte des urgences.

Sur ces **systèmes de gardes** se sont parfois greffées des sociétés d'Enseignement Post-Universitaire. Essentiellement financées par l'industrie pharmaceutique, elles regroupent dans ces secteurs la quasi totalité des médecins appartenant au canton, et attirent également des médecins de communes périphériques. Leur fonction première est d'offrir une formation permanente. Ces médecins en sont d'autant plus demandeurs qu'ils sont éloignés des centres hospitaliers à partir desquels se diffusent les innovations médicales. Cependant, là n'est pas leur seul intérêt. Ces réunions sont aussi l'occasion d'échanger des informations locales, de régler des petits litiges et d'entretenir des relations conviviales. Elles offrent ainsi un lieu de rencontre nécessaire à la coordination du système local. La forte participation des médecins de ces secteurs traduit bien l'importance réelle de ces échanges. Par opposition, les EPU organisées dans la ville de Préfecture regroupent moins de 10% des praticiens, et presque toujours les mêmes.

La coopération instaurée entre les praticiens est suffisante pour assurer la pérennité de ce fonctionnement harmonieux, sans être contraignante à l'égard des pratiques médicales individuelles de chacun. Il s'agit bien d'un réseau, dans la mesure où les acteurs non seulement échangent des informations, mais également définissent entre-eux des attitudes et des positions collectives. Il ne s'agit pas de simples débats : ainsi à l'occasion de ces rencontres les participants allaient dans certains cas jusqu'à décider de l'opportunité de l'intégration

« organisée » de jeunes médecins. De même, ils définissaient en concertation le comportement à adopter face à un projet d'implantation d'une petite structure de radiologie.

D'autres formes de réseaux informels ont été observées. Durant la décennie passée des "**Amicales de généralistes**" se sont développées. Elles aussi assurent la plupart du temps la gestion des tours de garde et l'organisation des EPU, mais elles constituent le plus souvent l'occasion de définir une position collective face à l'établissement hospitalier local et aux confrères spécialisés.

Ainsi, observe-t-on ici ou là des formes d'intégration collective, à travers la constitution d'amicales de généralistes, les associations en cabinets de groupe, ou l'organisation d'une association de gestion des tours de garde ou d'E.P.U. Rares sont les structures qui ont été créées consciemment dans le but explicite de réguler le système local. Toutefois, on constate que la fréquence et le dynamisme de ces organisations n'est ni le fruit du hasard, ni le seul produit de la volonté de quelques professionnels « boutes-en-train ».

3.1.3 Des premières observations de ces phénomènes d'intégration « locale », émergent quelques constantes :

3.1.3.1 Seuls les médecins, et principalement les généralistes, disposent des capacités et de la volonté d'échanger régulièrement des informations, voire de définir un code de conduite locale.

3.1.3.2 La taille et la composition du réseau sont des facteurs primordiaux de la mobilisation collective.

Dans les cantons où le nombre de praticiens est très faible, les rapports entre confrères sont souvent l'objet de frictions ou de tensions : plus le nombre de joueurs est réduit plus l'enjeu du jeu concurrentiel est élevé. Ainsi, dans ces zones rurales à faible densité de population les rapports de concurrence constituent un obstacle à l'apparition des pratiques collectives.

A l'opposé, en milieu urbain à forte densité de population, le nombre de praticiens est tel qu'il atomise le corps médical. Entretien peu de relation avec chacun de leur confrère, les généralistes ne peuvent concevoir une expérience de concertation et d'intégration collective.

Ainsi, ces lieux de concertation où se produisent des phénomènes d'intégration s'observent essentiellement dans les cantons de 10 000 à 20 000 habitants, où sont implantés entre 10 et 15 généralistes.

3.1.3.3 Ces expériences d'intégration traduisent la plupart du temps des logiques de défense et de protection.

Les quelques exemples de mobilisations collectives de médecins généralistes ont été observés dans des zones en forte mutation. Qu'il s'agisse de se regrouper pour faire face à l'arrivée récente et « anarchique » de confrères spécialisés, ou qu'il s'agisse de préserver une faible densité médicale, ces médecins généralistes se regroupent dans une logique de protection.

3.1.3.4 Ces expériences ne sont en rien le produit des instances syndicales, et échappent largement à leur contrôle.

Même si les responsables départementaux sont informés de l'existence de ces structures de mobilisation collective, il n'en demeure pas moins qu'ils ne peuvent que constater leur existence, et adoptent à leur égard une attitude ambiguë.

3.1.4 Une forme économique plus moderne : les polycliniques et maisons médicales

La législation permettant des associations économiques diversifiées entre les professionnels a favorisé la recherche de formes nouvelles. L'exercice groupé entre spécialistes s'est ainsi développé assez largement, et a pu donner à la constitution de "maisons médicales", qui ne sont en fait que de très **gros cabinets de groupes** pluridisciplinaires permettant :

- . le partage de technologies
- . la répartition des coûts de fonctionnement (secrétariat, informatisation ...)
- . le partage de clientèle, l'adressage privilégié...

Cette organisation présente bien sûr des avantages :

- . elle permet aux praticiens de conserver leur organisation libérale ;
- . et certains considèrent que ce type d'organisation attire de facto une clientèle importante (le chiffre de 30 % d'augmentation de clientèle a pu être avancé) ;

. enfin, les économies d'échelle réalisées permettent même dans certains cas de salarier des professionnels non médicaux, dont l'intervention peut être complémentaire de celle des médecins (psychologues, assistantes sociales...).

Mais comme pour les associations de généralistes présentées ci-dessus, l'expérience a prouvé que cette formule était étroitement dépendante de ses initiateurs. On a tenté, notamment à partir de l'expérience de Clermont-Ferrand de développer une ingénierie nouvelle, sans succès.

Deux problèmes se posent en effet à ce type d'organisation :

1. elles favorisent bien sûr l'organisation de l'exercice individuel mais peuvent se heurter rapidement aux réalités de la concurrence interne. Et des généralistes peuvent ainsi témoigner de ce que les cabinets de groupe ne sont qu'un partage de moyens. Si ces cabinets sont une première étape de complémentarités, très vite, le cadre strictement médical est très étroit.
2. En effet, les complémentarités que recherche le médecin sont aussi non médicales : infirmières ou autres professions paramédicales. Elles peuvent aussi se trouver hors des professions de santé. Par exemple, pour les médecins généralistes, les complémentarités dans le secteur social sont d'un apport intéressant à leur champ d'activité, aux demandes qui leur sont adressées. Les coordinations doivent permettre de mieux faire circuler les compétences et les demandes adressées au médecin entre l'amont et l'aval : décharger le médecin de son "aide sociale" qui peut être lourde, surtout pour des médecins généralistes. Et de fait, on a constaté que ce que demandaient le plus certains généralistes se situerait hors du champ strictement sanitaire : de la coordination médico-sociale.
3. Enfin, un certain nombre de problèmes juridiques sont soulevés par ces organisations :
 - . d'une part, dès lors que dans un cabinet de groupe ou une structure médicale pluridisciplinaire se rassemblent des médecins de plusieurs disciplines, ils sont en principe en situation répréhensible de "compéragé", et ce d'autant plus si la structure rassemble des prescripteurs et des prescrits dès lors que l'on pourrait mettre en évidence l'adressage entre l'un et l'autre. Une belle épine juridique dans le pied des réseaux !⁸

⁸ il est difficile de faire le point de l'utilisation exacte de cette accusation de compéragé ; d'une part des cabinets de groupe pluridisciplinaire semblent fonctionner sans ennui, d'autre part, pouvoirs publics et instances ordinales auraient mauvaise grâce à mettre en cause des organisations relativement transparentes, dont personne ne nie

- . d'autre part, si dans une zone rurale, des médecins veulent s'organiser de telle sorte que les cabinets fonctionnent tour à tour avec l'un ou l'autre médecin, en général parce qu'ils n'ont pas la même spécialité ou sous spécialité, ils sont passibles de poursuite pour sous-traitance ⁹.

Interdiction de compéage et de sous traitance sont aujourd'hui deux piliers de l'exercice individuel et isolé. Les organisations médicales cherchent à faire évoluer la déontologie professionnelle sur ce point.

3.2 Les points de non retour

Rompre avec le double cloisonnement ville-hôpital et la segmentation sanitaire et sociale des prises en charge, *care and cure*, diraient les anglo-saxons, telles étaient dès le début des années 1980 les préoccupations de tous les professionnels confrontés aux problèmes des personnes âgées dans notre système et des malades chroniques dans un système médical qui a amélioré de façon continue leurs prises en charge.

3.2.1 Les réseaux gérontologiques

C'est avec les personnes âgées que ce sont faites les premières tentatives. C'est aussi dans ce secteur que l'on trouve aujourd'hui les expériences les plus mûries, rassemblant le plus de logiques professionnelles et institutionnelles.

Les quelques expériences que nous allons développer ci-dessous le montre. En 1993, la CNAVTS franchit le pas en labellisant les "réseaux gérontologiques" dont la circulaire dit qu'"il importe de tisser autour de la personne âgée un faisceau d'aides relationnelles parfaitement coordonnées". Nous ne savons pas si la CNAVTS a fait un bilan des actions entreprises dans ce cadre (dont l'évaluation était prévue au bout de deux ans), mais plusieurs expériences, nées ou non de ce texte peuvent être rapportées.

qu'elles ont aussi un objectif de fidélisation de la clientèle, alors que tous connaissent l'ampleur des pratiques de dichotomie, sans aucune sanction.

⁹ Un médecin ne peut déléguer la réalisation des actes effectués dans son cabinet qu'à un remplaçant, et ceci n'est possible que s'il n'a aucune activité médicale au même moment, que ce soit dans son cabinet ou dans une autre structure. Sinon, le second médecin est considéré comme un "assistant" ; or, dans les cabinets libéraux, l'assistantat est interdit, considéré comme de la sous traitance.

3.2.1.1 l'expérience de Lubersac

Elle date de 1985, quand une association de professionnels de santé et la MSA lancent conjointement l'expérience du "contrat local de santé". Cette expérience, pilote à l'époque et très médiatisée, visait à retarder l'hospitalisation des personnes âgées en coordonnant de façon serrée la prise en charge à domicile. Cette problématique, aujourd'hui banale, était à l'époque difficile à mettre en oeuvre, d'autant qu'elle était soutenue par des demandes de financement des actions de coordination. Comme le soulignent les auteurs du groupe IMAGE : "*l'originalité de ce projet par rapport à l'HAD ou au SSIAD déjà classiques reposait sur l'hypothèse que le secteur libéral pouvait assurer la coordination et le suivi d'une prise en charge globale à domicile et ce malgré des contraintes de suivi médical assez fortes.*" ¹⁰

Cette expérience qui sera renouvelée par la MSA institutionnalise un dispositif de coordination entre des professionnels libéraux et hospitaliers : un coordonateur, une secrétaire payée à mi-temps déclenche une réunion à la demande du médecin traitant pour décider des modalités d'HED : hospitalisation externe à domicile, le suivi administratif est assuré par le secrétariat. Les professionnels concernés (médecin, infirmière libérale, kinésithérapeute, assistante sociale et la surveillante de l'hôpital) décident de l'HED et du plan de traitement. Les réunions de coordination sont payées aux professionnels (1,5 V pour le médecin). Les familles sont intégrées à l'organisation de la prise en charge et aidées financièrement.

Tous les professionnels libéraux participent à l'association.

3.2.1.2 Le Réseau Ville-Hôpital de Vaugirard dans le XVème arrondissement de Paris.

L'idée de ce réseau est d'associer un hôpital de proximité pour, dans un quartier, éviter les hospitalisations injustifiées sur le plan strictement médical. Le dispositif s'appuie sur un partenariat avec tous les soignants.

Les partenaires impliqués sont le service de gériatrie de l'hôpital Vaugirard, le Centre de Gérontologie du XVème arrondissement, les médecins généralistes (50 sur 600 contactés ont répondu positivement et participent effectivement à l'action), les infirmières, kinésithérapeutes, assistantes sociales, auxiliaires de vie (30 sur les 90 personnes contactées se sont mobilisées). La coordination est assurée par une infirmière.

¹⁰ IMAGE 94 : rapport FNMF p75

Plusieurs éléments formalisent la coordination : un carnet de liaison, l'établissement d'un bilan de santé détaillé, l'utilisation de fiches évolutives de la dépendance. Entre le médecin de ville et le médecin hospitalier la liaison est continue.

Ce dispositif présente deux originalités :

- . Les professionnels de l'hôpital sont sollicités pour intervenir à domicile sur l'amélioration des conditions d'habitat, de prévention ou de gestion au quotidien de la dépendance (installations de barres d'appui, siège hydraulique de baignoire élévateur, etc..., etc...).
- . La formation continue des médecins généralistes en gérontologie. Peu d'entre eux savent, par exemple, que les aides-techniques ou humaines requièrent leur prescription pour un éventuel remboursement à la personne ou des financements directs des services par les organismes concernés...

3.2.1.3 Le Réseau de coordination gérontologique dans la Haute-Vienne : Association de Coordination des Actions en Faveur des Personnes Agées (A.C.A.F.P.A.).¹¹

L'expérience est menée dans le canton rural de Châlus, dans la Haute-Vienne (Limousin), à 35 kms des villes importantes du département. Selon le recensement de 1990, ce canton compte plus de 5 000 habitants (6 communes) avec 39% de plus de 60 ans et 17% de plus de 75 ans. Depuis 1990, l'objectif final est un "programme d'accompagnement de l'avancée en âge" intégrant prévention et aide à la prise en charge de la dépendance. Il consiste en la mise en place et le développement de services de soutien à domicile adaptés.

Ce programme d'accompagnement de l'avancée en âge du canton de Châlus, a été mis en oeuvre avec les financements du département de la Haute-Vienne, des communes du canton, de la Mutualité sociale agricole (M.S.A.) et de la Caisse régionale d'assurance maladie du centre-Ouest (C.R.A.M.C.O.) et de la C.N.A.V. en tant qu'action innovante de lutte contre la dépendance. Financée pendant deux ans par la C.R.A.M.C.O., l'action est actuellement financée par le département, les communes et la Fondation de France. Tous les professionnels sont rémunérés par l'A.C.A.F.P.A. pour le temps passé en réunion.

Le service de coordination est sous la responsabilité d'une coordinatrice (titulaire du diplôme de conseillère en économie sociale et familiale) salariée à plein temps. Elle organise les réunions de coordination de l'équipe médico-sociale (équipe plus ou moins nombreuse suivant l'importance

¹¹ voir le schéma de coordination de cette expérience en annexe

des soutiens à mettre en oeuvre pour une personne donnée, son niveau de dépendance et la présence ou non d'un entourage familial ou social...).

Les acteurs, promoteurs de cette expérience, sont regroupés depuis 1982 en association. Une instance de coordination gérontologique pluridisciplinaire regroupe :

- . des professionnels des domaines médical, paramédical (médecins, kinésithérapeutes, infirmières, aides-soignantes, orthophonistes...),
- . et social (aides ménagères, auxiliaires de vie, responsables des services de repas, de l'adaptation de l'habitat, de la télé-sécurité, des assistantes sociales, le service de soins relationnels et des animatrices dites de "mémoire collective),
- . mais sont aussi impliqués le conseiller général,
- . des élus de chaque commune,
- . les présidents des clubs du troisième âge,
- . des bénévoles retraités ou actifs.

L'association repose donc sur des acteurs de terrain et des décideurs locaux.

Ce programme a quatre objectifs :

- Utiliser au mieux les services de soutien et les aidants.
- Personnaliser les aides apportées aux personnes âgées, par une analyse de leurs besoins.
- Améliorer la qualité du maintien à domicile.
- Expérimenter des moyens de prévention de la dépendance.

Le service de coordination gérontologique intervient **à la demande du médecin traitant**, chaque fois que la coordination paraît pouvoir apporter un plus et qu'un projet d'accompagnement peut-être élaboré. Il s'agit alors de prévenir la dépendance, d'éviter l'hospitalisation ou une institutionnalisation ou de participer à un accompagnement de fin de vie à domicile. Le réseau peut-être sollicité directement par les services hospitaliers pour raccourcir une hospitalisation ou préparer un retour à domicile. Il est en mesure aussi d'assurer l'urgence sociale : aide ménagère en urgence, repas à domicile.

Le projet s'appuie sur l'évaluation objective des handicaps de la personne, sur ses souhaits et sur l'évaluation de sa vie familiale, relationnelle et sociale. L'évaluation des handicaps est réalisée à l'aide d'une échelle d'autonomie fonctionnelle : le S.M.A.F. Cette évaluation intègre les notions d'évolution des incapacités (régression, stabilisation, aggravation) et d'évolution des aides nécessaires prévisibles.

Les ressources à apporter pour pallier les handicaps sont définies par l'équipe pluridisciplinaire en trois niveaux :

- La personne âgée a besoin d'être stimulée, surveillée afin d'empêcher ou de retarder la dépendance.
- Il faut lui apprendre ou réapprendre à faire telle ou telle tâche.
- Il est nécessaire de faire telle ou telle tâche à la place de la personne.

Autres services : le programme du canton de Châlus, d'"accompagnement de l'avancée en âge" comprend également en amont des actions à visée préventive auprès des personnes âgées : actions de prévention du vieillissement psycho-intellectuel de la personne âgée par les médecins du canton et un service de soins relationnels qui apporte une présence aux plus isolés. Ce service est assurée par une personne salariée à mi-temps et deux bénévoles formés (aide-soignantes). Il intervient sur prescription médicale pour des tâches spécifiques définies avec le médecin inspecteur départemental de la santé : une aide à la mobilité, une surveillance de la prise de médicaments, un soutien moral et d'écoute. Ce service est soit utilisé seul, soit en complément d'autres services de soutien dans le cadre de la coordination.

Ce "programme d'accompagnement de l'avancée en âge" et sa mise en pratique constituent un véritable "réseau" gérontologique qui relie autour des personnes âgées les professionnels libéraux et sociaux, les services à domicile, les services hospitaliers, les structures d'hébergement, etc... Toutes ces prestations cumulées font que le recours à l'hospitalisation reste, ici, exclusivement du domaine médico-chirurgical aigu.

3.2.1.4 Association P.A.P.A. BOUSCAT (Prévention, Action, Personnes Agées) (depuis 1986).

Initialement l'équipe de l'hôpital du Bouscat constate l'échec du retour à domicile de personnes âgées dont l'autonomie de vie quotidienne est restreinte. La priorité est donnée au soutien à domicile, en complémentarité avec l'hospitalisation. L'objectif du programme est de favoriser la coordination des actions autour des personnes âgées dépendantes.

Le territoire concerné recoupe la zone d'intervention de l'hôpital suburbain de Bouscat (établissement privé à but non lucratif, participant au service public), soit sept communes de la communauté urbaine bordelaise, cinq cantons de la ville de Bordeaux et une partie du Médoc. Sur ce territoire vivent environ 34 500 personnes de 65 ans et plus.

Partenaires impliqués : l'hôpital et les professionnels du secteur socio-sanitaire : médecins traitants, infirmiers libéraux, services de maintien à domicile, mandataires locaux et représentants des usagers. En 1987, ces différents partenaires ont créé l'association "P.A.P.A. Bouscat" et ont ouvert en 1989 un bureau de coordination qui comprend un médecin, un interne de Santé Publique, une secrétaire, un ergothérapeute et un psychologue.

La coordination de l'association P.A.P.A. Bouscat est assurée par le médecin initiateur de l'association et la coordination technique est assurée par un ergothérapeute.

L'action du bureau de coordination comprend :

- . La distribution de prestations individuelles;
- . L'animation socio-sanitaire où des professionnels mettent au point des outils d'information et de communication (guide du maintien à domicile) et des outils d'aide à la décision.
- . L'évaluation, qui, par un retour d'information, permet d'acquérir une meilleure connaissance des besoins et de l'utilisation des moyens, d'ajuster les interventions et d'argumenter les modes de pérennisation du financement de l'action.

Le bureau de coordination offre aux usagers trois types de prestations de coordination :

1 - Une information sur les possibilités de soutien à domicile (accessibilité et disponibilité des ressources locales) et les moyens de prévention du handicap.

2 - Des conseils personnalisés sur le maintien à domicile. La personne âgée bénéficie d'un bilan d'autonomie et de ressources de son environnement (aspects médicaux, psychologiques et sociaux.). Des solutions adaptées lui sont proposées. A elle et à son médecin de prendre l'initiative de la mise en place.

3 - Le maintien à domicile "clés en main". Le coordinateur, après avis du médecin traitant et en fonction du choix de la personne âgée, oriente et organise les interventions, prévoit les aides techniques et les éventuelles modifications de l'aménagement architectural.

P.A.P.A. Bouscat a choisi comme coordinateur technique un ergothérapeute. Ce dernier évalue les conditions de retour au domicile, accompagne la personne âgée et contacte la famille, l'entourage et les différents services. Il est en relation constante avec les services de maintien à domicile, tant pour les aménagements techniques que pour les soins.

Il conjugue les aspects matériels et psychologiques d'une réadaptation et exerce ainsi une véritable fonction de coordination autour de la personne âgée et entre les différentes professions.

Une évaluation de cette expérience a été faite par la fondation de France en 1990-1991 :

. La coordination : pour qui ? Les usagers du bureau de coordination se caractérisent par leur grand âge avec une moyenne à 82 ans et une tranche importante des 85 ans et plus. Le motif d'appel est dans la majorité des cas en rapport avec une aggravation progressive de la dépendance, une altération de l'état de santé dûe au vieillissement.

Dans l'ensemble, il s'agit donc de personnes âgées très dépendantes dont plus de la moitié sont atteintes dans leurs capacités sociales et 50% d'entre eux ont un score en autonomie physique altéré. Le degré du handicap physique des usagers explique l'importance de la demande de soins.

. La coordination : pourquoi ? Elle a pour but de vérifier que sont bien rencontrés les objectifs initiaux d'aide et le maintien à domicile. En 1991, le maintien à domicile était réalisé dans 70% des prestations, le reste correspondant à une orientation vers l'hébergement temporaire ou le placement définitif. P.A.P.A. Bouscat réalise son objectif puisque seulement 20% des personnes sont placées en institution.

La coordination : avec qui ? Un recensement systématique des partenaires du soutien à domicile est effectué. On note la diminution des recours aux aides-ménagères au profit des femmes de ménage, parallèlement à l'ouverture de nombreuses associations intermédiaires sur le territoire, et à l'augmentation des ressources des personnes âgées. Mais on note aussi l'augmentation du recours aux infirmières à domicile.

. La coordination : comment ? L'étude de l'application des aides prescrites par le coordinateur définit un taux d'observance c'est-à-dire le rapport aide obtenue / aide prescrite lors de la consultation de coordination. L'intérêt étant de repérer également les services qui sont effectivement les plus sollicités. Ce taux d'observance va de 100% (soins à domicile) à 50% (garde à domicile, télé-alarme).

. La coordination : à quel prix ? L'évaluation du coût de chaque prestation est ajustée sur la mesure du temps nécessaire et les charges matérielles induites pour le fonctionnement (charge de travail du coordinateur, de l'ergothérapeute, du secrétariat). Le coût de la coordination englobe les activités d'animation socio-sanitaires et d'évaluation. A partir des services offerts et des coûts engagés, l'association P.A.P.A. Bouscat évalue la prestation, par rapport au

nombre total de bénéficiaires, entre 900 et 1 000 francs (942,00 francs en 1990). L'enregistrement rigoureux et systématique des données permet un calcul économique individuel et collectif du soutien à domicile et des actions au cas par cas...

Le projet P.A.P.A. BOUSCAT est financé par le Conseil Général de la Gironde, les municipalités concernées, le Ministère des Affaires Sociales et la D.D.A.S.S par l'intermédiaire de l'hôpital suburbain de Bouscat, la D.R.A.S.S d'Aquitaine, la CRAM d'Aquitaine et les caisses de retraite. La Fondation de France a versé, au titre des aides à la création d'expériences innovantes, la somme de 7() 000 francs.

Au -delà de l'évaluation faite par l'association elle-même, deux aspects positifs supplémentaires sont à retenir :

1 - La mobilisation du secteur libéral.

Les médecins généralistes du secteur sont partie prenante de l'association et cinq d'entre eux siègent au conseil d'administration. Ils sont à l'origine de la moitié des appels et leur "affiliation" au bureau de coordination de PAPA Bouscat, les aide face à des patients âgés et à une hypothétique hospitalisation.

2 - L'organisation de la pérennisation du système.

Au cours des années, l'association a pratiqué le retour d'information, l'utilisation maximale et adéquate des moyens disponibles et leur adaptation. Cette rigueur dans la gestion économique et administrative a permis à l'association de renouveler annuellement ses conventions avec ses partenaires (Département, C.R.A.M., Caisses de retraite) pour une pérennisation du financement de l'expérience.

Une évaluation économique stricte et régulière permet d'établir des coûts, de faire des projections de ces coûts et d'assurer par la suite le financement de la coordination.

De plus, cette expérience permet un échange réussi et positif entre personnel de l'hôpital et intervenants à domicile, puisqu'il s'agit d'une construction commune d'un dispositif, quand bien même l'initiative est venue de médecins hospitaliers.

Cette association joue un rôle de conseil-expert auprès de communes, afin de repérer les manques et d'améliorer les conditions de sortie des personnes âgées hospitalisées.

3.2.1.5 - L'Association "La Passerelle" de Lorient (depuis octobre 1990).

L'Association "La Passerelle" de Lorient vise à offrir aux personnes âgées dépendantes soutenues à domicile des prestations adaptées à chaque situation, coordonnées et cohérentes. Pour cela sont prévus le fonctionnement permanent d'un lieu unique d'accueil et d'écoute; l'évaluation, l'information, le conseil de la personne âgée en perte d'autonomie (ce qui demande une grille commune d'évaluation et une bonne connaissance des intervenants potentiels); la mise en place de référents pour une bonne adaptation des prestations à chaque personne âgée; un dossier unique pour chaque personne; et le suivi personnalisé des interventions à domicile, par simplification administrative.

Site: la ville de Lorient possède une bonne couverture gérontologique, la palette des services de soutien à domicile est large et la ville est également pourvue en matière d'hébergement. Les prestataires sont presque aussi nombreux que les services : C.C.A.S., associations, hôpital, mutualité. De plus, la ville a une longue tradition d'accueil des personnes handicapées.

Partenaires impliqués : l'O.L.P.A.R. (Office Lorientais des Personnes Agées et Retraitées), les partenaires du soutien à domicile des personnes dépendantes (associations, C.C.A.S.) et tous les prestataires de services pour personnes âgées et handicapées : hôpital de Lorient, mutualité, associations d'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées et la ville de Lorient.

Coordination : un collectif regroupant les responsables des services, un médecin et un psychologue, rattaché à l'O.L.P.A.R. a été créé. La coordination technique est assurée par le psychologue et la directrice de l'O.L.P.A.R.

Evaluation : une première évaluation a été réalisée par l'Université de Bretagne occidentale en 1991. Elle a montré les satisfactions des usagers quant aux horaires et à l'existence d'un guichet unique permettant une information complète et une prise en charge globale de la situation. Suite à cette évaluation, l'expérience de la Passerelle est poursuivie.

Financement du projet : subventionné par la commune et la Fondation de France.

Dispositif : mise en place du guichet unique en 1990. En 1988, l'O.L.P.A.R. invite ces partenaires à réfléchir ensemble sur la qualité du service rendu à la personne en perte d'autonomie. En 1990 les objectifs et le fonctionnement du lieu unique sont déterminés.

D'où la création de la Passerelle : lieu unique d'écoute, d'informations et d'évaluation des situations individuelles, implanté en plein coeur de Lorient, co-géré et co-animé par une équipe pluridisciplinaire de professionnels formés et détachés par les différents partenaires de l'action. Cette association remplit trois missions : l'information des personnes aidées, de leur entourage et des professionnels sur l'ensemble des possibilités de soutien existant localement ; l'écoute des personnes en perte d'autonomie et de leur entourage; l'évaluation des situations, pour proposer une réponse adaptée à chaque personne.

La Passerelle informe, conseille, déclenche, aide à mettre en place un dispositif adapté à chaque situation. Le suivi s'effectue à domicile : validation du bilan et des propositions de la Passerelle, réajustement au fur et à mesure de l'évolution de la situation. Ce suivi passe par la désignation de référents et de liaisons avec les intervenants à domicile : les professionnels des services, les médecins traitants, les aidants ou bénévoles.

Cette action collective s'appuie sur quatre instances

- une équipe d'"écoutants" composée de professionnels des différentes structures.
- Le comité de pilotage, responsable du projet et composé de groupes de travail.
- Le comité de suivi composé des responsables des services décideurs
- Un gestionnaire du lieu unique : l'O.L.P.A.R.

Il est intéressant de noter qu'avec le transfert de l'initiative de l'association au CCAS le fonctionnement de l'expérience est devenu plus rigide : la permanence téléphonique ou d'accueil ne fonctionne plus ni le soir, ni le week-end. La pérennisation de l'expérience est en cause. Le conseil général ne semble pas vouloir poursuivre l'expérience.

3.2.2 Les Réseaux Ville Hôpital, les réseaux de soins et de santé

Si les réseaux gérontologiques se sont vraiment développés sous l'impulsion d'initiatives locales, le mouvement de création et de développement des réseaux ville-hôpital et des réseaux de soins ou de santé est probablement beaucoup plus complexe à saisir. L'impulsion donnée par la Direction des hôpitaux avec la circulaire conjointe DGS-DH de juin 91 ouvrant la possibilité de financements de ces initiatives est indéniablement déterminante dans leur développement. Mais surtout, cette circulaire reconnaît la forme "réseau" comme permettant *"la résolution des problèmes concrets rencontrés par les patients"*.

En fait, comme le soulignent tous les acteurs ou observateurs, il n'y a pas de réseaux sans une volonté locale forte, des liens de longue date entre les acteurs, une grande souplesse des partenaires aux logiques des autres. *"Il est en effet important de noter que les premiers réseaux ville-hôpital sont nés dans le creuset des associations de FMC¹². Ils ont été créés par un très petit nombre de généralistes sensibilisés à la question de la prise en charge des personnes touchées par le VIH. Ce sont même les associations de MFC comme la SFTG qui ont géré les premiers fonds versés aux futurs réseaux, puisque dès 1989, la DGS octroie à la SFTG un financement ponctuel destiné à dynamiser les embryons de "réseaux" existants. C'est bien l'un des rares cas où se rencontrent assez tôt une logique issue du corps social et une initiative de l'Etat oeuvrant dans le même sens. .. On voit donc dans cette réalité la filiation significative qui existe entre la réflexion critique des médecins généralistes face aux limites de l'hospitalo-centrisme et les préoccupations exprimées par ces mêmes généralistes face à la réalité de l'épidémie VIH et aux attentes des malades".¹³*

Une centaine de réseaux existent aujourd'hui. Certains ont d'abord eu une logique réseaux de soins, d'autres avaient a priori un projet de santé. Les premiers étaient plutôt constitués par des médecins, élargis à d'autres soignants (type réseaux VIH), tandis que les seconds étaient créés avec des objectifs de prévention (Créteil solidarité). En fait, il semble aujourd'hui difficile de faire la part soins /santé dans de nombreux réseaux existants ; de même que si à l'origine, les réseaux étaient ville-hôpital, aujourd'hui, certains sont ville-ville, d'autres intra-hospitaliers. Le terme ville-hôpital disparaît donc avec la consolidation de ce mouvement associatif qui prend dans le domaine sanitaire et social l'ampleur d'un nouveau mouvement social.

Tous les domaines de prise en charge pour lesquels la seule alternative hospitalier **ou** libéral ne permet pas de répondre de façon satisfaisante aux demandes exprimées peuvent susciter des réseaux. On l'a vu à propos de la dépendance des personnes âgées, on peut également le décliner pour les patients VIH, toxicomanes, atteints d'hépatite C, pour les diabétiques mais aussi désormais les structures de soins palliatifs : tous les professionnels dans les structures concernées par ces prises en charge en viennent à se poser des questions similaires.

Le recensement effectué par P. de la Selle montre les multiples domaines dans lesquels se développe cette logique de réseau : elle concerne aussi bien des alternatives à l'hospitalisation maintenant traditionnelles comme les diverses formes de suppléance à domicile, que la coordination des professionnels pour optimiser les prises en charge et réguler les interventions du système médical. La typologie qu'il propose est fournie en annexe de ce rapport.

¹² FMC : formation médicale continue

Prenons quelques exemples :

3.2.2.1 L'ABCD : réseau de coopération médicale

Le réseau "association pour une honne coopération diagnostic" correspond relativement bien au trajet relaté par P. De la Selle dans l'analyse ci-dessus. Il naît en 1985, autour de la faculté de Broussais pour développer des liens plus étroits et efficaces entre le médecin hospitalier et les médecins libéraux s'occupant d'un même patient dès lors que se pose un problème diagnostic complexe : il comprend une cinquantaine de généralistes et une trentaine de spécialistes. L'objectif est d'intégrer les médecins libéraux dans la filière hospitalière - éviter le transfert sur la consultation externe dès qu'un problème devient trop complexe -. Une politique de formation est associée à cette initiative. L'ABCD ne survivra pas à l'impossibilité de trouver un financement ; mais plusieurs de ses membres seront à l'origine d'autres réseaux VIH à Paris.

3.2.2.2 Le SIDA

De nombreux réseaux existent, un colloque organisé en 1994 en a réuni plus d'une cinquantaine, soixante dix sont maintenant recensés sur le territoire. Leur développement a été stimulé par la circulaire "Durieux" en 1991 relative à la mise en place des RVH dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'affection à VIH.

En 1993, on estime que parmi les 63.500 patients régulièrement suivis, 8.500 personnes sont exclusivement prises en charge en ville et 22.000 bénéficient d'un régime de coopération avec l'hôpital. C'est ce dernier segment de la prise en charge qui s'est le plus développé¹⁴. Ces réseaux sont d'autant plus exemplaires qu'ils sont souvent polyvalents. Le volet médical se conjugue étroitement avec le volet social voire juridique, du fait des risques d'exclusions ou d'isolement que la maladie génère en particulier dans des groupes de patients comme les toxicomanes et les détenus.

Plusieurs exemples peuvent être cités, comme celui du Val de Marne où une association loi 1901 coordonne les interventions de médecins généralistes, d'intervenants en toxicomanie et d'assistantes sociales de quartier, ou encore celle de Caen associant CHR et généralistes.

¹³ P. De la SELLE, S. KARMAN-BILAL, J. BREEN : Questions posées par le développement des réseaux de santé S&P conseil (V. Prov. Juil 95)

¹⁴ Source : Soins et SIDA, Sept 94. Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie.

Le bilan dressé avec l'enquête RVH 1994 de la Mission SIDA, réalisée auprès d'une cinquantaine de réseaux, montre la diversité des moyens humains mis oeuvre :

NATURE	NOMBRE		NOMBRE EN ETP
Personnel non médical			
Secrétaire	24	26%	14,33
Assistante sociale	14	15%	8,25
Soignant	5	5%	3,5
Psychologue	5	5%	2,25
Coord. Adm.	4	4%	3
Educateur	1	1%	1
Animateur	1	1%	0,5
Sans précision	7	8%	4,5
Personnel médical			
Coordinateur	19	20%	19
PH contractuel toxico.	13	14%	7
TOTAL	93	100%	63,33

L'enquête synthétise par ailleurs les modes de financement de réseaux RVH :

MF	1993			1994		
	Assurance Maladie*	Crédits d'état**	Total ***	Assurance Maladie*	Crédits d'état**	Total***
RVH SIDA	9,82	2,75	12,57	14,47	1,32	15,79
RVH Toxicomanie				3,07	3,6	6,67
Total	9,82	2,75	12,57	17,54	4,92	22,46

* Crédits issus de l'enveloppe SIDA gérée par la DH

** Crédits d'état gérés par le DGS, y compris plan d'urgence 1993

*** Les RVH peuvent bénéficier de subventions émanant d'autres instances non prises en compte, faute de les connaître. Avec l'aide au titre de la formation, les RVH mobilisent une ressource de près de 32 M.F.

3.2.2.3 Le diabète

Le diabète est une pathologie chronique pour laquelle l'organisation et la coordination des prises en charge, la formation des médecins généralistes est vitale pour les patients. Plusieurs expériences existent dans ce domaine. Par exemple :

- . A Roubaix une centaine de généralistes utilisent un centre d'accueil de formation et de prise en charge des diabétiques non insulino-dépendants (1200 sont suivis).
- . A Paris, une évaluation est engagée par un service de l'AP-HP pour comparer le fonctionnement d'un réseau RVH et le "réseau informel" des correspondants du service.

L'objectif est de redéfinir la fonction de l'hôpital dans la prise en charge des malades chroniques.

- . Une maternité à Paris forme un réseau de correspondants en ville (médecins généralistes et spécialistes) pour suivre les grossesses de femmes diabétiques : prévention des accidents de prématurité et périnatalité.

3.2.2.4 La prise en charge des personnes défavorisées

En Seine-Saint-Denis, un réseau fédère de nombreux personnels départementaux, des centres PMI, des dispensaires. Rattaché à l'hôpital intercommunal, il mène une action de type santé communautaire. Les partenaires sont nombreux, notamment collectivités locales, et les visées larges : intégration et lutte contre la pauvreté.

Les difficultés d'accès aux soins d'un nombre croissant de malades, leurs problèmes sociaux et de santé très spécifiques, la pluralité des problèmes à traiter en même temps sont un sujet majeur des médecins de première ligne aujourd'hui.

Tous ces exemples, parmi de très nombreux montrent qu'une dynamique importante est à l'oeuvre parmi les professionnels de santé, et **à leur initiative.**

3.3 Nouvelles coopérations :

L'étude des expériences engagées, recensées à travers des documents écrits, les entretiens réalisées au quatrième trimestre 1995 a montré que cinq catégories d'objectifs pouvaient être reconnus.

- . L'échange d'information
- . le partage de moyens et les partenariats
- . l'organisation des prises en charge
- . les accords de prix
- . Les accords qualité / prix des prestations.

Ils sont hiérarchisés, c'est à dire qu'il est rare de trouver des expériences modifiant l'organisation des prises en charge ou cherchant des accords de prix, sans qu'un échange d'information soit prévu. En revanche, un réseau peut être constitué dont l'objectif initial est seulement d'échanger de l'information.

3.3.1 les échanges d'information

3.3.1.1 leurs finalités

L'échange d'information, de l'avis de tous les partenaires constitue donc à la fois la base des accords et le premier niveau. Il peut être la finalité même de l'accord.

C'est par exemple le cas des accords de réseaux scientifiques comme ceux constitués dans le cadre de protocoles européens d'enquêtes épidémiologiques (Etude Monica sur la pathologie cardio-vasculaire, ou registre européen de l'insuffisance rénale de l'EDTA). Ces protocoles peuvent sembler éloignés de notre objet initial ; pourtant les difficultés de mise en place et les contraintes de fonctionnement sont exemplaires des problèmes que rencontrent les acteurs de réseau.

- . ces protocoles sont le plus souvent mis en place dans le cadre de collaborations scientifiques internationales ; ils sont à la base de réseaux d'échanges ; les programmes de financement prévoient le financement de la coordination.
- . le registre EDTA a été arrêté après la fourniture des données 1993 : aujourd'hui, on ne dispose pas d'information récente pour envisager l'évolution nationale de l'IRCT.
- . Les questions sur lesquelles s'interrogent les scientifiques sont celles que vont rencontrer tous les acteurs lors de la mise en réseau : quelle information échanger ? Quels protocoles établir ? Quelle est la bonne périodicité de recueil et de traitement ? Peut-on faire des registres on-line ? Quelle utilisation de ces données ?

La question de la transmission de l'information, au delà de son contenu est aussi celle de ses modalités :

- . qui transmet à qui ?
- . qui définit les protocoles d'échanges ? Comment est assurée la sécurisation des données ?
- . qui supporte les coûts de gestion de la constitution et de la transmission de l'information ?

. qui est légitime pour produire, transmettre, utiliser, traiter une information ?

Toutes ces questions sont préalables à n'importe quel réseau structuré dans le domaine.

3.3.1.2 Expériences et projets

Diverses expériences peuvent être mentionnées:

3.3.1.2.1 la transmission d'information médicale entre professionnels

Le service hospitalier du CHR de Toulouse a établi un réseau de communication qui relie par un réseau de micro-ordinateurs ou Minitel :

- les services hospitaliers de la région,
- les services d'HAD extérieurs,
- les correspondants généralistes.

3.3.1.2.2 La transmission d'information aux organismes de tutelle et aux financeurs

Le codage des actes, (institué par un décret d'Août 1985) légal depuis la loi de janvier 1993 constitue une bonne illustration de la difficulté de mettre en place des systèmes d'information médicaux : certains syndicats le jugent irréalistes ; la CNAM déclare son système d'information encore inadapté et la CNIL n'est toujours pas d'accord avec le dispositif prévu. Sans parler des systèmes fonctionnant dans tous les pays étrangers, où les médecins très normalement transmettent une information médicalisée, l'exemple des mutuelles et des chirurgiens de Gironde (voir ci-après) montre qu'un tel système peut fonctionner sans porter tort aux patients.

3.3.1.2.3 Les généralistes au centre de l'information de demain ?

Enfin le support de l'information devient un enjeu en soi : qui détient le support est le centre du réseau ; les organisations de généralistes aujourd'hui considèrent, peut être un peu vite, que la "coordination des soins" contient naturellement l'idée de coordination de l'information (carnet médical, données épidémiologiques ...).

3.3.1.2.4 La transmission d'information entre gestionnaires, tutelles et financeurs

La transmission des informations de paiement, d'ouverture de droits, de remboursement va certainement constituer un des grands dossiers de l'Assurance maladie de demain. Y sont inclus, pèle mèle les questions des relations avec les professions de santé, et la transmission

directe des données depuis le cabinet médical, la télétransmission des décomptes et des informations de liquidation aux organismes complémentaires, les paiements aux assurés.

Plusieurs projets de réseaux d'échanges d'information sont envisagés : SESAM-VITALE d'une part, NOEMIE d'autre part constituent les corps centraux des projets.

L'échange d'information avec les professionnels et avec les régimes de base constitue pour les organismes complémentaires la clé de voûte de leurs projets dans le domaine de la gestion du risque.

3.3.2 La mise en commun de moyens et de compétences

3.3.2.1 leurs finalités

La deuxième finalité des accords contractuels dans le système de santé est le partage de moyens. Celui-ci peut porter sur:

- le pallage de moyens professionnels
- l'organisation de plateaux techniques (blocs opératoires ...)
- les conventions d'utilisation
- la mise à disposition de spécialistes
- la diffusion d'outils et d'expertises aux acteurs du réseau.

Sur l'ensemble de ces champs, les formes d'association seront beaucoup plus nettement que précédemment des associations économiques. Elles seront formalisées et pourront prendre des formes variées : soit sociétés privées SCM, SEL, soit GIE, GIP soit encore conventions d'utilisation, soit encore dans l'avenir, selon les réflexions actuellement en cours au ministère de la santé, GIS : groupement d'intérêt sanitaire.

Les accords (et les problèmes qui doivent être résolus) portent à la fois sur le financement du fonctionnement (rémunération des praticiens) et de l'investissement des matériels (propriété), mais aussi sur les modalités d'organisation et les enjeux de responsabilité médicale.

Certains accords seront décrits dans ce paragraphe. La complexité des problèmes rencontrés y sera évoquée, ainsi que les solutions proposées. Nous ne reviendrons cependant pas dans ce paragraphe sur les accords décrits en tête de ce chapitre sur les cabinets de groupe et les

organisations pluridisciplinaires, ainsi que les problèmes fondamentaux qu'ils posent aujourd'hui pour tout accord de réseau avec des professionnels.

3.3.2.2 expériences

3.3.2.2.1 la mise en commun des équipements lourds

Le partage de l'utilisation d'équipements lourds entre établissements publics et privés, a tout d'abord constitué pour les pouvoirs publics une solution à l'attribution hasardeuse d'autorisation d'équipements¹⁵. Elle a été largement encouragée par les pouvoirs publics.

Elle présente de nombreux avantages :

- investissement dans des techniques de pointe pour les cliniques, sans supporter l'intégralité du coût de l'investissement et du fonctionnement ; transfert d'une partie des coûts d'apprentissage,
- rentabilisation de l'équipement pour les établissements publics dont la demande serait parfois insuffisante,

Mais les formes de coopération et de partage des moyens sont ces dernières années allées au-delà des conventions d'utilisation pour des équipements lourds. Actuellement des partenariats complexes se montent ou sont à l'étude, **éclatant les plateaux techniques entre l'hôpital et la clinique, répartissant les consultations externes ou les activités de chirurgie ambulatoire.**

Plusieurs formes de mise en commun de moyens sont possibles :

- **La co-utilisation**, sur la base d'une convention où l'un des partenaires (en général public) possède le matériel, qui peut être utilisé par l'autre contre paiement des coûts d'utilisation. Il n'y a donc pas de cofinancement de l'investissement. Cette forme de coopération est courante en radiologie, entre des cabinets de radiologues regroupés en SCM (société civile de moyens) et des CHG. Elle peut être conclue pour n'importe quelle activité et quel que soit le statut de l'établissement. Elle permet en particulier de formaliser des relations de coopération qui peuvent déjà exister mais sa portée réelle est limitée car elle exclut le développement et la commercialisation d'activités communes.

¹⁵ hasardeuse parce que dictée par des raisons souvent largement éloignées des rigueurs de la planification

- **La copropriété.** Les formes juridiques sont multiples : Syndicat interhospitalier, Groupement d'intérêt public, Association loi 1901, Groupement d'intérêt économique, ou Groupement d'intérêt économique Européen.

Les formes juridiques d'association sont multiples, les principales caractéristiques des plus fréquemment utilisées sont:

SIH: Structure de droit public, créée par des partenaires publics, dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Des formules de convention permettent d'associer des partenaires privés à la co-utilisation d'un appareil acquis par le SIH.

GIP: associe dans la poursuite d'activité des personnes morales de droit public (au moins une) et de droit privé, ayant un intérêt commun. Le GIP est constitué par un contrat qui doit être approuvé par arrêté préfectoral, ce qui rend la chose assez lourde. Le GIP est une structure de droit public qui ne peut faire ni bénéfices ni pertes. Le risque financier pour chaque membre est limité à son apport. Si l'un des partenaires est soumis au contrôle financier de l'état, le GIP l'est aussi. Les personnes publiques doivent être majoritaires à l'assemblée des membres du groupement au conseil d'administration.

GIE : formule plus souple, le GIE est doté de la personnalité morale de droit privé et peut associer des personnes physiques ou morales de droit public ou privé. Son but est de permettre le développement de l'activité économique de ses membres d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité et non de faire des bénéfices pour lui-même. Le régime fiscal d'un GIE est celui d'une société de personnes, aucune imposition n'est perçue sur le patrimoine propre. La liberté contractuelle du contrat constitutif facilite la création du GIE mais les partenaires sont tenus solidairement des dettes du GIE sur leur patrimoine propre, ce qui induit une moindre sécurité.

Source: Hospitalisation nouvelle n°224

Quelques exemples :

=> le GIE de Boisguillaume.

L'hôpital de Boisguillaume, dont les activités sont centrées sur les services de médecine et spécialités mais qui ne dispose pas de service chirurgical et la clinique du Cèdre (Seine Maritime), ont créé un GIE afin de renforcer leurs plateaux techniques. La première acquisition a consisté en l'achat d'un scanographe, chacun participant à hauteur de 50% de la dépense initiale et des frais fixes. Les partenaires sont satisfaits de la collaboration et envisagent l'achat par la même structure d'un appareil d'IRM.

=> Une IRM pour deux, est de même le projet d'une clinique faisant partie d'une chaîne cannoise et L'hôpital de la Fontonne à Antibes. Les futurs partenaires envisagent la création

d'un GIE pour exploiter l'IRM. La machine sera installée dans les locaux de la clinique et l'hôpital mettra à la disposition du GIE trois postes de manipulateurs radio. L'opération devant se faire à coût constant pour l'assurance maladie¹⁶, la chaîne de cliniques ferme huit lits de chirurgie (soit un gage de 5,7 millions de FRF) et l'hôpital s'engage à fermer un service de tomodensitométrie et à opérer une substitution de l'imagerie conventionnelle vers l'IRM.

=> le lithotriteur extra - corporel mobile du Nord et du Pas de Calais.

Le projet mis en place est assez complexe. Il associe le CHRU de Lille, les CH de Roubaix d'Arras, et de Lens, ainsi qu'un GIE (Lithotrie Diffusion France) dont l'objet est de mettre à la disposition de tous les urologues intéressés et des cliniques où ils exercent leur activité un lithotriteur transportable. Les financements de l'acquisition et des charges d'exploitation se font au prorata de l'utilisation par les cinq partenaires, le GIE participant à lui seul à hauteur de 50% pour l'investissement. L'exploitation de la machine fait l'objet d'une convention.

Trois autres réseaux basés sur la mobilité peuvent être cités :

- . le GIE Lithotrie Diffusion France créée en 1987 qui possède 4 lithotriteurs inscrits à la carte sanitaire de la région Aquitaine qui regroupe plus de 200 urologues,
- . le syndicat inter-hospitalier de l'île de France depuis 1990 qui regroupe 13 hôpitaux publics,
- . le réseau public des hôpitaux de Tours, Limoges, Angers et le Mans lancé en 1987.

Les premières expériences d'équipement mobile avaient été mises en cause par le Ministère de la Santé, accusant leurs promoteurs de pratiquer de la "médecine foraine" interdite en France.

3.3.2.2.2 La coopération public privé : jusqu'où peut-on aller ?

Les projets de mise en commun de matériel, exemples présentés dans les paragraphes précédents, constituent parfois la première étape d'une collaboration plus poussée, qui peut aussi avoir pour origine d'autres contraintes ou incitations.

Le rapprochement physique comme point de départ

¹⁶ Régime expérimental de dérogation à la carte sanitaire.

Plusieurs tentatives sont en cours :

. le rapprochement entre l'HP de Lillebonne et la clinique Gruchet le Valasse.

Un protocole d'accord a déjà été signé entre les établissements l'état et l'Assurance Maladie, et le contrat d'objectif devrait être signé en Janvier.

Il s'agit d'un rapprochement physique, puisque la clinique devrait emménager dans les locaux de l'hôpital. Toutefois, les deux structures garderont leur identité juridique et leur règles de fonctionnement. Le montage juridique est complexe et comprend : la création d'un GIE pour la gestion des équipements, la signature d'un contrat de concession entre l'état et la clinique pour l'exécution du service public hospitalier...

A la clé, il y a partage de matériel bien sûr mais aussi d'activité de MCO, la clinique prenant la chirurgie et abandonnant la maternité, l'H.P. gardant la gynéco-obstétrique et le médical.

. Un projet similaire d'intégration physique de l'entité clinique au sein de l'hôpital, est en préparation à Tarascon. La clinique apporterait son savoir faire en chirurgie, l'apport de la logistique hospitalière permettrait à la clinique de faire des économies de structure. Ce projet risque cependant de ne pas aboutir car l'existence même du CH de Tarascon est remise en cause dans les annexes du SROSS.

Rhône Alpes : les Urgences.

L'origine de ce projet est la définition par le SROSS Rhône Alpes de priorités en matière d'urgence : tous les établissements ne peuvent prétendre conserver des services d'accueil. Les cliniques cherchent donc à se rapprocher des hôpitaux pour rester présentes dans le domaine.

C'est par exemple le cas à Montbrizon où une clinique des environs cherche à s'allier avec l'HP. L'objectif général du projet est une recherche de complémentarité public-privé et passe (au moins dans un premier temps) par la mise en commun de gardes en chirurgie. Un projet très semblable est en préparation dans l'Ain entre l'HP de Bourg-en-Bresse et clinique Convert.

La salle d'opération

Trois projets peuvent être cités : Nogent le Rotrou, Gien et Romorantin. Dans ces projets, un hôpital et une clinique se proposent de gérer en commun l'activité tournant autour du bloc opératoire ainsi que les personnels qui s'y rattachent.

L'expérience de Nogent le Rotrou semble pour l'instant "en panne", du fait de divergences entre les partenaires sur des questions de gestion du personnel, mais aussi pour une raison juridique : le Conseil d'état a en effet jugé qu'un GIE, structure autour de laquelle devait s'organiser la coopération, n'avait pas la capacité juridique de dispenser les soins comme un établissement de santé. Le projet similaire de Gien est donc aussi menacé.

A Romorantin, le SROSS invite l'hôpital et la clinique de Sologne à partager un seul bloc opératoire. La clinique pratique environ 3000 interventions par an, comme l'hôpital, et la structure commune, qui fonctionnera sur la base d'une convention de co-utilisation espère obtenir une reconnaissance dérogatoire et pouvoir donc accueillir les urgences. La clinique serait intégrée aux locaux de l'hôpital. Elle paierait un loyer qui couvrirait la mise à disposition du personnel paramédical public.

Ces projets de coopération public privé sont en fait très complexes à monter ; il semblerait qu'à ce jour, hormis les conventions d'utilisation d'équipements lourds, aucune n'ait véritablement abouti ; une seulement serait en passe de réussir. Ces coopérations requièrent en fait systématiquement la présence de plusieurs conditions difficiles à réunir :

- . l'imagination par les acteurs de solution juridiques originales,
- . l'intelligence, la ténacité, voire la pugnacité de responsables administratifs, prêts à assumer d'être innovateurs,
- . évidemment, l'accord de tous les acteurs sur le terrain.

3.3.3 L'organisation des prises en charge

3.3.3.1 les modalités

Par organisation des prises en charge nous entendons des accords conclus dans le but d'organiser différemment les prestations et les services rendus. Ceci suppose le plus souvent des ajustements difficiles et relativement longs entre les partenaires. Une organisation des prises en charge différente de celle instituée par les tutelles et les conventions nationales, de l'avis de tous les experts du sujet, ne se décrète pas. Elle est une longue "démarche d'adaptation".

Aujourd'hui, nous l'avons vu, les professionnels recherchent des organisations différentes pour les relations ville-hôpital pour la prise en charge des malades chroniques et la sortie d'hospitalisation des personnes âgées. Dans ce domaine, les professionnels ont l'initiative ; ils sont la condition et le cœur des expériences. **Pour l'instant, il ne semble pas exister**

d'expérience portant sur l'ensemble du champ de la prise en charge médicale, ou par exemple, l'ensemble de l'activité d'un médecin généraliste.

3.3.3.2 les expériences

3.3.3.2.1 l'expérience ancienne des centres de soins mutualistes et les projets de partenariat

Pour faciliter l'accès aux soins, contrôler le prix de la prestation, depuis fort longtemps, les mutuelles ont développé leurs propres structures de soins : le réseau des oeuvres mutualistes constitue ainsi un tissu sanitaire et social important sur le territoire.

Mais aujourd'hui, ce réseau est devant une double problématique :

- . se développer pour offrir aux mutualistes des services couvrant l'ensemble du champ de la prestation sanitaire,
- . s'intégrer à l'offre de soins libérale ou hospitalière, conclure des accords de partenariats, des conventions d'utilisation, des partages de technologies pour démultiplier à la fois les services offerts et ses potentialités stratégiques.

Les options de la mutualité sont plutôt à long terme, en faveur du deuxième axe. Mais à court terme, il est évident que se pose la question de la gestion et du développement des oeuvres existantes : il est en quelque sorte un garant de l'identité mutualiste, aussi bien vis à vis des tiers que des adhérents. Des facteurs défavorables pèsent pourtant sur ces structures :

- . contraintes légales importantes de fonctionnement pour obtenir l'agrément de centre de soins ;
- . mises en cause par les CPAM des conventions de tiers payant (CPAM de Paris);
- . concurrence de la médecine libérale et difficulté de trouver dans les centres des incitatifs économiques permettant d'équilibrer les résultats.

Au - delà de la Mutualité, rappelons que les tentatives faites, dans certains centres exemplaires comme le Centre de santé de Grenoble, pour pratiquer des médecines plus lentes, ou plus globales, développer des programmes de santé publique (expérience SAMARA sur le sommeil) rencontraient dans le système de financement de la médecine extra-hospitalière des difficultés financières qui ont mis fin aux expériences.

Aujourd'hui, où dans de nombreux secteurs d'activité libérale, la liberté des prix est très grande, dès lors que les mutuelles maintiennent des principes de médecine "sociale", le développement d'actions de prévention ... les difficultés financières rencontrées sont considérables.

Pourtant, comment ne pas considérer que le réseau des centres mutualistes constitue en France des embryons de réseaux de soins ?

3.3.3.2.2 utiliser les possibilités existantes ?

Enfin, on peut se demander si les possibilités existantes sont aujourd'hui utilisées au mieux, notamment dans le domaine des cliniques ouvertes ?

Ainsi, si l'offre hospitalière privée n'est pas suffisamment importante, et sous certaines conditions de service public, les hôpitaux publics peuvent ouvrir des cliniques ouvertes, où des malades payants sont libres de faire appel aux médecins, chirurgies, spécialistes de leur choix. Les cliniques ouvertes sont réglementées dès les premiers textes organisant l'hospitalisation moderne, mais l'existence de ces structures a été réaffirmée dans la loi de 1991.

En région Rhône Alpes, on recense 11 cliniques ouvertes.

3.3.3.2.3 sectoriser l'offre aux personnes âgées

La sectorisation des services de psychiatrie, dont on sait qu'elle a été plus que longue à émerger (1960-1984), constitue aussi une forme d'éclatement de la prise en charge institutionnelle, aujourd'hui reconnue par tous. Il est intéressant de noter que cette forme d'organisation a été envisagée pour les personnes âgées.

La rénovation du Service de Gériatrie du Centre Hospitalier de Saint Nazaire, restructuration ("éclatement") du Centre de Long Séjour d'Heinlex en est un exemple :

Site pilote : Bassin de la Basse-Loire (9 communes dont celle de St Nazaire, agglomération de 90 000 habitants).

L'objectif initial était d'améliorer les conditions d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes et les conditions de travail des personnels. Concrétisation de la sectorisation gériatrique prônée par le Plan Gériatrique local adopté par les élus, ce projet était destiné à permettre à la personne âgée de vivre la fin de sa vie, en l'aidant à réinvestir un cadre

qui lui soit propre et proche autant que possible du cadre habituel (quartiers, familles, voisins...) dans lequel elle a vécu.

Partenaires impliqués : Conseil Général de Loire-Atlantique, subvention de l'Etat, de la région, et du département dans le cadre d'un contrat de plan sur l'humanisation des hospices, C.R.A.M. des Pays de la Loire, Caisses de Retraite Complémentaires, Collectivités locales, Caisse des Dépôts et Consignations.

Ce projet a reçu le prix de la Fondation de France en 1991, et le prix de l'innovation hospitalière en 1993. Coût du projet : 54 millions de francs (valeur 1992).

L'éclatement du long séjour s'est fait en créant de petites unités de vie (13 unités pour 15 personnes) à partir d'un pôle gériatrique actif structuré autour des services médicaux et des unités d'hébergement pour les personnes nécessitant les soins les plus lourds. Sur le site d'Heinlex, il était prévu une ouverture maximale aux activités extérieures.

De plus, six unités étaient délocalisées dans Saint Nazaire et son agglomération, dans le cadre d'un réseau gérontologique de quartier et 15 places d'accueil de jour médicalisé (2 ou 3 places dans les unités en ville) étaient ouvertes.

Deux objectifs étaient poursuivis pour l'implantation des unités :

- Recherche systématique d'implantation dans des quartiers animés, auprès de places de marché, d'écoles, de centres associatifs, etc..., de façon à favoriser les possibilités de vie sociale.
- Maintien des liaisons entre les unités et les services de l'hôpital : consultations spécialisées à l'hôpital ou dans l'unité de vie.

Pour chaque personne, un projet de vie et d'autonomie est construit, l'organisation des soins et des unités tient compte de ces projets.

Il semble qu'il s'agisse de la démarche participative la plus aboutie à ce jour. Le réel apport de ce projet tient dans le fait que toutes les dimensions de la prise en charge des personnes âgées - jusqu'à celles, essentielles, de recouvrement d'une certaine autonomie et de prévention active et concertées de la dépendance - ont été prises en compte. En effet, tant dans sa conception architecturale que dans l'organisation des services et dans l'administration des soins, ce dispositif a été pensé dans l'idée de permettre à la personne de pouvoir exprimer en permanence son libre choix. De plus, la place laissée aux familles est remarquable pour une structure de ce type.

Mais il est évident que l'essentiel des initiatives d'action dans le domaine de l'organisation de la prise en charge se situe dans la sphère des actions pilotées par les professionnels dans les

réseaux de santé ou de soins ; la question est donc de savoir si ces initiatives peuvent en rejoindre d'autres.

3.3.3.2.4 les coopérations hospitalisation : secteur ambulatoire pour la prise en charge de pathologies complexes et chroniques

Raison d'être des coordinations médicales et des filières de prise en charge, la coordination des professionnels de plusieurs niveaux d'intervention (de la médecine générale au plateau technique) et de spécialisation différentes se posent avec acuité dans certaines pathologies. Le cancer en est probablement un des exemples clés. Aujourd'hui, la discussion est au niveau médical pour l'élaboration, entre les cliniques privées et la Fédération des centres de lutte contre le Cancer, d'une Charte de qualité sur la prise en charge concertée, pour laquelle une structure ou un intervenant doit être chargé de la coordination des prises en charge. L'organisation des circuits de prise en charge, la négociation de financements de cette coordination n'ont pas été encore abordés. Cette forme de coopération, préfigure aussi, bien sur, les réseaux de prise en charge de demain.

3.3.4 les prix des prestations

3.3.4.1 finalités et modalités

Le quatrième domaine de contractualisation pourrait être le prix des prestations. On sait que le prix des prestations de santé est en principe enserré dans un dispositif extrêmement fermé : tarifications nationales, TIPS et nomenclatures. Mais depuis 15 ans, la croissance des dépassements dans le secteur des honoraires médicaux, les déremboursements successifs dans le domaine pharmaceutique ont étendu le champ des biens ou services à prix pourrait-on dire libre. Dans certains domaines comme le domaine dentaire ou l'optique, la situation est caricaturale. Or ceci pose problème, puisque pour ces prestations, comme pour toutes les prestations de santé, les consommateurs sont absolument incapables de comparer les prix, ou de négocier le service rendu.

La question d'un acheteur intermédiaire se pose donc. Celui-ci pourrait en théorie être un autre professionnel de santé (comme les GP fundholders anglais, mais on peut aussi considérer la pharmacie hospitalière comme un acheteur intermédiaire). En fait, les interdictions de sous traitance et les enjeux majeurs de contrôle de qualité qui se posent, incitent plutôt à se

tourner vers l'idée **d'un acheteur collectif** : l'assurance maladie, les assureurs complémentaires, mutuelles ou assurances privées négociant des accords particuliers et locaux.

Deux types d'interventions existent actuellement :

- . **la négociation d'accords de remboursement** : ce sont ici les mutuelles ou assurances qui fixent la limite de leur intervention, la négocie avec des professionnels ou leurs assurés et s'engagent à le respecter. Le niveau final de remboursement dépend de l'intervention initiale de l'Assurance maladie obligatoire. Les modalités de remboursement peuvent être :
 - . le tiers payant sur tout ou partie de la prestation
 - . un engagement sur une prise en charge en proportion du tarif de convention (% du TC)
 - . un engagement forfaitaire de remboursement pour une séance ou une séquence de soins.
- . **Des accords de prix proprement dits** qui peuvent être complètement déconnectés de l'intervention de l'Assurance maladie . Ils sont nécessairement conclus par des financeurs.

3.3.4.2 les accords de prix : des accords de remboursement

En principe, dans le système français, le niveau de remboursement des soins est défini par le Code de la Sécurité sociale ; mais ce remboursement n'a jamais été total -à la différence d'autres systèmes- et il y a maintenant 15 ans que le niveau diminue régulièrement, ouvrant le champ aux organismes de couverture complémentaire. Pourtant, ceux-ci n'ont jamais conclu, jusqu'à des années très récentes d'accords spécifiques sur les prix des prestations ou sur les niveaux de remboursement. Les mutuelles garantissaient le tiers payant dans les centres de soins, et une couverture proche de 100% (du tarif de la sécurité sociale) ; tandis que les compagnies d'assurance définissaient contractuellement des niveaux de garantie.

Deux types d'accords, **dans le domaine dentaire**, ont ouvert le champ.

1. Des accords de tiers payant entre les mutuelles d'un département et des professionnels libéraux

Les mutuelles d'un département du sud de la France, ont conclu avec les chirurgiens dentistes du département un accord de tiers payant. La convention, signée par un syndicat, précise, pour chaque mutuelle, quels sont les documents que doit fournir le patient, quels sont les renseignements que doit fournir le praticien et quelles sont les conditions de prise en charge ; les mutuelles s'engagent hien sûr à régler le praticien. Le patient ne paye que le solde entre ses remboursements et la facture. C'est à dire que le praticien accepte de traiter avec le

patient l'ensemble de son dossier administratif, de faire d'une certaine façon l'avance des frais, et de calculer en fonction de la mutuelle du patient le remboursement auquel il aura droit et de faire si nécessaire la demande préalable

Cet accord est assez surprenant, lorsque l'on connaît à la fois le refus des praticiens vis à vis des complications administratives et vis à vis du tiers payant. Il donne sans doute une idée des marges de manoeuvres que pourraient avoir les mutuelles et assurances dans une situation d'offre de soins inorganisée et concurrentielle.

2. Un engagement forfaitaire de remboursement conclu avec les orthodontistes

Plus surprenant est l'accord conclu il y a maintenant plus de deux ans, entre le syndicat des orthodontistes et une grande mutuelle de la fonction publique. Cet accord est un engagement de remboursement des traitements d'orthodontie à ses adhérents sous certaines conditions : sur la base de 2500 F. par semestre (remboursement total, incluant le remboursement de la Sécurité sociale, soit en 1995 : 1269 F. pour six mois) la durée du traitement, sa réalisation par un spécialiste et un engagement des orthodontistes de ne pas augmenter leurs honoraires de plus de 12% en trois ans.

Cette convention signée par le syndicat national est en fait un cadre auquel chaque orthodontiste peut ou non souscrire ; l'adhésion est implicite pour les syndiqués (sauf refus), explicite pour les non-syndiqués. des conventions départementales de tiers payant peuvent être signées.

Cette convention innovait, mais moins que l'on a pu le penser : il n'y avait pas d'accord de prix, seulement un engagement de remboursement ; il n'y avait pas de limitation des tarifs d'honoraires. Elle ne stipulait non plus aucun critère de résultat ou de contrôle effectué par la mutuelle autre que la garantie de qualité donnée par la profession.

La qualité de spécialiste nécessaire à l'obtention du remboursement a été attaquée en concurrence (puisque rien n'empêche aujourd'hui les chirurgiens dentistes omnipraticiens d'effectuer des traitements d'orthodontie). Elle a donc du être modulée, mais n'a pas été revue fondamentalement. Cette convention est néanmoins toujours mise en cause par la commission de la concurrence.

3.3.4.3 des accords de prix ?

3.3.4.3.1 mutuelle et chirurgiens

Des tentatives, rares, d'accords visant à réguler l'exercice des "droits à dépassement" dans le secteur II peuvent être rapportées.

L'exemple "historique" est celui de la **Gironde**. Ce dispositif a fonctionné sans problèmes pendant vingt ans, jugé très satisfaisant par les protagonistes ; il n'a pourtant pas fait école. Il s'agit d'un accord qui lie la fédération des syndicats médicaux et les caisses chirurgicales mutualistes. Tous les chirurgiens du département avaient un droit à dépassement mais le dépassement maximal qu'ils s'autorisaient était de 25%. Ce dépassement maximal était alors pris en charge par la mutuelle, à un taux de remboursement effectif de 100% pour les mutualistes. Ce système comprenait en outre le codage des actes avec une nomenclature propre. L'assurance maladie, qui a repris aux mutuelles girondines la gestion au premier franc depuis 1990, satisfaite de ce système a adopté le système de codification en vigueur entre les mutuelles et les praticiens. Cette simplicité a de quoi surprendre !

Depuis 1980, le secteur II ne permettant plus qu'à certains praticiens de pratiquer le dépassement de façon systématique, la convention a été dénoncée pour ce motif par le président du syndicat des chirurgiens de la Gironde (en 1985). Certaines mutuelles ont fait savoir depuis qu'elle prendrait en charge les dépassements à hauteur de 40%, d'autres à des niveaux inférieurs mais ceci peut très bien correspondre pour les mutualistes à une diminution du taux effectif de remboursement, dans la mesure où les praticiens ne se sont pas engagés à respecter cette limite. Aucun accord collectif n'a été signé.

Actuellement, il n'y a plus de convention en Gironde, mais dans les départements limitrophes, l'expérience a fait école, et des conventions similaires ont été signées entre les mutuelles et les syndicats de chirurgiens.

3.3.4.3.2 Clinique mutualiste et praticiens

La mutualité du Doubs a monté depuis 1994 une opération semblable, quoique de moindre ampleur, mais qui se veut exemplaire. Elle a pris une participation majoritaire dans une polyclinique chirurgicale dont les actionnaires étaient jusqu'alors les médecins. Ce financement a permis la recapitalisation de la clinique qui était nécessaire mais que les anciens actionnaires n'arrivaient pas à finaliser. En échange, la mutualité a obtenu que les dépassements facturés aux mutualistes ne dépassent pas 25 à 30% de des tarifs de convention nationale selon les cas, dépassements qui sont pris en charge intégralement par la mutuelle.

La mutualité contrôle donc maintenant un établissement privé "mutualiste", dans lequel le statut libéral des praticiens est maintenu. La reprise de la clinique s'est faite à cette condition que les praticiens ont acceptée. Cet accord s'étend à leurs activités en ville.

3.3.5 Le rapport qualité/prix du service rendu

Introduire la qualité du service rendu dans ces accords nous semble être la catégorie supérieure de ces accords : elle est la plus difficile à élaborer, implanter, gérer et surveiller.

Plusieurs formes d'accords ou de services nous semblent s'approcher de cet objectif:

- . l'adaptation des contrats d'assurance selon les classes de risque ; la sélection des risques et l'étude des abus ou fraudes effectués tant par les assurés que les prestataires de soins. Il s'agit là bien sûr de certains aspects de la gestion assurantielle du risque ; elle est le premier niveau de contrôle qualité par les financeurs.
- . La recherche d'une meilleure adéquation entre la prestation servie et la prestation payée : la mise en place d'accords conditionnant la prise en charge est aujourd'hui envisagée par les assureurs complémentaires.

Détecter les fraudes et imposer des ententes préalables sont bien sûr des procédures en cours dans les organismes d'Assurance maladie obligatoire.

- . Définir des procédures, leur contenu, l'adéquation avec les prises en charge délivrées et le prix proposé.

Des accords portant sur ces éléments, que tous les financeurs appellent de leurs vœux qui peuvent être entendus comme accréditation ou certification constituent d'une certaine façon l'étape ultime. Les RMO sont une première étape de contrôle de qualité, mais ne sont pas liées à une négociation du prix des prestations.

En conclusion

Le chapitre 3 est consacré à la présentation des expériences connues, soit à travers les rencontres avec leurs acteurs, soit à travers les nombreux rapports. Nous avons distingué :

- . les réseaux informels de professionnels, le plus souvent "homogènes", qui constituent des aménagements du cadre libéral, des réponses à l'exercice isolé, à la spécialisation ou à la concurrence. Nous avons rappelé les problèmes juridiques assez particuliers qui se posent dès lors que l'on veut évoluer vers des cadres plus structurés, "en réseau" ;

- . les coopérations, réseaux qui ont déjà acquis une certaine maturité, notamment parce qu'un cadre financier ou institutionnel leur a donné légalement une existence :
 - . les actions de coordination auprès des personnes âgées
 - . les réseaux ville-hôpital, permettant la prise en charge des malades chroniques lourds, SIDA, hépatite C.
- . les expériences plus ponctuelles qui peuvent aussi être plus récentes ; elles gardent en général le statut expérimental et s'organisent autour de cinq niveaux d'objectifs. Ceux-ci sont à la fois hiérarchisés et relativement bien identifiés selon les groupes d'acteurs intervenants dans le système.

Rappelons enfin l'hétérogénéité et la difficulté de constituer l'information. D'une façon générale, il semble que si l'on voulait vraiment faire un tableau des expériences, un travail de recensement minutieux devrait être entrepris, balayant l'ensemble des acteurs et professionnels ; une région pourrait par exemple servir de cadre à ce type de recensement. Il est probable que l'on serait fort surpris de l'ampleur des résultats obtenus.

4. BILAN CRITIQUE ET PROPOSITIONS

4.1 BILAN CRITIQUE

4.1.1 les aspects positifs

4.1.1.1 une dynamique indéniable face à la complexité

Le chapitre précédent aura montré, on l'espère qu'une dynamique incontestable s'est établie dans le système de soins français qui vise à donner plus de place et à mieux formaliser les relations de coordination entre les acteurs. Les hypothèses de recherche de P. de la Selle en témoigne : "le fonctionnement en réseau modifierait de manière sensible certaines pratiques professionnelles, et dans le même temps favoriserait l'émergence de pratiques professionnelles innovantes".

Nouvelles pratiques, foisonnement de projets ; bien sûr le terme est revendiqué par tous jusqu'à l'extrême banalisation.

Aussi voit-on fleurir les réflexions fondatrices sur "ce qu'est un réseau", les racines, les explications, les typologies qui toutes rappellent les enjeux de la mise en réseau :

- économiques : *"le réseau est l'une des principales formes de l'activité productive organisée"* ¹⁷
- organisationnels : *"la volonté de trouver des solutions souples aux dysfonctionnements les plus connus des structures trop lourdes et trop rigides"*¹⁸... le réseau contre l'organisation hiérarchique ...
- professionnels : cf ci-dessus, ou *"le réseau comme instrument de renforcement de sa propre réinsertion"*¹⁹, proposition qui est d'ailleurs au moins tout aussi valable pour cerner les enjeux politiques du réseau
- politiques : *"le réseau engendre l'apprentissage de nouvelles citoyennés et de nouvelles démocraties"* ²⁰

Prenons acte, et interrogeons-nous à travers tous ces propos et bilans sur la situation aujourd'hui dans le système de santé de ceux qui veulent "faire réseau".

4.1.1.2 des développements nouveaux ?

A la différence du chapitre précédent, où nous nous sommes limités, dans la description des expériences ou des partenariats à ceux existant effectivement, nous nous appuyerons ici sur l'existant et les développements possibles évoqués par nos interlocuteurs.

Les projets en effet sont nombreux, et si jusqu'à présent ce sont essentiellement les professionnels qui ont développé des initiatives, aujourd'hui d'autres acteurs cherchent ou pourraient vouloir entrer dans le jeu. Ce sont :

- . les financeurs complémentaires, assurances et mutuelles auxquelles il revient une part croissante de financement mais aucune part à la négociation contractuelle,
- . les collectivités locales, sollicitées pour l'organisation de la prise en charge des besoins sociaux et leurs liaisons avec le système médical dans son ensemble (Assurance maladie, professionnels et institutions),

¹⁷ J.P. Moatti Introduction à la notion de réseau Gestions hospitalières décembre 1995

¹⁸ P De la Selle op.cit. p7

¹⁹ IMAGE op cit avril 1994

²⁰ D. Durand : Prévenir n° 27 2° semestre 1994

. l'Assurance maladie elle-même qui aujourd'hui n'intervient que par des négociations nationales et conventionnelles mais dont les organismes décentralisés pourraient vouloir être habilités à négocier avec des professionnels.

Bien sûr, nous l'avons montré, la plupart sont déjà présents. Mais parfois marginalement et leur présence actuelle n'est pas à la mesure de leurs ambitions ou de leurs souhaits. Nous étudierons à travers "les positions des acteurs" les réponses que donnent les uns et les autres à ces diverses questions.

Nous effectuerons tout d'abord un bilan plus empirique.

4.1.2 les difficultés des acteurs : premier bilan

4.1.2.1 des expériences qui dépendent des personnes

La très grande dépendance des projets aux personnes elles-mêmes est à la fois une des forces et des fragilités de ces expériences. La lecture du rapport du groupe IMAGE est de ce point de vue assez édifiante, de même que les rapports de la coordination des réseaux de soins. Qu'un fondateur parte et le projet peut s'évanouir, quitte à ce que celui-ci soit fondateur ailleurs (exemple d'ABCD et du réseau Paris Nord). La constitution de réseaux est avant tout l'affaire des personnes qui le font. Ce thème pourrait aussi être décliné pour des projets beaucoup plus institutionnels comme les partenariats institutionnels. Ainsi, comme le souligne A. Coulomb, les projets de partenariats ne "marchent" que si quelqu'un pousse le dossier, le défend, et ce dans les DRASS (le plus souvent le DRASS lui-même), ou dans les établissements.

La construction d'un réseau demande du temps, de la volonté, de l'intelligence et ceci ne peut être affaire de réglementation.

Mais, et tous le soulignent, les réseaux dépendent aussi beaucoup des logiques professionnelles ou sociales particulières des professionnels qui y interviennent : *"le promoteur avait élaboré un modèle a priori de réseau qu'il n'a jamais pu mettre en ouvre. Il a dû laisser ses partenaires prendre totalement la main ...les ajustements entre professionnels véhiculant des logiques différentes sont la première production du réseau étudié".*²¹ ... et ceci est très long : pour mettre en place la convention d'HAD de Lannion, 8 places d'HAD : 2 ans ont été nécessaires !

Un réseau de soins ne peut être aujourd'hui en France, ni imposé, ni configuré a priori. Sinon, ce sera une organisation comme une autre.

²¹ IMAGE op.cit p100

4.1.2.2 le caractère local

Négociation permanente, le réseau est aussi nécessairement local : il faut du lien, du lien social et, aujourd'hui, le lien social est inter-personnel. C'est une affaire de proximité. Et même si plusieurs interlocuteurs envisagent volontiers, "pour dans dix ans", un réseau de réseaux qui s'affranchirait probablement du lien de proximité, aujourd'hui celui-ci reste nécessaire.

4.1.2.3 l'absence de cadre économique :

Qu'il s'agisse de professionnels isolés ou regroupés (déjà par exemple au sein d'un cabinet de groupe), de structures hospitalières, de salariés soignants ou professionnels sociaux, de mutuelles, d'assureurs ou de collectivités locales, tous butent sur la même question : comment financer ? Que veut-on, que peut-on financer ?

4.1.2.3.1 le coût de la coordination

C'est la première difficulté : l'exercice libéral est un exercice solitaire, isolé, mais surtout, le professionnel est payé pour un acte de diagnostic ou de traitement. Comme le soulignaient des généralistes : *"la rémunération du médecin est faite comme si tout le temps se passait en contact avec le client"*. La coordination, c'est du temps, et aucun administratif ne niera cela.

De fait, le financement de temps de coordination à la suite de la circulaire de 1991 a permis aux RVH de décoller. Mais l'annualité des subventions, la recherche permanente de financements auprès des directions d'hôpital (puisque ce sont des fonds SIDA) des collectivités locales ou des caisses d'Assurance maladie ... fragilise les structures, les projets et lasse les acteurs les plus convaincus.

4.1.2.3.2 les problèmes salariés / libéraux

Mais les problèmes économiques de fonctionnement et de montée en charge des réseaux dépassent largement le problème déjà difficile du paiement à l'acte ; ainsi, la confrontation des logiques professionnelles évoquées ci-dessus, consiste aussi à confronter des rapports temps / argent complètement différents :

- . le libéral est payé pour ses actes, mais dispose de son temps comme il l'entend
- . le salarié est payé au temps, mais n'est pas libre de son temps.

Ce problème est récurrent dans les initiatives locales.

Les difficultés peuvent aussi surgir dans les montages de partenariats publics/privés, comme le souligne la DRASS Rhône Alpes : *"On constate que la plupart des statuts hospitaliers permettent l'exercice d'une activité autre qu'hospitalière et ne posent a priori pas de problèmes particuliers tant sur le plan de la responsabilité que sur celui de la tarification. Les difficultés peuvent venir alors non pas du statut de praticien, mais de celui de l'établissement qui accueillera le praticien pour l'exercice d'activité de soins"*.²²

4.1.2.3.3 le coût de l'information

Autre difficulté, de nature économique, que rencontrent plutôt les nouveaux partenaires : ce que l'on pourrait appeler le coût d'entrée dans le système d'information.

Aujourd'hui, l'information est constituée par la gestion des systèmes de production : la liquidation des feuilles de soins par les organismes d'Assurance maladie génère une partie essentielle de cette information ; elle est enrichie par des systèmes connexes de l'Assurance maladie. L'autre source est désormais constituée par les données issues des RSS remplis dans les hôpitaux. Les organismes de recherche collectent une information de nature plutôt épidémiologique. Mais les liaisons entre l'information médicalisée, surtout extra-hospitalière et les données de gestion sont très rares. Le codage des actes devrait y remédier quand il sera opérationnel.

Dans tous les systèmes étrangers, qu'il faut bien pouvoir citer de temps en temps, cette information est la base même de l'activité et des relations nouées entre professionnels de santé et gestionnaires.

Dans les organismes gestionnaires mais non partenaires -ou partiellement partenaires-, il existe peu d'information. Les données de liquidation des prestations sont très lacunaires et peu structurées, les informations médicales non disponibles, et quand bien même elles le seraient, il est probable qu'aujourd'hui, peu d'organismes en auraient l'usage. Précisons même que, les Mutuelles de la fonction publique, gérant au premier franc les prestations de leurs adhérents, sont aujourd'hui de fait exclues de l'accès aux données du codage des actes puisque seuls les médecins conseils des caisses pourront en avoir connaissance.

Or pour les financeurs "non obligatoires" qui financent parfois, dans certains secteurs une part non négligeable des prestations, se pose la question de la constitution de cette information, de sa gestion et de son utilisation -en toute sécurité-, selon des logiques excédant la pure logique

²² DRASS Rhône Alpes Réflexions du groupe de travail ... p19.

financière. Un investissement dont ils espèrent probablement avoir le retour dès lors qu'il est fait (ce qui est d'ores et déjà le cas chez certains courtiers ou assureurs).

L'information constitue sans nul doute un enjeu majeur des organisations contractuelles à venir, d'autant, comme le rappelle P. de la Selle que *"collecter et gérer une masse d'informations devient un enjeu démocratique réel et une source potentielle de pouvoir"*.

4.1.2.4 les rigidités de l'exercice libéral face à la mise en réseau des professionnels

4.1.2.4.1 le réseau facilite-t-il l'accès aux soins ?

Dans de nombreux cas, des professionnels se sont mis en réseau pour répondre de façon plus satisfaisante aux problèmes de santé -ou à un problème particulier- de la population qu'ils soignent. Ce peut même être pour répondre à des difficultés spécifiques d'accès aux soins (93 et Créteil Solidarité).

Mais comme le soulignent tous nos interlocuteurs, dès lors que l'on définit un objet du réseau, une finalité, une raison particulière, on sélectionne nécessairement.

4.1.2.4.2 des associations anti-déontologiques ?

On l'a vu dans le chapitre précédent : aujourd'hui, deux problèmes essentiellement se posent dès lors que des professionnels évoluent vers des formes plus liées d'exercice :

- . soit l'association rassemble des intervenants pluridisciplinaires, s'adressant des malades, éventuellement avec une prescription : ils risquent d'être accusés de compéage,
- . soit ils organisent des interventions géographiquement éclatés et sont en contradiction avec le principe : un médecin / un lieu d'exercice : interdiction de cabinets secondaires ou risques de sous-traitance.

4.1.2.4.3 une concurrence déloyale ?

Ne le négligeons pas : les réseaux se sont développés de façon rapide chez les généralistes plutôt que chez les spécialistes ; ils y avaient des intérêts professionnels évidents, ne serait-ce que celui de la formation ; ils y cherchaient et nos témoins l'ont confirmé, une rupture avec l'exercice

libéral isolé ; ils y avaient aussi avantage *"comme le relève avec humour P. Aubert : "les réseaux font du bien aux professionnels qui les constituent"*.²³ les avantages sont ceux de l'image professionnelle que donne le réseau, et de la clientèle qu'il apporte. Pourquoi s'en cacher ? Pourquoi serait-il critiquable qu'un professionnel qui développe un service répondant aux besoins de sa clientèle accroisse sa clientèle ?

Plusieurs éléments sont soulignés par les animateurs de réseaux de santé :

- . d'une part le médecin généraliste longtemps sensibilisé au "colloque singulier" avec son patient n'est pas incité à travailler en équipe, et comme le faisait remarquer un habitué de longue date des cabinets de groupe : *"en dix ans de pratique de groupe, les échanges ont toujours porté plutôt sur des situations ou des thèmes, que sur des malades"*²⁴
- . d'autre part, les principes qui régissent la profession apparaissent comme un autre frein possible : *"notons que le Conseil de l'Ordre continue d'avoir une distance ostensible avec ce nouveau mode d'exercice de la médecine de ville"*.²⁵
- . Enfin, on pourrait noter que les organisations en réseaux bouleversent de fait la structure normale de l'exercice libéral et médical à la fois :
 - . même si ce n'est pas leur finalité, elles mettent en cause le rôle central de l'hôpital,
 - . elles donnent le plus souvent une place au patient, surtout chronique, que la médecine lui refuse ;

Ces freins, font véritablement paraître les organisations de réseaux **comme des transgressions de l'Ordre établi.**

4.1.2.5 La responsabilité

Lorsque l'HAD a commencé à se développer, dans les années 1975-1980 s'est très vite posé le problème de la responsabilité médicale. En effet, il ne pouvait y avoir HAD que sur prescription hospitalière, mais le médecin traitant était censé suivre l'exécution et la réalisation de la prescription. Les médecins traitants se considéraient donc comme déresponsabilisés.

Aujourd'hui, la question demeure, et si l'on en croit l'ensemble des partenaires, le problème est loin d'être résolu dès lors que l'on quitte les formes économiques classiques et que l'on envisage des formes de coopération, partenariats, mise à disposition des professionnels : les

²³ pratiques n°40 cité par P. De la Selle

²⁴ Sanesco / Fondation de l'Avenir 1994

²⁵ P. De la Selle, op.cit p.61

régimes de responsabilité et les juridictions diffèrent selon les secteurs. La qualité du malade demeure la référence.

La DRASS Rhône Alpes a fait dans le cadre de son groupe de travail des propositions qui seront reprises plus loin.

4.1.2.6 Coopérations public / privé : y a-t-il des problèmes juridiques ?

La question peut sembler surprenante : quoi de plus inconciliable, de plus étranger dans notre système juridique que les secteurs publics et privés ? Les statuts des personnels, les méthodes de régulation et de tarification, les champs de responsabilité : à qui connaît le système de santé les difficultés paraissent insurmontables. Ce n'est pourtant que peu de choses. Et il n'est pas sûr aux yeux des partenaires impliqués au quotidien dans ces opérations que la création d'une structure juridique nouvelles, ad hoc, le GIS, le groupement d'intérêt sanitaire, vienne véritablement résoudre les problèmes. En fait, les juristes l'affirment, on peut le plus souvent trouver des solutions juridiques dans le dispositif actuel ; et la diversité des situations sur le terrain, des personnalités et des structures impliquent, du moins pour le moment de faire du « sur mesure ». En revanche, s'appuyer sur un DRASS innovant, une tutelle prête à inclure dans la dotation globale de l'hôpital la rémunération des praticiens libéraux intervenant au bloc opératoire du Centre hospitalier, ou le financement des frais de salle d'opération s'ils interviennent dans la clinique privée, il semble que ce soit beaucoup plus difficile. Rien n'incite à chercher les solutions. La peur de créer un précédent est toujours plus forte que l'envie de faire une brèche exemplaire dans la forteresse.

4.1.2.7 volonté ou velléité : quelles marges de manoeuvre pour les financeurs complémentaires ?

Les éléments de bilan qui pourraient être alignés sont nombreux ; il nous intéresse plutôt de chercher des voies de solutions. Un élément cependant doit encore être souligné : de nombreuses déclarations publiques, des positions affirmées des mutuelles et des assureurs laissent leurs interlocuteurs penser qu'ils souhaitent s'engager, contracter avec les professionnels, faire de la gestion du risque et développer des projets d'envergure.

De fait, des projets existent, certains travaillent, mais le secret est la règle : aucun interlocuteur n'a souhaité que les projets qu'il envisage, sur lesquels il travaille soient rendus publics.

Les discussions sur ce sujet s'apparentent plus à la partie de poker qu'à l'échange de partenaires ; il faut payer pour voir, et si l'on a trop découvert son jeu, l'interlocuteur, qu'il soit

administration publique ou acteur privé empoche l'information avec un sourire satisfait: *"vous dites, la mutuelle X, ah ? je crois bien qu'il y a quelque chose ... non je ne sais pas"*²⁶.

Deux raisons au moins peuvent être avancées à cette situation :

. une situation de concurrence très forte sur le marché de l'assurance complémentaire : s'engager aujourd'hui, pour un financeur complémentaire, sur le marché de la gestion du risque c'est prendre un double risque financier :

* celui qui est lié au coût d'entrée sur le marché évoqué ci-dessus dont le temps nécessaire à la maturation des projets fait partie ;

* la pratique concurrentielle sur ce marché qui peut pousser les opérateurs à casser les prix, c'est à dire vendre des contrats à bas prix avec des niveaux de garantie élevés, pratique que combattent de fait ceux qui veulent introduire des outils de gestion du risque maladie ;

. l'opacité totale de la position des pouvoirs publics, et probablement une certaine dose contradiction entre les administrations ; en effet, quelles seraient aujourd'hui les contrats acceptables et ceux qui ne le seraient pas ? Y a-t-il des prix, des garanties, des conditions de contrôle, d'accès à des réseaux, des marges de négociations, des contreparties que l'on est en mesure d'accepter ou refuser ?

Bien qu'ils fussent déjà anciens, lorsque les HMO ont commencé à se développer plus intensivement, le congrès américain votait le HMO Act en 1974, fixant les cadres de leur développement.

4.2 LES CONDITIONS DES RÉSEAUX

4.2.1 la connaissance et la compréhension des systèmes locaux informels constituent-elles un enjeu pour la mise en place de réseaux organisés, producteurs de prestations ?

4.2.1.1 L'existence de ces réseaux informels est encore largement méconnue.

²⁶ communication personnelle !

Plusieurs facteurs expliquent cette situation. D'une part, ces réseaux se sont élaborés autour d'un enjeu local, propre à une catégorie professionnelle : la médecine générale. Aussi, dans un premier temps ces associations n'ont pas cherché à s'ouvrir sur un environnement plus large. Leur élaboration progressive et incertaine incitaient leurs membres à renforcer d'abord les liens qui les unissaient plutôt que de rechercher des partenariats extérieurs pour monter des projets en partenariat. Leur fondation visaient en premier lieu à préserver un équilibre local, et non à le perturber de leur propre initiative.

Par ailleurs, ces structures au statut souvent associatif était, et restent encore pour une partie d'entre elles, inconnues des acteurs institutionnels départementaux : DDASS, CPAM, Ordres Départementaux. Quant bien même ils ont connaissance de l'existence de ces réseaux, ils ne perçoivent pas l'intérêt de les contacter.

Il semble que les délégués médicaux, représentants de l'industrie pharmaceutique sont les meilleurs observateurs de l'existence de ces réseaux. En effet, ils sont souvent amenés à financer et à organiser des soirées de « formation » auprès de ces associations. Par ailleurs certains de ces représentants reconnaissent démarcher de manière privilégié leurs responsables.

4.2.1.2 Ces réseaux sont réactifs

A défaut d'être actifs, ces réseaux semblent prompts à réagir. Ainsi, une Caisse Primaire d'Assurance Maladie a organisé il y a quelques années une dizaine de réunions d'information auprès de l'ensemble des médecins de sa circonscription, dans le cadre de sa politique de « gestion du risque ». Le taux de participation à ces rencontres a varié de 10 à 40% selon les secteurs. Dans les secteurs où existait un réseau informel de généraliste, il a été constaté que plus de 70% d'entre eux avaient participé à ces rencontres. Par ailleurs, les représentants de ces associations locales furent les seuls à proposer de développer les échanges avec l'assurance maladie, voire d'élaborer des projets communs.

Tout laisse à penser que les membres de ces réseaux deviennent individuellement plus sensible que d'autres à des expériences d'actions collective. L'appartenance à un groupe informel facilite et sécurise la participation à des démarches de partenariat avec l'environnement extérieur.

4.2.1.3 Des associations en quête de valorisation ?

Ces réseaux n'ont pas besoin d'une reconnaissance institutionnelle pour se pérenniser. Nés en marge, ils peuvent à loisir s'y maintenir. Cependant, certains de leurs membres semblent favorables à la réalisation d'actions, non plus centrées sur les besoins propres à l'exercice de la profession (formation et gestion des tours de garde), mais sur les services à fournir à la collectivité. Les projets à vocation sanitaire et sociale susceptibles de renforcer la valorisation professionnelle et personnelles de ces praticiens sur la scène locale seront bien accueillis, en raison notamment du fait qu'ils permettront de masquer les objectifs implicites de l'association dans certains cas, « lutter » contre la spécialisation de la médecine, ou dans d'autre cas préserver un niveau élevé d'activité par la limitation des offreurs.

4.2.2 les positions des acteurs

L'exemple des associations de professionnels, à la fois méconnues et probablement, quand elles existent, substrat d'autres initiatives montre l'éclatement des acteurs, de leur positions et de leurs représentations, mais aussi hien sûr de leurs intérêts divergents dans ce système.

Les rencontres effectuées l'illustrent.

Le questionnaire proposé dans le cadre de cette étude permettait en effet aux acteurs, à travers un certain nombre d'items, d'exprimer leur position parfois personnelle, parfois institutionnelle. Certains l'ont trouvé trop orienté, canalisant vers une conception des réseaux de soins partielle. On a déjà dit que cette étude avait considérablement enrichi le concept et la connaissance des expériences, mais le questionnaire de départ reflétait cet a priori.

Nous retiendrons 4 sujets :

1. la nécessité d'ouvrir le champ contractuel et la légitimité des partenaires pour négocier
2. les domaines des accords possibles et leur forme
3. les risques d'exclusion liés à des accords contractuels nouveaux
4. la question de la concurrence

4.2.2.1 Ouvrir le champ contractuel : quelle est la légitimité des partenaires pour négocier ?

Qu'il faille ouvrir le champ contractuel, à peu près tous les interlocuteurs sont d'accord du moins lorsque l'on considère les activités libérales et extra-hospitalières.

- . Dans le champ hospitalier, il semblerait que les acteurs considèrent pour les secteurs public aussi bien que privé que le jeu est pour l'instant suffisamment ouvert : des possibilités juridiques existent qui ne sont pas encore suffisamment explorées. On pourrait sans doute dire que les gains que l'on peut attendre des potentialités d'évolution sont suffisants pour faire apparaître le coût de la réforme comme trop élevé.

Cette position des partenaires hospitaliers s'accompagne également d'une réserve distante à l'égard des financeurs complémentaires, même si par exemple, la convention UHP /MFP sur les suppléments chambres particulières est toujours citée en exemple. Cette distance tient évidemment à la faible participation des financeurs complémentaires dans ce domaine.

Cependant, il est clair que dès lors qu'ils sont propriétaires des établissements (comme actuellement pour les cliniques mutualistes), ils sont de droit légitimes à intervenir ; or rien n'empêche des institutions financières à entrer dans le capital d'une clinique. C'est peut être là que se fera le changement ; certains y pensent semble-t-il. Mais souligne A. Coulomb, *"dès lors que des financeurs, mutuelles notamment, sont propriétaires des établissements, ils ne peuvent partie prenante de la régulation dans les agences régionales"*

- . Dans le domaine libéral et extra-hospitalier, la situation actuelle est beaucoup plus bloquée et les positions des partenaires plus ouvertes à des changements radicaux :

- . pour la plupart, les règles conventionnelles actuelles, et les modalités de rémunération des professionnels libéraux sont un colosse aux pieds d'argile ; mais on ne remplace pas un colosse aussi aisément :
 - *"l'enjeu aujourd'hui est de casser l'isolement propre à l'exercice libéral : les médecins isolés ne sont pas productifs "* (un assureur) ; mais d'une façon générale, la plupart des partenaires ne voient pas bien comment l'Assurance maladie obligatoire d'aujourd'hui pourrait jouer un rôle déterminant dans la réforme ;
 - ceci n'est cependant pas la position de la DGCCRF qui envisage que l'assurance maladie puisse s'engager dans des relations d'acheteur avec les professionnels
 - certains verraient plutôt des expériences ponctuelles dans des domaines limités, où l'Assurance maladie intervient peu, comme le dentaire et l'optique, où la légitimité des financeurs complémentaires est grande ;
 - d'autres souhaiteraient que l'on consolide des embryons d'évolution comme "la coordination des soins", en incitant plus explicitement au passage par le généraliste ;
 - autre limite et autre voie, ouverte d'ailleurs dans le Plan Juppé, l'inadaptation totale du système actuel de paiement à l'acte, pour la prise en charge des malades

chroniques dont le poids dans la pathologie est évidemment croissant ²⁷ impose de réfléchir sans délais à des modalités nouvelles de financement forfaitisé. Mais ceci ne concerne évidemment que le système "central" de couverture, l'Assurance maladie obligatoire.

Ainsi, on peut considérer que la plupart des acteurs intervenant dans le secteur libéral, professionnels ou financeurs complémentaires considèrent que des transformations de fond sont nécessaires, sur les modes de paiement comme sur les systèmes contractuels. La légitimité des financeurs complémentaires pour y intervenir n'est pas a priori mise en cause, mais, ce n'est pas exagéré que de dire que la plupart des non financeurs attendent des propositions effectives pour se prononcer de façon plus définitive.

A part les assureurs, la plupart de nos interlocuteurs ont tendance à considérer que les mutuelles auraient une légitimité un peu plus forte que les assureurs ; et parfois même qu'elles pourraient se prévaloir de leur rôle dans la régulation du système.

- . Et la liaison ville-hôpital ? elle reste le fait des promoteurs de réseaux de soins d'une part, l'objet de partenariats hospitaliers / ambulatoires d'autre part. Les premiers soulignent que "*si l'hôpital garde l'initiative, il n'y est pas assez intéressé, le projet s'éteint.*". Mais pour les uns et les autres, les enjeux sont radicalement différents : pour les premiers il s'agit d'accompagner des malades qui passent sans cesse de l'un à l'autre, pour les seconds, il s'agit de fluidifier l'offre, faciliter l'accès des structures et plateaux techniques hospitaliers aux médecins de ville (cliniques ouvertes), résoudre les problèmes de rémunération et de responsabilité.

4.2.2.2 les risques d'exclusion d'accords contractuels nouveaux

Personne ne met en doute l'idée que dès lors que l'on développe des accords contractuels, certains en bénéficient, d'autres non. Certains professionnels signent, d'autres non. Ensuite les réponses ou les solutions proposées forment un éventail assez large :

- . l'exclusion résultant d'accords partiels est-elle plus importante que celle déjà générée par le système actuel ? l'exclusion n'est véritablement problématique que si elle survient dans le système de la couverture obligatoire
- . les systèmes de tarification au risque des assureurs sont déjà des modalités d'exclusion

²⁷ il n'existe aucune mesure satisfaisante du nombre de malades chroniques ; rappelons seulement que dans l'enquête du CREDOC "aspirations et conditions de vie des français", en 1990, près de 30% des personnes interrogées se disent "malades chroniques, invalides ou dépendants" (Santé 2010 : Equité et efficacité du système de santé p.198).

- . on peut toujours trouver des modalités faciles et peu onéreuses d'élargir le champ des bénéficiaires (Mutualité),
- . des mécanismes de solidarité peuvent prendre le relais
- . certains réseaux de soins se sont constitués précisément pour lutter contre l'exclusion dans le système

Cette question de l'exclusion est donc très présente pour tous les partenaires, d'autant que le système aujourd'hui présente déjà de nombreuses failles. Pour aucun acteur elle ne constitue un facteur rédhibitoire, qui condamnerait par avance le principe contractuel. Néanmoins, la DGCCRF, très ouverte on le verra sur les questions contractuelles, considère avec une attention particulière le risque d'exclusion notamment d'assurés sociaux, et tout particulièrement des personnes à haut risque.

4.2.2.3 la question de la concurrence

Le premier volet de cette question est de savoir dans quelle limite des accords entre producteurs ou entre producteurs et financeurs peuvent être considérés comme des ententes. Plusieurs accords, conventions ou contrats ont été attaqués, portés devant le conseil de la concurrence. Il y a désormais sur ce sujet une jurisprudence ; elle est d'ailleurs en pleine évolution ; mais elle peu connue des acteurs eux-mêmes.

Il est surprenant d'ailleurs que les personnes rencontrées soit s'en tiennent aux règles déontologiques relativement strictes sur ce sujet : partage ou rapt de clientèle, interdiction par le code de déontologie de pratiquer des prix inférieurs au tarif de convention ..., soit envisagent sereinement la concurrence, comme s'il n'y avait pas de particularités du système de santé.

La question de la concurrence est centrale ; mais elle semble se poser dans deux systèmes différents, selon que l'on parle des acheteurs ou des producteurs de soins :

- . les producteurs sont dans le système d'aujourd'hui soumis à des problèmes de concurrence interne puisque l'installation est libre, mais n'en subissent pas tous les effets puisque protégés par un système tarifaire et la possibilité d'ajuster leur niveau de prix.

. Les acheteurs :

- . financeurs complémentaires sont sur un marché concurrentiel pour la vente de leurs produits d'assurance, mais réussissent à garder un marché très peu transparent (prix

et contenu des contrats). De plus ils se heurtent à la rigidité du système conventionnel, qui les empêche d'être acheteur "éclairé".

- . L'Assurance maladie obligatoire est dans une situation monopolistique de fait ; si on construit un système d'Assurance maladie universelle, il n'est pas prévu de mise en concurrence des organismes, à l'allemande.

Les positions aujourd'hui sont relativement claires et parfois surprenantes :

Le monopole de l'Assurance maladie obligatoire n'est pas remis en cause, mais certains assureurs sont prêts à "gérer au premier franc", c'est à dire y compris la partie obligatoire, du moment que les règles sont bien définies. De même, les mutuelles de la fonction publique considèrent que la gestion de la partie obligatoire leur donne une position intéressante pour devenir acheteur collectif sur le marché.

En revanche, on pourrait dire que les conditions de concurrence entre les mutuelles et les assurances n'apparaissent pas très claires, car, s'agit-il vraiment du même marché ?

Les assureurs quant à eux ne sont pas totalement partisans de la concurrence ; il y a bien sûr de vrais libéraux dans l'âme, les convictions et la pratique, opposés à un encadrement des accords, ou de leurs limitations a priori ; mais disent-ils, "la santé n'est pas un bien marchand", "la déréglementation n'est pas évidente", "la concurrence : pas rapidement ; le problème est de juger de l'efficacité de la concurrence et de ses effets".

Aujourd'hui, entre les assureurs, la concurrence se traduit par le fait que si l'un tente une action de maîtrise du risque maladie, il a toute chance de voir son concurrent casser les effets de ses actions par un offre de rachat de la franchise, de remboursement des dépassements à son propre tarif etc.

Le droit de la concurrence, dans le domaine de la santé et de l'Assurance maladie est en train de se forger. Les rencontres que nous avons eues au ministère de l'Economie montrent que la liberté contractuelle est sans doute beaucoup plus ouverte que beaucoup ne le pensent.

Ainsi, les prix conventionnels, ou les prix publics du médicament sont des prix plafonds : rien n'empêche de négocier des prix inférieurs ; les caisses d'Assurance maladie pourraient sans doute se faire acheteur collectif sur les médicaments, de même que les mutuelles sur des prestations.

Assureurs et mutuelles, sous réserve que les conditions d'admission, de labellisation soient clairement définies et non excluantes a priori, pourraient très bien constituer des listes de praticiens s'engageant à fournir des prestations dont le rapport qualité / prix serait spécifique : accords sur des niveaux de remboursements (incluant par exemple des dépassements), sous réserve de satisfaire des conditions de qualité.

Le Conseil national de la Consommation est lui-même associé à la définition de conditions de certification avec des médecins d'urgence. Y satisfaire pourrait ensuite permettre de justifier de conditions tarifaires plus élevées que le TC ; ... avec les caisses d'Assurance maladie elles-mêmes ? mais dans quelles conditions ?

Enfin, sur la question de la franchise, vieux sujet du système français :

- . Faut-il, peut-on réenvisager le ticket modérateur d'ordre public, l'interdiction de racheter la franchise publique ?²⁸ Ceci implique de considérer qu'il n'y a d'incitatif qu'autoritaire ;
- . ou faut-il s'orienter vers un système beaucoup plus concurrentiel que le système actuel, pariant que les assureurs, s'ils imposent des franchises n'entreront logiquement pas dans le système de rachat des franchises concurrentes ²⁹

4.2.3 propositions éclatées : les attentes des uns et des autres

Cette réalité multiforme, cette diversité des acteurs, ces histoires et les niveaux de maturation variables interdisent, du moins dans l'immédiat de dégager une série unique de propositions, fussent-elles discutées. Les enjeux sont éminemment éclatés. Avant donc de s'interroger sur le sens d'une position publique dans ce domaine des réseaux de soins, retraçons les préoccupations des uns et des autres.

Nous distinguerons les quatre types d'organisation, structures, formes de coopération ou de réseaux présentés ci-dessus : les réseaux informels de professionnels et les organisations pluridisciplinaires, les réseaux de soins et de santé, les partenariats public/privé, les partenariats financeurs / professionnels.

4.2.3. 1 les organisations de professionnels, réseaux locaux et filières généralistes, spécialistes

²⁸ ce problème est relativement spécifique au système français dans la mesure où dans la plupart des systèmes il n'y a pas d'assurance complémentaire, au sens où nous l'entendons : en général, selon les produits, les services, les bénéficiaires, le système d'Assurance maladie est privé ou public (Grande-Bretagne, Allemagne, Pays-Bas, Canada ...). La question en France aujourd'hui est de savoir si dans le droit européen de la concurrence, il pourrait être instituée une franchise "non rachetable".

²⁹ Aux Etats-Unis, le rachat de la franchise par une compagnie concurrent est tout à fait inconnu ; à la rigueur trouve-t-on des compagnies qui proposent des contrats à options, dont l'une est sans franchise.

La prise en charge pluridisciplinaire des malades, leur circulation dans le système, d'une part, la spécialisation de la médecine, le besoin de rompre avec l'exercice isolé sans perdre sa liberté d'autre part, les contraintes financières de l'investissement enfin, sont autant de raisons qui laissent penser que des modalités nombreuses vont se présenter.

Le cadre de l'exercice médical pose de nombreux problèmes aujourd'hui, il est peu malléable pour des initiatives locales, des expériences de rémunération, de négociation. Un chantier de réforme peut s'ouvrir qui cadre les enjeux de :

4.2.3.1.1 la coordination généralistes / spécialistes

Faut-il inciter dans le système qui est le nôtre au passage par le généraliste ? Le passage par le généraliste se justifie s'il filtre effectivement une grande partie de la demande et non s'il est simplement une étape dans l'accès au spécialiste. La question n'est-elle pas plutôt celle de la démographie excessive de spécialistes formés année après année sans aucune politique de développement et de structuration de la médecine extra-hospitalière ³⁰. Cette année, pour la première fois en France, le nombre de spécialistes libéraux excède le nombre de généralistes.

MG France considère néanmoins que deux ans sont nécessaires pour transformer le système au fond : une option nouvelle pourrait être liée à l'informatisation du cabinet (et la gestion de l'information par le généraliste). *"La masse critique une fois obtenue (65% des médecins généralistes concernant 40% de la population française), il est possible de constituer des réseaux avec des spécialistes"*.

4.2.3.1.2 Ouvrir la possibilité de l'assistantat :

Répondant à l'interdiction de sous-traitance ou au régime très strict du remplacement, l'autorisation donnée à un médecin d'avoir dans son cabinet un assistant, médecin salarié, exerçant dans le cabinet libéral d'un autre médecin. Cette possibilité ouvrirait hien sûr pour les médecins installés la possibilité de développer leur activité, mais sans créer de nouvelles structures libérales. Elle diversifierait bien sûr les modalités d'exercice en ville, et ouvrirait une brèche majeure dans l'organisation de la médecine extra-hospitalière.

Mais ce chantier, pour ouvrir sur l'exercice en réseau doit aussi prendre de front quelques sujets difficiles comme :

³⁰ rappelons que le nombre de spécialistes formés en France, dépend avant tout du nombre de postes d'internes offerts dans les hôpitaux publics. C'est à dire que l'excessive démographie de spécialistes ne doit rien à la logique économique extra-hospitalière mais aux besoins de main d'œuvre de l'hôpital, lui-même demandeur : par défaut de restructuration !

4.2.3.1.3 le tiers payant

Aujourd'hui, dans le cadre libéral, le refus du tiers payant est encore radical, alors que dans grand nombre de situations de la médecine extra-hospitalière des systèmes étrangers, les malades ne font pas l'avance des frais pour la partie couverte par le système public ³¹. Ce refus pose en France un triple problème :

- . social : le coût peut être important pour certains, au point que dans certains domaines comme la dentisterie, les professionnels accepteront, **très fréquemment**, le paiement différé ;
- . financier collectif : le paiement direct contribue à rendre très complexe la régulation d'un système où tout doit se faire ex post : pas de budget a priori (système de la capitation), pas d'ajustement des prix en fonction des volumes d'activité (système du point flottant) ;
- . contractuel : aujourd'hui les conventions nationales avec les professionnels restreignent considérablement les possibilités de tiers payant : les limitant aux actes les plus lourds et à certaines catégories de structures (les dépenses doivent être supérieures à K50, 10AMI, 30 AMK) ; concernant les actes de biologie médicale (actes en B), le décret fixant le plafond de dépenses reste à venir. Comment peut-on envisager de réguler la médecine de ville, contracter avec des financeurs, localement, d'ouvrir le champ de la négociation individuelle, voire collective, de diversifier les conditions de rémunération et de tarification si le système de prix n'est pas, d'une certaine façon, transparent pour l'assuré ?

4.2.3.1.4 la transmission d'information à d'autres partenaires que l'assurance maladie obligatoire

4.2.3.2 les réseaux de soins et de santé

³¹ par exemple, si les médecins sont payés à la capitation, comme en Grande Bretagne, ils sont rémunérés directement par le NHS pour la partie de leur activité soumise à capitation ; en Allemagne, pour la partie payée par les caisses, les patients payent le ticket modérateur qui leur incombent et remettent un "bon " pris dans un carnet à souche que le médecin remettra ensuite à l'Association de médecin gérant l'enveloppe d'honoraires. Dans l'un et l'autre cas, la régulation des prix ou de la rémunération du médecin est complètement transparente pour le patient.

Leurs propositions ont été écrites dans un Livre Blanc (voir en Annexe). La plupart d'entre elles sont des recommandations auto-adressées, de pratiques, d'organisation ... témoignant de la vitalité et de la volonté de changement des acteurs de ces structures. Certaines, comme le droit de substitution pour les réseaux toxicomanie, touchent à des domaines très précis d'activité des réseaux.

Un certain nombre de propositions néanmoins sont à destination des interlocuteurs non professionnels :

4.2.3.2.1 la refonte de la circulaire Durieux de 1991

Elle constitue le premier chantier. Deux tâches au moins sont assignées à cette refonte :

- * faire en sorte que le fonctionnement des réseaux sorte de sa précarité et devienne pérenne, notamment en donnant un budget de fonctionnement sur au moins trois ans.
 - * "*publier un décret de reconnaissance de la place des réseaux dans le système de soins*".
- Ce besoin de reconnaissance est général.

4.2.3.2.2 instituer un véritable partenariat avec les pouvoirs publics

et notamment le ministère de la santé est le deuxième dossier : bulletin commun, reconnaissance de la coordination nationale.

4.2.3.2.3 permettre et encourager pour les réseaux qui le souhaitent le développement vers la polyvalence

constitue un troisième axe de développement par lequel les pouvoirs publics pourraient manifester l'importance qu'ils attachent à ces structures, par exemple en mettant en place une structure généraliste et transversale d'évaluation et de financement (les financements aujourd'hui sont toujours fléchés). Ainsi, pour P. de la Selle, il devrait y avoir très clairement un bureau, qui ne soit pas lié à une Direction, et qui serait la tutelle des réseaux de soins.

4.2.3.3 les coopérations hospitalières public / privé et public / public

Là encore, il est clair qu'affirmer la volonté publique de ces coopérations imposerait aux yeux de tous les opérations en cours ou les projets, crédibiliserait les positions des structures publiques vis à vis des partenaires du privé, qui n'ont pas de doute sur la pertinence de ces opérations.

Mais surtout, les opérations actuelles sont des partenariats ponctuels, et souligne A. Coulomb "ingérables autrement qu'à la marge". En effet, si l'on fait l'hypothèse que ces montages se développent, fait-on une enveloppe spéciale dans l'OQN ou considère-t-on du même élan que le développement des réseaux correspond à une évolution plus intégrée du système, à la disparition des enveloppes sectorielles, à une nouvelle ère de l'organisation du système de soins ? "avec de bons SROSS -de deuxième génération-, on peut construire un réseau valable en contractant avec les structures existantes et/ou en les incitant au partenariat, à la conversion...

On a précisé ci-dessus que des acteurs constructifs trouvent les solutions juridiques ; néanmoins, celle-ci manquent cruellement de relais, de légitimation, d'acceptation.

4.2.3.3.1 créer un groupe de travail qui constitue un ensemble de solutions avec les dossiers en cours

La demande immédiate de l'hospitalisation privée (UHP) serait donc de faire aboutir un certain nombre de dossiers et de leur donner le statut d'exemples réussis. L'analyse de ces dossiers permettrait en effet de constituer un véritable cahier de procédures et de solutions pour que les coopérations aboutissent.

4.2.3.3.2 que le ministère affirme nettement sa position et en tire les conséquences juridiques

On ne peut à la fois inciter à la coopération et ne pas donner les moyens juridiques de leur réalisation : l'avis du Conseil d'Etat sur les GIE vient mettre un verrou sur une structure de coopération fréquemment utilisée. La logique voudrait aussi, on en conviendra, que les pouvoirs publics forment leurs cadres administratifs à la gestion et la réalisation de ces opérations.

4.2.3.3.3 formaliser les montages juridiques concernant les rémunérations des médecins

Préciser les conditions dans lesquelles des médecins SPH peuvent travailler avec des médecins privés : ceci signifie que l'hôpital puisse payer les médecins privés, que les conditions de rémunération à l'acte soient assurées dans l'hôpital, et qu'il y ait une base de rémunération dans la clinique pour le médecin SPH : comment comptabiliser les frais de la clinique, se dégager du bon vouloir des tutelles locales.

4.2.3.3.4 dans les complémentarités et regroupements public / public trouver des incitatifs pour restructurer

La question fréquente désormais de regroupements d'établissements, de fusion de plateaux d'établissements nécessite par exemple d'admettre que sur le plan technique les regroupements impliquent des surcoûts : on peut expliciter le regroupement ou la complémentarité entre deux structures en améliorant le service rendu, c'est à dire par exemple en remplaçant deux chirurgiens polyvalents isolés par une unité plus spécialisée.

4.2.3.4 les partenariats financeurs / professionnels

Les acteurs potentiels de ces partenariats sont devant un certain nombre de questions ou de besoins. En retour, les partenaires et les pouvoirs publics s'interrogent devant l'ampleur et la réalité de leurs projets. La tendance à long terme, qui prévaut chez tous les interlocuteurs complémentaires, mutuelles et assureurs, pourrait se traduire comme la volonté de se dégager de leur caractère complémentaire.

4.2.3.4.1 s'autonomiser de la dépendance à la fois financière et technique de la Sécurité sociale.

Les financeurs complémentaires souhaiteraient disposer de leurs propres règles de financement et de contrôle, de leurs systèmes de tarification et de contractualisation. Ceci permettrait évidemment d'éviter des à coups fâcheux dans la gestion des contrats comme ceux que constituent chaque fois des déremboursements et des augmentations de tickets modérateurs. Ceci leur donne aussi une justification pour développer leur propre système de gestion et de négociation. Comme le précise l'un deux : *"soit les assureurs peuvent investir, soit la Sécurité sociale verrouille tout."*

Et pour certains, les investissements engagés peuvent être assez lourds. Mais il s'agit de faire la preuve de la faisabilité du système.

Obtenir la délégation de paiement : gagner de l'autonomie vis à vis des régimes obligatoires, c'est aussi gagner de l'autonomie dans les relations avec les adhérents, assurés et les professionnels. Ainsi, pour les mutuelles qui gèrent au premier franc, la délégation de paiement qui permettrait aux mutuelles de payer l'ensemble des prestations ou d'intervenir avant le versement de la Sécurité sociale de part qu'elle garantit, permettrait surtout de négocier sur l'intégralité de la prestation, y compris la transmission des données à la Mutuelle et les modalités de paiement.

Les projets des assureurs comme des mutuelles sont, dans ce domaine de l'assurance volontaire de santé les projets d'acteurs convaincus des vertus du marché, de la négociation et des organisations contractuelles plutôt que hiérarchiques : il s'agit bien sûr d'utiliser toutes les techniques de la gestion assurantielle pour le calcul des risques et des primes ; lutter contre la

fraude, repérer les abus de consommation, les anomalies -peut être constituer entre assureurs un fichier des fraudeurs à l'instar de ce qui existe déjà dans d'autres domaines de l'assurance-.

4.2.3.4.2 Assurer la transparence des conditions d'assurance

Cette demande est formulée régulièrement aux assureurs. La question est cruciale, surtout s'ils défendent l'idée que la contractualisation avec les professionnels doit permettre pour les assurés de diminuer l'asymétrie d'information avec les professionnels. S'ils se posent en "acheteur" à la place du consommateur que celui-ci y gagne en clarté.

4.2.3.4.3 Donner aux financeurs complémentaires l'accès à l'information nécessaire à leur gestion du risque

Celle-ci est à la fois de nature administrative et médicale. Les assureurs et les mutuelles souhaitent évidemment vouloir donner toute garantie sur le plan du secret médical en s'appuyant, comme plusieurs semblent le faire, sur des médecins et professionnels conseils. Mais ceci signifie que :

- . les praticiens avec qui leur praticiens conseils sont amenés à traiter acceptent le regard d'un autre professionnel de santé sur leur pratique, que ce soit pour définir et valider les conditions contractuelles ou délivrer des prises en charge spécifiques ;
- . leurs praticiens conseils, du moins s'ils gèrent l'Assurance maladie obligatoire, soient autorisés à **recueillir les informations issues du codage des actes** sur les feuilles de soins (interdiction de fait aujourd'hui par exemple pour les mutuelles de la fonction publique qui traitent les feuilles de soins de tous les fonctionnaires !).

4.2.3.4.4 Ouvrir à la contractualisation locale

Les propositions, voire les ambitions sont très contrastées. Tous pensent qu'à l'avenir, la possibilité de contracter localement doit être largement ouverte... en respectant le cadre de santé publique. Mais alors que certains considèrent que chacun doit pouvoir se débrouiller dans un cadre de contraintes fixé par l'Etat (y compris les caisses), d'autres souhaitent que ce cadre contractuel soit suffisamment étayé et précis pour que les conventions signées doivent obtenir un agrément. Ce point constitue un véritable élément de débat (non ouvert) : les conventions que des financeurs complémentaires signeraient avec des professionnels, les prix qu'ils négocieraient, leurs conditions de remboursement et les contreparties demandées doivent-ils faire l'objet d'un agrément d'une tutelle publique, ou d'une instance habilitée ?

Les réponses dépendent en fait de plusieurs éléments :

- . si le cadre n'est pas défini, rien ne justifie l'agrément des contrats : on est dans une relation de nature quasiment commerciale ;
- . si "un cadre d'ordre public" est imposé, alors l'agrément en constitue une contrepartie³².
- . on peut également considérer, d'une certaine façon, qu'il n'y a aucune raison de définir le cadre, puisqu'il existe un droit national et européen de la concurrence, une ordonnance sur la liberté des prix de 1986...

4.2.3.4.5 disposer de la masse critique ?

La contractualisation locale n'est peut être pas la solution dès lors que le contractant ne dispose pas de la masse critique nécessaire localement pour constituer un interlocuteur de poids vis à vis des professionnels. Plusieurs expériences ont ainsi échoué parce que le contrat ne représentait pas un poids suffisant dans la clientèle du médecin ; il en oubliait les termes et les évènements déclenchants, tandis qu'en contrepartie, les coûts unitaires étaient considérables pour l'assureur. Les mutuelles, s'alliant dans un même département ou une région peuvent trouver la masse critique, ce que ne peuvent pas faire les assureurs. Pour eux, la réflexion est donc aujourd'hui plutôt tournée vers la construction d'outils exportables ou des contractualisations au niveau national, ensuite déclinée de façon déconcentrée.

4.2.3.4.6 ouvrir le chantier financier

On s'en doute, les propositions des financeurs; mutuelles et assureurs sont nombreuses sur le domaine financier. Deux points essentiellement sont soulevés qui reviennent à savoir comment gagner de la visibilité dans le système, que ce soit en responsabilisant les assurés ou en limitant les risques de dérapage du côté des professionnels :

- la participation des usagers et la question des incitatifs financiers est largement mis sur la table :

"lorsque les assurés peuvent payer : limiter le tiers payant "

"utiliser les techniques d'assurance : responsabiliser autrement que par le paiement ;

³² signalons que les contrats qui lient des professionnels de santé et des HMO américains ou des compagnies d'assurance sont visées par les autorités publiques, et de nature publique.

" repérer les abus de consommation, les anomalies" ;

"la satisfaction de la clientèle se repèrera à sa participation au système".

- la rémunération des médecins : son évolution est largement souhaitée par un grand nombre de partenaires :

. MG France n'est pas opposé à des expérimentations de capitation.

. Les assureurs sont plus ou moins partisans d'une réforme en profondeur du système de rémunération : *"la contrepartie d'entrer dans un réseau est évidente pour un professionnel : mieux ils gèrent, mieux ils sont rémunérés ; il faut éviter les abus, et se mettre d'accord sur la façon la plus efficace de soigner."* D'autres sont plus pessimistes et considèrent que *"dans l'ensemble les assureurs, habitués à, travailler avec les formules "prix / financement" des régimes de base, sont loin de pouvoir intervenir sur les financements des professionnels (sauf les dentistes). "*

. Du côté des administratifs rencontrés, tous soulignent l'intérêt de travailler sur des financements forfaitaires, notamment pour la prise en charge des malades chroniques.

4.2.3.4.7 Réguler la concurrence ?

Les avis sont très partagés. En effet, les partenaires potentiels ne peuvent pas à la fois prôner la concurrence, l'ouverture du marché et la définition de règles en limitant l'exercice.

Le marché aujourd'hui n'est pas du tout concurrentiel, et plusieurs facteurs déjà soulignés, sont en cause,

. la protection dont s'entourent les professions,

. le caractère non marchand de la santé,

. la non transparence des prix de l'assurance,

. le caractère de produit d'appel des assurances santé

. la répartition des risques entre assureurs obligatoires et non obligatoires

etc..

Dans tout débat sur la concurrence, ces aspects doivent être pris en compte. Plusieurs interlocuteurs ont évoqué une concurrence "régulée".

4.3 FAUT-IL UNE GRANDE RÉFORME ?

La question que l'on peut alors se poser est en effet de savoir si les interventions des pouvoirs publics doivent aller dans le sens :

- de la neutralisation d'intérêts complètement divergents
- de privilégier l'un ou l'autre acteur
- d'une prise de position publique affirmée

L'essentiel du diagnostic effectué dans le cadre de cette étude, en dehors de la nécessaire information sur la dynamique sociale que constitue le développement des réseaux de santé, réside probablement dans le silence peu troublé des administrations de la santé vis à vis de ce sujet. Le moins que l'on puisse dire est que les politiques développées ces dernières années sont totalement contradictoires avec l'idée de favoriser les réseaux de soins, de santé, les partenariats hétérogènes, interprofessionnels ... même si çà et là quelques financements de coordination se maintiennent.

En effet, :

- * comment faire des réseaux de soins nécessairement locaux si l'on a des relations avec les professions de santé complètement gérées au niveau national, qu'il s'agisse des prix des prestations, de leur définition.... ?
- * comment construire des relations interprofessionnelles si les enveloppes budgétaires, les objectifs quantifiés sont définis de façon sectorielles ?
- * peut-on décloisonner l'hôpital sans inscrire dans les critères de qualité de l'hôpital l'insertion dans son environnement ?
- * peut-on espérer que se développeront des partenariats dont les conditions économiques ne sont pas au minimum cadrées ?

S'appuyant sur les propositions des interlocuteurs rencontrés, il nous semble donc que les interventions des pouvoirs publics devraient être articulées autour des thèmes suivants :

4.3.1.1 organiser une mission, transversale au ministère de la santé, interlocuteur des acteurs de terrain -ou de leurs mandants

4.3.1.2 définir le cahier des charges des accords contractuels, et lorsque des financements publics sont en jeu, les objectifs et les critères d'évaluation

4.3.1.3 définir les conditions de la concurrence et le cadre d'accords de partenariats, en accord avec la DGCCRF

4.3.1.4 ouvrir à la conclusion d'accords locaux, portant sur les rémunérations des professionnels et les contreparties prix / qualité, accords impliquant les caisses et les organismes financeurs

4.3.1.5 affirmer les réseaux de soins et de santé, les partenariats comme une forme explicite d'organisation dans le système de santé.

Sans donner une forme prédéterminée à ces réseaux, ce qui serait bien évidemment contraire à l'idée même de réseau, dans de nombreux cas, le développement en réseau devrait avoir sa place dans les directives, réglementations et textes législatifs du ministère de la santé :

- . refonte des conventions avec les professions de santé
- . intégration dans les procédures hospitalières :
 - . considérer que la participation à un réseau est un critère d'attribution des dotations
 - . promouvoir le partenariat et l'insertion dans son environnement de soins plutôt que des critères de résultats des services et des structures -tournées sur elle-mêmes- ;

Comme nous le précisait Dominique Baubeau : *"les réseaux, on comprend vite que c'est du militantisme si l'on n'intègre pas à tout niveau du système, l'articulation de l'amont et de l'aval, le long terme des filières, le devenir des patients après l'hôpital" ...*

- . formation des cadres de l'administration de la santé et des coordonateurs à ce type de management : le fonctionnement d'un réseau est radicalement différent de celui des cadres institutionnels actuels.

5. CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce travail d'étude devait initialement faire le point des développements actuels et des potentialités dans le système de soins français d'accords de réseaux et de partenariats entre des financeurs complémentaires et des professionnels de santé, sous le terme générique des "réseaux de soins". Il était néanmoins prévu de faire une "clarification sémantique" entre les termes de réseau, partenariats, filières et coordinations.

La méthode générale retenue prévoyait de rencontrer des partenaires administratifs, professionnels et financiers du système de santé. La période un peu particulière (novembre - décembre 1995) dans laquelle s'est déroulée cette enquête a rendu difficile cette méthode, notamment pour les déplacements en province qu'il aurait pu être intéressant de faire.

Cependant, au fur et à mesure des rencontres, le champ des expériences existantes, des conceptions du partenariat dans le système se sont considérablement enrichis, faisant déborder l'enquête et la collecte de documents au-delà de ce qui était prévu initialement. La maturation de la réflexion s'en est trouvée quelque peu allongée.

Le rapport d'étude présente donc, d'une part, l'analyse que l'on a pu faire des termes utilisés, et ce qu'ils recouvrent pour chacun des partenaires. On s'est ensuite attaché à une description un peu longue de tous les champs d'organisation et d'expériences, les finalités recherchées par les uns et les autres. On a tracé le hilan qu'en faisaient les différents acteurs et leurs propositions. Enfin, on a cherché à tracer quelques lignes directrices pour une action publique visant à favoriser les partenariats, réseaux, coordination ou coopération dans le système de santé.

5.1 COORDINATION, FILIÈRE, PARTENARIATS ET RÉSEAUX

Actuellement, spontanément, les professionnels se reconnaissent et cherchent à construire des **coordinations** pour améliorer la **filière** de soins : des coordinations élaborées, formalisées sont l'essence même des réseaux de soins ou de santé.

On pourrait dire que le **partenariat** représente, à une ou deux exceptions près, le moyen de contracter de façon équilibrée avec les autres acteurs : des professionnels pour les financeurs, des libéraux pour les mutualistes, des hospitaliers publics ou des non hospitaliers pour l'hospitalisation privée, des réseaux ayant d'autres finalités pour les animateurs de réseau. Le partenariat serait ainsi aujourd'hui le terme reconnu par tous pour gérer l'hétérogénéité.

A travers un modèle d'organisation partagé essentiellement non hiérarchique, et non centralisé, **les réseaux** recouvrent deux acceptions très différentes du terme, selon leurs initiateurs : les professionnels font des réseaux de soins et de santé -mais là la diversité est déjà immense - les assureurs, mutualistes pensent que pour l'avenir, ce mode d'organisation pourrait advenir avec la constitution de réseaux de gestion du risque ; mais c'est en tout état de cause dans un avenir encore lointain.

5.2 UNE RÉALITÉ PLURALISTE

L'analyse de l'existant nous a amené à décrire, avec des niveaux d'information ou d'élaboration très différents des expériences, des projets, des organisations fonctionnant parfois depuis plusieurs années, très disparates.

Certains sont très peu connus, surtout lorsque, comme les associations de professionnels, ils ont une finalité protectrice. Néanmoins, les réseaux informels de professionnels, et les nouvelles modalités d'organisation de l'exercice libéral bousculent de façon ouverte certaines caractéristiques économiques de l'exercice libéral.

D'autres sont très connues, comme l'expérience de Lubersac et tous les réseaux ville-hôpital. Mais c'est avec un acharnement tout administratif que l'on continue de leur donner le statut d'expériences, alors que les évaluations ont été faites, les organisations ont été reproduites dans d'autres sites, les acteurs ont une surface nationale, alors que certains considèrent qu'il s'agit d'un véritable mouvement social et d'un puissant levier de transformation du système et de la pratique professionnelle.

A l'autre extrémité du spectre expérimental, les partenariats public / privé, les coopérations entre établissements restent dans les limbes, mais, malgré les apparences, il s'agit moins ici de difficultés réelles qu'imaginaires (si ce n'est bien sûr que l'impossibilité de réaliser les partenariats est bien réelle). Enfin, les nouveaux venus sur le terrain de l'expérimentation que sont les acheteurs complémentaires (hormis un certain nombre de montages effectués par les mutuelles, mais qui sont plutôt des services rendus aux adhérents que des réseaux d'acheteurs collectifs négociant prix et qualité de la prestation) voudraient ouvrir un champ nouveau d'organisation et de négociation dans le système mais leurs domaines d'intervention sont encore très particuliers et le poids de l'assurance maladie dans tout le secteur prépondérant, même si de l'avis de tous, elle ne joue pas son rôle d'acheteur.

5.3 DES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES MAIS UN POINT MAJEUR D'ACCORD

Que chaque catégorie d'acteur ait ses difficultés propres, nul n'en doute ; elles ont été, dans la mesure du possible restituées. Ainsi, certains médecins libéraux souhaiteraient voir ouvrir la possibilité de l'assistantat, les nombreuses coordinations et réseaux de santé souffrent de ne pas disposer de plus de visibilité financière, les mutuelles et assurances évoluent sur un marché singulièrement bridé et limité, les cliniques privées ou les hôpitaux public explosent dans des carcans institutionnels et juridiques, statutaires, les usagers risquent toujours des prescriptions redondantes, des pratiques et d'exercices non coordonnés, des prestations éclatées.

Selon nous, parce que le système de soins français est cloisonné, structuré, hiérarchisé, il est impossible à réguler (et la discussion d'enveloppes généralistes, spécialistes, honoraires prescriptions, ne fait qu'amplifier le débat) : les actes redondants, les prescriptions abusives, l'absence d'information pour la gestion du risque, l'impossibilité d'expérimenter de nouvelles formes de rémunération des médecins ... en sont des effets directs.

Faire du lien dans ce système pourrait donc apparaître comme vital, l'adaptation aux formes modernes de gestion et de management, la prise en compte de l'exercice pluridisciplinaire et de la spécialisation, l'aboutissement de la tendance de long terme de désinstitutionnalisation ...

Pourtant, cette préoccupation est complètement absente des discours publics et tranche violemment avec les tentatives répétées des acteurs, dans tout le système.

Que l'on considère les réseaux de soins, les coopérations, la coordination, les partenariats, le silence des pouvoirs publics est finalement apparu comme particulièrement pesant dans ce dossier, et de plusieurs points de vue :

1 sans créer de nouvelles structures, ou une nouvelle forme d'organisation des soins, **poser le principe de la coordination des acteurs et des interventions** aurait un grand nombre de conséquences ;

- sur les outils de régulation (faut-il faire des enveloppes sectorielles)
- sur les critères de décision (participer à des réseaux constitue-t-il un avantage pour un établissement hospitalier),
- sur la transmission de l'information
- sur la formation des cadres de l'administration.

2 si le ministère en tirait les conséquences, il devrait au minimum proposer aux partenaires potentiels, **des interlocuteurs compétents, afficher des objectifs** pour les réseaux

qu'il finance. Cette mission semble plutôt être du ressort de la DGS que de la DH, toujours tentée de privilégier l'hôpital.

3 les possibilités d'expérimentation locales notamment pour les caisses devraient être ouvertes de toute urgence, de même que des partenariats avec les autres financeurs.

4 enfin, dès lors que l'on souhaite un marché d'acheteurs, pour un produit pourtant particulier, **les règles contractuelles et concurrentielles** pourraient être explicitement définies, du moins leur cadre ; ceci constituant des contraintes d'ordre public ou de santé publique et imposant aux acteurs de respecter certaines règles dans la passation des contrats, les relations avec les clients (y compris les libellés des contrats), le respect des règles de concurrence.

ANNEXES

Rencontres avec des professionnels de santé et des professionnels sociaux :	Sanesco-Fondation de l'Avenir
Enquête auprès d'une centaine de généralistes :	Sanesco-Fondation de l'Avenir
Typologie des réseaux de soins et de santé	P. de la Selle
Schémas de coordination pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes	Sanesco

6.

ANNEXES

- 1. Grille d'entretien de l'étude**
- 2. Les finalités des réseaux et partenariats aujourd'hui**
- 3. "Autour de la coordination" compte rendus de rencontres avec des professionnels sanitaires et sociaux et résultats d'une enquête auprès de 150 généralistes**
- 4. Quelques schémas de coordination, pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes**
- 5. Le livre blanc des réseaux Ville-hôpital : Etats généraux des 18 et 19 juin 1994 : synthèse des propositions.**

Annexe 1
Grille d'entretien de l'étude

Questionnaire réseaux de soins

Remarque préalable :

Ce "questionnaire" est plutôt une grille pour l'entretien que nous aurons prochainement sur le sujet des réseaux de soins ; nous débattons des divers thèmes proposés. Comme nous vous l'avons précisé au téléphone, **l'objectif de cet entretien est de faire un bilan des positions et des implications des différents partenaires du système de santé aujourd'hui, publics et privés, administratifs et professionnels, financeurs et gestionnaires sur le sujet des réseaux de soins :**

- sont ils souhaitables ?
- peuvent-ils représenter une solution aux problèmes de toute nature de notre système de santé ?
- quels seraient alors les mesures législatives, financières contractuelles à envisager ?

Bien évidemment, le point de vue de départ est plutôt l'idée que les réseaux de soins représentent une solution intéressante à explorer ; mais dans quelle mesure, et dans quelles limites ? Y'a-t-il des configurations acceptables ou inacceptables ?

Tels sont les sujets qui nous préoccupent.

Questionnaire réseaux de soins

1. PROBLÈMES DE VOCABULAIRE : PARLEZ-VOUS PLUS SPONTANÉMENT DE COORDINATION DES SOINS ? RÉSEAUX DE SOINS ? FILIÈRES DE SOINS ? PARTENARIAT DES ACTEURS DE SANTÉ ?

1.1. quel sens donnez-vous à ces différents termes ?

1.2. Pour chacun de ces termes, pouvez-vous préciser : quels sont, selon vous, les partenaires qui sont concernés :

2.

QU'EST CE QUI JUSTIFIE SELON VOUS DE TELLES ORGANISATIONS, RÉSEAUX OU FILIÈRES DE SOINS ?

2.1. quels en sont les objectifs spécifiques ?

2.2. Quelle peut être la philosophie générale de telles structures ?

3. QUELLE EST, D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, LA POSITION DE VOTRE INSTITUTION, ADMINISTRATION OU ORGANISATION SUR DE TELS PROJETS ?

- 3.1. Le cadre actuel d'organisation de l'offre de soins est satisfaisant
- 3.2. Les modalités de financement des professionnels sont satisfaisantes
- 3.3. La maîtrise des dépenses doit être exclusivement recherchée dans les cadres conventionnels actuels
- 3.4. il ne faut pas intégrer les financeurs complémentaires à ces réflexions
- 3.5. les seuls partenaires légitimes sont l'assurance maladie et les pouvoirs publics
- 3.6. les financeurs complémentaires peuvent participer à la gestion du risque
- 3.7. les mutuelles sont plus légitimes
- 3.8. les assureurs présentent plus de garanties de gestion
- 3.9. tout accord sur des prix de prestations de santé constitue une entente, et comme telle est attaquable
- 3.10. certains accords de prix pourraient être acceptés mais il faut bien tracer leur cadre
- 3.11. les risques d'exclusion sont trop grands dès lors que l'on définit des contrats spécifiques
- 3.12. il n'y a aucune raison de se priver aujourd'hui d'accords entre les partenaires, pourvu qu'ils concourent à l'amélioration qualité / prix du système
- 3.13. Modifier les modalités de financement des professionnels serait d'un coût considérable
- 3.14. de nombreuses formes contractuelles n'ont pas encore été explorées
- 3.15. l'amélioration serait de définir les conditions des accords
- 3.16. l'amélioration serait de mettre les financeurs complémentaires autour de la table
- 3.17. l'amélioration serait d'obtenir une auto-régulation par les professionnels, en les amenant à la gestion d'enveloppes d'honoraires
- 3.18. l'amélioration serait d'amener les professionnels à négocier entre eux des accords volumes - prix
- 3.19. l'amélioration serait d'introduire de la concurrence dans le système

- 4. NOUS NOUS SITUONS MAINTENANT DÉLIBÉRÉMENT DANS UNE APPROCHE RÉSEAUX DE SOINS MATÉRIALISÉ PAR UN CONTRAT COMPORTANT DES ASPECTS DE SANTÉ ET DES ÉLÉMENTS FINANCIERS, UN CONTRAT POUVANT ASSOCIER DES FOURNISSEURS DE SOINS ET DES FINANCEURS - : CERTAINS CONSIDÈRENT QUE LES RÉSEAUX DE SOINS POURRAIENT AMÉLIORER LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME. ETES VOUS D'ACCORD ?**
- 4.1. Pensez-vous que cette hypothèse soit fondée ? Pourquoi ?
- 4.2. Quelles sont les difficultés rencontrées sur le terrain ? sur les plans juridiques, politiques, économiques, professionnels, financiers, contractuels, institutionnels
- 5. AVEZ-VOUS TENTÉ OU CONNU DES EXPÉRIENCES ? QUEL BILAN EN FAITES-VOUS ?**
- 6. Y A-T-IL SELON VOUS DES DOMAINES ET DES PARTENAIRES PRIVILÉGIÉS D'ORGANISATIONS EN RÉSEAU DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ?**
- 7. QUELLES SONT LES AMÉLIORATIONS QUI POURRAIENT ÊTRE APPORTÉES SANS MODIFICATION IMPORTANTE DES CADRES ACTUELS DE FONCTIONNEMENT ET D'EXERCICE ?**
- 8. SI L'ON RECHERCHE DES TRANSFORMATIONS PLUS FONDAMENTALES, QUELLES SONT LES MESURES QUI DEVRAIENT ÊTRE PRISES ?**

9. QUELS POURRAIENT ÊTRE LE CONTENU ET L'ÉTENDUE DE TELS RÉSEAUX

- 9.1. qui pourrait en avoir l'initiative et la responsabilité, qui ne le devrait pas ?
- 9.2. Y a-t-il une circonscription géographique souhaitable ?
- 9.3. Y a-t-il une masse critique nécessaire ? (nombre d'adhérents, de professionnels, de partenaires)
- 9.4. quel pourrait être le contenu de contrats de réseaux de soins ? (en termes financiers, rémunérations, niveaux d'activité et prestations fournies)

10. QUELLES SERAIENT LES CONDITIONS ÉCONOMIQUES DE CE TYPE DE RÉALISATION ?

- 10.1. la maîtrise d'enveloppes de dépense de l'assurance maladie
- 10.2. la maîtrise d'enveloppes de dépenses de santé

11. QUELLE SERAIT LA FORME DES CONTRATS ?

- 11.1. Quel pourrait être le cadre juridique de référence ?
- 11.2. la forme contractuelle?
- 11.3. Faut-il un agrément ?
- 11.4. les contractants ?
- 11.5. l'opposabilité des contrats
- 11.6. quel serait le degré de "publicité" souhaitable pour les contrats ? et le contrôle exercé sur cette information ?
- 11.7. Faut-il un cadre juridique global ?

- 12. QUEL SERAIT LE CADRE FINANCIER VERS LEQUEL IL FAUT TENDRE ?**

- 13. QUELS SONT LES MOYENS DE CONTRÔLE DONT LES CONTRACTANTS POURRAIENT DISPOSER ?**

- 14. PEUT-ON ENVISAGER D'OUVRIR LE SYSTÈME À PLUS DE CONCURRENCE ?**
 - 14.1. concurrence entre quels acteurs ?
 - 14.2. certains partenaires sont-ils exclus ?

- 15. D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, Y A-T-IL DES FORMES DE CONTRATS, DES CLAUSES, DES ORGANISATIONS, DES OBJETS QUI VOUS SEMBLERAIENT INACCEPTABLES ?**

16. COMMENT RÉAGISSEZ VOUS À TROIS SCÉNARIOS ?

16.1. **le scénario évolutionniste** : Des conventions tripartites - caisses d'Assurance maladie, financeurs complémentaires et professionnels - peuvent être conclues localement ; elles font bénéficier les partenaires complémentaires des moyens de gestion du risque des caisses. Les régimes d'Assurance maladie sont responsables de la partie obligatoire du risque maladie, mais les mutuelles ou complémentaires peuvent dans certaines conditions gérer au premier franc : transparence des coûts de gestion, transmissions des informations, objectifs économique de gestion et définition d'objectifs de santé publique. Les caisses des régimes obligatoires en contrepartie peuvent être amenées à proposer une couverture complémentaire à leurs assurés ; elles en organisent le coût et le champ. Les professionnels prennent donc des engagements prix / qualité et les outils de contrôle sont communs et contractuels.; les caisses interviennent dans le contrôle de qualité des soins ; les complémentaires sont solidaires de ces décisions mais cadrent financièrement leurs contrats. Les assurés non bénéficiaires de couvertures complémentaires peuvent recourir à des dispositifs complémentaires de sauvegarde (action sociale des départements).

16.2. **Le scénario " financeurs d'abord "** : les caisses d'Assurance maladie sont en concurrence, entre elles et avec les mutuelles ou les assureurs ; tous les financeurs gèrent au premier franc, les prestations obligatoires et complémentaires ; mais les règles de collecte des fonds de la partie obligatoire restent fixées par l'État. Celui-ci définit également les prestations qui doivent être obligatoirement fournies par les assureurs maladie. Les financeurs contractent librement avec des professionnels qui s'organisent entre eux pour conclure des marchés. Certains sont localement leaders et sous traitent à d'autres professionnels une partie de leurs contrats avec les financeurs. Les règles d'achat et d'offre ainsi que le contrôle de qualité des services s'élaborent.

16.3. **Le scénario "professionnels d'abord"** : les professionnels cherchent à maîtriser le jeu mais la contractualisation est ouverte. Les critères de prix et de qualité, les contraintes de service définissent les cadres du contrat. Les financeurs veulent acheter le meilleur service au meilleur prix, en définissant des enveloppes départementales ou des dotation individuelles annuelles. Les

professionnels sont organisés pour avoir une force de négociation suffisante face aux financeurs, ce sont leurs associations, organisations et unions qui définissent les conditions d'exercice (guidelines, règles d'évaluation ...); les malades créent des associations pour disposer de moyens de contrôle sur les choix financiers, les financeurs conditionnent au plus serré le paiement des prestations.

- 16.4. **Le scénario tout intégré :** la couverture des soins de santé est définie par les pouvoirs publics (montant d'enveloppes, prestations services ...); dans ce cadre, des offres de services sont faites et des organisations diversifiées constituées : caisses d'assurance maladie, mutuelles ou assurances gèrent l'intégralité du risque maladie, avec une couverture modulée entre les prestations de base et les prestations supplémentaires. Au-delà de la base, les cotisations sont fixées en fonction des options individuelles. Tous les financeurs peuvent se porter acheteurs sur le marché des soins et prestations de santé. Mais, tous les producteurs et gestionnaires peuvent aussi s'organiser pour contracter de façon groupée avec les financeurs, sur les tarifs et la forme de leurs rémunérations, sur les contrôles et évaluations. On peut ainsi voir se développer des groupes de producteurs contractant avec plusieurs financeurs d'une région. Les autorités régionales de tutelle fournissent un agrément à ces contrats, pour lesquels on recommande de garder une assise territoriale, et ce d'autant que le paiement à la capitation des services de première ligne se généralise.

annexe 2

Les finalités des réseaux et partenariats aujourd'hui

finalités rés par	types d'c	I	exemples
1			observatoire réseaux d'échanges de données registre néphrologie
échanges d'information	protocoles d'échanges	hospitaliers publics	
	mise à disposition de matériels ou de fichiers	hospitaliers publics et libéraux régimes obligatoires et complémentaires	suivi de malades diabétiques NOEMIE
2	SCM / SEL / SCP	médecins et professionnels de santé ; éventuellement autres professionnels	cabinets de groupes
	GIE conventions d'utilisation	partenariats public / privé :	conventions scanners
mise à disposition et mise en commun de compétences		praticiens hospitaliers médecins libéraux	organisations de plateaux techniques
			fusions et répartitions de pôles techniques : GIE Bois Guillaume, Lillebonne
diffusion d'outils et d'expertise	prise de participation	cliniques privées et financiers	chaînes de cliniques
3	organisations de la prise en charge		
	coordination par le MG	médecins généralistes : caisses	
	réseau ville - hôpital	médecins généralistes médecins hospitaliers conseils généraux caisses DDASS	RVH Sida personnes âgées : Lubersac malades chroniques
4	Prix		
remboursements	conventions de tiers payant	mutuelles et professionnels	mutuelles départementales
	% du TC	assurances et professionnels	MGEN CNSD
	forfaits de prise en charge		MGEN SSODF
et prix des prestations	accords de prix et de prise en charge	financeurs et prestataires	cliniques privées (UHP) MPP : supplément de chambre particulière accords mutuelles / praticiens sur dépassements
5	QUALITÉ		
lutte contre la fraude	étude des fichiers sélection des risques et des prestataires	financeurs assurés et professionnels	contrôles hiérarchisés des assureurs : UAP contrôles financiers, partenariats dentaire : régimes complémentaires
recherche d'adéquation	ententes préalables	tutelles - financeurs, assurés	
Définition des procédures du contenu de l'adéquation	accréditations certification	tutelles, financeurs professionnels	accréditations : hôpitaux publics chaînes de cliniques régimes obligatoires ?

réseaux, filières et partenariats : typologie et exemples, expériences

annexe 3

**"Autour de la coordination" compte rendus de rencontres avec des
professionnels sanitaires et sociaux et résultats d'une enquête
auprès de 150 généralistes**

Extraits d'un rapport d'étude pour la Fondation de l'Avenir : Médecins, infirmières travailleurs sociaux : quels partenariats ?

Sanesco fév 1994

1- La démarche et la méthode : des réunions qualitatives et une enquête quantitative

11 Cadre d'enquête

Les sites étaient choisis par le comité de pilotage.

Le questionnaire dont la pertinence et la faisabilité avaient été préalablement testées auprès de cinq généralistes praticiens a été adressé fin mai 1994 à 1000 médecins généralistes retenus par tirage aléatoire dans cinq sites :

- Montpellier : ville et cantons,
- Lille : ville et cantons,
- Saône et Loire : département,
- Sarthe : département,
- Val de Marne: département.

Les réunions qualitatives ont réuni :

- à Evry début juin : des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des professionnels para-médicaux, des professionnels sociaux. Quatre réunions différentes ont été organisées.
- à Avignon fin juin : des médecins généralistes et des médecins spécialistes au cours d'une réunion.

Au total, 11 médecins de première et seconde ligne, 7 paramédicaux et 2 sociaux ont donc accepté l'exercice et ont participé aux réunions. 5 médecins se sont désistés au dernier moment.

L'organisation de ces réunions s'est avérée très difficile:

- refusant a priori le cadre syndical, les contacts ont été pris par la FMC pour les médecins, par contacts personnels pour les autres ;
- les médecins sont habitués, notamment par les laboratoires à se rendre à des réunions, mais bien souvent ils sont rémunérés ou dédommagés ; de plus l'objectif de ces réunions est clairement commercial ;
- Quant aux autres professionnels libéraux, l'habitude de réunion non syndicale n'existe pas.

Pour tous, sauf deux sociaux, salariés, plus facilement acquis à l'idée de réunion, cette réflexion était inhabituelle, surprenante ; a priori relativement difficile.

Cette difficulté compte tenu des délais, a conduit le comité de pilotage, à renoncer à l'organisation des réunions prévues sur le troisième site -Dijon-. Néanmoins, il faut souligner que l'ambition du comité de pilotage d'organiser des réunions séparées et d'envisager avec chaque catégorie d'acteurs, les enjeux de partenariats mieux formalisés, devrait permettre de répondre à ses attentes.

12 Evaluation des biais :

1 - L'enquête quantitative : avec 149 questionnaires exploitables et un taux global de réponse de 15,3%, l'enquête est statistiquement exploitable. Ce résultat a d'ailleurs été obtenu sans relance téléphonique ou postale.

2 - Pour autant, certaines segmentations notamment régionales doivent être envisagées avec prudence. Ainsi quelques éléments peuvent être notés sur les répondants à l'enquête.

- Certains sites ont mieux répondu que d'autres : la Saône et Loire (plus d'un médecin interrogé sur cinq), et Lille (près d'un sur 6),

- Les répondants se répartissent dans les trois tranches d'âge de façon très équilibrée : par comparaison à l'ensemble des médecins généralistes, les plus de 50 ans sont plutôt sur représentés et les jeunes sous représentés. Les 41-50 ans présentent la moitié de l'effectif. La surreprésentation des médecins (24,8% contre 17,4% en France) peut pour partie s'expliquer par le poids donné à l'exercice rural : un médecin sur quatre exerçant en zone rurale est sûrement supérieur à la moyenne nationale ; la Sarthe et la Saône et Loire ne représentent en effet que 1,7% de l'effectif national - ici les médecins répondants de ces départements rassemblent plus de 40% des réponses.

3 - On doit enfin se demander, si les généralistes répondant à l'enquête ne sont pas plutôt ceux qui étaient a priori acquis à l'idée de partenariat ou de réseau. Plusieurs réponses peuvent être apportées:

- d'une part, dans une enquête postale large, ce type de biais est relativement inévitable.

- d'autre part, la diversité des réponses obtenues indique que la présélection est assez faible ;

- si convergence "idéologique" il y a, elle serait plutôt autour des discours animant couramment les débats sur la médecine générale (la prévention par exemple) ; a contrario, la concordance des positions sur des thèmes caractéristiques de l'exercice libéral montre à l'évidence que la transformation ou la sensibilisation, (si évolution il y a) commence par le plus grand commun dénominateur : l'exercice libéral,

- enfin, comme on l'a vu en première partie, les médecins libéraux ont été les grands absents du débat sur les "réseaux de soins" à la fin des années 1980. Si certains s'y sont impliqués depuis, la réserve reste la règle ; elle aurait plutôt dû se traduire par un très faible taux de réponse à ce questionnaire.

4 - les réunions qualitatives : le nombre de personnes rencontrées par ces réunions est tout à fait insuffisant pour en tirer des conclusions "statistiques" ; néanmoins, on le verra, par la convergence des propos tenus et des réactions des professionnels, elles renforcent et illustrent les résultats de l'approche quantitative.

Ainsi, bien que les approches quantitative et qualitative soient manifestement complémentaires, les délais de réalisation et peut être également la période (peu de temps après les élections aux unions professionnelles, fin d'année scolaire...) ont pesé sur la partie qualitative qui mériterait d'être renforcée.

13 Le contenu :

Les questionnaires ou réunions étaient structurés de la même façon autour de trois thèmes :

- bilan de la situation actuelle (relations avec les partenaires, domaines de partenariat déjà existants ou connus),
- discussion sur les avantages et inconvénients d'un partenariat plus structuré,
- propositions pour l'avenir.

Aucune définition précise du partenariat ou des réseaux, aucun modèle conceptuel cohérent n'étaient proposés ; les intervenants étaient amenés à se situer d'eux-mêmes ; la seule exigence, qui s'est imposée, a été de distinguer un partenariat organisé des relations confraternelles habituelles.

2 Présentation des principaux résultats

Le matériau rassemblé sera tout d'abord présenté selon les grands thèmes étudiés : bilan de la coordination entre les acteurs de santé aujourd'hui, avantages et inconvénients d'un partenariat plus élaboré, solutions d'avenir. Quelques thèmes transversaux seront ensuite étudiés.

21 L'enquête auprès des généralistes

211 Les résultats de l'enquête quantitative : la situation actuelle

1- La prévention, les modes de rémunération et la FMC constituent les principaux facteurs d'évolution de l'exercice des généralistes ; la concurrence, le mode d'exercice et la spécialisation viennent en second.

2 - Les relations avec les autres acteurs de santé sont satisfaisantes avec les libéraux, un peu plus difficiles avec le secteur public.

71 % des généralistes sont satisfaits de leurs relations avec les spécialistes, 83% avec les cliniques, 71% avec les autres professionnels. D'ailleurs, les généralistes ne sont que 24% à citer la concurrence comme facteur premier d'évolution de leur exercice.

Avec l'hôpital public, la situation est un peu moins heureuse : seuls 54% sont satisfaits de leurs relations, et la situation pourrait être la plus difficile dans les villes avec CHR ou dans les grandes agglomérations parce que l'accès à l'hôpital est plus direct.

3 - 40% des généralistes déclarent connaître des expériences de partenariat ; 30 % y participent ; mais le champ envisagé est extrêmement large : des services de soins aux centres d'urgences.

4 - Qu'il s'agisse du suivi à domicile des malades chroniques, ou de la prise en charge des personnes ayant des difficultés sociales (RMI, personnes âgées, handicapés, enfants), le généralistes considèrent que la prise en charge coordonnée devrait être privilégiée

5 - Pour les médecins généralistes, la coordination des soins contribue à une meilleure prise en charge des besoins de santé de la population (80%) ;

6 - Et celle-ci permettrait avant tout d'améliorer les conditions de travail (45%) ; en revanche, elle ne saurait être un cadre d'évaluation ou de FMC ; ni d'ailleurs le moyen de fidéliser la clientèle (%).

7 - La mise en place de coordinations professionnelles devrait se faire d'abord à l'initiative des médecins libéraux (65%), ou des autres professionnels libéraux ; les circonscriptions d'action sociale ont une légitimité certaine, tandis que pour 44% des généralistes, les mutuelles ne viennent qu'en 6ème, 7ème ou 8ème position.

Avantages et inconvénients de la coordination

1 une organisation partenariale entre des professionnels de santé permettrait une meilleure continuité des soins, éviterait l'isolement (80%); elle serait une réponse au développement de la pluridisciplinarité ; elle pourrait être le cadre d'une rémunération mieux adaptée à la continuité des soins(69,8%).

2 Si une organisation coordonnée des soins ne saurait être clairement une entrave à l'autonomie de décision des médecins généralistes, ils pensent qu'elle pose des problèmes de transmission d'information, et dans une moindre

mesure de confidentialité et de secret médical. Néanmoins elle devrait permettre d'améliorer les connaissances des praticiens : 37% pensent que chaque membre du réseau devrait être "accrédité" ;

3 Une organisation partenariale ne saurait être un moyen de fidélisation et de recrutement et ne devrait modifier les relations avec les patients que pour un généraliste sur deux. mais. Bien que près des deux tiers des médecins généralistes ne puissent se prononcer sur les conséquences vis à vis des patients de telles organisations, 18% (de l'ensemble) y voient un facteur d'évolution de cette relation dans laquelle le malade serait moins passif.

Ainsi, l'analyse de la situation actuelle de la coordination et des avantages ou inconvénients du partenariat, indique que les médecins généralistes envisagent des organisations mieux coordonnées des soins, mais à **l'initiative des médecins libéraux, et comme un cadre d'exercice** ne concernant qu'eux mêmes ; tous les items "patients" ou "clientèles" sont reçus négativement : le partenariat ne serait qu'un mode d'organisation "non opposable" que ce soit par les patients ou des financeurs.

212 Pour l'avenir

1 Près de 80% des médecins généralistes seraient prêts à s'impliquer dans une nouvelle organisation coordonnée des soins ; parmi les conditions évoquées, la rémunération (18% des réponses), et la participation à des réunions de coordination (22% des réponses) sont les plus fréquentes.

2 Pour 54% d'entre eux, il s'agit d'améliorer la qualité des soins, plutôt que d'évaluer leurs pratiques, de mieux maîtriser les éléments de décision médicale, plutôt que de mieux informer les malades.

3 Dans ce cadre, les médecins généralistes seraient prêts à fournir l'information à l'hôpital (94%) aussi bien qu'à d'autres médecins ou à des professionnels paramédicaux (71%).

4 Mais le paiement à l'acte reste la condition de financement primordiale (54%) même si un médecin généraliste sur 4 ou 5 envisage d'autres modes de rémunération (forfait, capitation, salariat).

5 Enfin, pour tous, il serait possible, dans ce cadre, de développer la prévention, quel que soit le domaine privilégié ; pour près de la moitié, ce serait par la revalorisation du C que serait financée cette activité.

213 Quelques résultats selon l'âge et les régions d'enquête :

Selon l'âge :

- les 41-50 ans sont toujours un peu surreprésentés parmi les généralistes qui ne sont pas satisfaits des relations avec les autres professionnels ;

- dans chaque tranche d'âge, 2/3 des médecins généralistes considèrent que des organisations coordonnées devraient être faites à l'initiative des médecins libéraux ; de même, la répartition est homogène d'un groupe d'âge à l'autre pour l'initiative des autres professionnels libéraux ;

- en revanche, si les plus jeunes sont plus favorables à une initiative venant des caisses d'AM, rien de vraiment net n'apparaît pour les mutuelles : dans tous les groupes d'âge, elles sont citées en cinquième ou sixième position ; de même, les assurances privées, citées en septième ou huitième position.

- Les médecins les plus jeunes pensent que ce partenariat serait valorisant aux yeux de leurs patients, tandis que pour les plus âgés, le secret médical est un enjeu plus fort, de même d'ailleurs que les problèmes de responsabilité. En revanche, ce sont les plus jeunes auxquels la transmission d'information pose le plus de problèmes.

L'étude des résultats régionaux :

Elle peut poser des problèmes de significativité ; néanmoins, on peut noter :

- dans les départements plus ruraux, les relations avec l'hôpital sont plus satisfaisantes que dans les trois autres ; proximité d'un CHR ou différences villes-campagnes dans les comportements de recours ?

- c'est dans le Val de Marne que la majorité des médecins ont connaissance d'expériences de coordination ; ils y participent pour la moitié d'entre eux.

- A Montpellier, à Lille et en Saône et Loire, où ils sont proportionnellement le moins impliqués dans des expériences, plus de 80% des généralistes pensent qu'une meilleure coordination contribue à une meilleure prise en charge des besoins de santé.

22 les réunions de professionnels

221 Professionnels médicaux, para-médicaux et sociaux : un partenariat, pourquoi ? Comment ? Avec qui ? Rencontres à Evry

Une dizaine de médecins généralistes, une dizaine de spécialistes ont été contactés. Sept généralistes avaient donné leur accord pour participer à la réunion, deux sont venus, un seul s'était désisté (la veille). Il avait initialement été envisagé de rassembler avec les généralistes des pédiatres et des psychiatres. Un pédiatre n'est pas venu ; les psychiatres ont participé, pour des raisons de disponibilité à la réunion du lendemain. La réunion de spécialistes

avait été plus difficile à organiser : refus des radiologues, indisponibilité du cardiologue, défection d'un chirurgien ; cependant, cinq sur six prévus sont venus.

L'organisation de réunions avec les professionnels sociaux a été extrêmement laborieuse : impossible de joindre les responsables de secteurs, les responsables des travailleuses familiales de la CAF -les médecins venus aux réunions ont de même signalé qu'il leur était impossible de travailler avec des AS de secteur tant elles étaient difficiles à joindre, surchargées...-. Sont finalement venus : une AS chargée de la coordination des interventions pour l'Association HIV91 et le Directeur d'une association intervenant en toxicomanie.

Quant aux professionnels para-médicaux, sur les sept prévus, un seul n'est pas venu, mais une discussion préalable en début de réunion sur la finalité et l'utilité de ces réunions s'est soldée par le départ d'une kinésithérapeute. Ont donc participé quatre infirmières et un kinésithérapeute libéraux.

Les réunions n'ont ainsi jamais rassemblé les dix personnes espérées, mais peut-être était-ce préférable : la complexité des sujets évoqués et la particularité des situations que décrivaient les uns et les autres, même exemplaires, nécessitaient de prendre le temps d'en parler. Ce sujet n'est pas courant, rares sont les professionnels qui ont vraiment réfléchi sur les tenants et les aboutissants de leur expérience. L'absence de la plupart des médecins généralistes pose néanmoins problème ; elle sera compensée par une autre réunion et l'exploitation du questionnaire.

Dans le domaine de la coordination des interventions, les propos restent parcellaires et éparpillés, voire contradictoires chez un même intervenant. On va le voir, les réflexions les plus globales émanaient en fait des professionnels sociaux, pour autant qu'ils sont contraints de mieux formaliser à la fois leur demande et leur mode d'intervention avec les professionnels de santé.

Description rapide des réunions

1 La coordination des soins aujourd'hui, pourquoi ? Dans quel contexte d'exercice professionnel ? Quels professionnels se rencontrent ou ne se rencontrent pas : voyage au pays de la concurrence, c'est à dire de l'isolement.

Généralistes, spécialistes et autres intervenants, tous décrivent sans fard une guerre des tranchées où se mêlent "l'irresponsabilité" et la concurrence. Au point que, dans un contexte économique tendu, compétence et service rendu aux malades sont mis en cause :

- avec l'hôpital, la transmission d'information est exécration (délais) : *lorsque le médecin hospitalier a signé une lettre il considère que sa responsabilité est dégagee* (médecins généralistes),

- le problème majeur : *la situation économique "catastrophique" des généralistes* : par exemple, ils n'adressent pas leurs malades aux spécialistes, *avec les nouveaux psychotropes, ils soignent eux-mêmes les dépressions,*
- si, pour des spécialistes de seconde ligne, les choses sont plus claires, chaque spécialiste a son domaine de compétence, en revanche, les règles du jeu sont drastiques : le flux de clientèle qu'apporte le réseau confraternel se tarit si le spécialiste prescrit, met en cause la demande d'examens complémentaires ; à l'autre bout de la chaîne, les médecins généralistes considèrent que *le spécialiste ne joue pas son rôle de consultant,*
- médecine générale, globale, spécialisée, hyper-spécialisée ? qui fait quoi ? Les médecins généralistes considèrent que *les services hospitaliers reconvoquent abusivement les malades pour des contrôles, des suivis qui peuvent être faits par le médecin traitant -parfois à des fins épidémiologiques ;* problème spécifique de la région parisienne ?-
- les spécialistes se demandent s'il ne faudrait pas, en ville, *installer des médecins internistes : plus que des généralistes, des "super-spécialistes".* Mais que veut-dire "faire de la médecine globale ?" Les psychiatres soulignent que dans un contexte d'hyperspécialisation, *il n'y a plus de malades, il n'y a que des organes malades ;* dans ce contexte, la question n'est pas tant de vouloir résoudre les problèmes dans leur globalité : *le découpage du fonctionnement humain ne laisse plus de place à la symptomatologie, à la recherche des causes ; les usagers de la santé sont en situation de déconnection.*

Dans ce contexte, quelle appréciation porter sur les "réseaux naturels" ?

- Chaque médecin a son réseau. La chose est entendue, affirmée et réaffirmée par chaque intervenant ; mais la concurrence transforme les partenaires et impose le partage de territoire des savoirs, des techniques, et des corps malades-, de clientèle ?
- *l'activité du médecin est avant tout individuelle* : ceci signifie que chaque médecin considère qu'il est au centre de son propre réseau.

Certains participent ou ont participé à des expériences et des coordinations des intervenants :

- Les structures d'HAD s'imposent aux infirmières ; dans un contexte de technicisation des soins de ville et d'"externalisation" des soins hospitaliers, les IDE libérales ressentent violemment la concurrence avec les services d'HAD, semble-t-il très actifs dans l'Essonne : les soins infirmiers sont-ils vraiment faits par des IDE - ou des aides soignantes moins bien rémunérées ?-; les services d'HAD ont un budget pour financer le matériel qu'en exercice libéral elles doivent fournir et qui est inclus dans le prix de l'acte ; la filière hôpital-ville se traduit par une dépersonnalisation du service *-ce n'est pas toujours la même personne qui vient-* pour autant, *les interventions ne sont pas coordonnées et les malades peuvent rester plusieurs heures sans personne.*

Les kinésithérapeutes gardent vis à vis de l'HAD une plus grande indépendance : leurs rémunérations ne sont pas incluses dans le forfait.

- Les travailleurs sociaux rencontrés, respectivement la personne coordinatrice d'une Association de prise en charge des malades du SIDA (orientation à la sortie de l'hôpital) et le Directeur d'une association de prévention et suivi des toxicomanes étaient de fait engagés dans le partenariat, sur des thèmes particuliers, mais impliquant tour à tour tous les professionnels de santé. Leur expérience témoigne à la fois de la difficulté d'impliquer des professionnels (l'identification des partenaires est difficile, verticalité et cloisonnement de la prise en charge, il est souvent difficile d'aller au-delà d'un carnet d'adresses ; discussions interminables avec des médecins refusant de prendre en charge un toxicomane SDF touchant des allocations dans le département voisin ; pour le SIDA, l'hôpital s'est rendu compte qu'il ne savait pas gérer, de *la main mise du corps médical sur des problèmes de société ou des comportements plus larges que la seule dépendance au produit* (s'ils se développent, les programmes de programmes de substitution seront gérés par les médecins : crainte de la "récupération").

2 - Des réseaux de soins ? Pourquoi pas ? Mais dans quels domaines ? Et pour qui ? Des réseaux de prise en charge : à l'initiative de qui ?

Si pour les médecins généralistes, *la coordination des soins fait partie des nouvelles activités*, si les infirmières se rendent compte *des avantages de se regrouper*, si pour les travailleurs sociaux *le partenariat est la base de l'activité*, si tous ont leurs réseaux ... envisager des réseaux entre acteurs, plus formalisés que ce qui existe, est-ce possible et comment ?

Le concept restait délibérément flou ; l'objectif des réunions étant de permettre aux professionnels réunis d'exprimer quelques envies, les solutions dont on rêve, leurs indifférences ou des refus certains.

Pour tous, étrangement unanimes, l'organisation de partenariats ne doit privilégier ni un domaine, ni une pathologie, ni une population.

- les médecins généralistes : *la coordination c'est pour tout le monde,*
- les médecins spécialistes : *il n'y a pas un domaine privilégié,*
- les infirmières et kinésithérapeute : *coordination autour de pathologies non : plutôt des petites structures polyvalentes,*
- les sociaux : *il faut partir sans champ d'intervention a priori; l'important est de définir une méthode qui permette au malade de se réapproprier la démarche de soins.*

Cette unanimité est d'autant plus étrange que si l'on peut rencontrer dans ce pays nombre d'expériences, d'associations, de formes diverses de mises en commun de compétences, aucune n'a aujourd'hui pris la forme d'un réseau général de prise en charge des besoins de santé de la population.

Preuve que l'on était bien dans le rêve ? Ou signe qu'il ne faut négliger aucune porte de sortie d'une situation aujourd'hui bien bloquée ?

Pas de domaines, mais des aires géographiques : la dimension locale, communale semble pour tous privilégiée.

Les organisations partenariales devraient-elles se développer à l'initiative des communes ou collectivités locales ?

- par l'information dont elles disposent, les caisses semblent bien placées ; *elles seules peuvent fournir l'information nécessaire à la coordination* : elles ont le devoir de restituer; pour les médecins généralistes, ce n'est en revanche le rôle ni de l'Etat, ni des collectivités locales ; quant aux mutuelles et assurances : *qu'elles fassent des propositions !*

- pour les spécialistes, *une organisation plus formelle devrait être maîtrisée par les médecins, et surtout ne pas leur être imposée.*

- les paramédicaux veulent garder l'initiative (contre l'HAD), reconnaissent que *l'obligation d'avoir un cabinet en ville permet des interventions plus structurées nécessaires pour prendre en charge des malades lourds* ; ils envisagent une initiative municipale organisant la représentation de chaque profession.

- pour les sociaux enfin, tous devraient trouver leur place dans de telles structures : *l'initiative de la coordination : c'est un état d'esprit.*

Avec cette question du "champ" possible des partenariats émergent les écarts entre le souhaitable et le possible : alors que les expériences connues portent sur des domaines particuliers, les professionnels réfutent l'hypothèse et n'envisagent que l'ensemble du champ de la santé, voire même le médico-social ; et si l'on retient l'idée d'initiatives professionnelles, elles risquent bien, comme aujourd'hui, de porter sur des questions de santé spécialisées ou des populations spécifiques. Enfin, dès lors que l'on envisage des partenaires extérieurs : collectivités locales ou caisses, ce devrait-être sans contrainte mais partenaire à part entière.

Certains ont déjà fait des tentatives.

Lorsque, un projet s'engage, quelle que soit son ambition, comment répond-il aux difficultés propres d'une profession ? Ce n'est pas son rôle ? Mais comment alors penser que les professionnels y auront le moindre intérêt ? Que ce soit en refusant de participer à cette réunion, en en partant prématurément, ou dans les propos tenus, les professionnels para-médicaux libéraux se sont tous situés ainsi : *"le réseau SIDA, j'y suis allé, j'ai fait la formation, personne ne m'a envoyé de malade"* : *"participer à cette réunion, je ne vois pas ce que ça m'apporterait, je perdrais mon temps"*.

Les initiatives de coordination par des professionnels butent sur des obstacles existentiels : *quelle identité donner à une telle initiative ? Ne pas trouver un langage commun entre médecins généralistes et psychiatres a été fatal à l'expérience.*

Du rêve à la réalité, le chemin est donc encore long.

Ici et là, dans les débats, émerge l'idée d'intervenants extérieurs et les conditions d'un partenariat viable. Simultanément, les réticences se font plus nettes et les points de non retour plus évidents.

3 - Malades, patients, bénéficiaires, usagers ; partenaires ?

Sociaux et para-médicaux soulignent que dans le système actuel, *on ne peut que répondre "dans l'urgence"* : le toxicomane joue des prises en charge cloisonnées et verticales ou bien, il est "paumé", la personne âgée devient dépendante : les utopies sont parsemées de plus de prévention, de visée de long terme, de fluidité entre les acteurs.

Des réseaux : est-ce plus de clientèle ? Pour les médecins spécialistes, rien n'est moins sûr ; probablement la demande sera-t-elle enrichie, le travail sera plus attractif. Mais comment responsabiliser les patients ? S'intéresser à eux autrement que du côté des techniques ? Les médecins généralistes considèrent que *pour une partie des clients, la population qui sait gérer sa santé, point n'est besoin de réseau. Pour les autres, oui: un système d'éducation, suscitant la demande de prévention secondaire.*

Et la contradiction pourrait être : *comment "ne pas les prendre dans un maillage trop serré" ?* Tout en assurant la continuité des prises en charge et des interventions ?

4 - Des réseaux de partenaires ? Dans quelles conditions ? Et la rémunération ?

Du côté des conditions d'exercice, quelques mots clefs.

La coordination, c'est du temps : les généralistes soulignent que *la rémunération du médecin est faite "comme si tout le temps se passait en contact avec le client"* ; les spécialistes évoquent tour à tour le tiers temps du médecin du travail, et les médecins du centre de santé pour lesquels *"dans le temps de travail est prévu la synthèse"*.

Le paiement à l'acte serait-il en cause ? Oui, du côté des généralistes : *"le paiement à l'acte n'est plus raisonnable : il faut rémunérer le contenu de la consultation tout en maintenant le libre choix"*, libre choix que ne permet pas bien sûr, pour les infirmières, le système de l'HAD, qui en outre les prive de l'indépendance d'exercice qu'offrent l'intervention sur prescription et le paiement à l'acte.

De cette série de messages, somme toute relativement classiques, deux lectures sont possibles :

- considérer que du côté des professionnels de santé, il n'y a rien de nouveau sous le soleil ; malgré les difficultés, l'attachement à l'exercice libéral est le plus fort, y renoncer serait vécu comme mortel par les professionnels ;
- pousser plus loin l'apparente contradiction en cherchant quelles contraintes sont prêts à accepter les professionnels en contrepartie du partenariat.

5 - Des réseaux comment ? Transmission d'information et secret médical ou professionnel ?

Finalement, quel va être l'objet du réseau ? et le domaine de la coordination ? La réponse à ces questions conditionne largement le projet que chacun forme -ou non- dans son esprit ; certains l'ont parfois déjà couché sur le papier "*dans un soir de délire*". ?

Les informations que l'on peut se transmettre : c'est selon ce que l'on détient et la place que l'on a dans le réseau.

Les médecins, posent le diagnostic et décident ou surveillent le traitement Pour les spécialistes, *le secret n'est pas un aspect rédhibitoire* ; et effectivement, les paramédicaux, amenés à prendre en charge des malades relativement lourds, racontent qu'ils n'hésitent pas à appeler le médecin pour connaître le diagnostic ou les éléments d'histoire de la maladie du patient. Cette information-là n'appartient pas au malade.

En revanche, dans les structures d'HAD, lorsque plusieurs intervenants sont sollicités, le "dossier de liaison" retrace les divers moments de prise en charge : les actes effectués, les examens complémentaires. Ce dossier est au domicile accessible au patient et à sa famille.

Pour les travailleurs sociaux, la situation est tout à fait différente : le secret professionnel comporte des éléments de la vie du patient, éventuellement certains aspects pathologiques (la séropositivité) ; mais le travailleur social joue "franc" avec l'usager : il l'informe des contacts pris, discute des informations qu'il transmet "*si on touche à la vie privée d'une personne, on n'en parle que si elle est d'accord*". *On ne transmet pas un dossier : la réappropriation de la démarche est à cette condition.*

Enfin, soulignent les médecins généralistes, *tout n'est pas transmissible* ; la relation avec un malade c'est une histoire, les éléments qui permettent de faire un diagnostic ou un pronostic peuvent s'enraciner plus loin que des examens complémentaires.

D'ailleurs, sur quoi échange-t-on dans une pratique de groupe ? *En dix ans de pratique de groupe, les échanges ont finalement porté sur des situations, des thèmes plutôt que des malades* : particularités de la coordination ou contraintes de la clientèle ?

Dès lors quelques schémas, des idées des utopies émergent. Les uns ont fait des tentatives, les autres ont réfléchi et posé les principes d'une démarche, d'autres enfin, ont rêvé.

6 - Conclusion d'expériences et hypothèses

Pour les psychiatres : l'organisation d'un groupe de médecins généralistes et de psychiatres s'est heurtée à l'absence de langage commun et d'une identité du projet. Condition d'avenir pour d'autres : *Les réseaux doivent se faire autour de ce qui existe, mais garantir la liberté de choix, permettre de diriger le patient. Un réseau doit être une structure où les médecins vont spontanément : un réseau pourquoi pas, mais sans contrainte.* Les médecins ne voudraient-ils renoncer à rien ?

Les professionnels sociaux précisent *les conditions du partenariat*. Elles sont au nombre de trois principales :

1 que chaque intervenant puisse identifier son domaine d'intervention,

2 disposer d'une grande souplesse : le travail partenarial est intrusif, il suppose d'être très disponible et d'accepter les remises en cause,

3 rechercher les complémentarités de compétence : connaître et identifier les interlocuteurs ; ne pas se substituer à eux.

Mais comme le précisent nos interlocuteurs enfin : *que les associations développent le travail en partenariat avec les professionnels de santé implique que les services médicaux travaillent ensemble !*

Pour les professionnels para-médicaux, il semble évident que leurs professions évolueront vers des structures plus complètes ; que le métier de l'infirmière libérale ou du kinésithérapeute demain ne peut rester isolé : trop technique, des prises en charge trop contraignantes, le relais d'autres intervenants est nécessaire. Alors, a minima, envisage-t-on *des centres, ouverts à tous, donnant une réponse rapide : un numéro de téléphone unique.*

Ce besoin prend plus complètement forme dans l'idée d'un "super-secrétariat médico-social" : une sorte de carrefour vivant, point de rencontre des prises en charges médicales et sociales. Proposé par les médecins généralistes, ce super secrétariat aurait à la fois *une fonction d'organisation et d'aiguillage*. Piloté -et financé ?- par la commune, il garantirait aux citoyens une réponse rapide (gardes et urgences assurées). Mais les professionnels conservent indépendance, clientèle, rémunération et activité autonome.

Poussant plus loin, ils s'interrogent aussi : disposer de temps (rémunération d'un tiers temps de coordination) à *condition de limiter le niveau d'activité*. Les règles du jeu avec les spécialistes sont redéfinies (un rôle de consultant). Ce schéma a aussi une géographie locale ; mais les médecins y sont beaucoup plus actifs. Le partenariat est avant tout un état d'esprit ; il importe moins de créer des structures que de faire circuler de l'information, à visée professionnelle ou épidémiologique : bref; éviter le modèle trop structuré :

Deux projets de réseau se défendent : soit on organise un secrétariat médico-social, soit on partage et fait circuler intensivement de l'information.

Quels écueils et quelle stratégie ? : Dr Partenaire et Mister Système

Conclusions de ces rencontres ?

Au-delà des aspects professionnels particuliers, liés aux évolutions particulières des métiers, **des questions sur l'exercice libéral traversent toutes les interventions :**

- **aucun n'envisage de le remettre en cause**, d'évoluer vers des formes d'exercice salarié, par exemple : le statut libéral, c'est avant tout l'indépendance ;
- **mais les contraintes d'organisation de l'activité** et surtout la relation temps argent- **qu'il impose sont considérables** : la question est donc de savoir comment introduire cette souplesse nécessaire au travail partenarial qu'est le temps de l'échange, de l'information, de la concertation ? Des réponses sont multiples : soit faire prendre en charge par une structure extérieure une partie du travail d'organisation - le super-secrétariat médico-social-, soit limiter arbitrairement le niveau d'activité et rémunérer autrement le travail.
- enfin, tous les professionnels rencontrés partagent l'idée que le partenariat est une révolution culturelle qui suppose un autre état d'esprit. Mais si les partenaires peuvent donner des règles de fonctionnement et des principes d'organisation, il n'est pas question d'en faire un système : **les professionnels indépendants redoutent avant tout qu'on leur propose -et bientôt leur impose ?- un système, définissant conditions de rémunération et de travail.**

Quelles relations de partenariats entre acteurs indépendants peut-on proposer ? Tel pourrait être à l'issue de ces réunions l'état de la question. Et la question subsidiaire serait la suivante : des partenaires indépendants, peuvent-ils avoir un projet commun avec des objectifs, des intérêts et des moyens spécifiques, reconnus de part et d'autre ?

Très centrées sur les conditions de l'exercice libéral, les rencontres d'Avignon ont largement confirmé ces propos.

222 Médecins généralistes, médecins spécialistes : des réseaux informels au partenariat ; pourquoi, comment ? Rencontres en Avignon

La réunion à Avignon a rassemblé 8 médecins: généraliste (1) et spécialistes (7 dont un radiologue, un chirurgien, un gynécologue obstétricien, une psychiatre, un pédiatre, un gériatrie, un pneumologue): l'organisation de deux réunions s'est heurtée à des difficultés pratiques (organiser deux réunions fin juin, période

particulièrement chargée), et à celle de mobiliser un nombre important de médecins sur un thème malgré tout difficile. La rencontre des médecins généralistes et spécialistes pouvait permettre de mettre la coordination des médecins à l'épreuve de la confrontation. En fait, la qualité des relations personnelles et professionnelles entre les participants explique sans doute que la confrontation n'a pas véritablement eu lieu ; autre élément d'explication, les spécialistes présents étaient majoritairement des médecins de première ligne.

La réunion a été menée autour des mêmes thèmes que précédemment : quel bilan peut-on faire des relations de coordination aujourd'hui ? D'autres solutions, plus institutionnalisées sont-elles connues ? Peut-on en tirer des leçons pour l'avenir, et quels souhaits formuler ? Enfin, quels seraient les souhaits ou les utopies des médecins présents, ainsi que les limites, voire les conditions inacceptables ?

1 - La coordination aujourd'hui

Il n'est pas un médecin en France aujourd'hui qui dirait ne pas travailler en collaboration avec ses confrères, collaboration entendue comme une coordination : *"On connaît les gens, on travaille avec eux : ça peut fonctionner"* (pédiatre).

Il y a deux types de spécialistes : les consultants, avec lesquels, la communication est parfaite et les non consultants". "En exercice libéral, on a le choix de son consultant ; à l'hôpital, non" (médecin généraliste). Pour le consultant -radiologue- "dans la majorité des cas ça va vite et bien, parfois, ça flotte ".

Comme le précise le médecin généraliste, *"le malade accepte le recours au spécialiste"*, d'ailleurs, indique le pneumologue, *"les médecins généralistes qui ont une grosse clientèle envoient mieux leurs malades"*, en effet, confirme le médecin généraliste : *"en cas de surcharge, on se décharge sur les confrères ; d'ailleurs, dans le cas contraire, les malades sont sensibles à l'appréhension et à la jalousie du généraliste " qui veut garder ses patients.*

Pourtant, évidemment, il y a le revers de la médaille "naturelle" *"On pourrait mieux communiquer, quitte à se rencontrer ; la coordination est fragmentaire, élastique "* et encore : *"prendre un avis, ce n'est pas dans la mentalité latine, mais si on ne répond pas, il y a sanction économique.* (pédiatre). D'ailleurs, *"le paiement direct peut être un obstacle : il y a un soupçon de compérage". "Pour les malades qui sont à 100%, il n'y a pas de problème en cas de référence à un autre médecin".*

La sanction économique, la contrainte financière, les racines du mal sont claires : *"la sanction économique est une raison pesante de l'isolement"*.

L'isolement ? : *"la raison en est le mode d'exercice"* (radiologue) ; *"Au début de l'exercice libéral, l'isolement, c'est stressant "* Isolement et cloisonnement : *"par rapport à d'autres professions "*.

Mais comment répondent les confrères libéraux spécialistes ? : *"Quand on demande un avis, on veut ne pas subir une humiliation, on veut pouvoir poser une question naïve"* (gériatrie) et ce serait plus facile dans le cadre hospitalier. Quant aux autres professions, ou aux autres spécialités, médecins légistes, assistantes sociales par exemple, *"ils connaissent les aspects indiqués ; le cloisonnement est pesant "*.

2 - Des expériences, déjà ?

D'emblée, les participants s'interrogent sur les possibilités d'organisations exclusivement libérales ; *"la contrainte financière est terrible : on ne peut plus fonctionner en libéral ; "pour ATD-quart monde, une infirmière diplômée d'Etat est l'âme du système : c'est le prix de la gestion ; la disponibilité du médecin est insuffisante "*.

Y a-t-il des activités qui ne peuvent pas être menées en libéral ? *Le problème de l'institutionnalisation n'est pas son contenu mais son coût : le secteur libéral a vocation à être rentable ; quand une activité devient déficitaire, on ne peut plus l'assurer "* (pédiatre). Ainsi, face à un besoin de santé, *"le secteur libéral ne peut répondre que si c'est rentable "*. Mais pourrait-on dire alors que le secteur libéral perd des parts de marché ? *"Certaines parts de marché ont déjà été rétrocédées : l'urgence ou les soins de fin de vie "* (médecin généraliste).

Au fil de la discussion, il apparaît que plusieurs médecins présents ont à la fois le désir et l'initiative d'organisations plus formalisées pour des prises en charge complexes : les enfants trisomiques ou atteints de mucoviscidose, les RMIstes ; dans toutes ces expériences, d'après l'évocation qui en est faite, le temps consacré par les médecins paraît relativement important, mais les blocages institutionnels habituels surgissent (coordination entre les institutions ou les payeurs sanitaires et sociaux, prise en compte des problèmes de santé dans leur globalité...).

3 Et pour l'avenir ? Que peut-on envisager ?

Pour faire face à un besoin de santé particulier aujourd'hui, animer un partenariat est difficile, mais efficace : *"le problème de la santé est un problème global, il ne peut être pris de façon individuelle "*. Ce pédiatre se dit *"prêt à toutes les solutions"*.

Plusieurs hypothèses sont faites : *"Les professionnels libéraux veulent gérer des structures plus lourdes"* (pédiatre), *"des regroupements de médecins permettraient de prendre en charge des pathologies de plus en plus lourdes"* (pneumologue)

En effet, si on envisage un groupe de médecins assez important: *" la communication est plus facile, l'assistance de professionnels non médicaux est possible, y passer d'un spécialiste à l'autre est dédramatisé : de telles structures ne sont pas seulement économiquement justifiées (médecin généraliste).*

Le problème de la rémunération est central : *"je suis prêt à toutes les solutions, je ne tiens pas au paiement à l'acte, mais le problème du niveau de rémunération du médecin doit être posé" (pédiatre). "Si l'on envisage un système de capitation, il concerne le médecin généraliste. Mais cela pose le problème de l'équilibre de la structure médicale : il y a 17 dermatologues à Londres et 17 à Avignon. Il faudrait 30 ans pour refaire un système médical équilibré" (médecin généraliste).*

Quels systèmes ou dispositions seraient alors inacceptables ?

Les HMO américains sont rejetés : la fin de la liberté, la contrainte ... Ils sont pourtant très mal connus : c'est une question d'image.

Les médecins présents soulignent que *"le critère de choix d'un médecin ne doit pas être économique", "le patient doit garder la liberté de choisir son médecin et le médecin de pouvoir dire non à un malade".*

En ce qui concerne le dossier médical : *"la capitation pose le problème du dossier médical" (pediatre) ; "le problème est technologique : très rapidement, la carte santé du patient servira de moyen de paiement ; la question est de savoir quelles informations médicales y seront portées : pour l'essentiel de l'activité médicale, il y aura un codage".*

"En tout état de cause, il faudra pouvoir garder la discussion avec le patient", "certaines informations ne doivent pas pouvoir être données à l'insu du malade". (pédiatre).

Conclusion

On pourrait considérer que ces échanges d'Avignon sont restés centrés sur un bilan contradictoire de la coordination aujourd'hui ; l'ouverture sur des solutions ou des hypothèses d'avenir restant plus difficile ? Pourtant, par leur cheminement, la "maturation" du débat, ils sont tout à fait caractéristiques et, nous a-t-il semblé, assez représentatifs de ce que l'on peut rencontrer ailleurs :

- les médecins ne sont pas habitués à réfléchir ensemble sur l'organisation de leur activité, hors peut être de certains cercles d'études ou syndicaux ; encore moins sur les questions de coordination;
- et si, d'emblée, ils affirment haut et clair que la coordination fait partie de l'exercice normal de la médecine, l'analyse montre que l'isolement et la contrainte économique pèsent lourdement ;

- si l'on entre plus avant dans les difficultés, on dépasse ce que l'on pourrait appeler la langue de bois confraternelle ; par les expressions, les images voire les hypothèses envisagées, la réunion à Avignon a été de ce point de vue très éclairante ;
- au fil de la discussion, et nous avons pu le constater à plusieurs reprises, l'évocation d'expériences et de tentatives auxquelles ont participé les uns et les autres se fait plus fréquente ; la critique se nourrit lentement, très lentement : comme si les souvenirs remontaient et surtout comme si ces tentatives obtenaient enfin le droit de cité qu'ils n'espéraient plus leur donner ;
- c'est alors, seulement, que l'on peut envisager un saut dans le futur ! Et ce saut est peut-être le privilège de ceux qui ont déjà tenté une forme d'institutionnalisation ; ce qui expliquerait qu'il n'y ait que deux des participants qui se soient impliqués dans le débat jusqu'au bout

3 Discussion et analyse

31 Quelques thèmes transversaux :

Quatre thèmes seront repris à travers les analyses qualitatives et l'enquête auprès des généralistes :

- Les modes de rémunération

L'évolution des modes de rémunération était citée comme facteur d'évolution majeur de l'exercice des médecins généralistes (un tiers le plaçait en première ou seconde position) ; parmi ceux-ci, 48% participeraient à une organisation coordonnée à condition du paiement à l'acte et 40 % souhaiteraient un système de capitation ou de salariat (conditions non exclusives).

Parmi les médecins souhaitant un système de salariat ou de capitation, 80% pensent qu'une organisation coordonnée des soins peut être le cadre d'un financement mieux adapté à la continuité des prises en charge. Ils représentent un quart de l'effectif global. Mais sur l'ensemble de ceux qui pensent qu'une organisation coordonnée des soins peut être le cadre d'un financement mieux adapté à la continuité des prises en charge, plus de la moitié souhaitent conserver le paiement à l'acte.

On note ainsi une bonne acceptation de modes de rémunération autres que le paiement à l'acte ; néanmoins, celui-ci n'apparaît pas comme un obstacle majeur à la continuité des prises en charge : il continuerait de marquer très fortement la relation indépendante et volontaire avec le malade ; il pourrait néanmoins être un obstacle à la décision du médecin si la charge financière devenant trop lourde pour le malade "il y a soupçon de compérage". Mais dès lors que le malade est à 100%, aucun problème. A 100% sans avance de frais ?

En fait, si le paiement à l'acte est remis en cause, c'est plutôt parce qu'il ne correspond pas au véritable travail du médecin : "comme si le médecin passait 100% de son temps avec le malade" ; on se heurte là bien sûr, immédiatement, au problème récurrent du financement de la coordination.

L'idée que le paiement à l'acte fragmente de fait la prise en charge n'a jamais affleuré dans les propos tenus, au point que 43% des médecins généralistes souhaitent que les médecins libéraux soient à l'initiative de la coordination professionnelle et pensent que le paiement à l'acte est compatible avec une prise en charge coordonnée avec des professionnels sociaux.

- La concurrence

86 médecins généralistes (57,7%) ont considéré que la concurrence n'était qu'un facteur secondaire d'évolution de leur exercice (cité en 4,5, ou 6ème position) ; parmi ceux-ci, 45% ne pensent pas qu'une organisation coordonnée des soins permettrait d'accroître leur recrutement ou de fidéliser la clientèle (26% de l'effectif global), et 56% ne voient pas dans la concurrence un obstacle à une organisation coordonnée des soins.

L'appréciation de la concurrence, à travers les enquêtes auprès des généralistes et à travers les réunions, est contrastée. D'un site à l'autre d'ailleurs, des différences sont notables. Ces écarts peuvent indiquer des différences réelles mais aussi une plus ou moins grande retenue vis à vis d'un thème encore tabou dans les relations confraternelles.

- L'isolement :

80% des médecins généralistes pensent que le partenariat offre des chances de travail en équipe alors que pour 20% seulement, le mode d'exercice (solitaire ou en groupe) est retenu comme facteur d'évolution majeur. Toutefois, l'importance accordée au mode d'exercice n'est pas significativement différente selon le mode d'exercice actuel des médecins généralistes. En effet dans les rencontres avec les médecins, et surtout à Avignon, l'isolement revenait comme une difficulté majeure, et celui-ci n'était pas un effet de l'exercice isolé mais une conséquence directe du statut libéral : conséquence de la liberté économique, de l'organisation du temps, des choix de pratique professionnelle. L'isolement serait-il, dans les conditions actuelles de l'exercice libéral, la lourde rançon de l'indépendance ?

- L'information et le secret :

Concernant le difficile sujet de l'information et du secret médical, traditionnellement avancés comme les principaux obstacles à la coordination professionnelle, les positions sont moins figées que l'on aurait pu s'y attendre : bien sûr, la coordination des soins pose des problèmes de transmission de l'information (68,5%) et une organisation coordonnée se heurte aux problèmes de confidentialité et de secret médical ; mais au cours des réunions, les médecins indiquaient plutôt que le secret. "ce n'est pas le problème"; les professionnels para-

médicaux relaient qu'ils n'avaient pas de problème d'échange d'information avec les médecins, ce qui est confirmé par les réponses au questionnaire où les médecins généralistes indiquent qu'ils sont prêts à transmettre les éléments du dossier aux professionnels concernés. L'aspect peut être nouveau de ces enquêtes serait la place donnée au patient dans ces échanges d'informations : ne pas communiquer des informations qui "appartiennent" au malade ; avoir son accord ... Les médecins et les professionnels du système de santé auraient-ils intégré que l'information est la propriété du malade, qu'il doit pouvoir consulter son dossier ? Cet élément pourrait être rapproché de l'importance accordée à "un malade mieux responsabilisé, moins passif" ... Elle est peut-être aussi le signe d'une évolution profonde de la notion même de secret.

- L'initiative

Du partenariat, oui, mais par et pour les médecins libéraux et : "touche pas au paiement à l'acte" ; tel pourrait être le slogan qui se dégage de cette étude. En effet, que l'on se tourne vers les résultats de l'enquête auprès des généralistes ou que l'on écoute les professionnels dans les entretiens, la coordination professionnelle sera l'oeuvre des professionnels eux-mêmes. Certains s'aventurent à penser que, s'ils en avaient les moyens, l'Etat devrait impulser, les Caisses devraient tester Les organismes non professionnels les plus légitimes seraient les circonscriptions d'action sociale ; mais les financeurs complémentaires, mutuelles ou assurances, sont rejetés aux extrêmes du possible. Trois interprétations peuvent être avancées :

- d'une part, les professionnels libéraux rejettent toute hypothèse pouvant ressembler de près ou de loin aux interventions des compagnies d'assurances américaines ;

- d'autre part, la régulation du marché par les financeurs complémentaires est une hypothèse assez nouvelle en France ; leur légitimité reste à établir ;

- enfin, il ne faut pas négliger le constat d'une mauvaise image de la Mutualité, qui par les services de soins qu'elle gère, est en concurrence directe avec les professionnels libéraux.

32 Des idées nouvelles ?

Quelles seraient les idées de coordination professionnelle qui émergent de l'ensemble de ces enquêtes ? Trois essentiellement méritent d'être évoquées :

- le super-secrétariat médico-social : cette idée développée par des médecins généralistes est une réponse à l'isolement bien sur, mais aggravé par la dispersion géographique. L'idée serait de disposer d'un noyau, de nature administrative, financé par la commune ou tout autre volontaire, qui orienterait les personnes vers les professionnels pouvant le mieux répondre. Simple carnet d'adresses ou véritable outil de référence ? La question reste entière,

- le super-cabinet de groupe : réponse à l'isolement, mais à proximité géographique : le partage de ressources, de secrétariat, de technologies et peut être la circulation des clientèles d'un étage à l'autre. Cette proposition n'est pas très novatrice, puisque déjà des professionnels ont développé cette initiative, au point parfois de pouvoir y adjoindre des professionnels non médicaux (Clermont-Ferrand),

- moins ambitieuse mais répondant à un besoin réel serait l'idée de "faciliter les relations interprofessionnelles" : la coordination des soins, on l'a vu répond d'abord à un besoin professionnel : celui de rompre avec l'éclatement, casser la décision individuelle certes mais parfois dramatiquement isolée, s'autoriser l'incertitude, pouvoir poser des questions naïves. Tous ces aspects, qui frappent le jeune professionnel libéral ne pourraient-ils pas trouver un début de réponse avant même que ne soient envisagés de super-réseaux ?

annexe 4

Quelques schémas de coordination, pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes

1 Pour qui ?

- âge
- domicile / établissement
- dépendance

2 Pourquoi ? Objectifs

- maintien à domicile
- prévention de la dépendance
- qualité de vie

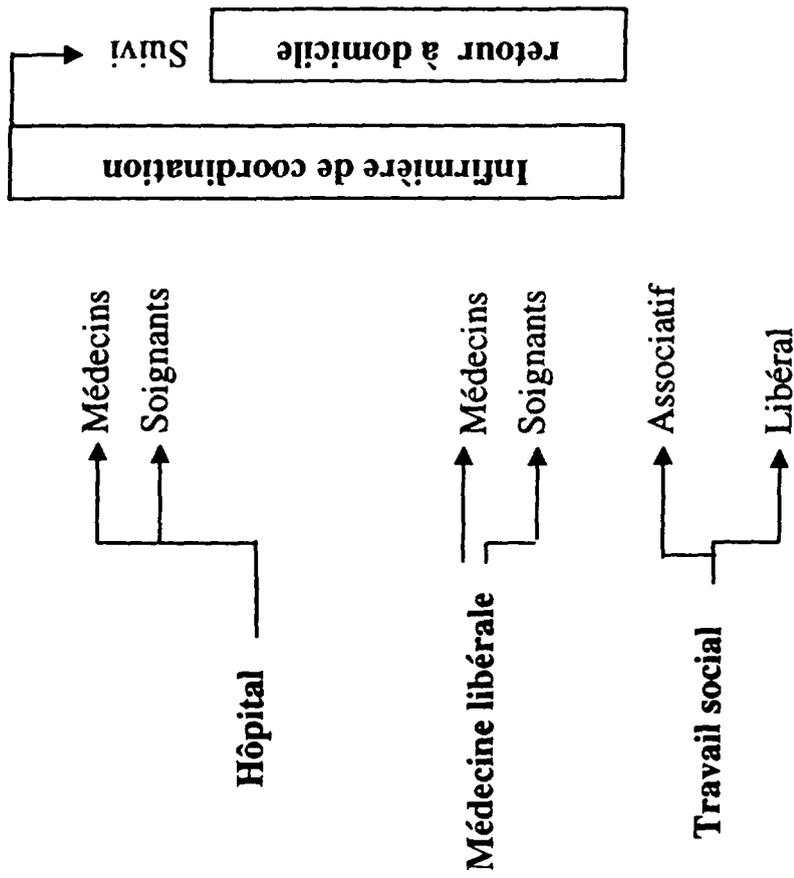
3 Avec qui ?

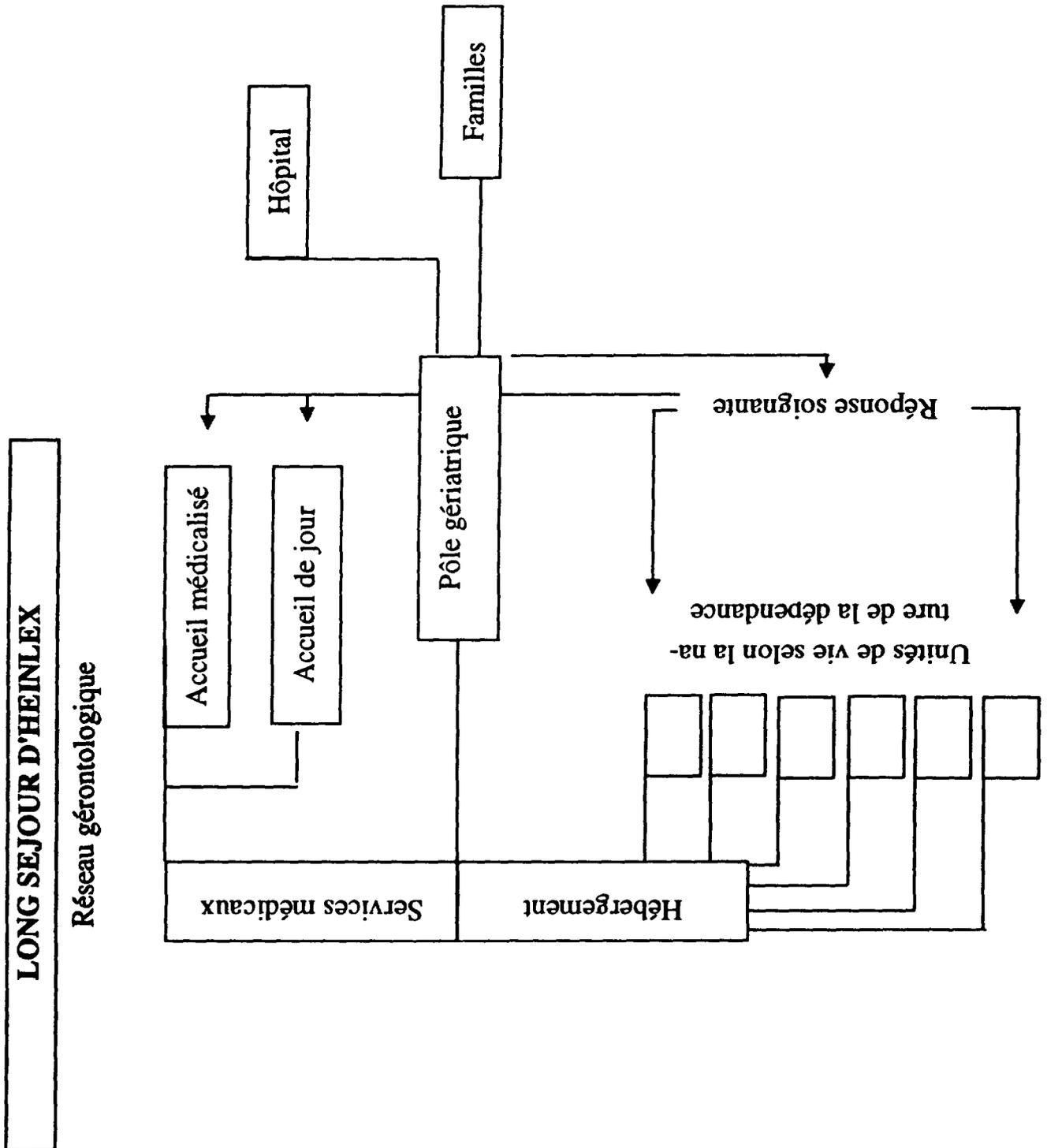
- les partenaires professionnels
- les associations
- les financements

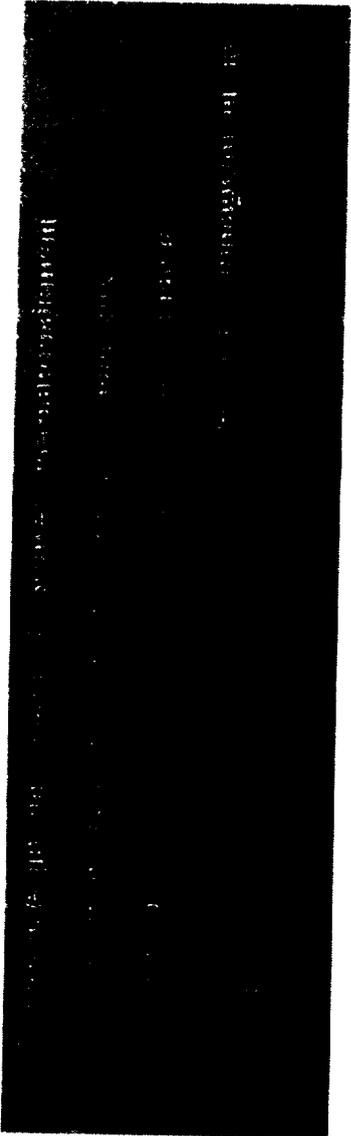
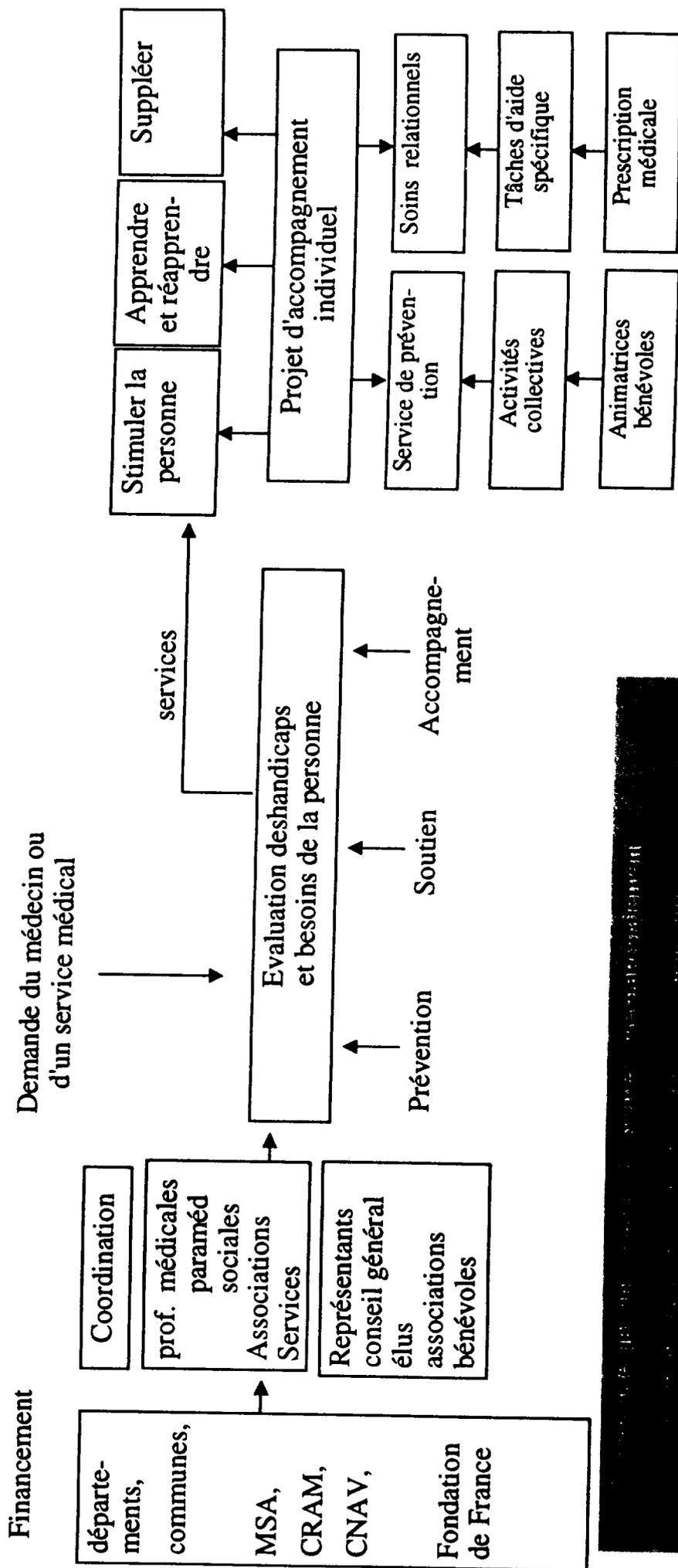
4 Comment ?

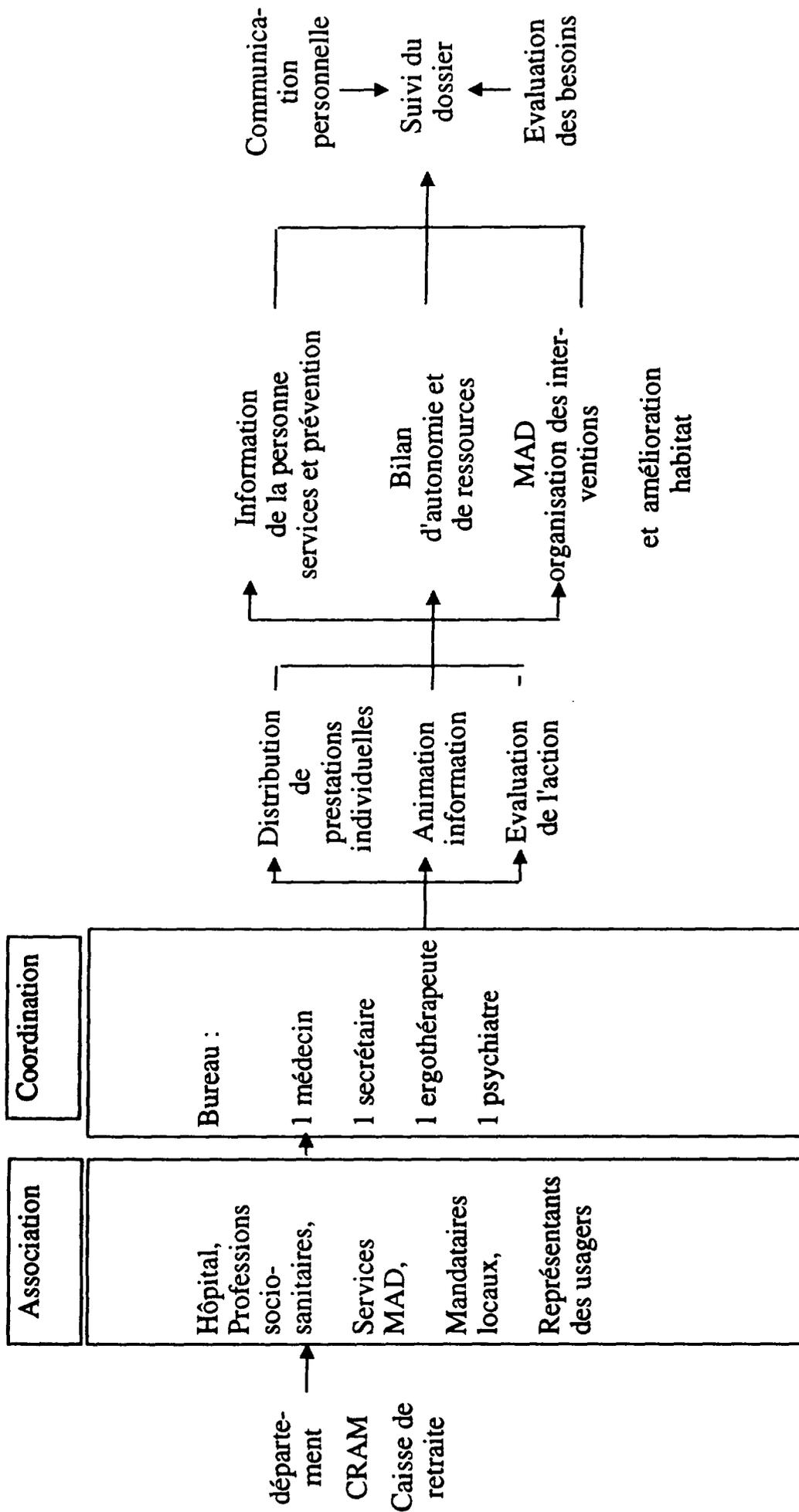
- mise en œuvre des "prescriptions"
- déroulement des actions et ??? individuels

5 A quel prix ?









annexe 5

**Le livre blanc des réseaux Ville-hôpital : Etats généraux des 18 et
19 juin 1994 : synthèse des propositions.**

Synthèse des Etats Généraux

-> 20 propositions pour avancer

Réunis dans des États Généraux des 18 et 19 Juin, les Réseaux publient ce LIVRE BLANC sur les problèmes qu'ils rencontrent sur le terrain dans la prise en charge des malades . Ces problèmes touchent tous leurs domaines d'intervention : coopération médicale, rapports ville-hôpital, soins à domicile, les toxicomanes, aspects sociaux, financement, coordination et bulletin.

1 -Les rapports Ville -Hôpital :

Proposition N°1 - Intégrer le travail dans les Réseaux dans la mesure de l'activité normale d'un service comme élément valorisant y compris budgétairement .

Proposition N°2 - Faire que pour une équipe hospitalière l'HAD ne soit pas la seule et unique solution d'alternative à l'hospitalisation classique . S'adresser au réseau pour toute autre solution libérale ou associative .

Proposition N°3 - Développer des études épidémiologique et les essais cliniques dans un partenariat ville-hôpital

2-La coopération médicale

Proposition N°4 - Faire que le principe du travail en binôme soit valorisé : proposer systématiquement à chaque patient, s'il n'en pas déjà un, un médecin traitant en ville . Et définir son rôle propre dans la prise en charge commune .

Proposition N°5 - Faire mieux circuler l'information médicale dans les deux sens : médecin de ville vers le service hospitalier et réciproquement. Développer les expériences de carnet de liaison et de dossier communs .

Proposition N°6 - Renouveler les formations en les adaptant aux nouvelles pratiques en réseau . Trouver et encourager de nouvelles formes d'échanges : réunions sur dossiers; réunions de consensus ; travail collectif de lecture de la presse médicale ou d'articles scientifiques.

3- Les soins à domiciles

Proposition N°7 - Faire qu'un membre d'un réseau qu'il soit dans une équipe hospitalière ou en ville, qu'il soit médecin ou non , intègre l'idée que le maintien d'un patient dans son environnement naturel, à son domicile, auprès de sa famille -dans la mesure où son état le lui permet - c'est lui donner plus de chances d'améliorer sa qualité de vie et donc ses soins globaux.

Proposition N°8 - Dire que les intervenants à domiciles sont multiples et variés et que la tâche du réseau est de les trouver, de les motiver, de les organiser, de les coordonner .

Proposition N°9 - Faire que le système libéral ou associatif ait des moyens suffisants pour travailler: en personnel, en formation, en frais de prise en charge, en matériel remboursé totalement .

Proposition N°10 - Mettre en place de façon définitive -après concertation avec les professionnels - un dispositif de récupération des déchets.

4-Les aspects sociaux

Proposition N°11 - Faire que soit rapidement donné aux réseaux qui en ont besoin : un budget d'aide sociale d'urgence et un poste de travailleur du social dont le profil soit être clarifié.

Proposition N°12 - Faire que se construise dans les collectivités et des organismes sociaux un véritable réseau social dont le réseau ville-hôpital est le pivot et le moteur.

Proposition N°13- Considérer comme une urgence absolue la mise en place de nouveaux logements sociaux, d'appartements de relais thérapeutiques, d'hébergement d'urgence.

5- Les questions de la toxicomanie

Proposition N°14 -Dans les zones de forte prévalence de toxicomanes , faire en sorte que les réseaux aient des moyens supplémentaires pour faire face aux besoins spécifiques des toxicomanes.

Proposition N° 15 -Faire en sorte que, s'il le souhaite, le médecin du réseau puisse utiliser la substitution comme outil thérapeutique dans un cadre légal et prévoir l'impérieuse nécessité d'utiliser la Méthadone en ville .

Proposition N° 16-Faire en sorte que soit reconnus et aider les groupes d'auto-support comme partenaires des réseaux dans les domaines de la prévention du VIH et de l'accompagnement des malades.

6-Le fonctionnement des réseaux

Proposition N° 17-Faire en sorte que le fonctionnement des réseaux sone de sa précarité et devienne pérenne. Publier un décret de reconnaissance de la place des réseaux dans le système de soins car la circulaire de juin 1991 est devenue désuète. Donner un budget de fonctionnement stable sur au moins 3 ans.

Proposition N° 18-Editer en partenariat Réseaux/Ministère un véritable bulletin qui soit le reflet de la richesse de la vie des réseaux sur le terrain.

Proposition N° 19 -Permettre et encourager pour les réseaux qui le souhaite le développement vers la polyvalence : Sida, toxicomanies, hépatites, tuberculose , handicap, dépendance en mettant en place une structure ministérielle généraliste et transversale d'évaluation et de financement.

Proposition N° 20 - Que soit reconnue la future Coordination Nationale qui se met en place progressivement dans II régions comme l'interlocuteur naturel et comme partenaire constructif.

