

Rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville

SOMMAIRE

* Lettre d'envoi à Mme la Ministre de l'emploi et de la solidarité
et à M. le Secrétaire d'Etat à la santé (p.3)

1ère partie : synthèse (p.5)

A. 2 principes (p.8)

I. Le principe de confiance (p.8)

1. La confiance en l'avenir de la profession médicale
2. La confiance entre confrères
3. La confiance entre praticiens et patients
4. La confiance entre les médecins, l'Etat et l'Assurance maladie

II. Le principe de régulation (p.15)

1. L'impératif de l'évaluation
2. L'essor des pratiques coopératives
3. Nouvelles fonctions et nouvelles modalités de rémunération
4. La régulation économique

B. 10 propositions (p.29)

1. Donner la priorité au développement de l'évaluation
2. Partager et fiabiliser les données médicales informatisées
3. Encourager les pratiques coopératives
4. Développer les nouvelles fonctions liées à la santé publique, la coordination, l'évaluation
5. Diversifier les modes de rémunération
6. Adapter la nomenclature des actes aux pratiques modernes de la médecine
7. Assurer une régulation économique simple et collective
8. Faire participer toutes les professions de santé aux politiques de régulation
9. Mieux maîtriser la démographie médicale, sur le plan géographique et sectoriel
10. Favoriser les expérimentations

2ème partie : comptes-rendus des groupes de travail (p.33)

1. Groupe sur la participation des médecins de ville aux politiques de santé publique (p.35)
2. Groupe sur le partage de l'information (p.51)
3. Groupe sur l'avenir des Unions régionales de médecins libéraux (p.69)
4. Groupe sur la régulation des dépenses de ville et les modes de rémunération (p.75)

* Annexe : lettre de mission du 10 février 1998 (p.85)

**Section du rapport
et des études**

**Le Rapporteur
Général**

Madame la Ministre,
Monsieur le Secrétaire d'Etat,

Par lettre du 10 février 1998, vous m'avez chargé d'une mission de "concertation approfondie" avec les organisations représentatives des médecins et internes ainsi qu'avec les représentants des caisses de Sécurité sociale sur l'avenir de la médecine de ville. Par la suite, des représentants des autres professions de santé se sont joints au processus de concertation.

Vous avez souhaité que quatre groupes de travail soient formés autour des thèmes suivants : l'avenir des unions régionales de médecins libéraux, le partage de l'information, la participation des médecins libéraux aux politiques de santé publique ainsi que la régulation des dépenses de médecine de ville et les modes de rémunération des médecins.

Ces groupes ont été animés respectivement par M. le Professeur Ménard, Directeur général de la santé, M. Renaudin, Chef de la mission pour l'informatisation du système de santé, Mme Mengual, Chef de service à la Direction générale de la santé et M. le Docteur Bremond, professeur à l'Ecole nationale de la santé publique. Les travaux se sont déroulés de mars à juin. Une cinquantaine de responsables du secteur de la médecine libérale y ont contribué de manière assidue.

La concertation s'est ouverte dans un climat tendu. Ayant exercé, par le passé, des responsabilités hospitalières, je n'étais pas familier des contentieux accumulés au sein de la médecine de ville. J'ai donc découvert, parfois avec étonnement, combien des querelles obscures ont pu rendre inaudible la seule question qui vaille : comment améliorer la qualité des soins rendus au patient tout en étant économe de l'argent des citoyens ?

Plusieurs facteurs ont contribué à détendre les relations et à ramener la réflexion autour des sujets de fond. D'abord, votre volonté d'ouvrir le dialogue avec les représentants des professions de santé a été entendue. Appréciant cette ouverture, les syndicats médicaux ont échangé leurs projets et leurs arguments autour d'une même table afin de circonscrire les points d'accord et de désaccord et d'apporter leur pierre à la construction de l'édifice commun. En second lieu, les représentants de l'Assurance maladie, très soucieux d'établir des relations de confiance avec leurs partenaires, ont multiplié les initiatives en ce

Mme Martine Aubry,
Ministre de l'emploi et de la solidarité
M. Bernard Kouchner,
Secrétaire d'Etat à la santé

sens. Enfin, les représentants des autres professions de santé ont joué un rôle positif en permettant notamment d'élargir la réflexion à l'ensemble des professionnels de santé libéraux. A l'issue de nos travaux, les partenaires sociaux ont exprimé le souhait que ce climat de dialogue soit entretenu et permette de déboucher sur des décisions concrètes.

Les réflexions de chacun des quatre groupes de travail ont fait l'objet d'un compte rendu qui témoigne de la richesse des débats. Ces comptes rendus constituent la seconde partie du rapport.

En première partie, je vous soumet une synthèse des travaux de la mission, sous forme de deux principes d'action et de dix propositions. Cette synthèse m'est apparue nécessaire car, malgré mes efforts et ceux des animateurs des groupes pour tenter de faire se rapprocher les points de vue, des divergentes importantes ont perduré. Or, la gravité des enjeux médicaux, sociaux et financiers appelle des choix. Je vous suggère des choix d'autant plus fermes qu'aucune évolution épidémiologique particulière ne justifie la dérive des dépenses constatée depuis le début de 1998.

La mission s'étant déroulée dans la clarté et le respect des opinions des différents participants, je crois utile, dans ce même esprit, de préciser le statut de cette synthèse qui engage ma signature. Il ne s'agit pas d'un texte adopté mot à mot par l'ensemble des organisations présentes dans les groupes de travail. Je ne m'exprime pas en leur nom. Mais, je n'exprime pas non plus des idées purement personnelles car je me suis efforcé de tenir le plus grand compte de ce que j'ai entendu. Il s'agit donc à la fois d'une réflexion collégiale où, je l'espère, chacun reconnaîtra son apport, et d'un choix qui m'appartient et que je vous propose à la lumière de ce qui me paraît conforme à l'intérêt général.

Cela étant, cet ensemble n'a pas l'ambition de constituer un projet de réforme complet et détaillé. D'une part, il est limité aux seuls sujets qui ont été abordés par les groupes de travail ; d'autre part, la mission avait une tâche de concertation et non de négociation ; elle n'est donc pas entrée dans le détail des dispositions à prendre.

Vous aurez sans doute remarqué que cette mission s'est déroulée dans la discrétion, alors même que certains sujets difficiles étaient débattus. Cela me paraît être le signe que chacun des participants a souhaité oeuvrer au-delà de certains clivages publics traditionnels. Je sais gré à la presse d'avoir respecté cet état d'esprit.

En vous remerciant de m'avoir fait l'honneur et la confiance de cette mission, j'espère que ses conclusions seront utiles à la poursuite de votre action publique.

Je vous prie de bien vouloir accepter, Madame la Ministre, Monsieur le Secrétaire d'Etat, l'expression de ma respectueuse et vive considération.

François Stasse

**Rapport de la mission de concertation
sur l'avenir de la médecine de ville**

1ère partie : synthèse

Des analyses présentées par les responsables professionnels présents au sein des groupes de travail, il ressort que le système de santé français vit une crise paradoxale.

D'une part, les perspectives scientifiques sont enthousiasmantes. Jamais, peut-être, depuis Pasteur, le progrès des connaissances médicales n'a été si rapide. Les experts fondent sur lui de grands espoirs pour améliorer la santé des temps à venir.

D'autre part, les médecins libéraux paraissent rongés par l'inquiétude. Tous les témoignages, toutes les enquêtes - récemment encore, celle diligentée par l'Ordre des médecins - vont dans ce sens.

Où est l'erreur ? Elle paraît provenir d'un double déficit :

- *Un déficit de confiance.* Les médecins se sentent menacés par de multiples défis ou adversités, relatifs notamment à l'adaptation aux nouveaux savoirs scientifiques, à l'excédent de l'offre de soins, à l'informatisation, aux contraintes financières, à la montée des responsabilités juridiques. Ils se croient victimes de l'évolution en cours alors qu'ils pourraient en être le moteur.

- *Un déficit de régulation.* La France dépense près de 10% de sa richesse nationale pour la santé, ce qui la classe, au niveau mondial, dans le trio de tête. C'est dire que si l'économie de la santé était correctement régulée, ce secteur devrait évoluer dans la sérénité. Or ce n'est pas le cas car il travaille en double aveugle : d'une part, les professionnels de santé ne savent pas quels objectifs leur sont assignés par la nation alors qu'ils travaillent avec de l'argent public ; d'autre part, la nation ignore les performances des structures qu'elle finance.

Toute réflexion sur l'avenir de la médecine de ville paraît donc devoir se fonder sur deux principes : le principe de confiance et le principe de régulation.

A. Deux principes

I. Le principe de confiance

Les travaux de la mission ont fait apparaître une crise de confiance de la profession médicale qui comporte de nombreux aspects. Certains d'entre eux, tels que le sentiment de n'avoir pas été associée à la préparation de l'importante réforme de la sécurité sociale consacrée par les ordonnances du 24 avril 1996, ont déjà été exprimés par le passé et il n'est donc pas nécessaire d'y insister ici. En revanche, d'autres aspects, plus nouveaux ou en voie d'aggravation, méritent que l'on s'y arrête : l'inquiétude en regard de l'avenir économique de la profession, la crispation sur ses divisions internes, les défis à relever pour adapter les compétences de chacun au rythme exceptionnel du progrès scientifique, la nostalgie pour une époque où il était rare qu'un patient saisisse les tribunaux d'une décision ou d'un acte émanant de son médecin, le sentiment d'être tenu en suspicion financière par les pouvoirs publics.

Sur chacun de ces points, le pessimisme du présent a été modulé par le constat que des solutions sont possibles. Elles ne sont pas toutes consensuelles, mais elles existent et pourraient contribuer à rétablir la confiance.

1. La confiance en l'avenir de la profession médicale

De nombreux médecins craignent une dégradation de leur situation future et, plus généralement, du système de santé. Le rationnement des soins offerts aux patients est communément prédit et la diminution des revenus de ceux qui les soignent est déjà là et pourrait s'aggraver. La peur de l'avenir s'étend et est le ressort profond du blocage d'une partie de la profession à l'égard de toute évolution. Certaines autres professions de santé partagent ce diagnostic qui est au coeur de la crise de confiance.

Or, **rien ne permet d'affirmer que la dégradation annoncée soit inéluctable**. Il est exact que les revenus de certaines professions ont stagné voire régressé au cours de ces dernières années et la plupart des experts s'accordent sur le fait que cette situation est due à un excédent de l'offre de soins. Cet excédent résulte d'une maîtrise trop tardive et insuffisamment précise de la démographie médicale et à une absence presque totale de maîtrise de la démographie des autres professions de santé¹. Il n'y a aucune fatalité à la poursuite de cette situation. Il pourrait être remédié à la carence actuelle² si les représentants des professions concernées, l'Etat et l'Assurance maladie décidaient de s'attaquer de concert à ce problème. Les membres des groupes de travail ont unanimement exprimé des positions très favorables à la maîtrise de la démographie

¹ Il n'est question, dans ce rapport, que de la médecine de ville ; une même analyse vaudrait, bien sûr, pour l'offre de soins hospitaliers.

² Carence déjà soulignée en octobre 1990 par M. Philippe Lazar, Directeur général de l'INSERM puis, en septembre 1996 par M. Jean Choussat, Inspecteur général des finances, aux termes de rapports remis aux ministres chargés de la santé.

professionnelle.

Quant aux autres causes sans cesse avancées d'une dégradation financière à venir de notre système de santé, notamment le coût du progrès médical, elles sont pour le moins hypothétiques dans la mesure où, à l'étranger, les mêmes causes déjà à l'oeuvre ne produisent nullement les mêmes effets inflationnistes sur la dépense.

La vérité est que l'essentiel des difficultés financières du système de santé français et la crise de confiance qui en résulte, viennent du défaut de régulation de ses structures. Autrement dit, **les causes principales de la crise sont endogènes et non exogènes**. C'est un facteur important d'espoir dans la mesure où, à condition de s'en donner les moyens, il est plus facile de maîtriser les dérèglements internes d'un système que de faire barrage à de nouvelles contraintes externes. Nous y reviendrons à propos du principe de régulation.

2. La confiance entre confrères

La division du corps médical sur l'organisation de la profession et du système de santé s'est souvent manifestée au cours des travaux de la mission. Elle ne mériterait pas que l'on s'y arrête s'il ne s'agissait que de la diversité légitime des opinions au sein de tout groupe social. Or la division ne puise pas seulement sa force dans les idées mais aussi dans les faits, ce qui tend à susciter une défiance préjudiciable aux bonnes relations entre confrères. Parmi les faits porteurs de division, on peut citer notamment :

- une *démographie* excessive -encore elle- et mal répartie, qui perturbe les relations professionnelles ;
- la création récente d'un *nombre de spécialistes exerçant en ville* presque équivalent à celui des généralistes, singularité française par rapport aux autres pays européens ; on peut, bien sûr, y voir des avantages mais cela rend plus complexe la coopération entre praticiens, notamment sous la forme de filières de soins animées par un généraliste, telles qu'on les observe dans certains pays et, depuis peu, en France ;
- la *formation universitaire* qui, pour des raisons essentiellement liées aux logiques de carrières internes au système hospitalo-universitaire, accentue la césure entre généralistes et spécialistes ;
- le *paiement à l'acte* qui ne faisait pas problème dans l'exercice traditionnel de la médecine de famille, mais qui est aujourd'hui mal adapté à certaines modalités ou fonctions nouvelles de la médecine telles que la prise en charge d'actions de santé publique, de prévention ou de surveillance (exemple des personnes âgées vivant en institutions spécialisées), d'évaluation, d'organisation de réseaux de soins, de participation à des services d'urgences, etc. Le paiement à l'acte comme seule modalité de rémunération de ce type de fonctions freine leur développement et aggrave la concurrence et donc les tensions entre confrères ;
- la *nomenclature* des actes qui ne s'adapte pas suffisamment vite aux évolutions des conditions d'exercice de la médecine, comme d'ailleurs de certaines autres professions de santé, et provoque des comportements inflationnistes de la part de certains praticiens qui perturbent un peu plus le fonctionnement normal de la profession ;
- la *fixation d'enveloppes financières rigides* qui séparent l'activité de ville et l'activité hospitalière ainsi que l'activité des généralistes et celle des spécialistes ; le manque de souplesse du système mis en place en 1996 est en train de susciter des comportements non coopératifs, les

praticiens relevant de telle enveloppe étant tenté d'échapper à ses contraintes financières en transmettant la charge de certains patients ou de certains actes sur l'enveloppe d'une autre catégorie ;

Tous ces facteurs de défiance ou de perturbation au sein de la profession ont été évoqués par la mission. Personne ne prétend qu'ils soient aisés à surmonter, mais de nombreuses pistes existent en vue de rétablir la confiance : une meilleure maîtrise de la démographie, le développement de réseaux coordonnés de soins, l'ajustement des formations universitaires en fonction des besoins de la médecine de ville, la mise en place de nouvelles modalités de rémunération à côté du paiement à l'acte et la révision de la nomenclature, la prise en compte par les enveloppes financières des transferts de soins d'un secteur à l'autre. Ce rapport présente plus loin quelques propositions plus précises en ce sens.

3. La confiance entre praticiens et patients

La crainte que la relation entre le médecin et son patient ne soit plus empreinte de la confiance séculaire qui fait une part de l'originalité et de la grandeur de ce métier, est de plus en plus vive. Il faut sans doute y déceler la trace profonde des catastrophes sanitaires récentes qui ont affecté le crédit de la science et des scientifiques. D'une manière plus générale, le médecin redoute d'être mis en cause à tout propos, qu'il s'agisse de ses compétences en regard des dernières avancées de la recherche, de ses diagnostics ou de ses décisions thérapeutiques ou encore de sa responsabilité financière vis-à-vis des comptes de la sécurité sociale.

Cette confusion de facteurs très divers crée au sein de la profession médicale un syndrome de victime constamment menacée par les tribunaux ou l'opprobre public. Une telle situation est peu propice à un exercice serein de la médecine. De plus, elle risque de donner naissance à un comportement dangereux pour le patient, sous la forme d'une médecine défensive qui multiplierait les actes de précaution au détriment des initiatives de soins, afin de se prémunir des foudres contentieuses. Le Conseil d'Etat a récemment mis en garde contre une telle évolution de la société qui, sous couvert de sécurité juridique, chercherait à étendre la responsabilité des praticiens et aurait pour effet réel de freiner les initiatives thérapeutiques et donc de développer l'insécurité médicale³.

Les travaux de la mission ont montré que la meilleure voie pour dissiper ce climat serait de clarifier les responsabilités médicales en distinguant bien trois niveaux :

a) *La responsabilité déontologique* est, au sens large, celle qui engage à respecter *la règle professionnelle*, celle-ci incluant naturellement les obligations civiles et pénales. Celui qui enfreint la règle, par exemple en surcotant des actes ou en les multipliant de manière frauduleuse, commet *une faute individuelle* qui doit être *sanctionnée* par le juge. Les représentants des professions de santé ont été unanimes à condamner ce type de comportement et à demander que

³ Conseil d'Etat, *rapport public 1998 sur le droit de la santé*, la Documentation française, p. 256

des dispositions soient prises, lorsqu'elles n'existent pas encore⁴, pour que des sanctions soient possibles.

b) *La responsabilité scientifique* est celle qui touche aux *compétences*. Elle engage chaque praticien à actualiser ses connaissances et à respecter les recommandations ou les références reconnues dans son domaine. Certaines de ces références peuvent être opposables. La mise en cause de la responsabilité scientifique d'un praticien peut résulter d'une méconnaissance délibérée des bonnes pratiques professionnelles, d'une erreur ponctuelle ou d'une insuffisance de formation plus générale. Elle relève, suivant les cas, d'une procédure de contrôle éventuellement assortie de sanction ou d'une procédure d'évaluation. La mission a été unanime pour souligner l'importance de l'évaluation individuelle des pratiques dans un univers scientifique en évolution accélérée. Elle est la garante d'une bonne médecine. De plus, soumettre les pratiques médicales aux regards et aux conseils des pairs constitue un gage de qualité des actes et, par suite, la meilleure prévention contre leur soumission à la censure des juges.

c) *La responsabilité économique* concerne le respect de l'enveloppe financière fixée par le Parlement au niveau national et éventuellement déclinée au niveau régional. Cette responsabilité n'est pas de même nature que les autres. Il s'agit pour le praticien, en tant qu'acteur central du système de santé, *ordonnateur de dépenses publiques* et disposant de la liberté de prescription, de contribuer à la régulation du système. A la différence des deux premières responsabilités citées, celle-ci est difficile à individualiser, sauf si le praticien dispendieux enfreint des références médicales opposables. Mais, dans ce cas, il se retrouve dans la première catégorie de ceux qui n'ont pas respecté la règle et qui sont justiciables d'une sanction.

Certes, cette responsabilité économique n'est pas dépourvue d'un aspect déontologique puisque l'article 8 du code de déontologie stipule que le médecin "doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est *nécessaire* à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins". Il demeure que la régulation économique du système de santé est essentiellement une responsabilité générale, collective, qui n'est pas de nature à être associée à des sanctions individuelles. C'est d'ailleurs ce que le Conseil d'Etat a récemment jugé à propos du reversement instauré en 1996 en cas de dépassement de l'enveloppe autorisée: "*le reversement constitue un mécanisme d'ajustement des dépenses et ne revêt pas le caractère d'une sanction*"⁵. Mais cette qualification juridique n'est pas perçue ainsi par une partie de la profession médicale.

Il conviendrait donc, au titre de cette responsabilité économique qui n'est pas contestable dans son principe, de trouver des modalités de mise en jeu qui écartent toute assimilation possible à une sanction individuelle.

⁴ Dans son rapport précité, le Conseil d'Etat relève que le décret d'application de l'article L. 482-1 du code de la santé publique instituant dans chaque région sanitaire "une commission de discipline devant laquelle seront poursuivis les infirmiers et infirmières qui ont manqué à leurs obligations professionnelles", n'a toujours pas été pris, laissant ces dispositions sans suite. *Rapport public sur le droit de la santé*, p.305.

⁵ Conseil d'Etat, 27 avril 1998, *CSMF et autres*, requête n° 185645.

Il conviendrait également de veiller à ce que les médecins n'éprouve pas le sentiment d'être les seuls sur lesquels repose cette responsabilité économique du système de santé. Peu importe ici que ce sentiment soit fondé ou non⁶. Si l'on souhaite rétablir la confiance, il faut tenir compte de l'état d'esprit des intéressés. C'est pourquoi la mission recommande que la réforme des mécanismes actuels de régulation économique engage davantage la responsabilité de tous les acteurs et pas seulement celle des médecins.

4. La confiance entre les médecins, l'Etat et l'Assurance maladie

Le quatrième niveau de confiance concerne les relations entre les médecins et les autorités qui ont en charge la politique de santé, notamment l'Etat et l'Assurance maladie.

Nous venons de voir qu'une partie des difficultés vient de ce que la profession médicale éprouve le sentiment d'être devenue le bouc émissaire exclusif des éventuels dérapages financiers et, en réponse à ce problème, nous avons souligné la nécessité de redéfinir la responsabilité de chacun des acteurs du système de santé.

Aussi, convient-il désormais de mettre l'accent sur l'un des points qui est revenu le plus fréquemment et le plus fortement dans les débats de la mission : **le partage et la fiabilité de l'information médicalisée.**

La production et la circulation d'informations forment aujourd'hui le coeur de la révolution technologique mondiale dont le développement d'Internet est le symbole. Cette révolution touche, bien sûr, le domaine de la santé comme la mise en place du Réseau Santé Social l'illustre. Elle va produire des effets considérables sur l'organisation des soins comme sur la gestion du système. Les réticences qui ont cours actuellement sur l'informatisation des professions de santé devront donc nécessairement être apaisées et surmontées.

Au sein des groupes de travail, les représentants des médecins ont exprimé de vives interrogations sur le partage des informations de santé et la fiabilité de leur traitement par les organismes d'assurance maladie. Or, l'effort considérable actuellement entrepris pour informatiser les données produites par les professions de santé libérales risque de manquer son objectif si la disponibilité et la fiabilité des informations stockées à l'extrémité de la chaîne n'est pas assurée aux yeux de tous.

Le partage et la fiabilité de l'information sont, en effet, indispensables à un double titre. Sur le plan de l'évaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation du système de santé, il faut disposer d'informations bien établies de manière à pouvoir choisir les stratégies les mieux appropriées. Sur le plan financier, le système d'information de l'Assurance maladie produit des données qui servent à la fois à des décomptes individuels et aux calculs des enveloppes collectives nationales, lesquelles ont été rendues opposables par la réforme de 1996. Les enjeux

⁶ En réalité, la situation est nettement plus complexe puisque d'autres acteurs du système de santé ont été contraints, à certains moments, de participer au rétablissement de son équilibre financier. Ainsi en a-t-il été, en 1995, pour l'industrie pharmaceutique sous la forme d'une contribution exceptionnelle et, à plusieurs reprises, pour les assurés sociaux sous la forme d'une hausse du ticket modérateur ou des cotisations sociales.

financiers sont donc importants et chacun convient qu'ils ne peuvent être appréciés que dans un cadre statistique fiable.

Cette question comporte, bien sûr, des aspects méthodologiques et techniques sur les nomenclatures, le codage, l'agrégation des données. Mais il faut s'entendre d'abord sur le principe du partage de l'information et sur les conditions de sa fiabilité.

Le doute est entretenu jusqu'à présent par le fait que les caisses d'assurance maladie exercent la totalité des fonctions sur la chaîne informationnelle (recueil et traitement des données, paiement des actes et prescriptions, opposabilité de certains objectifs, évaluation des pratiques), sans que les informations utilisées soient expertisées de manière indépendante ou contradictoire.

Les représentants de l'Assurance maladie ont manifesté une prise de conscience très claire du déficit de confiance qui menace ainsi l'ensemble de l'édifice en construction. Ils y ont répondu par une offre de totale ouverture au partage et à la transparence de l'information qui mérite d'être soulignée.

Personne ne se considérant comme propriétaire de ces informations et chacun pouvant y avoir accès⁷, aucun obstacle de principe ne s'oppose au rétablissement de la confiance au sein du système d'information. Il reste à en définir les modalités. Trois d'entre elles ont été particulièrement évoquées.

- Certains représentants des médecins ont souhaité "l'éclatement à la source" des données médicales. Concrètement, les actes et prescriptions réalisés par chaque médecin de ville seraient transmis par voie informatique, d'une part vers les caisses d'assurance maladie et d'autre part vers un centre d'information géré par les médecins eux-mêmes. Ce centre pourrait être l'Union régionale de médecins libéraux⁸. Le but de ce dispositif serait de doter les médecins des mêmes informations que les caisses et de disposer ainsi d'une base de discussion contradictoire.

Aux dires des spécialistes, la mise en oeuvre de cette solution ne présente pas de difficultés techniques particulières. Il serait donc possible d'accéder à cette demande et les représentants de l'Assurance maladie s'y sont déclarés prêts. Mais les inconvénients et les lacunes de cette solution ont été relevés par de nombreux participants, y compris parmi les médecins.

D'abord, la gestion de cette énorme base de données serait coûteuse pour les Unions régionales car il faudrait non seulement recueillir les données individuelles mais aussi les regrouper et les traiter en fonction des objectifs recherchés, faute de quoi elles seraient sans intérêt. Ensuite, elles ne permettraient pas une confrontation satisfaisante avec les données de l'Assurance maladie, tout simplement parce que qu'elles ne seraient pas comparables. En effet, l'Assurance maladie continuera, et pour longtemps, de recueillir également les données "papier" en provenance des professionnels de santé qui ne seront pas encore informatisés. Enfin et peut-être surtout, cette

⁷ Sous la réserve évidente des dispositions légales visant à préserver le secret médical.

⁸ C'est d'ailleurs ce que prévoit l'article 81-II de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 mais son décret d'application n'a jamais été pris.

solution ne règle pas de manière satisfaisante le problème initial de la fiabilité de l'information car on ne voit pas en quoi les données publiées par les Unions de médecins ou toute autre structure professionnelle seraient a priori plus fiables que les données produites par l'Assurance maladie.

Cela étant, si l'éclatement des données à la source doit être la condition mise par certains médecins à leur participation active au futur système d'information, il sera souhaitable de prendre les dispositions techniques en vue de sa mise en oeuvre. Mais, pour les raisons qui viennent d'être dites, ce ne semble pas être la solution optimale. Deux autres modalités paraissent nettement plus pertinentes.

- La création d'une agence nationale de l'information de santé a été évoquée. C'est une idée doublement ambitieuse. Premièrement une telle agence consacrerait, par son existence même, l'importance accordée à l'analyse, aux études et donc à la régulation de notre système de santé. En créant un tel pôle central, les pouvoirs publics permettraient d'accélérer la mise au point d'un système moderne d'information de santé qui fait cruellement défaut. Deuxièmement, cette agence pourrait avoir compétence sur les informations produites par la médecine de ville de même que sur celles issues de l'hôpital. La réunification au sein d'un même ensemble de ces deux univers informationnels actuellement séparés serait précieuse pour une gestion plus rationnelle du système.

En confiant la responsabilité d'une telle structure à des personnes, notamment des statisticiens, statutairement indépendantes des partenaires conventionnels, on atteindrait l'objectif de fiabilisation des données tant recherché.

Cette modalité présente donc des atouts sérieux. Mais deux inconvénients demeurent. Le premier est qu'elle ne résout pas la question des informations "papier" qui perturbe déjà la première solution, sauf à imaginer une procédure additionnelle de fiabilisation de cette catégorie d'informations. Le second inconvénient est l'ampleur du dispositif et, par conséquent, son coût probable. C'est pourquoi on peut hésiter à retenir cette solution dans l'immédiat, ce qui n'interdit pas d'y recourir à terme.

- Dans l'immédiat, la modalité la plus légère paraît être la plus efficiente. Puisque l'objectif essentiel consiste à établir une relation de confiance entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie, la troisième modalité consiste à instituer entre les deux partenaires une tierce institution chargée de garantir la fiabilité des informations statistiques en jeu. Ce *tiers de confiance* aurait pour mission permanente d'expertiser, d'auditer, le travail de production statistique émanant du système de santé, notamment de l'Assurance maladie, et de veiller à ce qu'il soit répondu de manière satisfaisante à toute demande légitime d'information exprimée par les professionnels de santé.

Cette instance disposerait de moyens financiers pour mener à bien sa tâche. Elle pourrait prendre la forme d'une commission nationale des statistiques de santé, disposant de relais régionaux, et composée, outre des représentants de l'Assurance maladie et des professions de santé, de personnalités indépendantes choisies pour leur compétence dans le domaine de la conception et de l'utilisation des outils statistiques, parmi lesquelles serait désigné son président.

Quelle que soit la solution concrète retenue, les travaux de la mission sont parvenus à la conclusion certaine que **la fiabilité de l'information médicalisée est une condition indispensable d'une participation confiante de tous les acteurs à la gestion du système de santé.**

II. Le principe de régulation

La médecine de ville ne connaissait, jusqu'à récemment, aucun principe de régulation. Des personnes privées prescrivaient des dépenses publiques sans qu'aucune règle ni même aucun objectif de gestion, de nature privée ou publique, ne viennent encadrer cette responsabilité pourtant très importante. Cela explique qu'alors que depuis le début des années quatre-vingt, la plupart des pays de la Communauté européenne ont entrepris et réussi une politique de stabilisation voire de diminution de leurs dépenses de santé, la France a continué de détenir le *record du monde* d'augmentation de ce type de dépenses.

Bien entendu, d'excellentes raisons ont été constamment avancées pour justifier cette absence de régulation.

On a d'abord soutenu que le système de santé ne peut être guidé que par les besoins exprimés par la population. Bref, l'offre est censée s'adapter à la demande. Cette logique apparemment sans faille s'est trouvée ruinée par le contre-exemple de la plupart des pays voisins qui, avec des budgets-santé inférieurs au nôtre et stabilisés, ont atteint des performances sanitaires équivalentes et parfois meilleures. C'est la preuve que, dans certaines circonstances où le consommateur est en position de dépendance relative par rapport au producteur ou au distributeur, ce n'est pas la demande qui crée l'offre mais l'inverse. Le secteur de la santé est exactement dans cette situation car le patient n'est pas en mesure d'apprécier par lui-même l'opportunité d'une consultation, d'un examen ou d'une prescription supplémentaire. Par conséquent, **tout système de santé ne peut être performant que s'il est régulé.**

On a également justifié l'absence de régulation par le devoir éthique du médecin d'apporter à son patient les soins que nécessite son état. Ce principe d'éthique *individuelle* n'est pas contestable. Mais il n'est pas suffisant. D'abord, il est insuffisant au niveau même où il se place, c'est-à-dire au niveau individuel. En effet, un médecin peut estimer faire de son mieux pour soigner son patient tout en étant critiquable sur le plan éthique ; c'est le cas, par exemple, d'un praticien dont les connaissances n'ont pas été actualisées et qui risque de dispenser des soins inappropriés. L'évaluation des pratiques individuelles est donc une composante majeure de l'éthique professionnelle et participe d'une logique de régulation des soins.

Le principe de l'éthique médicale individuelle est également insuffisant en ce que, par définition, il ne dit rien sur les choix collectifs. Or c'est là que se situent les difficultés majeures, en particulier les deux suivantes :

a) Un système de santé composé d'excellents professionnels peut se révéler un mauvais système s'il est dépourvu de stratégie d'objectifs et de rationalité de gestion. Toute entreprise sait que les

qualités individuelles ne suffisent pas à faire un ensemble performant. Il faut y ajouter **des qualités d'organisation qui seules peuvent conduire à la qualité globale du système**. Appliquée à la santé, cette réflexion conduit à constater que la France dépense pour la santé environ 1,5 % de sa richesse nationale en plus que la moyenne européenne alors que ses résultats sanitaires sont équivalents⁹.

Où se trouve l'explication ? Personne, à juste titre, ne soutient que les médecins français sont moins compétents que leurs confrères européens. Il y a donc tout lieu de penser que ce gaspillage considérable de ressources qui représente environ 100 milliards de francs par an, a son origine dans les défauts d'organisation du système qui résultent eux-mêmes de son absence de régulation. Or ce gaspillage constitue une véritable faille éthique, ainsi que vient de le rappeler l'autorité la plus reconnue en ce domaine, le Comité consultatif national d'éthique : "Il y a une profonde dimension éthique dans l'exigence d'utilisation optimale de l'effort consacré à la santé, puisque seule elle est de nature à garantir le meilleur respect des valeurs de justice et de solidarité. En effet, tout divertissement partiel de cet effort hors des actions où il serait le plus efficace, à court, moyen et long termes, aboutirait à ce que des améliorations possibles en matière de santé ne puissent être apportées"¹⁰.

La régulation du système de santé répond donc à une exigence éthique et doit s'appuyer sur une évaluation des pratiques collectives et des structures de soins.

b) Le système de santé assure une fonction essentielle à l'égard des individus et de la société ; mais ce n'est pas la seule. La collectivité doit veiller par ailleurs à ce que des fonctions telles que l'éducation, la sécurité, la justice et de nombreuses autres soient prises en charge dans des conditions satisfaisantes. Si l'on s'en tient au champ social, qui pourrait contester que le développement de l'emploi et le financement des retraites constituent des impératifs de premier rang ? J'ai d'ailleurs dit à mes interlocuteurs que nos enfants nous tiendraient pour des irresponsables si, tandis que le chômage rongeaient notre société et que l'immense défi du financement des retraites se rapprochait inéluctablement, nous avions passivement laissé l'argent public se perdre dans un système de santé sans régulation.

Par conséquent, les problèmes qui se posent à notre société appellent des choix. Ne pas les faire au nom d'un refus d'une régulation du système de santé, n'est pas une position éthiquement soutenable.

Les partenaires sociaux qui ont participé à la mission de concertation ont été unanimes à partager ces préoccupations. Plus personne ne soutient aujourd'hui qu'il est possible de laisser les dépenses de santé s'envoler sans réagir. Tous les représentants professionnels, sans exception, admettent la légitimité du Parlement à fixer les priorités de la nation en matière de santé et à déterminer un objectif de dépenses, conformément à la loi constitutionnelle du 22 février 1996

⁹ Ce constat, déjà ancien, réitéré en 1993 par le rapport du Commissariat général du Plan *Santé 2010*, établi sous la présidence de M. Raymond Soubie (La Documentation française, p.61), est toujours d'actualité.

¹⁰ Comité consultatif national d'éthique - Rapport n°57 "*Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs*" - Mai 1998

et aux ordonnances du 24 avril 1996. Un grand pas a donc été franchi par rapport à l'état d'esprit d'hier. Les débats au sein des groupes de travail ont montré que cette nouvelle attitude a été rendue possible par le fait que chacun est désormais convaincu que **la rationalisation du système de santé conduirait à des économies de gestion si considérables que le financement de la qualité en serait facilitée et non pas entravée.**

Ainsi, le principe de régulation est désormais reconnu par tous les acteurs du système de santé qui ont participé à la mission. Toutefois, entre une reconnaissance théorique et l'exercice concret de la régulation, il existe une distance qu'illustre dangereusement la dérive financière du premier semestre de 1998. Il faut donc définir des modalités pratiques de nature à responsabiliser tous les acteurs de la médecine de ville. C'est une tâche ardue à laquelle la mission s'est attachée. Elle s'est heurtée à de sérieuses divergences entre partenaires sociaux, mais a également débouché sur des orientations prometteuses.

1. L'impératif de l'évaluation

La culture de l'évaluation scientifique s'est beaucoup développée ces dernières années. Des guides de bonnes pratiques, des recommandations, des références médicales opposables (RMO) et de nombreux autres outils ont été mis au point et diffusés. Une Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a été créée en 1996 pour répandre cette culture.

A ce jour, elle se manifeste principalement sur le plan individuel, qu'il s'agisse de l'application des RMO ou de l'auto-évaluation individuelle exercée sur la base des référentiels existants. De grands progrès sont d'ailleurs attendus en ce domaine en liaison avec la généralisation des réseaux informatiques dans les cabinets médicaux. Il s'agit, par exemple, de la possibilité pour un praticien de recevoir automatiquement sur son écran toutes les données utiles lui permettant d'évaluer la pertinence de tel ou tel aspect de sa pratique professionnelle. Les représentants des professions de santé au sein de la mission souhaitent que ces modalités d'auto-évaluation soient développées dans les meilleurs délais, convaincus à juste titre qu'elles permettraient d'améliorer les pratiques médicales individuelles.

L'évaluation collective est moins avancée. Or elle est la clé de toute régulation ambitieuse du système de santé. Qu'il s'agisse d'évaluer une action de santé publique, une stratégie thérapeutique ou de prévention, la prise en charge d'une population déterminée, l'efficacité d'une structure de soins ou de toute autre activité collective, l'évaluation est le point de passage obligé de l'appréciation de la pertinence scientifique d'un choix médical et de l'efficacité économique d'une procédure ou d'une structure. Il sera impossible de comprendre pourquoi la France dépense chaque année 100 milliards de francs supplémentaires par rapport à ses voisins pour les mêmes résultats sanitaires tant que l'on aura pas entrepris d'évaluer les pratiques professionnelles collectives et les structures de notre système de santé.

Le développement de l'évaluation demande que l'on se dote de trois types de moyens : des outils statistiques, des hommes, et des lieux consacrés à cette activité.

- *Les outils statistiques.* Il s'agit principalement de la mise au point des nomenclatures permettant de coder les actes et les pathologies selon un classement normatif. Il est évident que sans ces

outils, la politique de santé est aveugle. Elle ne sait ni où elle va, ni quels sont ses résultats. Les représentants des médecins se sont montrés étonnés que ces outils ne soient pas encore prêts, alors que leur nécessité est avérée de longue date¹¹, et impatients d'en disposer.

On ne peut que partager cette impatience et même estimer anormal, compte tenu des enjeux médicaux et financiers considérables qui en dépendent, que les responsables concernés, notamment l'Etat et l'Assurance maladie n'aient pas pris de dispositions assez ambitieuses pour que les outils statistiques indispensables à toute politique de régulation soient aujourd'hui disponibles. Il faut souhaiter que la priorité soit donnée à la réalisation de ces outils.

- *Les hommes.* Aux termes de l'article L. 791-1 du code de la santé publique, l'ANAES a notamment pour mission de "favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnels". En indiquant que cet établissement public a pour rôle de *favoriser* l'évaluation au sein de la médecine libérale, et non de la pratiquer lui-même, le législateur a évidemment tenu compte des dimensions relativement limitées de cette Agence.

Or l'évaluation qui exige, pour être rigoureuse, l'application de méthodes précises, ne pourra se développer à un rythme satisfaisant si les hommes compétents pour la mettre en oeuvre font défaut sur le terrain. Les représentants des médecins ont souhaité que les pouvoirs publics soient attentifs à cette question afin que lorsque les outils statistiques seront prêts, le développement de l'évaluation ne soit pas freiné par une pénurie d'évaluateurs.

Dans cet esprit, le Président de l'ANAES, reçu par l'un des groupes de travail de la mission, a émis l'idée que les spécialistes de l'Agence forment à l'évaluation quelques personnes dans chaque région afin que celles-ci puissent à leur tour former de nouveaux évaluateurs et entamer ainsi un processus de démultiplication de la formation à cette discipline. Cette proposition a reçu un accueil très favorable.

- *Les structures.* La mission a reconnu le rôle traditionnel et important que jouent les services de contrôle de l'Assurance maladie, l'université, les organismes de recherche médicale et les sociétés savantes dans la conception et la pratique de l'évaluation, structures auxquelles s'ajoutent donc désormais l'ANAES.

Cependant, il a été souligné qu'aucune de ces structures n'avait vocation à s'attacher particulièrement à l'évaluation des pratiques de la médecine de ville. Aussi, l'ensemble des participants a estimé que les Unions régionales de médecins libéraux pourraient se consacrer en grande partie à cette tâche. Il conviendrait, dans cet esprit, que les médecins évaluateurs formés par l'ANAES en application de la proposition évoquée ci-dessus, leur soient rattachés et qu'une part significative des ressources dont disposent ces Unions soit affectée à cet objet.

¹¹Dans leur rapport sur une classification unique et codifiée des actes professionnels de santé, MM. Prieur et Portos écrivaient : "dans tous les exemples connus de pays ayant entrepris de maîtriser les dépenses de santé, l'existence d'une nomenclature descriptive des actes professionnels a été considérée comme un préalable incontournable. En effet, on ne peut sérieusement envisager de maîtriser des dépenses dont on ignore à quoi elles correspondent". Avril 1997.

Il a été souligné au cours des débats que le développement de l'évaluation, outre son impact positif sur la qualité des soins, entraînerait des conséquences favorables pour la situation matérielle des professions de santé libérales. **Elles seraient les premières gagnantes d'une régulation efficace du système de santé.**

Qu'il suffise de rappeler, en effet, que les honoraires de ces professions représentent actuellement 95 milliards de francs et les prescriptions de médicaments 130 milliards de francs. Les masses en jeu sont donc d'un ordre de grandeur comparable. Or l'on sait que les Français sont parmi les premiers consommateurs au monde de médicaments.

C'est dire qu'une meilleure gestion des prescriptions, comportant des référentiels d'aide à la décision et des évaluations des pratiques, permettrait de dégager des ressources capables de revaloriser les actes médicaux ou para-médicaux, notamment ceux qui exigent une durée de consultation ou une qualification technique supérieure à la moyenne. Cette analyse est confortée par le fait que les pays qui régulent efficacement leurs dépenses de santé offrent en moyenne à leurs médecins et aux autres soignants des rémunérations supérieures à celles qui ont cours en France.

2. L'essor des pratiques coopératives

Depuis les origines, la médecine a été pensée et pratiquée comme un art individuel. La sémantique même du colloque *singulier* entre le médecin et son patient exprime cette culture. Bien entendu, il ne saurait être question à l'avenir d'atténuer en quoi que ce soit les règles relatives à l'intimité, à la dignité ou au secret qui s'attachent au patient ou à sa maladie. Mais la pratique médicale ne pourra rester solitaire pour au moins quatre raisons incontestables :

- Une raison *scientifique* : l'extension et la spécialisation des connaissances scientifiques sont telles dans le domaine médical qu'il est désormais impossible à une seule personne de maîtriser l'ensemble de la discipline. Certes, et c'est heureux, une première approche, globale, reste utile et dans de nombreux cas suffisante pour répondre à une demande de soins. Mais les cas où il conviendra de coopérer entre plusieurs praticiens et structures d'expertise ou de soins pour parvenir au diagnostic et au traitement pertinents vont se multiplier au rythme des avancées scientifiques.

- Une raison *technologique* : la révolution de l'information a pour formidable effet de mettre sans délai à la disposition de tous le savoir détenu par chacun. Cette puissance de communication est et sera de plus en plus conquérante. En médecine, elle commence à produire des bouleversements avec les transmissions de données et, grâce à la numérisation des images, les premiers télé-diagnostic et même, les premières télé-opérations chirurgicales. Il est évident, dans ces conditions, que le dossier d'un malade ne sera plus confiné dans le tiroir d'un seul et unique médecin mais sera à la disposition d'un réseau informatique, lui-même instrument de travail d'un réseau de santé. On remarquera d'ailleurs que ce motif technologique et le motif scientifique précédent se complètent parfaitement pour conduire à une coopération médicale de nature circulaire dont le patient est le centre.

- Une raison *économique* : toutes les comparaisons internationales, comme toutes les études françaises, montrent que le surcoût généré par le système de santé français est dû au fonctionnement non coopératif de ses structures. D'où, par exemple, redondances d'exams, dysfonctionnements entre médecine hospitalière et médecine de ville, nomadisme incontrôlé des patients et d'une manière plus générale, incompétence gestionnaire du système. Or, pour tous les motifs que l'on a dit, une telle situation, économiquement dommageable et éthiquement condamnable, ne peut perdurer.

- Une raison *structurelle* : la mise en oeuvre de dispositifs d'évaluation, la définition de programmes d'action, les réponses à donner aux exigences de qualité des services rendus à la population, supposent la définition et l'organisation de structures adaptées.

L'avenir de la médecine de ville est donc aux pratiques coopératives. Sous quelles formes ? La mission n'a pas tranché entre les différentes réponses possibles -et d'ailleurs non exclusives les unes des autres- à cette question. On sait que certains pays de l'Union européenne ont organisé leur médecine de ville autour d'un médecin généraliste de premier recours, dit *médecin référent*, qui traite les cas correspondant à ses compétences et oriente les autres cas vers les confrères ou les structures hospitalières adéquates. En France, la convention médicale des médecins généralistes de 1997 s'est également ouverte à cette expérience. Il est sans doute trop tôt pour en tirer les leçons.

D'autres pratiques coopératives existent à l'étranger et un peu en France, sous le concept de réseau de soins ou de santé publique. Il s'agit, soit d'une coordination de professionnels agissant sur un territoire précis en vue de la réalisation de certains objectifs de santé attachés, par exemple, à une pathologie donnée, soit de professionnels liés à une institution publique ou privée (assurance sociale, mutuelle, etc...) qui recherche le meilleur service de santé au moindre coût vis-à-vis d'une population ou sur un territoire déterminé.

Quelle que soit la forme prise par un réseau de santé, son intérêt est de faciliter la définition d'objectifs sanitaires associés à une enveloppe financière, d'entraîner la désignation d'un responsable de la coordination et de la gestion d'un groupe de professionnels et d'évaluer les résultats. Cette évaluation peut déboucher sur une révision des pratiques de soins ou de l'organisation du réseau en vue d'une amélioration de la qualité ou d'une diminution des coûts. Les partisans de ce type de réseaux de santé évoquent ses avantages en faveur de la régulation du système et soulignent qu'il ne remet en cause aucun des principes traditionnels de la solidarité en matière sociale. Il paraît opportun, dans ces conditions, que l'Etat et l'Assurance maladie favorisent ce type d'expérimentation afin d'en mesurer concrètement les effets. A cet égard, une déconcentration au niveau régional de la commission nationale chargée de l'agrément de ces projets serait peut-être de nature à en faciliter l'émergence au plan local.

La mission n'avait pas reçu mandat d'étudier l'hypothèse parfois avancée où l'Assurance maladie obligatoire elle-même serait soumise à des mécanismes concurrentiels conduisant les assurés à choisir leur caisse en fonction de ses résultats et de ses tarifs. C'est, en effet, une hypothèse radicalement autre que celle des réseaux de santé évoqués ci-dessus, et qui appellerait une réflexion préalable très approfondie et très prudente afin d'en bien mesurer les effets pervers potentiels sur l'égalité d'accès aux soins et la solidarité des citoyens face à la maladie.

3. Nouvelles fonctions et nouvelles modalités de rémunération

La régulation du système de santé va conduire de plus en plus les professionnels à exercer de *nouvelles fonctions*.

Plusieurs d'entre elles ont déjà été évoquées ci-dessus. Ainsi, le développement de *l'évaluation* appelle-t-il l'entrée en jeu de spécialistes de cette discipline médico-économique. Les praticiens eux-mêmes consacreront une part de leur temps à évaluer leurs pratiques ou à participer à des actions collectives d'évaluation.

L'évolution de la médecine solitaire vers la médecine coopérative fera également apparaître de *nouvelles fonctions d'organisation et de gestion* ainsi que des *tâches pédagogiques* d'explication et de formation au fonctionnement de pratiques coopératives telles que la médecine référente ou la médecine de réseau.

La coopération entre la médecine de ville, l'hôpital et les autres professionnels de santé pour la *prise en charge de catégories de population spécifiques* telles que, par exemple, l'accueil ! des urgences ou le suivi de la santé des personnes âgées hébergées dans des institutions spécialisées, se traduit par des modalités spécifiques d'exercice de la médecine qui sont déjà répandues et continueront à se développer.

Enfin, *l'immense champ de la santé publique* est à cultiver. Nul ne doute qu'au cours des dernières décennies, l'équilibre souhaitable entre médecine curative et médecine préventive a été rompu au détriment de cette dernière, entraînant ce que l'on a appelé une sur-médicalisation de la société et, de ce fait même, un surcoût du système de santé français. Le groupe de travail consacré à ce thème a émis de nombreuses propositions en vue de rétablir un équilibre plus satisfaisant qui contribuerait à une meilleure régulation du système. Il s'agit notamment de contractualiser les actions de prévention, d'organiser la participation des médecins, des infirmiers et des autres professionnels de santé aux dispositifs d'alerte et de veille sanitaire et, de manière plus générale, à toute la chaîne de production d'information sanitaire.

A ces nouvelles fonctions doivent naturellement correspondre de nouvelles modalités de rémunération. L'ensemble des participants a insisté sur le fait que les nouvelles fonctions qui viennent d'être décrites et qui apparaissent si prometteuses pour la régulation du système, ne prendront véritablement leur essor que si une rémunération adaptée leur est attachée.

En effet, il serait contre-performant sur le plan économique comme sur le plan de l'efficacité sanitaire de ne compter que sur le bénévolat pour développer la prévention, assumer la charge d'organisation de réseaux ou de médecin référent, évaluer les pratiques ; de même n'est-il pas pertinent de rémunérer avec le même barème une consultation approfondie consacrée à un malade lourd et une visite de routine dans une maison de retraite. Aucun autre secteur de l'activité économique ne rémunérerait de la même manière une prestation simple de quelques minutes et une prestation longue et hautement qualifiée.

Si l'on veut que ces nouvelles fonctions soient effectuées avec toute l'attention nécessaire, il faut les concevoir et les rémunérer de telle sorte qu'elles ne constituent pas une activité de second

ordre que le praticien n'effectuera que quand son activité de consultation lui en laissera le temps et en sus de celle-ci. Il faut que le praticien puisse à temps plein ou, le plus souvent, à temps partiel, exercer ces fonctions au lieu et place de son activité habituelle et, par conséquent, qu'il en soit rémunéré dans des conditions satisfaisantes.

Ces considérations ont conduit la mission, unanime sur ce point, à souhaiter que le paiement à l'acte demeure la modalité de rémunération dans les cas où elle a pleinement conservé sa justification mais que des modalités de nature contractuelle ou forfaitaire, mieux adaptées aux fonctions nouvelles des professions de santé, soient définies afin de valoriser ces nouvelles fonctions et de rendre plus équitable l'ensemble de la politique de rémunération. Une des conséquences attendues de cette diversification des modalités de rémunération serait de permettre une revalorisation des actes médicaux, infirmiers, de kinésithérapie ou des autres professions qui exigent un investissement en temps et en compétence particulièrement élevé.

4. La régulation économique

L'absence de régulation économique du système de santé s'est traduite dans le passé par la nécessité de financer les déficits de l'Assurance maladie soit par une hausse du ticket modérateur, c'est-à-dire par un déremboursement des soins, soit par une hausse des cotisations sociales, soit par les deux mesures à la fois. Or, il est désormais établi que le déremboursement des soins aggrave les inégalités d'accès aux soins et que la hausse des cotisations sociales alourdit le coût du travail, ce qui constitue, notamment à l'égard des emplois peu qualifiés, un grave handicap de compétitivité.

Bref, **le défaut de régulation des dépenses d'assurance maladie est porteur d'exclusion sociale et de dégradation de l'emploi.** Sans oublier, ce qui a déjà été souligné, que si une proportion trop forte de la richesse de chaque individu et de la nation est consacrée à une fonction, cela risque de pénaliser les autres. Dans la décennie qui vient, le couple financement de la santé - financement des retraites sera particulièrement soumis à cette tension.

Pour toutes ces raisons majeures et difficilement contestables, la nécessité d'une régulation économique de notre système de santé a été clairement partagée par tous les participants de la mission. Ainsi qu'il a été dit, cela s'est traduit par l'approbation unanime du principe d'un objectif de dépenses tel qu'il résulte de la réforme constitutionnelle et des ordonnances de 1996. En revanche, *de fortes divergences se sont manifestées quant aux modalités d'application souhaitables d'une telle régulation, notamment sur le caractère opposable ou non de l'objectif de dépenses.*

Pour simplifier les réflexions qui ont eu lieu sur ce point, on peut regrouper les points de vue en trois types de propositions :

a) *La régulation libérale pure.* Elle part du constat que, contrairement à ce que laisse entendre le langage habituel sur notre système de médecine libérale, ce système est loin d'être libéral. En effet, son financement est, pour l'essentiel, assuré par des cotisations obligatoires socialisées. La réponse libérale pure consiste donc à abandonner l'architecture de sécurité sociale bâtie en 1945 pour refonder un système assurantiel privé où chacun serait libre de s'assurer comme il l'entend

et de s'adresser au médecin de son choix, lequel fixerait librement ses honoraires. Pour éviter que ce système soit inaccessible aux personnes les plus démunies, une couverture publique minimale leur serait garantie. C'est donc une réponse proche du modèle américain.

On peut plaider la cohérence conceptuelle de ce modèle ; mais outre les sérieux problèmes d'égalité d'accès aux soins qu'il rencontre aux Etats-Unis, il paraît difficilement transposable dans la tradition française, ce que même ses partisans reconnaissent. C'est pourquoi ceux-ci s'accordent également sur la proposition suivante.

b) La maîtrise médicalisée individuelle. Cette conception est fondée sur la médicalisation des méthodes de régulation. Il s'agit d'une part de définir les demandes de soins *légitimes* afin d'écarter celles qui ne le sont pas et, d'autre part, d'améliorer les pratiques médicales individuelles. Considérant que la qualité de la prestation médicale offerte en réponse à une demande de soins légitime est le seul résultat exigible d'un praticien, *cette conception assimile régulation économique et juste soin*. Elle en infère logiquement qu'une enveloppe financière ne peut être rendue opposable dans l'absolu, mais seulement si son contenu est légitime sur le plan médical. En d'autres termes, un surplus de dépenses de santé n'est critiquable que s'il est démontré qu'il n'est pas justifié sur le plan médical.

Le principe de *légitimité de la dépense* s'applique donc, selon cette conception, à un double niveau : d'une part, à l'enveloppe nationale de dépenses, d'autre part, aux dépenses engagées par chaque praticien. Ainsi, l'enveloppe nationale ne serait rendue opposable que lorsqu'elle aurait été construite par sommation de tous les besoins de santé légitimes recensés sur le territoire. L'opposabilité entrerait en jeu à l'égard de chaque praticien dans le même esprit, c'est-à-dire lorsqu'il aurait été démontré, au terme d'un débat contradictoire où les droits de la défense auraient été respectés, qu'un praticien a engagé des dépenses excessives par rapport à celles qui auraient été légitimes dans les cas qu'il a traités.

En cas de dépassement de l'objectif national de dépenses, il conviendrait dès lors d'expertiser les pratiques des médecins afin d'imposer un reversement à ceux d'entre eux qui n'auraient pas répondu avec la meilleure économie de moyens aux besoins de santé légitimes de leurs patients.

Les partisans de cette formule soutiennent qu'elle serait bien acceptée par les médecins car *elle établit un lien direct et individuel entre pratique médicale légitime et responsabilité financière*.

Les débats qu'elle a suscités ont cependant fait ressortir de fortes interrogations. On rappelle ici pour mémoire ce qui a déjà été dit sur l'indétermination du concept même de besoin de santé et sur la grande difficulté qu'il y aurait à faire la sommation financière des besoins de santé légitimes au niveau national. A supposer ces problèmes résolus, cette approche laisse en blanc le traitement de l'hypothèse où le plafond des dépenses serait dépassé, alors que chaque praticien aurait individuellement respecté les recommandations de bonne pratique.

En outre, la principale objection se situe au niveau de la réalisation pratique.

Peut-on imaginer un système dans lequel, à chaque fois qu'apparaîtrait un dépassement de l'objectif national, il conviendrait d'enquêter sur l'activité de *chacun* des médecins libéraux,

d'apprécier la pertinence de ses décisions sous l'angle médico-économique à l'égard de *chacun* de ses patients et, enfin, d'en déduire une évaluation de sa part personnelle de responsabilité dans le déficit de l'assurance maladie ? Ne peut-on craindre que, sous couvert d'une médicalisation de la maîtrise des dépenses très souhaitable dans son principe, ce système se révèle fort complexe, s'expose à de nombreux contentieux et, en définitive, soit inapplicable à grande échelle ? Aucun pays au monde ne l'a d'ailleurs mis en oeuvre.

Les questions que ce modèle ne manque pas de poser découlent directement de sa philosophie première, c'est-à-dire de l'assimilation de la maîtrise économique au juste soin. Une telle assimilation conduit à fondre en un seul les trois niveaux de responsabilité du médecin identifiés précédemment¹² : la responsabilité déontologique à l'égard des règles, la responsabilité scientifique à l'égard des savoirs et la responsabilité économique à l'égard des objectifs financiers de la nation. Cela revient à poser comme hypothèse implicite que le respect de la déontologie professionnelle et des savoirs scientifiques vaut quitus de la responsabilité économique. Or cette équivalence est impossible à réaliser car les responsabilités déontologiques et scientifiques ne peuvent, éthiquement et juridiquement, être qu'individuelles tandis que la responsabilité économique ne peut, pratiquement, être que collective. Prenons un exemple :

Un médecin qui prescrit massivement trop de médicaments, en méconnaissance manifeste des références et recommandations professionnelles est accessoirement critiquable de gaspiller l'argent public. Mais il est à titre principal un médecin dangereux, susceptible de provoquer chez ses patients des affections iatrogènes. Il engage sa responsabilité *personnelle* sur le plan déontologique et scientifique. C'est d'ailleurs l'intérêt des RMO que de fournir une base solide aux contrôles portant sur ce type de pratiques, ce que la Cour des comptes a souligné dans son dernier rapport sur la sécurité sociale : "les RMO ne peuvent prétendre qu'à remédier aux déviances les plus graves en matière de prescriptions"¹³.

En revanche, un médecin qui respecte les recommandations professionnelles mais qui n'est pas aussi rigoureux qu'il pourrait l'être, sans danger pour le patient, dans le nombre de ses consultations ou le volume de certaines prescriptions, n'est évidemment en rien sanctionnable sur le plan scientifique. Il aura seulement contribué à faire évoluer les dépenses de 2 ou 3% au-delà de l'objectif fixé. Une telle évolution est marginale, voire indémontrable, au plan individuel mais, compte tenu des masses financières en jeu, se solde par milliards de francs au plan national. C'est pourquoi, le niveau individuel n'est pas le niveau pertinent de la responsabilité économique alors que celle-ci doit jouer au niveau collectif, sauf à laisser le problème sans solution, c'est-à-dire, en réalité, le reporter, via l'augmentation des cotisations sociales, sur le coût du travail.

L'équation sur laquelle se fonde le modèle de maîtrise médicalisée individuelle est donc indéterminée : elle ne permet de fixer aucune valeur certaine à la variable économique.

¹² Cf supra, p.10

¹³ Cour des comptes, rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale, éditions du Journal officiel, septembre 1997, p.201

c) *La régulation professionnelle collective.* Cette conception a pour ambition de rendre complémentaires l'approche médicale et l'approche économique de la régulation. Elle considère qu'un praticien n'exerce pas seulement une responsabilité déontologique à l'égard de la pertinence médicale de ses soins, mais aussi une responsabilité économique en sa qualité d'ordonnateur de dépenses publiques. Ce modèle de régulation ajoute, et c'est le point clé, que *les deux responsabilités sont liées* : la contrainte de qualité est bénéfique pour l'économie de la santé (point sur lequel les deux modèles s'accordent) et, réciproquement, la contrainte économique est bénéfique pour la qualité des soins (point sur lequel les deux modèles divergent).

Le modèle de régulation professionnelle collective ne se limite donc pas à chercher à mettre fin aux comportements individuels négligents vis-à-vis des recommandations de bonne pratique médicale. Il considère *qu'insuffisance de qualité médicale et gaspillage financier ont la même cause qui se trouve dans le défaut de régulation du système.* Il faut donc y répondre par un effort d'évaluation et d'organisation auquel les professionnels sont incités par un mécanisme de responsabilisation financière. C'est, au fond, la même idée simple que celle qui anime toutes les entreprises lorsque, sous contrainte de leur situation de bilan, elles évaluent leurs performances et se restructurent en vue de produire des services à la fois meilleurs et moins coûteux.

Au sein des groupes de travail, la discussion autour de ce modèle a, naturellement, donné lieu à une critique symétrique de celle du modèle précédent. Trois objections principales ont été soutenues.

La première relève les limites d'une fixation annuelle des objectifs économiques. En effet, un décalage de quelques semaines d'un facteur épidémiologique banal tel que la grippe, peut rendre artificiellement positifs les résultats d'une année et, à l'inverse, perturber ceux de l'année suivante. Cette critique est pertinente et c'est pourquoi on peut recommander que les objectifs statistiques de l'Assurance maladie soient lissés sur une période pluri-annuelle comme le sont, dans d'autres domaines de la vie économique et sociale, les séries "corrigées des variations saisonnières".

La seconde objection réside dans le fait qu'une enveloppe financière fixée en début d'exercice ne peut, par définition, prévoir la survenue d'un choc épidémiologique exceptionnel qui rendrait impossible le respect du plafond de dépenses, sauf à priver de soins indispensables une partie de la population ou à ponctionner les médecins dans des conditions inacceptables. Face à cette objection également sérieuse, on peut suggérer que la situation sanitaire soit réévaluée en fin d'exercice afin d'apprécier si un tel choc a perturbé l'évolution tendancielle des dépenses au point de justifier que le mécanisme de responsabilité économique soit interrompu.

La troisième objection vient de ce que la régulation professionnelle collective, comme son nom l'indique, n'attache pas l'opposabilité de l'enveloppe financière aux comportements *individuels* des praticiens (contrairement au modèle précédent) mais à leur performance collective. Les adversaires de ce modèle estiment qu'il est injuste de mettre à contribution des praticiens dont le comportement individuel a été irréprochable sur le plan médical. De nombreux médecins qui n'ont souvent qu'une approche individuelle de leur métier partagent ce sentiment. Mais cette critique qui revêt les habits du sens commun est en réalité à côté de la question.

En effet, on peut parfaitement imaginer un système de santé servi par d'excellents praticiens mais dont le fonctionnement global soit incohérent. Et *c'est précisément le défi lancé au système de santé français que de réussir à articuler pratiques individuelles de qualité et pratiques coopératives efficaces afin de déboucher sur une régulation satisfaisante*. Si l'on ne traite que des aspects individuels du problème, on en laisse la moitié en chemin. C'est pourquoi, en plus d'une responsabilité médicale individuelle relative à la qualité des soins, ce modèle de régulation instaure une responsabilité économique collective des médecins en leur qualité de libres prescripteurs de dépenses publiques.

L'ensemble des considérations qui précèdent me conduisent à recommander aux pouvoirs publics d'inscrire leur politique de santé dans le cadre d'une régulation professionnelle collective qui articule qualité des soins et responsabilité économique. Cette recommandation s'inscrit d'ailleurs dans la continuité des efforts de rationalisation entrepris depuis le début des années quatre vingt dix et marqués notamment par des accords de régulation avec les biologistes, les cliniques privées, les laboratoires pharmaceutiques, puis par les ordonnances de 1996 sur la médecine de ville.

Reste à déterminer selon quelles modalités la responsabilité économique peut être mise en oeuvre. Au cours des travaux de la mission, les syndicats qui acceptent le principe de la responsabilité économique ont critiqué ses modalités actuelles comme étant trop complexes et difficiles à mettre en oeuvre ; ils se sont déclarés prêts à revoir le dispositif dans un cadre conventionnel.

Une simplification du régime actuel pourrait consister à supprimer les critères d'individualisation du reversement dû en cas de dépassement de l'objectif de dépenses, tels qu'ils figurent dans les ordonnances de 1996 et les textes réglementaires et conventionnels qui en découlent. Le dépassement, qu'il faut bien que quelqu'un paye¹⁴, serait assuré dans cette hypothèse par une contribution proportionnelle aux revenus de chaque praticien, à l'exclusion de tout autre critère.

Cette simplification radicale du système aurait une double vertu : d'une part, elle le mettrait à l'abri de la fragilité juridique de tout système complexe ; d'autre part, elle conférerait au nouveau mécanisme un aspect purement économique de couverture d'un déficit dû à une insuffisance de régulation collective et échapperait ainsi à la qualification de sanction individuelle.

La contribution proportionnelle aux revenus qui est évoquée ici, n'est pas la seule modalité de régulation économique envisageable. D'autres modalités sont en vigueur à l'étranger, ou, pour d'autres acteurs de santé, en France, telles que les lettres-clés flottantes qui lient le prix marginal de la consultation au volume d'activité du praticien. On peut penser également à des systèmes de modulation tarifaire en cas de non respect de l'enveloppe, ou de retenues sur les cotisations

¹⁴ Cette vérité de bon sens rend quelque peu oiseux le débat sur le caractère "comptable" de l'objectif opposable insinué par les ordonnances de 1996. En effet, quelles que soient les subtilités sémantiques, il faut bien qu'*in fine*, quelqu'un finance le déficit. Dès lors, la seule question qui se pose est de savoir si, oui ou non, les médecins, libres prescripteurs de soins, ont une responsabilité spécifique à l'égard des dépenses qu'ils engagent.

sociales versées par l'Assurance maladie pour le compte des médecins¹⁵.

Les partenaires sociaux ont souhaité, outre la simplification du système, que la responsabilité économique soit plus largement partagée par tous les acteurs, au premier chef l'industrie pharmaceutique qui tient une place particulièrement importante en France dans l'enveloppe financière des prescriptions, et les assurés eux-mêmes. La mission n'a pas évoqué les modalités concrètes que pourrait revêtir la responsabilité de ces autres acteurs, mais a tenu à en affirmer le principe.

On peut toutefois rappeler, en ce qui concerne la responsabilisation des assurés sociaux, que le régime d'assurance maladie complémentaire en vigueur en Alsace-Moselle prévoit un taux de cotisation variable en fonction de ses résultats. Les assurés sont ainsi incités à modérer leur consommation de biens et services de santé puisqu'ils y trouvent un intéressement financier. Il pourrait être utile d'examiner plus précisément cette expérience afin, le cas échéant, d'en tirer des leçons au niveau national.

L'opposabilité des enveloppes de dépenses pose également la question de leur rigidités respectives. En effet, les participants aux groupes de travail ont indiqué que dès sa première année d'entrée en vigueur, le système des enveloppes ville - hôpital et généralistes - spécialistes a donné lieu à des phénomènes de déport se traduisant par des transferts injustifiés de charge d'une enveloppe à l'autre. Il est clair qu'un système d'enveloppes rigides n'est pas durablement tenable et qu'un certain degré de fongibilité entre elles doit être organisé. Cela nécessitera un suivi plus précis des charges de chacune des catégories d'offre de soins, ce que l'informatisation du système devrait favoriser.

On peut aussi souhaiter, dans le cadre des expérimentations de la médecine de réseau évoquées ci-dessus, que des enveloppes uniques soient affectées à des réseaux de soins qui effaceraient les frontières entre médecine de ville et hôpital, entre généralistes et spécialistes, afin que la gestion du risque se libère progressivement des contraintes nées de compartiments étanches et puisse apprécier de manière transparente les performances médicales et économiques de chacun des offreurs de soins.

Les analyses et propositions qui précèdent sont le fruit d'un travail de concertation approfondi voulu par les pouvoirs publics et les partenaires sociaux. Elles n'ont pas la prétention de recueillir un accord unanime, ni d'épuiser toutes les solutions possibles. En revanche, elles sont fondées sur la certitude qu'aucun grand pays, quels que soient son orientation politique, ne peut laisser son système de santé sans régulation.

¹⁵ Cette dernière modalité est cependant plus difficile à mettre en oeuvre dans la mesure où elle ne toucherait que les médecins du secteur 1. Il conviendrait donc, dans cette hypothèse, d'appliquer une autre modalité de responsabilisation aux médecins du secteur 2 dont les cotisations sociales ne sont pas prises en charge par l'Assurance maladie.

Après avoir écouté attentivement les points de vue de chacun de ceux qui ont participé à cette concertation, j'ai acquis la conviction que la composante médicale et la composante économique de la régulation de notre système de santé ne sont pas antinomiques mais profondément complémentaires. Il n'y a pas deux méthodes qui s'opposent. L'amélioration des pratiques médicales individuelles, la meilleure coordination des soins, la rationalisation des implantations géographiques et sectorielles des structures de soins de ville comme des structures hospitalières, sont, à l'évidence, des actions susceptibles de produire à la fois un service de soins plus performant et une économie de soins moins coûteuse. De même, le respect des objectifs financiers résultant des choix de la nation est non seulement un devoir de démocratie, mais aussi un devoir de méthode conduisant à une recherche continue de qualité et d'efficacité.

C'est en cela que l'évaluation des pratiques et des structures constitue l'enjeu stratégique majeur de la médecine de ville comme, d'ailleurs, de l'hôpital. C'est elle qui fait le lien entre la qualité de la médecine et son économie.

J'aurais souhaité, à cet égard, recueillir l'accord de la profession médicale pour proposer aux ministres chargés de la santé que les Unions régionales de médecins libéraux constituent le lieu où s'effectue la synthèse si nécessaire entre évaluation professionnelle et évaluation économique. Hélas, pour des motifs qui me sont apparus quelque peu opaques, sans doute liés aux divisions syndicales traditionnelles, l'ensemble de mes interlocuteurs médicaux a déclaré ne pas souhaiter que les Unions régionales participent à la cogestion économique de la médecine de ville. Ils s'en tiennent - ce qui est important, mais, à mes yeux, insuffisant - à sa fonction de pôle d'évaluation des pratiques.

Contrairement à ce qui se passe dans de nombreux pays étrangers où les professionnels de santé prennent eux-mêmes en main la régulation économique du système et son évaluation qualitative, en France, cette tâche essentielle revient, par défaut, à l'Assurance maladie et à l'Etat. Ils l'assument d'ailleurs déjà, ensemble, au sein des *agences régionales de l'hospitalisation*, pour ce qui concerne la politique hospitalière. Si aucune évolution ne devait intervenir dans la position des représentants de la médecine libérale sur ce point, la question se poserait sans doute, à terme, de la mutation de ces agences vers des *agences régionales de santé* qui deviendraient dès lors l'autorité de régulation globale de l'ensemble des structures de santé régionales, y compris la médecine de ville. Une telle perspective soulève, évidemment, d'importantes questions techniques et politiques qui dépassent le cadre du présent rapport¹⁶.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses futures, on peut espérer que des initiatives venues du terrain, fondées sur l'avènement inéluctable d'une médecine coopérative, fasse la preuve que des réseaux de soins, sous des formes et configurations multiples, sont à même de marier l'impératif de qualité et le souci de bonne gestion.

¹⁶ Ces questions sont abordées par le Haut comité de la santé publique dans son rapport à la Conférence nationale de santé 1998, p.38.

B. 10 propositions

1. Donner la priorité au développement de l'évaluation

- Mettre au point, dans les délais les plus brefs, les outils statistiques de l'évaluation collective et individuelle : nomenclatures des actes, des pathologies ; codage ; etc.
- Développer les outils d'aide à la décision, les référentiels de bonne pratique et tous les instruments informatisés (notamment via le nouveau Réseau Santé Social) permettant de disposer d'une information pertinente et de comparer ses pratiques personnelles. Ces outils, associés à des évaluations collectives devraient permettre en particulier de mieux maîtriser la qualité et le volume des prescriptions.
- Former des médecins à l'évaluation, notamment par accords entre l'ANAES et les Unions régionales de médecins libéraux.
- Encourager les Unions régionales à consacrer une part importante de leurs ressources au développement de l'évaluation ; prévoir, le cas échéant, une augmentation de leurs ressources à cette fin.

2. Partager et fiabiliser les données médicales informatisées

- Veiller à ce que les données du système de santé, notamment celles issues de l'informatisation en cours des feuilles de soins, soient facilement accessibles, dans le respect des règles relatives au secret médical, à l'ensemble des professionnels concernés. Cet objectif devrait pouvoir être atteint simplement par l'accès des professionnels aux données collectées par les organismes de l'Assurance maladie. Ne pas exclure cependant, si nécessaire, un éclatement des données à la source, ces données étant dirigées simultanément, depuis l'émetteur professionnel, vers les caisses de l'Assurance maladie et vers les Unions régionales de médecins libéraux.
- Créer une commission nationale des statistiques de santé ayant pour objet de veiller à la fiabilité des informations produites par le système de santé et, notamment, par les organismes de l'Assurance maladie. Cette commission, qui devrait avoir des relais régionaux, serait composée de représentants des professions de santé et de l'Assurance maladie ainsi que de personnalités indépendantes, choisies pour leurs compétences dans le domaine de la conception et de l'utilisation des outils statistiques. Ces dernières auraient autorité pour arbitrer les éventuelles divergences entre partenaires sociaux sur la production ou l'utilisation des statistiques de santé. La commission disposerait de moyens matériels et financiers pour mener ou diligenter des audits et expertises sur la qualité de l'appareil statistique.

3. Encourager les pratiques coopératives

- Faciliter la création des différentes formes de réseaux de soins centrés sur des pathologies, des populations ou des secteurs géographiques déterminés. Associer ces initiatives à la définition d'objectifs sanitaires et à l'évaluation des pratiques et des résultats.
- Encourager les initiatives des médecins désireux de participer à des actions de santé publique (exemples des projets de prévention, de veille sanitaire ou d'études épidémiologiques) en veillant notamment à ce qu'ils puissent intervenir sur toute la chaîne de production d'information. Le réseau santé social en cours de réalisation devrait constituer un nouveau et puissant vecteur de coopération dans le domaine de la santé publique.
- Créer un "fonds qualité" de soutien aux actions de coopération ayant pour objet l'amélioration de la qualité des services et les actions pédagogiques de formation à l'organisation et à l'évaluation des pratiques individuelles et collectives. Le montant de ce fonds serait arrêté dans le cadre conventionnel entre l'Assurance maladie et l'ensemble des professions de santé. Une partie de son financement pourrait être liée à la capacité des professionnels à respecter l'enveloppe financière des dépenses de l'Assurance maladie.
- Assurer une certaine fongibilité des enveloppes financières, d'une part pour permettre le traitement des patients par la structure de soins la plus appropriée, indépendamment de l'enveloppe dont ces soins relèvent et, d'autre part, afin que les professionnels ne soient pas tentés de se défaire de leur responsabilité financière par des pratiques non coopératives.

4. Développer les nouvelles fonctions liées à la prévention, la santé publique, la coordination, l'évaluation

- Favoriser la participation des médecins libéraux aux actions de recherche en santé publique en veillant notamment à ce que les appels d'offre lancés par les organismes publics soient ouverts aux médecins libéraux dans des conditions qui assurent l'égalité des chances vis-à-vis des autres structures médicales.
- Organiser la possibilité pour un médecin libéral de consacrer tout ou partie de son temps à l'organisation, l'animation, l'évaluation de réseaux de soins.
- faciliter la reconversion totale ou partielle de médecins de ville vers des fonctions de médecine préventive.

5. Diversifier les modes de rémunération

- Maintenir le paiement à l'acte dans les cas où il est la modalité de rémunération la mieux adaptée.
- Instituer des modalités de type forfaitaire pour faciliter le développement de nouvelles conditions d'exercice de la médecine de réseau, de santé publique, d'évaluation telles que celles évoquées ci-dessus, en substitution de l'exercice traditionnel.

6. Adapter la nomenclature des actes aux pratiques modernes de la médecine

- Adapter la nomenclature afin de prendre en compte l'influence des évolutions scientifiques technologiques sur l'exercice de la médecine et des autres professions de santé, notamment infirmières.
- Assurer une rémunération correspondant mieux aux exigences de temps et de compétence réclamées par certaines pathologies et éviter ainsi la multiplication d'actes inutiles ou de qualité insuffisante.

7. Assurer une régulation économique simple et collective

- Supprimer le reversement dans sa forme actuelle dépendante de critères individuels complexes qui lui donnent l'apparence d'une sanction.
- Maintenir le principe d'enveloppes financières opposables. Les accompagner d'un mécanisme incitatif simple, impliquant l'ensemble de la profession médicale et fondé sur un critère exclusivement économique tel que, par exemple : contribution proportionnelle aux revenus, lettres-clés flottantes, retenue sur les cotisations sociales versées par les organismes d'Assurance maladie au bénéfice des médecins.

8. Faire participer toutes les professions de santé aux politiques de régulation

- Faire mieux participer, sous des formes à déterminer, l'ensemble des acteurs du système de santé, notamment l'industrie pharmaceutique, à la responsabilité économique collective. Pour ce qui concerne les professions "prescrites", les associer aux réflexions conduisant à la détermination de l'enveloppe de prescriptions afin qu'elles puissent s'impliquer davantage dans son respect.
- Encourager des pratiques individuelles de qualité conduisant au juste soin et au juste coût, notamment par une réflexion concertée avec les professions prescrites sur la nomenclature des actes, la démographie de chacune de ces professions et les référentiels de bonne pratique.

9. Mieux maîtriser la démographie médicale, sur le plan géographique et sectoriel

- Instituer des mécanismes de nature à orienter les médecins vers les zones géographiques à densité médicale insuffisante et, au contraire, à les décourager de s'installer dans des zones de sur-densité. Ces mécanismes pourraient être incitatifs pour les médecins en exercice et coercitifs (via le conventionnement) pour les nouveaux.
- Encourager les médecins en fin de carrière à cesser leur activité de manière plus précoce.
- Réviser les procédures universitaires actuelles afin de permettre un rééquilibrage des formations en faveur des disciplines dont le déficit démographique a commencé et va s'accroître et une limitation des autres. Prendre si nécessaire à cette fin des mesures de regroupement d'universités, notamment en région parisienne.

10. Favoriser les expérimentations

- Utiliser les nouvelles potentialités informatiques pour expérimenter des pratiques coopératives en réseaux ou sous d'autres formes. Faciliter ces expérimentations par une déconcentration de la procédure d'agrément actuelle.
- Favoriser notamment les initiatives des professionnels de santé libéraux dans le domaine de la veille et l'alerte sanitaires et dans les actions de prévention et de santé publique.

**Rapport de la mission de concertation
sur l'avenir de la médecine de ville**

**2ème partie : comptes-rendus des
quatre groupes de travail**

**Groupe de travail sur la participation
des médecins libéraux aux politiques
de santé publique**

La participation des médecins de ville aux politiques de santé publique

La réflexion actuelle sur les conditions de la participation des médecins libéraux aux politiques de santé publique doit s'effectuer en prenant en compte les évolutions récentes portant à la fois sur la perception grandissante par la population des problèmes de santé publique et sur l'évolution du système de santé. On est en effet passé depuis une vingtaine d'années d'une approche traditionnelle centrée sur la clinique à une vision plus large qui intègre les déterminants de la santé (environnement physique, social, modes de vie). Cette évolution de la préoccupation de santé publique se traduit en particulier par le rôle accru du Parlement dans la détermination de la politique de santé. Par ailleurs, un certain nombre de réformes institutionnelles ont changé le paysage et les instruments de la politique de santé, création des URML, des URCAM, des ARH et des conférences nationale et régionales de santé. Le groupe de travail s'est donc fixé comme objectifs généraux de mieux définir la place des médecins libéraux dans le champ de la santé publique et de faire des propositions pour rendre leur rôle plus opérationnel.

Le groupe de travail a choisi de centrer sa réflexion selon trois axes classiques en termes de politique de santé :

- la promotion de la santé
- la veille, l'alerte et la sécurité sanitaires
- l'organisation des soins

1. La promotion de la santé

La promotion de la santé pourrait être définie comme toutes les actions qui vont aider les personnes à améliorer leur santé. Ces actions peuvent être de nature très diverse et concerner aussi bien les relations médecin-patient que, par exemple, le directeur d'école et ses actions en faveur de la santé des élèves.

Les raisons qui poussent à développer la promotion de la santé découlent d'un constat largement partagé :

- les maladies chroniques prédominent
- les inégalités de santé sont une préoccupation majeure
- il existe dans notre pays une surmortalité prématurée pour les moins de 65 ans qui est plus importante que dans des pays comparables en raison de comportements à risques (alcool, tabac, accidents, suicide)

Le rôle du médecin dans le champ de la promotion de la santé comporte trois dimensions : éducateur de la santé, partenaire des programmes de santé et avocat de la santé au sein de la collectivité. Le groupe de travail a identifié les atouts de la médecine libérale pour développer une démarche de promotion de la santé intégrée à sa pratique, ainsi que les évolutions récentes qui

favorisent cette démarche. Ensuite, il a recensé les difficultés et les obstacles à une meilleure implication de la médecine libérale dans le champ de la promotion de la santé. Enfin, il a proposé plusieurs pistes de solution.

1.1 Les atouts de la médecine libérale et les dispositifs qui l'associent à la politique de promotion de la santé

Ces atouts sont de plusieurs ordres :

- la compétence : le médecin a acquis un savoir faire, une pédagogie dans la relation avec ses patients qui repose avant tout sur l'expérience et le dialogue
- la relation de confiance qui existe entre le patient et le praticien qui est essentielle lorsqu'on veut entamer une démarche d'éducation pour la santé.
- l'approche globale de la personne qui permet d'aider le consultant à entrer dans un processus décisionnel qui lui est propre. Le praticien est là pour éclairer, il n'est pas là pour faire des choix à la place de son patient.
- la continuité des soins : en moyenne, chaque Français consulte six fois par an son médecin (10 fois pour les plus de 65 ans et plus, et 4 fois pour les 10-20 ans).. Les occasions sont donc nombreuses d'engager et de suivre le patient dans une démarche structurée de santé.

Ces atouts doivent être mis en regard de l'évolution récente du système de santé et de l'organisation de la promotion de la santé. Il y a eu en effet ces dernières années non seulement une prise de conscience importante des médecins face aux enjeux de santé publique, mais aussi des possibilités plus grandes pour chacun d'entre eux.

Il est important de citer ici un certain nombre de dispositifs mis en place pour la plupart récemment et qui non seulement prennent en compte la place du généraliste dans la démarche de promotion de la santé, mais proposent de l'associer directement. Mentionnons sans prétendre à l'exhaustivité :

- le Haut Comité de Santé Publique, grâce à ses différents rapports et recommandations donne souvent des impulsions décisives quant aux choix qui sont faits en matière de santé publique.
- le Comité Français d'Education pour la Santé associe pleinement les médecins libéraux à ses actions.
- la dynamique des conférences nationale et régionales de santé est aussi un enjeu essentiel. Elles font participer le plus grand nombre (médecins libéraux compris) à des choix décisifs pour l'avenir de la santé des populations au niveau local. Dans le même temps, les programmes régionaux de santé associent les médecins libéraux à l'élaboration puis à la mise en oeuvre d'actions de santé.
- la part croissante du poids de la région dans la promotion de la santé donne une place privilégiée aux Unions Régionales de Médecins Libéraux qui ont de façon explicite une mission dans ce champ des pratiques préventives. Par ailleurs, toujours au niveau régional, les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie ont une compétence en promotion de la santé. D'autre part, toujours au niveau régional, le statut associatif des Comités d'éducation pour la santé et des Observatoires régionaux de la santé donnent une place significative aux médecins libéraux.

Ces atouts et cette plus grande implication du médecin libéral ne doivent cependant pas faire

passer sous silence les difficultés inhérentes à la promotion de la santé et les obstacles qui empêchent une participation optimale des médecins libéraux.

1.2 Les difficultés et les obstacles :

En effet, les atouts ne doivent pas masquer quelques difficultés qui sont dues pour la plupart à la spécificité de la promotion de la santé :

- la promotion de la santé, c'est anticiper sur l'avenir, ce qui est souvent difficile avec des patients qui consultent pour avoir des réponses à des besoins immédiats.
- il y a dans la société actuelle une culture de l'immédiateté en particulier chez les jeunes. Le désir d'avoir tout tout de suite est le contraire de la prévention.
- la promotion de la santé, c'est agir sur le plus grand nombre pour ne profiter qu'à quelques uns. Le médecin généraliste aura grâce à la promotion de la santé un impact collectif qu'il ne verra pas d'emblée. Pour lui, il sera donc important de mesurer avec les autres l'impact collectif des actions entreprises.

En plus de ces difficultés, le groupe de travail a recensé un certain nombre d'obstacles pour une bonne intégration de la médecine libérale dans la politique de promotion de la santé. Le recensement de ces obstacles doit conduire à des propositions ou, tout au moins, à des pistes de solution.

L'absence de culture commune à tous les acteurs de la promotion de la santé est certainement le premier obstacle à surmonter. Cette absence de culture commune, sur les concepts et les méthodes, tient pour partie aux modalités de *formation* de chacun des acteurs en santé publique, en particulier au cours des études médicales. Mais cette culture commune s'acquiert également dans l'action, et il est nécessaire qu'une action soit suffisamment longue pour qu'une appréhension commune des différentes dimensions de l'action ait lieu.

L'absence de validation réellement organisée des pratiques dans le champ de la promotion de la santé ne donne pas des repères indiscutables permettant aux médecins libéraux de se motiver facilement sur ce champ. Il est nécessaire d'évaluer correctement les effets des recommandations nationales et d'avoir des démarches bénéfice/risque sur les pratiques.

L'absence d'identification formelle des actes de santé publique des médecins libéraux ne favorise pas leur participation, car ces actes sont intégrés dans le cadre du colloque singulier. Il n'y a pas de repérage organisé des actes de promotion de la santé des médecins libéraux. Ces actes qui peuvent concerner la participation collective à des actions de santé doivent être repérés pour être intégrés correctement dans la pratique.

Le manque de lisibilité du dispositif est également un obstacle souvent difficile à surmonter pour les médecins libéraux. La multiplicité des promoteurs potentiels entraîne une grande variabilité des démarches d'intégration dans des actions de santé publique. *Les rôles respectifs de l'Etat et de l'Assurance maladie* n'apparaissent pas clairement aux médecins libéraux.

L'implication insuffisante des usagers contraste avec le fait que la population est à la fois de plus en plus informée et de plus en plus attentive aux problèmes de santé publique. Les mécanismes de cette représentation ne sont pas au point. Les formes trop "administrées" de la participation des

usagers se heurtent à un manque d'adhésion, mais également à la difficulté de prendre en compte les exclus, qui devraient être parmi les principaux bénéficiaires.

La faiblesse de la recherche sur le champ "santé publique et médecine libérale" ne favorise pas la promotion des actions.

Les moyens des médecins libéraux pour leur participation à des actions de santé publique sont mal définis. Le bénévolat ne peut être un gage de participation pérenne des médecins libéraux à la promotion de la santé.

1.3 Les propositions

Valoriser les expériences existantes : les médecins libéraux participent déjà sur le terrain à de nombreuses actions de promotion de la santé qui sont mal repérées et souvent non valorisées, même en cas de succès avéré. La valorisation de ces expériences est un des facteurs qui concourent à la plus grande implication de ces praticiens dans le champ global de la santé publique. Concernant l'éducation pour la santé du patient, les outils mis à la disposition des praticiens doivent permettre :

- d'innover dans ce domaine
- de rapprocher la relation de soins de la démarche préventive
- de travailler en partenariat complet avec les praticiens à toutes les étapes, de l'élaboration à la diffusion et à l'évaluation.

Valider les pratiques : pour que la participation des médecins libéraux soit optimale, il convient de mettre en place un dispositif d'évaluation et de validation des pratiques afin de fournir des repères indiscutables pour l'action.

Adapter la formation : la formation aux concepts et méthodes de santé publique suppose une évolution des cursus pendant les études médicales et une offre de formation continue au cours de la carrière.

Rendre le dispositif plus lisible : le dispositif de financement des programmes en matière de promotion de la santé nécessite une clarification des compétences respectives des différents financeurs (Etat, assurance maladie) et des modalités de pilotage des actions. Le financement des actions de santé publique dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion implique des contrats entre "l'assurance maladie et les professionnels, un financement hors budget assurance maladie entraîne des contrats entre l'Etat et les professionnels. Les dispositifs d'appels d'offre doivent se traduire par des modalités ouvertes et simples d'accès pour les médecins libéraux (guichet unique ? dossier unique ? pluriannualisation ?).

Identifier les activités devant être " sorties" du colloque singulier : la participation des médecins libéraux aux actions de promotion de la santé doit pouvoir être repérée clairement et différenciées

des actes intégrés au colloque singulier entre le praticien et son patient. Une typologie de ces activités de promotion de la santé pourrait être établie.

Impliquer les usagers : cette implication des usagers pose le problème difficile de la représentation des usagers, mais les médecins libéraux peuvent très utilement jouer un rôle dans cette dynamique, grâce à leur forte insertion locale, au plus près des problèmes de terrain. Cette implication des usagers repose également sur une bonne information qui peut être assurée par l'Assurance Maladie aussi bien au niveau national que régional. Les mutuelles et les assurances privées peuvent jouer un rôle en ce domaine.

Mettre en place des processus de contractualisation, variables selon les problèmes et évaluables pour les médecins libéraux : les actions de promotion de la santé auxquelles participent les libéraux une fois clairement repérées (cf supra) doivent pouvoir faire l'objet d'un financement spécifique sur des bases contractuelles claires, mais adaptées à chaque type d'action. Les signataires de ces contrats ne doivent pas nécessairement être les mêmes selon qu'il s'agit de contrats nationaux, régionaux ou locaux. L'évaluation de ces actions et de son mode de financement doit être définie d'emblée. Par ailleurs, le syndicat MG-France demande que soient prise en compte les missions de santé publique des médecins référents qui sont définis dans la partie optionnelle de la convention médicale.

2. La veille, l'alerte et la sécurité sanitaires

Le terme de veille est couramment employé dans l'industrie ou la recherche pour désigner une organisation pérenne qui vise à déceler, dans les supports de communication scientifique et technique, mais aussi grand public, tout élément nouveau susceptible d'avoir une influence sur un programme de recherche, ou de développement industriel en cours ou en projet (veille scientifique, veille technologique).

Transposée dans le domaine de la santé au début des années 90, en même temps qu'apparaît le concept de "sécurité sanitaire", la notion de veille sanitaire est d'abord perçue comme une nouvelle organisation des pouvoirs publics décalquée de ce concept et destinée à améliorer la sécurité sanitaire en augmentant leur capacité à détecter un risque nouveau et en réduisant le temps de réaction face à ce risque et, par conséquent, en réduisant l'impact du risque sur la collectivité.

Ces concepts se sont fait jour et se sont précisés dans un contexte d'évolution de la société dans deux domaines majeurs :

- un bouleversement technologique qui induit un changement majeur dans la circulation de

l'information qui sort du schéma pyramidal classique et fait évoluer les modalités de travail en commun. Il est donc nécessaire de revoir profondément les circuits et les modalités de l'information.

- un changement juridique qui n'en est encore qu'à ses débuts : la grande attention portée par le public aux problèmes de santé accroît le risque de recours contentieux contre les professionnels de santé. Les professionnels de santé doivent donc avoir un management fiable des incidents et se doter d'une réponse organisationnelle adaptée.

2.1 Veille sanitaire et médecine libérale

La veille sanitaire recouvre des aspects divers qui vont du suivi de l'état de santé de la population à la mise en place de dispositifs d'alerte en vue d'une intervention plus ou moins urgente :

- le suivi d'indicateurs sanitaires qui doit s'effectuer sur des durées assez prolongées permet d'évaluer l'impact d'une politique sanitaire (par exemple politique de réduction des risques ou une politique de dépistage), de définir des priorités ou encore d'adapter la gestion du système de santé. Cette démarche permet aussi d'appréhender sur des bases objectives l'importance relative des différents problèmes de santé, l'importance médiatique d'un problème de santé n'étant pas nécessairement corrélée à sa mesure objective. Ce champ est celui de l'observation de la santé.

- la mise en place de dispositifs d'alerte qui a été surtout conçue en réponse au risque infectieux et au risque iatrogène. C'est le domaine de la surveillance, ou de la "vigilance" en matière de "produits". Les outils de surveillance sont en eux-mêmes diversifiés : déclaration obligatoire de certaines maladies transmissibles et des effets indésirables des médicaments, des produits sanguins et des dispositifs; centres de références; réseaux sentinelles; enquêtes ou suivis de cohortes.

L'efficacité de ces fonctions d'observation et de surveillance repose essentiellement sur la participation active des professionnels. Cette participation ne peut évidemment être à sens unique et les professionnels doivent bénéficier de façon privilégiée des informations générées par ces dispositifs.

La réussite du réseau GROG, créé au départ en 1984, comme un réseau d'alerte de la grippe, mais qui s'est ensuite investi sur d'autres domaines. est un exemple de la participation active des médecins libéraux à une démarche de santé publique sur le champ de la veille sanitaire.

2.2 les difficultés recensées :

La formation et l'information des médecins sur les dispositifs d'observation et de vigilance et leur intérêt sont considérées comme faibles.

Le retour d'information vers les médecins libéraux qui produisent l'information initiale n'est pas toujours effectif. Cette absence de retour est source de manque d'adhésion ou de démotivation. Par ailleurs, les actions éventuelles enclenchées à la suite d'une alerte (par exemple une Toxi infection alimentaire collective) ne font pas toujours l'objet d'une rétro-information auprès de ceux qui ont déclenché l'alerte.

Le dispositif d'alerte est peu performant. Il utilise le support papier (lettre individuelle aux praticiens, de coût élevé) ou le relais par les DDASS, ce qui entraîne un temps d'alerte en général trop long.

Les procédures d'alerte peuvent être décourageantes : le dossier à remplir par le médecin déclarant dans le cadre de la pharmacovigilance est considéré comme trop lourd et peu compatible avec l'activité du médecin libéral.

La difficulté d'accès aux sources de données. Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) est une source d'information intéressante, mais dont le site d'accès sur Internet peut être difficile d'accès.

La fiabilité des dispositifs d'observation et de surveillance est très variable. Il existe un déficit de données de base en termes de mortalité, morbidité et comportements de santé des Français. Par exemple, l'objectif du taux de couverture de la vaccination contre la rougeole était de 95%, afin d'éradiquer la maladie. Ce taux de couverture serait de 85%, mais cette information sur le taux de couverture ne parvient qu'avec trois ans de retard, ce qui ne facilite pas l'adaptation de la politique vaccinale aux réalités épidémiologiques du moment. Par ailleurs, certaines sources de données peuvent être sujettes à interrogation. Par exemple, l'information sur la consommation de tabac provient des fabricants de cigarettes. De la même manière, les alcooliers assurent le secrétariat d'un groupe de travail sur la consommation d'alcool, ce qui pose un vrai problème de légitimité). Une meilleure participation des médecins libéraux améliorerait la fiabilité des données.

Les techniques de recueil de l'information ne sont pas toujours adaptées aux objectifs. Les enquêtes par sondage peuvent être aussi performantes et fiables en certains cas qu'un recueil exhaustif. Elles nécessitent moins de moyens et mobilisent plus efficacement un petit nombre de professionnels. Elles permettent un financement éventuel sous forme contractuelle plus facile à monter.

L'absence de coordination des professionnels concernés. Par exemple, la déclaration des incidents vaccinaux ne repose pas sur une coordination structurée entre les médecins généralistes, les médecins de l'Education Nationale et les pharmaciens.

2.3 Les propositions

Encourager les initiatives locales : la performance du système dépend de l'adhésion et de la motivation des professionnels eux-mêmes. La responsabilité de l'Etat est de coordonner et de rendre cohérentes les initiatives, afin de disposer de données fiables et adaptées pour répondre à la demande de la population, à ses besoins et prévenir les risques de contentieux.

Assurer une meilleure participation des médecins libéraux à toute la chaîne d'information Le développement des nouvelles technologies de l'information a rendu caducs les schémas strictement pyramidaux et rendu possible une plus grande implication de chaque niveau au processus d'ensemble. La participation des médecins libéraux à la définition des objectifs, aux modalités de recueil, au traitement et à la diffusion de l'information est un gage d'adhésion et de fiabilité. Le médecin libéral a une position privilégiée d'observateur actif. Imaginer des procédures simples pour recueillir en continu des données structurantes pour la politique de santé publique doit être

une préoccupation majeure.

Adapter les outils de recueils aux objectifs. Il convient de comparer systématiquement les avantages et les inconvénients des différents moyens de recueil d'information (sondages, enquêtes exhaustives...).

Mettre en place un système d'alerte rapide des acteurs de santé. L'objectif est d'adresser de façon active, dans un temps court, à tout ou partie des acteurs de santé (professionnels et décideurs) sur un plan professionnel ou géographique, un message d'alerte concernant un risque épidémique ou un risque lié à un produit dangereux pour la santé de l'homme. Ce système d'alerte ne fonctionnerait que sur le Réseau Santé Social (RSS) via le courrier électronique.

Mettre en place des modalités de financement adaptées en développant la logique d'appels d'offre. Un quota réservé à la médecine libérale permettrait de garantir une participation des professionnels de terrain, par rapport à des critères de sélection qui pourraient être trop marqué par une logique de recherche fondamentale

Favoriser une bonne coordination des acteurs en particulier au niveau régional (ORS, URML, services déconcentrés de l'Etat, caisses d'assurance maladie..), qui est un espace pertinent en matière de politique de santé.

Faire évoluer les modalités de formation pour permettre une meilleure connaissance du dispositif d'observation et de surveillance et une participation active des médecins libéraux.

3. Organisation des soins

3.1 La problématique générale

La prise en charge de ville (ambulatoire) se situe en amont et en aval de la prise en charge hospitalière. Plusieurs conséquences doivent être tirées de ce constat :

- Il importe de cibler les domaines (pathologies ou populations spécifique) pour lesquels les liaisons ville/hôpital constituent un enjeu qualitatif particulier, par exemple les pathologies chroniques, les personnes âgées, les femmes enceintes, les populations précaires, l'accueil et le traitement des urgences.

- Pour chaque domaine ciblé, il convient de spécifier les enjeux. En effet, la notion de continuité des soins constitue l'enjeu majeur lorsqu'il s'agit de prendre en charge des pathologies chroniques, des femmes enceintes ou des personnes âgées. Lorsqu'il s'agit de personnes en situation précaire, la notion d'accès aux soins l'emporte sur toute autre. Enfin, en matière d'accueil et de traitement des urgences, la clarification des rôles respectifs entre médecine de ville et hôpital mérite le plus souvent d'être réalisée.

On peut relever quelques exemples de modalités privilégiées de coopération entre la ville et l'hôpital :

- les réseaux ville hôpital : créés au début des années 80 pour prendre en charge les patients atteints de Sida, ils se sont étendus à d'autres pathologies ou problèmes de santé. Ces réseaux

permettent aux différents acteurs de devenir des partenaires afin d'apporter une réponse globale.

- les hôpitaux locaux : les patients qui y sont hospitalisés sont pris en charge par des médecins libéraux. Les modalités d'intervention des praticiens dans ce cadre, en particulier auprès de la population âgée, favorisent la continuité de la prise en charge, mais aussi la bonne adéquation de la phase d'hospitalisation et de sa durée. Ces hôpitaux sont inscrits dans un réseau par les conventions qu'ils passent avec des centres hospitaliers de référence.
- l'hospitalisation à domicile : la prise en charge de chaque patient est assurée par son médecin libéral, le service d'hospitalisation à domicile disposant d'un médecin coordonnateur chargé d'organiser les interventions des différents professionnels.

3.2 Les difficultés recensées

L'absence de clarté des concepts. La notion de réseau peut recouvrir des notions très différentes:

- un réseau de communication et d'échanges des professionnels sur un mode informel
- un réseau centré sur une pathologie. Dans ce cas, les professionnels sont bien identifiés et les limites du réseau repérables
- un réseau qui est en fait une interface entre des acteurs, par exemple entre une association de médecins libéraux et l'hôpital.

Par ailleurs, le financement peut reposer sur une contribution de chacun des membres du réseau ou sur une allocation spécifique répartie entre les membres.

Cette absence de conceptualisation, de typologies et de repères est la porte ouverte à de nombreuses confusions et imprécisions. Par ailleurs, le passage des phases expérimentales ne se fait pas toujours avec la rigueur nécessaire, en particulier sur les procédures de suivi et d'évaluation, ce qui entraîne une frustration et une déception des acteurs mobilisés ainsi qu'une perte d'expériences et de connaissances acquises par les décideurs nationaux.

La coupure culturelle ancienne entre le monde hospitalier et le monde ambulatoire, sans que des lieux de rencontre, par exemple sur la formation continue soient organisés.

L'absence de clarté sur les objectifs du financement des réseaux : il peut s'agir d'un soutien de démarrage aux initiatives ou de financement de l'animation du réseau.

L'étanchéité des enveloppes entre la médecine de ville, le secteur hospitalier et le secteur médico-social. La prise en charge globale des problèmes de santé traverse les frontières définies par les modes de financement.

L'absence de reconnaissance et de valorisation de la participation de la médecine libérale : cache formalité (seule existe l'intégralité individuelle du médecin libéral à l'hôpital qui y travaille dans le cadre du statut d'attaché ou de praticien à temps partiel). intégration des médecins libéraux dans des protocoles de recherche dans des protocoles d'évaluation de qualité des soins.

La nécessité de définir l'espace territorial pertinent pour l'élaboration des politiques et pour l'action.

L'absence de lieux de concertation organisés réunissant tous les acteurs, par exemple sur le modèle du Comité Départementale d'Aide Médicale Urgente.

Les difficultés de développement de l'hospitalisation à domicile : les textes actuels prévoient le redéploiement de lits hospitaliers comme préalable à la création des services d'HAD, alors que ceux-ci relèvent le plus souvent d'initiatives privées.

3.3 Les propositions :

Proposer des sessions de formation permettant de rassembler les professionnels d'horizons différents par exemple sur l'épidémiologie, l'économie de la santé.

Faire en sorte que l'accréditation des établissements porte également sur les interfaces avec la médecine de ville

Proposer des cadres statutaires attractifs pour l'intervention des médecins libéraux dans le secteur hospitalier

Valoriser l'intervention des médecins libéraux dans le domaine de la recherche clinique, de l'évaluation de la qualité des soins.

Créer une instance de concertation des acteurs de santé publique qui soit l'occasion de vérifier la pertinence des différentes instances existantes.

Définir les espaces territoriaux pertinents. Si la région paraît être l'espace territorial adapté pour la définition du cadre général et des principes, l'action de terrain relève d'un espace territorial qui peut être différent selon les problèmes de santé à traiter.

Organiser une certaine fongibilité des enveloppes afin d'avoir une approche globale de la prise en charge des problèmes de santé et de placer le patient au coeur du système de santé.

4. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS du groupe de travail

Le groupe de travail considère qu'une bonne intégration des médecins libéraux dans le champ de la santé publique suppose la mise en oeuvre de recommandations essentielles selon quatre axes principaux :

- la formation des praticiens à la santé publique
- la participation des médecins libéraux à la production d'information en santé publique
- la participation à la recherche
- la rémunération des activités de santé publique des médecins libéraux

Par ailleurs, le groupe de travail a considéré que l'espace géographique le plus souvent pertinent pour la mise en oeuvre de ces recommandations est la région, sans qu'il y ait pour autant d'exclusive, en raison du nombre d'instances déjà existantes à ce niveau.

4.1 La formation des praticiens à la santé publique :

Une bonne intégration des praticiens libéraux à l'ensemble des actions de santé publique et à la définition de la politique suppose de leur part l'acquisition de certains outils spécifiques et d'une information opérationnelle sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé.

La formation initiale des médecins doit permettre à ceux dont l'exercice principal sera clinique d'apprécier l'importance de la démarche de santé publique dans l'amélioration de la santé de la population, de donner la possibilité de s'inscrire dans cette démarche et de favoriser ultérieurement le pilotage de certaines actions de santé publique par les médecins libéraux. La formation initiale, élaborée sur un projet pédagogique prenant en compte la dimension santé publique, devrait donc:

- informer les futurs praticiens sur les données de santé publique utiles à leur exercice futur
- enseigner aux étudiants l'intérêt d'une information pertinente et fiable en santé publique, y compris pour leur pratique de clinicien.
- sensibiliser les étudiants sur les méthodes utilisées en santé publique afin de permettre une possibilité de participation opérationnelle rapide des médecins libéraux selon leur lieu d'exercice.
- permettre une découverte des différentes pratiques de santé publique au cours des stages.
- mieux intégrer les médecins libéraux dans l'enseignement, en particulier sur le champ de la santé publique

La formation continue doit favoriser l'intégration active des médecins libéraux dans les actions de santé publique. Cette intégration active peut reposer sur :

- des sessions de formation médicale continue associant différents professionnels sur des thèmes de santé publique, permettant ainsi le décloisonnement entre les médecins libéraux, les hospitaliers, les praticiens de santé publique...
- des formations approfondies sur les outils et les méthodes en santé publique associant différents publics
- des sessions de formation permettant la conduite de projet de santé publique par les praticiens libéraux
- des formations à la recherche clinique ouverte aux praticiens libéraux

4.2 La participation des médecins libéraux à la production d'information en santé publique

Le principe général doit être celui de la participation des médecins libéraux à toute la chaîne de production d'information. Cette condition préalable est la garantie à la fois d'une participation active des médecins libéraux et d'une fiabilisation de l'information. Pour que cette condition soit réalisée, il faut que les médecins libéraux soient intégrés à la définition des objectifs des systèmes ou projets de recueil d'information, au traitement et à la valorisation et à la diffusion de l'information. La révolution technologique des supports de l'information doit être l'occasion d'une implication plus importante des médecins libéraux dans la production d'information en santé publique.

Les médecins libéraux doivent se voir confier des fonctions d'animation de réseau sur des sujets impliquant fortement le médecin libérale dans le champ de la santé publique

La mise en place de dispositifs d'alerte utilisant le futur Réseau Santé Social (RSS) permettra une meilleure circulation de l'information et une meilleure opérationnalité en cas de situation

d'urgence intéressant les médecins libéraux.

4.3 La participation des médecins libéraux aux actions de recherche

L'intégration des médecins libéraux dans des programmes de recherche suppose :

- un développement des compétences spécifiques à la recherche et à ses méthodes grâce à la mise en place d'un dispositif de formation adapté, afin de légitimer, y compris sur un plan universitaire les résultats de la recherche.
- Le temps consacré à la recherche doit être parfaitement identifié afin que les praticiens puissent s'insérer dans des équipes de recherche, notamment de recherche clinique. La participation à des projets de recherche nécessite une inscription dans la durée, qui rend d'autant plus indispensable cette identification du temps consacré à la recherche.
- Les appels d'offre doivent être accessibles aux praticiens libéraux à la fois sur la diffusion de cette information, sur les conditions pour y répondre et selon des formes permettant de faciliter la candidature des praticiens libéraux et ne limitant pas de fait les candidatures aux chercheurs professionnels. Une aide à la rédaction des dossiers de candidature pourrait être organisée dans le cadre de la formation médicale continue.

Le syndicat MG-France demande en outre que :

- la recherche en médecine générale soit organisée selon des modalités de droit commun, insérées à la fois dans l'université et en partenariat des organismes de recherche tels que le CNRS et l'INSERM.
- les médecins généralistes qui participeraient à cette activité de recherche gardent une activité significative de médecin de premier recours. Ce syndicat propose donc la création d'un "corps de médecins généralistes chercheurs, consacrant par exemple 40 jours par an à cette activité, soit un jour par semaine, avec un financement fourni par les différents partenaires intéressés par cette recherche

4.4 La rémunération des praticiens libéraux participants à des actions de santé publique

La participation des médecins libéraux à des degrés variables à l'ensemble des actions de santé publique, pour souhaitable qu'elles soient, ne pourra être effective que si la compensation financière de ces activités est organisée, car la pérennité de cette participation ne peut reposer sur le bénévolat.

Cette prise en compte de ces activités de santé publique effectuées par les médecins libéraux doit:

- reposer sur une typologie des actes de santé publique réalisés par les praticiens libéraux. Cette étude préalable doit évidemment être menée en concertation avec ceux-ci, ce qui permettra d'extraire ces actes de ceux relevant du colloque singulier. Il importe en particulier d'identifier les actes de santé publique individualisés auprès du patient et l'intégration du praticien dans une action collective de santé publique qui peut prendre la forme d'une indemnisation forfaitaire (20, 25 ou 30 % d'un temps hebdomadaire)
- prendre en compte l'utilisation ou non de l'outil de travail du praticien libéral pour ces activités de santé publique (locaux, secrétariat, fax, téléphone...)
- reposer sur un niveau de rémunération qui soit acceptable et comparable à celle rétribuant une activité à l'acte. Le groupe de travail a considéré que les modalités de la rémunération importaient moins que son niveau.
- s'intégrer dans la logique générale des dépenses de santé et donc ne pas entraîner de dépenses supplémentaires. La logique de substitution entre les activités de clinique et de santé publique doit prévaloir.

- reposer nécessairement sur une fongibilité des enveloppes, car les projets de santé publique sont souvent à la croisée des enveloppes ambulatoires, hospitalières ou médico-sociales.

PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PARTICIPATION DES MEDECINS LIBERAUX AUX POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE

- Mme MENGUAL, Chef de service, direction générale de la santé
- M. BASSET, Direction générale de la santé
- M. GEORGES, Direction de la sécurité sociale
- Mme ABADIE, Syndicat national des othoptistes
- Mme ALBY, MG France
- M. BAUDIER, CNAMTS
- M. CABRERA, SML
- M. CARON, SML
- M. CORREZE, CCMSA
- M. COSTE, MG France
- M. CHEVALIER, FMF
- M. GATELMAND, UCCSF
- M. DOUCET, Fédération biologistes de France
- M. GRAS, FMF
- M. HUYNH, CSMF
- M. LE FOLL, ISNAR
- M. MALHERBE, UCCSF
- M. ODIN, ISNIH
- M. PERREZ, CSMF

**Groupe de travail sur le partage
de l'information**

PARTAGE DE L'INFORMATION

Le traitement des informations résultant aujourd'hui de l'émission de feuilles de soins par les professionnels de santé vers les organismes d'assurance maladie à l'occasion de la délivrance de soins, enrichi demain par le codage des actes, des prestations et des pathologies comme par d'autres sources d'information -Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en particulier- constitue un instrument qui doit être mis au service d'une performance accrue du système de santé.

L'enjeu est fondamental: c'est un enjeu de connaissance qui doit permettre aux différentes parties intéressées (pouvoirs publics, caisses d'assurance maladie, professionnels de santé, collectivités territoriales, chercheurs...) de décider, d'agir, de négocier, d'émettre des hypothèses dans l'objectif général d'améliorer le système de santé; le traitement des données et leur échange contribueront ainsi à orienter les priorités d'action dans le domaine de la santé publique, à améliorer le service médical apporté à la population, à favoriser le développement de l'évaluation en santé (comportements et pratiques professionnels, politiques de santé publique), à consolider les dispositifs de pilotage des dépenses de santé. Par ailleurs les données issues des feuilles de soins servent de base à une appréciation quantitative des dépenses dont chaque professionnel est responsable, et elles leur sont opposables (éventuels versements, procédures contentieuses...). Enfin elles doivent être considérées au regard de la protection du secret médical pour le patient et de la protection des prescripteurs à l'égard des pressions commerciales.

Tout cela plaide pour que le développement de ce système d'information se fasse dans un cadre satisfaisant pour l'ensemble des acteurs c'est à dire dans un système fondé sur le principe - premier et absolu - **du partage de l'information**, garant de l'adhésion de toutes les parties prenantes : pouvoirs publics, professionnels de santé, organismes d'assurance maladie, usagers du système de santé.

Un consensus s'est établi sur ce principe général dont l'intérêt et la légitimité ont été reconnus par tous.

Deux conditions apparaissent fondamentales pour le succès du partage de l'information :

-la première c'est que les données émises par les professionnels et produites par les organismes d'assurance maladie soient **traitées et enrichies** et deviennent ainsi des **informations porteuses de sens**. Le groupe de travail s'est donc d'abord attaché à réfléchir aux besoins d'information à satisfaire. (I)

-la deuxième est que **l'information à partager soit établie sur des bases fiables et contradictoires**. C'est poser la question des mécanismes, y compris institutionnels, à mettre en place pour garantir cette fiabilité. Le groupe de travail a, dans une deuxième étape, proposé et confronté les réponses possibles à cette question. (II)

I. LA SATISFACTION DES BESOINS EXPRIMES :

La réponse à cet objectif passe par :

- le repérage des besoins au regard des objectifs poursuivis;
- la constitution, l'enrichissement et le traitement des données nécessaires;

1-1. Le repérage des besoins au regard des objectifs poursuivis :

La première constatation qui s'impose est que, pour un large champ de l'exercice, l'ensemble des acteurs partagent avec un intérêt variable les mêmes préoccupations, et affichent donc des objectifs communs ou très proches.

Cela est particulièrement vrai pour les besoins exprimés dans le domaine de la connaissance médico-économique, et de la connaissance en santé.

D'autres besoins intéressent un nombre plus restreint d'acteurs : c'est par exemple le cas des informations de nature plus individuelles qui s'inscrivent dans la gestion du risque pour l'assurance maladie et concernent préférentiellement les relations organismes d'assurance maladie / praticiens ou organismes d'assurance maladie / patients.

Certains besoins sont enfin préférentiellement plus ciblés sur une catégorie d'acteurs

- professionnels de santé et formation médicale continue (FMC) : impact sur les pratiques;
- patients et professionnels: qualité des soins délivrés.

- le tableau 1 a pour objectif d'illustrer (de manière non exhaustive) les utilisations possibles de l'exploitation des données potentiellement disponibles dans le cadre de partages entre professionnels et assurance-maladie

Les opérations possibles (exploitations) sont classées en croisant:

-le type d'informations produites, considérées successivement du point de vue de la production puis de la consommation de soins

-avec un critère "nature de la connaissance" qui correspond soit à une connaissance médico-économique (de nature collective), soit à une connaissance en santé (de nature collective ou semi-individuelle), soit à une connaissance individuelle (de nature économique ou de santé).

Bien entendu des connaissances de nature individuelle peuvent correspondre à des fins collectives : le contrôle des professionnels concourt à la maîtrise des dépenses via la gestion du risque, dans un but collectif.

Il s'agit ici d'illustrer la richesse potentielle de l'exploitation des données en cause ; les "opérations" de traitements peuvent ainsi contribuer :

-aux besoins spécifiques des professionnels de santé: suivi d'activités liées au tiers-payant, informations liées à la demande de remboursement de soins effectués (activité directe, remboursable du professionnel de santé);

-aux actions liées à la mission des organismes d'assurance maladie dans la liquidation des prestations, le contrôle des professionnels, la gestion du risque et la maîtrise médicalisée des dépenses;

**par exemple à l'occasion de l'élaboration des relevés individuels d'actes et de prescriptions (Riap), ou pour des contrôles ciblés sur des professionnels déviants ou sur des productions de soins spécifiques*

- aux actions d'amélioration de la qualité des soins que les différents acteurs sont légitimes à conduire: la meilleure connaissance des besoins de santé et l'amélioration collective des pratiques médicales permettent la mise en oeuvre d'une véritable maîtrise médicalisée des dépenses;

** par exemple, les professionnels eux-même, ci notamment pour les médecins dans le cadre des unions régionales de médecins libéraux (URML), pourraient choisir de comparer leurs pratiques de soins vis à vis de patients plus ou moins comparables (prises en charge des hypertensions artérielles du sujet âgé, examens prescrits à l'occasion de prescriptions de contraceptifs...)*

** par exemple, dans le cadre de l'incitation à l'évaluation des pratiques, le contrôle médical pourrait choisir de renvoyer à des professionnels de telle ou telle spécialité, des profils spécifiques de prescription pour tel type d'actes ou de prescription par comparaison avec des référentiels professionnels, ...*

- aux actions de réorientation des politiques que l'Etat, les collectivités, l'assurance-malade doivent mener aussi bien en matière d'allocations de ressources que de programme de santé

** en matière de programmes de santé, une meilleure connaissance des comportements de prescriptions et de consommations de médicaments à la fois très diffusés et très iatrogènes comme les psychotropes et les antibiotiques permettraient de mieux cibler les campagnes de bon usage des soins vis à vis des consommateurs et de bonne pratique vis à vis des prescripteurs*

** en matière d'allocations de ressources, les modes de rémunération des professionnels (niveau des lettres-clés, prise en compte d'actions spécifiques menés par tel ou tel type de professionnel) pourraient être argumentés avec intérêt par les professionnels de santé, l'assurance-maladie, les pouvoirs publics, sur la base d'informations mieux "qualifiées" en matière de productions de soins (-ex.: plutôt que l'évoquer l'augmentation des actes facturés en Z, faire la part des différents actes d'imagerie, parmi les actes pratiqués en imagerie et ne pas se contenter de la distinction Z et KE...).*

1-2. La constitution des données nécessaires à la satisfaction des besoins exprimés, leur enrichissement et leur traitement aux mêmes fins, appellent sans aucun doute des travaux complémentaires.

1-2-1 La constitution des données:

Les données disponibles aujourd'hui ou à court terme sont les données de production et de consommations de soins effectuées, prescrites et remboursées (actes, prescriptions de médicaments, dispositifs, soins paramédicaux...) dans le champ de la médecine libérale, telles qu'elles figurent sur les feuilles de soins. Il est prévu de pouvoir y associer les pathologies à l'origine des consommations de soins.

Ces données sont fiables :

- aux caractéristiques des consommateurs de soins : âge, sexe, couverture sociale, domiciliation
- aux caractéristiques des ordonnateurs ou des opérateurs des consommations de soins : profession de santé, spécialisation, statut conventionnel, âge, sexe, domiciliation.

Cependant la valeur informative de ces données demeurera faible tant que n'auront pas abouti les travaux de codage des actes, des prestations et des pathologies. Il est donc essentiel que ceux-ci soient menés à bien rapidement, ce qui suppose que soit au préalable assurée la plus grande harmonie possible entre les données de médecine de ville et les données hospitalières.

1-2-2 L'enrichissement des données :

Ces données de base devront être enrichies :

- par exemple pour un agrégat de données d'activité ou de consommation par des caractéristiques démographiques générales ou socio-démographiques d'une population de consommateurs ou de professionnels.
- Les enrichissements peuvent être obtenus par des sources externes (recensements...) ou à l'occasion d'enquêtes ad-hoc, les objectifs poursuivis par ces enquêtes ne nécessitent pas forcément un recueil exhaustif, à la différence des travaux de liquidation de prestations.
- par exemple pour un consommateur (ou un ordonnateur) en "chainant" les données autour d'un même consommateur de soins, y compris en y ajoutant les données de consommation de soins provenant des établissements hospitaliers (PMSI). Les données ainsi enrichies dans le temps (durée de consommation) pourraient être ensuite agrégées.

Les besoins liés au rapprochement des informations sont à définir au regard de l'utilité attendue de ce rapprochement.

En tout état de cause, ceci suppose impérativement l'établissement et la maintenance de nomenclatures communes aux différents secteurs concernés, ainsi que cela a été observé plus haut à propos des codages.

1-2-3 Les traitements de données:

Pour devenir des informations utilisables, les données doivent être consolidées (marge d'erreur, redressement...), et traitées. Ces consolidations et traitements doivent avoir une cohérence sur l'espace national et garder une cohérence dans le temps, car les informations ne prennent généralement du sens qu'en comparaison dans l'espace et le temps.

Tout le monde s'accorde pour constater que les possibilités de traitement sont importantes du fait de la richesse potentielle des informations disponibles. Ceci entraîne trois conséquences :

- il est sûrement nécessaire de prioriser les opérations dans l'intérêt des différentes parties
- il faudra en particulier que le système d'information soit capable de produire des données dans des délais compatibles avec l'usage qui doit en être fait.
- il faudra enfin que le système d'information permette à la fois des traitements systématiques et des traitements sur requêtes.

Le tableau 2 reprend les opérations prises en exemple au tableau 1 pour mieux les définir en terme de destinataires, de données nécessaires et de modes de recueil et d'exploitation.

II- LES MECANISMES DU PARTAGE DE L'INFORMATION

En organisant la transparences ces mécanismes doivent faciliter les relations entre les acteurs du système de santé. Ceci suppose que soit créée la confiance dans les informations produites et que soient définies des règles et des procédures d'accès à ces informations équitables et adaptées.

2.1 La confiance dans les informations produites: le choix des méthodes.

Une fois acquis et unanimement reconnu, le principe du partage des données peut s'opérer selon des méthodes différentes, relevant de deux types de démarches:

-La première est fondée sur le principe de l'éclatement à la source: les données émises par les professionnels de santé sont simultanément adressées aux caisses d'assurance maladie et, par exemple pour les médecins, aux URML, chaque organisme traitant les informations pour son propre compte.

-La seconde repose sur l'institution d'un mécanisme de contrôle permettant de s'assurer de la fiabilité du recueil et du traitement des données par les caisses.

On observera à ce stade que l'éclatement à la source n'exonèrera pas les URML de la mise en place d'une procédure de fiabilisation des données à leur niveau.

L'ensemble du groupe a constaté que ces méthodes n'étaient pas incompatibles entre elles et que leur coexistence pouvait donc s'envisager.

Enfin, au delà de l'accueil des données de base doit être prévu un dispositif adapté aux problèmes posés par la consolidation, le traitement et l'enrichissement de ces données; deux solutions alternatives peuvent être imaginées à cet égard.

2.1.1 L'éclatement à la source.

Le système est limité à la transmission de données anonymes et doit s'exercer dans le respect des règles relatives à l'informatique et aux libertés.

Les deux formes possibles sont d'une part celle résultant de la libre initiative, du volontariat, et d'autre part celle fondée sur l'institution d'un système obligatoire.

2111- L'éclatement à la source fondé sur le volontariat :

Ce dispositif existe déjà et peut perdurer demain; il peut faire appel à différentes techniques (appel à un concentrateur...); il n'est pas en contradiction avec la réflexion du groupe de travail.

Il ne fait pas de doute, selon le groupe, que cette méthode sera appelée à se développer; ce processus sera grandement facilité par la mise en place de messages normalisés (norme edifact) pour la transmission des feuilles de soins.

2112- L'éclatement à la source obligatoire :

Le système a la faveur de certaines organisations professionnelles (CSMF, autres professionnels représentés par le CNPS, SML) qui voient en lui plusieurs avantages:

- disposer d'une information en propre,
- renforcer le rôle des URML,
- garantir l'autonomie des professionnels de santé vis à vis des organismes d'assurance maladie

C'est un système réalisable au plan technique (complément au cahier des charges de SESAM-VITALE + temps de traitement supplémentaire)

Au plan juridique cela supposerait de prendre le décret prévu par l'article 81-11 de la loi n° 94-43 du 18 Janvier 1994 afin de rendre effective l'obligation faite aux médecins conventionnés de transmettre aux URML les informations anonymes liées à leur activité.

Il présente néanmoins des caractéristiques qui l'empêchent de répondre à la plupart des besoins exprimés.

Les données reçues par l'URML ne seront pas comparables aux données des caisses pour plusieurs raisons:

-il existe une différence de fond entre le flux d'entrée et le flux de sortie, lié au travail de tarification et de liquidation des dossiers: les informations sur le montant effectif du remboursement ne peuvent être obtenues qu'après le travail de liquidation. De la même façon seule la caisse dispose des éléments liés à l'exécution de la prescription médicale.

-les données sont limitées aux feuilles de soins électroniques et excluent donc les feuilles de soins "papier".

-Ces données ont une nature différente des informations détenues par les caisses et ne pourront donc pas servir de base à un débat contradictoire entre les partenaires conventionnels. Anonymisées, ces données ne pourront que très difficilement être chaînées entre elles, et rapprochées de l'exécution des prescriptions ou des autres soins dispensés à un patient; elles ne permettront pas non plus de déterminer l'activité d'un professionnel de santé sur l'ensemble de sa clientèle. Elles ne seront en conséquence que partiellement utilisables pour les études épidémiologiques et pour l'évaluation des pratiques professionnelles.

Enfin, l'éclatement vers les URML pose la question de l'extension de la méthode aux professions de santé autres que les médecins.

2.1.2 Le contrôle sur les données produites par les organismes d'assurance maladie:

L'ensemble du groupe s'est accordé pour considérer que, éclatement à la source ou pas, il était indispensable à l'établissement d'une relation de confiance entre les différents acteurs du système de santé que soient contrôlées les données produites par les caisses, et plus généralement toutes les données utilisées dans le débat entre les partenaires.

Il s'agirait de contrôler en particulier - mais pas seulement - les produits qui font l'objet d'une agrégation des données collectées par les différents régimes obligatoires d'assurance maladie au niveau national: le Système National Inter Régimes (SNIR) et les RIAP.

Cela passe nécessairement par l'institution d'une **instance tierce, garante de cette confiance, au niveau régional et national**

Ces instances joueraient à la fois le rôle de comité scientifique et de comité déontologique, qui générerait les demandes d'accès et serait habilité à commanditer des audits des systèmes alimentant la base. Ces audits porteraient notamment sur la qualité de la saisie des données par les professionnels et les caisses, la pertinence des règles de gestion statistiques, la conformité des règles de gestion informatiques aux règles de gestion statistiques, le degré de précision des agrégats nationaux et locaux par postes de dépenses, le respect de l'éthique (secret professionnel, informatique et libertés).

Le caractère neutre, arbitral de ces instances pourrait être garanti par leur composition, qui associerait au delà des professionnels de santé et des caisses, des statisticiens et des représentants de l'Etat sous la présidence, par exemple, d'un magistrat.

Ces instances devraient bien évidemment disposer des moyens humains et financiers nécessaires à l'exercice de leurs missions.

La compétence de ces instances ne serait pas limitée aux données des caisses mais pourrait être étendue aux données émanant d'autres organismes, comme, par exemple, les URML.

Le Comité Paritaire National (CPN), prévu par l'article L 161-30 et les articles D 161-6 à D 161-13 du code de la sécurité sociale ne paraît pas adapté à ces objectifs. D'une part sa composition, hormis son président, ne fait aucune place à des statisticiens indépendants susceptibles de garantir la fiabilité des informations à partager; d'autre part, ses compétences ne sont pas ouvertes aux missions d'audit et d'expertise des informations produites. Une réforme législative et réglementaire paraît donc devoir être entreprise sur ce point.

De même, et pour des raisons sensiblement identiques à celles développées à propos du CPN, la définition des missions et la composition du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé institué par le décret n° 97-20 du 14 Janvier 1997 ne permettent pas de lui faire jouer, au plan national, le rôle dévolu à l'instance dont la création est préconisée par le groupe.

En tout état de cause une loi est nécessaire, qui légitimerait non seulement le contrôle du SNIR, mais son existence même, faisant ainsi obligation à l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie de l'alimenter.

2.1.3 Le traitement et l'enrichissement des données :

Ainsi qu'il a été souligné dans la première partie du rapport (point 1.2) les données produites par les caisses, une fois consolidées, doivent être traitées et enrichies afin de servir les nombreux objectifs assignés au système d'information dans son ensemble.

Dans ce cadre l'alternative s'ouvre entre une gestion des données par les caisses ou une gestion par une structure spécifiquement dédiée à cette mission.

2131- Les deux scénarios :

Si la collecte et le traitement de l'ensemble des données sont confiés aux caisses, les organismes tiers prévus ci-dessus joueraient à l'égard de ces activités le rôle précédemment défini pour la fiabilisation des données produites par les caisses.

Dans l'autre solution, les missions des organismes tiers seraient élargies à la gestion directe du traitement des données en provenance tant des caisses que des autres sources d'information (PMSI notamment).

- 2132- *Les éléments du choix entre les deux solutions:*

- La légitimité des acteurs:

Il y a de grands arguments en faveur des caisses qui disposent d'une forte légitimité pour assurer la majeure partie des traitements envisagés: elles sont organismes payeurs tant pour l'activité libérale que pour l'activité hospitalière et responsables à ce titre de la gestion du risque au sens large, et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

A l'inverse le principe d'une agence d'information indépendante a été soutenu par certains membres du groupe de travail notamment parce qu'il opérerait une distinction entre les fonctions de gestionnaire et celles de producteur d'études.

Une telle solution ne pourrait être envisagée que si elle garantissait aux différents partenaires, et notamment aux caisses, la capacité d'opérer leurs propres traitements sur les données dont ils disposent.

- Les coûts:

La création d'une structure spécifique pour le traitement des informations à l'intention des professionnels de santé générera inévitablement des "doublonnages" dans les traitements en particulier entre les caisses et cette structure (cf. supra), ce qui sera coûteux.

Ces surcoûts inévitables pourraient en outre être accrus si, du fait des moyens indispensables au fonctionnement de ces structures, leurs traitements des données s'avérait plus coûteux que les traitements au coût marginal effectués par les caisses.

Ce dernier risque est contesté par les représentants des professions de santé.

- La déontologie de l'information:

Quel que soit le système choisi, il doit respecter les règles déontologiques et celles relatives à l'informatique et au libertés.

Aujourd'hui les caisses sont les seules à pouvoir chaîner les données sur un malade et sur une pathologie parce qu'elles disposent d'une information nominative et exhaustive en provenance de l'ensemble des professionnels qui ont soigné un patient donné.

Il est donc plus facile de faire opérer le chaînage par des organismes qui sont déjà habilités à recevoir et à traiter les informations nominatives. Ce sera plus complexe si cette tâche revient à une nouvelle structure, dépourvue de la mission fondamentale que constitue le paiement des prestations aux assurés sociaux.

- Les aspects techniques:

La coexistence de deux séries de traitements ayant des objets voisins entraînera inévitablement une non-coïncidence des résultats qui pourrait être source de difficultés.

En sens inverse l'absence d'homogénéité entre les nomenclatures d'actes effectués en ville et ceux effectués en milieu hospitalier, représente une difficulté majeure pour le chaînage des informations ville/hopital; il est à cet égard concevable d'imaginer que l'existence d'une agence indépendante puisse favoriser un rapprochement rendu difficile du fait de la multiplicité et de l'hétérogénéité des systèmes d'information existants.

2133- Une solution possible : un dispositif évolutif.

Il est à tout le moins indispensable de créer par la loi les instances d'audit et de contrôle pour l'exercice des fonctions concernant les données de l'assurance maladie (point 212). Ceci permettra de mettre en place les conditions d'une confiance aujourd'hui insuffisante dans les relations entre caisses et professionnels de santé.

S'agissant du traitement et de l'enrichissement des données la gestion du système par les caisses dans un cadre partenarial contrôlé est le dispositif le plus rapidement opérationnel, qui met en place une base de données régionale, ouverte sur l'extérieur, complète, fiable, expertisable, sur laquelle les représentants des professionnels de santé pourraient notamment effectuer des requêtes de nature statistique et accéder individuellement aux données les concernant.

Cela m'empêche pas l'évolution ultérieure vers la création d'une agence indépendante, si l'expérience en montre la nécessité en particulier lorsque sera enfin techniquement possible le rapprochement des données de la médecine de ville avec les données hospitalières.

2.2 Accès au système d'information.

221- Aspects d'équité et de déontologie des accès.

L'analyse de ces questions doit être faite en tenant compte de la nature des informations et de la qualité des destinataires; **le tableau 2** présenté dans la première partie du rapport a procédé en ce domaine à une ébauche qu'il conviendra de compléter et de parfaire.

Les bénéficiaires premiers du système sont bien sur :

- les pouvoirs publics ;
- les organismes d'assurance maladie;
- les professionnels de santé;
- les organismes représentatifs de la profession;
- les organismes de santé publique (Institut de la Veille Sanitaire, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, ...).

Reste à déterminer le sort réservé à d'autres destinataires potentiellement intéressés: organismes de protection complémentaire, de recherche, associations de consommateurs, assureurs, industriels,...

L'accès devra également protéger le droit des personnes: anonymisation, droit d'opposition, limite au stockage des données sont à explorer.

Les organismes tiers seraient chargés de la définition et de l'application des règles en ce domaine.

222- Aspects économiques

La production d'information a un coût. Il faudra définir les conditions financières, éventuellement variables selon les demandeurs, auxquelles seront possibles l'accès aux traitements systématiques, aux traitements spécifiques sur requêtes, ou même aux données de base pour les organismes, et en particulier les URML, qui souhaiteront procéder à des traitements eux mêmes.

1- le partage des données : quelles opérations possibles ? pour quoi faire ? (groupe "partage des données" - 28/04/98)

cibles connaissance	professionnels de santé production de soins	population consommation de soins
connaissance médico- économique de nature collective	<p><i>obj</i> : gestion du risque, orientation des politiques - régulation des dépenses, revenu des P.S. niveau national ou local production ou prescriptions de soins selon professionnels (spécialités, âge...) <i>actions possibles</i> : gestion d'enveloppes, politique de rémunération et de démographie médicale, mise en oeuvre et suivi des dispositifs conventionnels collectifs, planification hospitalière</p>	<p><i>obj</i> : orientation des politiques, évaluation des besoins médicaux, couverture sociale, redistribution régionale niveau national ou local consommations de soins selon des populations (âge, sexe, pathologie, localisation...) <i>actions possibles</i> : accès aux soins de certaines populations, politique de remboursement - système de veille et d'alerte. Trajet des malades</p>
connaissance en santé de nature collective ou semi-individuelle	<p><i>obj</i> : amélioration de la qualité des soins - gestion du risque/ maîtrise médicalisée des dépenses comportement de prescription des professionnels selon path, caractéristiques du professionnel, par exemple qui prescrit tel ou tel type d'antibiotique ou de psychotropes ou d'examen complémentaires par rapport à des références de bonnes pratiques <i>actions possibles</i> : travaux de formation, d'incitation mieux ciblés à un niveau national ou local * coordination entre professionnels de santé * travaux entre professionnels qui se regroupent pour comparer leur comportement (protocole de soins, déroulé des décisions dans des circonstances identiques sur des critères de pathologie/démographie...) <i>actions possibles</i> : autoévaluation gérée par les professionnels qui s'interrogent sur leurs pratiques et redressent d'eux-mêmes Les comparatifs peuvent être effectués par groupe d'appartenance par engagements conventionnels, sur référentiels de bonnes pratiques.</p>	<p><i>obj</i> : orientation des politiques de santé nationale ou locales * consommations de soins selon des populations (âge, sexe, pathologie, localisation...) <i>actions possibles</i> : bon usage des soins, éducation pour la santé ciblés * consommation d'un produit significative d'un problème de santé (+/- épidémio) : antituberculeux, psychotropes... * affections recensées par les médecins (+/- épidémio) <i>actions possibles</i> : programme de santé ciblés sur des populations <i>obj</i> : amélioration de la qualité du système de soins * nature des contacts de la population avec le système de santé +/- consommation de la population selon critère démographique (qui consomme des soins de tel spécialiste?... densité des contacts selon les prof de santé...) <i>action possible</i> : réorientation, démographie médicale, meilleure utilisation du système.....</p>
connaissance individuelle financière et médicale	<p><i>obj</i> : amélioration de la qualité des soins rendu au praticien d'un profil de prescription par patho/ comparé à des moyennes, à des comportements les plus fréquents <i>actions possibles</i> : incitations à la formation <i>obj</i> : suivis financiers pour le P.S. <i>actions possibles</i> : activités liées au tiers-payant - info liées à la demande de remboursements. <i>obj</i> : gestion du risque, contrôle des professionnels juste utilisation des soins contrôle de l'activité globale (automatique RIAP ou ciblée en fonction de critères... contrôle d'actes spécifiques : RMO, AMM, NGAP (automatique ou ciblée...) <i>actions possibles</i> : sanctions</p>	<p><i>obj</i> : prévention individuelle informations calendaires : examen des femmes enceintes ou des enfants, examen de dépistage <i>actions possibles</i> : alerter le bénéficiaire de ses droits/alerter la personne que pour son intérêt, elle peut bénéficier de tel ou tel examen <i>obj</i> : prise en charge des soins : <i>actions</i> : liquidation et paiement des prestations <i>obj</i> : juste utilisation des soins ex : affection de longue durée <i>action possible</i> : contrôle</p>

champ : les consommations de soins effectuées, prescrites et remboursables (actes, prescriptions de médicaments, dispositifs, soins paramédicaux...) dans le champ de la médecine libérale
connaissance durant un temps donné, avec comparaisons possibles dans l'espace et dans le temps

connaissance	type d'opération	destinataires	données nécessaires/objets	observations
connaissance Médico-Economique	1- production ou prescriptions de soins selon professionnels 2- consommations de soins selon des populations	AM, PP, prof id	nature des biens et services / caractéristiques des professionnels nature des biens et services caractéristiques des consommateurs	besoin durable, recueil universel possibilité de travaux sur échantillon (travaux sur couverture, trajectoire...) enrichissement par données hospitalières
connaissance en santé pratiques professionnelles	1- l'comportement d'activité et de prescription des professionnels (éventuellement selon path), 1-2 travaux entre professionnels qui se regroupent pour comparer leur comportement	PP, AM, prof accès aux industriels ??? professionnels concernés	nature des biens et services remboursés / caractéristiques du professionnel prescripteur nature des biens et services /caractéristiques des patients, (des contacts patents/médecins)	besoin non permanent ? *enrichir les info sur le PS ou la structure de soins (points de FMC, habilitation à prescrire, fac d'origine, "adressage " du patient)... travaux ad hoc, sur la base de données récupérées automatiquement
2- comportement des patients (usagers, bénéficiaires)	2-1 consommation de la population selon critère démographique, géographique 2-2 nature des contacts de la population avec le système de santé	PP (CNS, (RS), AM, professionnels IDEM + chercheurs	nature de tel ou tel bien ou service / démographie des consommateurs consommation de soins qualifiée (spécialistes, médicaments de tel ou tel type selon caractéristiques des consommateurs (âge mais aussi droits (couverture ?), caractéristiques sociales	besoins réguliers sur périodes et population significatives * enrichissements possibles des caractéristiques des patients ? problème méthodo++, nécessité d'hypothèse de travail, enrichissements nécessaires (hospital.) besoin ponctuels * les chercheurs peuvent être associés avec des praticiens,commandités par AM, PP...
3-épidémiologie en fait événements de santé révélés par la consommation	3- l'affections recensées par les médecins 3-2 consommation d'un produit (ou d'un acte, y compris préventif significatif d'un problème de santé : antituberculeux, psychotropes, dépistage du cancer du col	professionnels, recherche, PP, AM PP (Institut de veille sanitaire, Anaes), AM, professionnels,	pathologies présentées par un groupe de patients... (critères démographiques, travaux ad-hoc) nature de tel ou tel bien ou service / population en bénéficiant dans un laps de temps t dans un espaceE	* enrichissements possibles des caractéristiques des patients ? (hospitalisations) besoins réguliers sur périodes et population significatives

2(suite) - le partage des données - données nécessaires, destinataires et traitements potentiels, selon les opérations (groupe "partage des données"-31.03'98)

quelle connaissance ?	type d'opération	destinataires	données nécessaires/objets	observations
connaissance individuelle 1- vis à vis du P	1-1 rendu au praticien d'un profil de prescription par patho/ comparé à des moyennes, à des comportements les plus fréquents 1-2 contrôle de l'activité globale (automatique RIAP ciblée en fonction de critères... contrôle d'actes spécifiques : RMO, AMM (automatique ou ciblée...))	professionnels AM, professionnel	nature des biens et services remboursé, pathologies, selon médecin id plus global id ciblé	
2- vis à vis du bénéficiaire	2-1 justes soins chez un patient (ALD) 2-2 informations calendaires : examen des femmes enceintes ou des enfants, examen de dépistage vaccination	assurés	données précises à temps, coordonnées du bénéficiaire	

**PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL SUR
LE PARTAGE DE L'INFORMATION**

- M. RENAUDIN, Chef de la mission pour l'informatisation du système de santé
- Mme BOURJADE, Direction générale de la santé
- M. BOUTON, MG France
- M. CABRERA, SML
- M. CASTRO, CSMF
- Mme CHAPELLE, FMF
- M. LEMAIRE, FMF
- M. SCHMIDT, SML
- M. WANNEPAIN, CSMF
- M. WINISDOERFFER, UCCSF
- M. BAYET, CCMSA
- M. PHELIPPEAU, CNAMTS
- Mme RACT, CNAMTS
- M. POSTEL-VINAY, CANAM
- M. ROUSTIT, Fédération nationale des orthophonistes
- M. LEPORTIER, Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
- M. HAMEURY, ISNIH
- M. PENCZ, ISNAR

**Groupe de travail sur l'avenir des unions
régionales de médecins libéraux**

Groupe de travail relatif à l'avenir des unions régionales de médecins libéraux

1. La loi du 4 janvier 1993 a confié aux URML des missions importantes parmi lesquelles l'analyse du fonctionnement du système de santé, l'évaluation des besoins de soins, l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles, la participation à l'organisation et à la régulation du système de santé ainsi qu'à la prévention et aux actions de santé publique, la coordination avec les autres professionnels de santé, l'information et la formation des médecins et des usagers.

Ces compétences très larges faisaient de ces instances des partenaires essentiels des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie dans la gestion et la régulation du système de santé au niveau régional. Le législateur proposait ainsi aux médecins de tenir dans ce système un rôle central comparable à celui qui est le leur dans certains pays étrangers, notamment l'Allemagne.

Le groupe de travail a constaté que, jusqu'à présent, les URML n'ont pas exercé la plénitude de leurs compétences, notamment celles relatives à la régulation du système de santé. Ainsi, nombre de ces Unions se cantonnent à une activité modeste.

Pour les uns, ce constat s'explique par un manque de moyens mis à la disposition des Unions ou par un refus de leur faire jouer un rôle de partenaire professionnel actif dans la régulation économique du système de santé ; pour les autres, la difficulté provient de la structure des Unions telle qu'elle résulte du décret n° 93-1302 du 14 décembre 1993 pris en application de l'article 6 de la loi du 4 janvier 1993 qui prévoit que les membres des Unions sont élus à partir de deux collèges, un collège de médecins généralistes et un collège de médecins spécialistes. Il résulte de ces dispositions qu'un syndicat qui ne dispose de représentants que dans un seul des deux collèges tient une place relativement limitée au sein des instances exécutives des Unions. De ce fait, et sauf s'il recueille l'accord d'autres élus, il lui est difficile d'obtenir de l'Union qu'elle entreprenne les actions qu'il souhaiterait voir menées.

La conjonction de ces diverses causes conduit une partie de la profession à douter de l'utilité de ces structures de droit privé et des cotisations obligatoires demandées aux médecins pour assurer leur financement.

Constatant que les divergences de vue rendent impossible la mise en oeuvre des ambitieuses dispositions législatives actuelles, le groupe de travail a recherché ce que pourrait être le socle de compétences qui serait reconnu par tous et permettrait aux Unions de participer aux missions nouvelles du corps médical, dans un contexte modifié par la prise en compte plus importante des besoins de santé de la population, de la régulation de l'offre de soins et de la nécessité admise

par tous de l'évaluation des pratiques.

Ce socle de compétences autour duquel l'ensemble de syndicats s'accorde, comprend :

- Une contribution à l'évaluation des besoins de santé de la population ;
- La participation à la conception, la mise en oeuvre et le suivi d'actions de prévention et de santé publique ;
- L'évaluation collective et individuelle des pratiques médicales ;
- L'information des médecins sur les recommandations de bonnes pratiques et les indicateurs d'économie de la santé.

Ces compétences excluent la régulation du système de santé qui, aux yeux des syndicats professionnels présents, est du ressort des partenaires conventionnels.

2. Dans le domaine de l'évaluation des pratiques, il conviendrait que l'ANAES, qui a donné son accord de principe, puisse former à l'évaluation un certain nombre de médecins dans chaque région. Ainsi les URML pourrait jouer un rôle majeur :

- en diffusant les recommandations de l'ANAES ;
- en étudiant les méthodes susceptibles d'encourager les médecins à s'approprier ces recommandations ;
- en évaluant elles-mêmes, en particulier grâce aux données informatisées dont elles seraient destinataires, les stratégies thérapeutiques et diagnostiques développées par un ensemble de médecins ou à l'égard d'une pathologie ou d'un secteur géographique particulier ;
- en offrant à un médecin qui le souhaiterait une évaluation de ses pratiques ou en demandant à un médecin réputé pour ne pas suivre les recommandations professionnelles de se soumettre à une telle évaluation.

L'évaluation par les pairs est ainsi apparue importante même s'il a été souligné combien l'impartialité devait être garantie et combien l'évaluation devait bien être distinguée de toute procédure de sanction afin de lui conserver strictement sa vocation pédagogique de formation.

Le groupe a estimé qu'il serait très utile qu'une incitation financière à l'évaluation soit trouvée afin que les praticiens puissent dégager plus aisément sur leur temps de travail un espace qui lui soit consacré.

3. L'accès des URML aux données issues du codage est, bien sûr, un point essentiel qui fait l'objet, par ailleurs, des réflexions d'un autre groupe de travail. Le présent groupe estime qu'il ne serait pas possible de faire des Unions un intermédiaire obligé entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie. La tâche serait au-dessus de leurs capacités d'organisation. La deuxième solution envisageable, l'éclatement à la source des flux de données, risque de fournir des informations peu exploitables car incomplètes, non représentatives et non chaînables. Une troisième option serait acceptable par tous : la communication des données fournies par les unions régionales de caisses d'assurance maladie, à la condition que des garanties

sérieuses soient offertes quant à la qualité et à la fiabilité de ces informations.

4. Les URML peuvent être le relai des actions de santé publique visant notamment à améliorer l'offre et la qualité des soins ainsi que l'accès aux soins en fonction de programmes de santé nationaux et régionaux qu'elles contribueraient à établir.

5. Certains membres du groupe ont critiqué la composition du Comité médical régional institué par l'article L. 315-3 du code de la sécurité sociale en estimant que les URML ne devraient pas avoir à participer à cette instance.

6. Les médecins libéraux sont aujourd'hui les seuls professionnels de santé à disposer d'une structure telle que les URML. Les autres professions de santé souhaiteraient être représentées dans une structure régionale de cette nature. La question a été posée de savoir s'il convient d'élargir la composition des URML à ces autres professions ou si celles-ci devraient pouvoir disposer d'une structure propre. Faute pour ces professions d'avoir pu en délibérer au préalable de manière suffisamment approfondie, il n'y a pas été répondu au sein du groupe de travail. Il reste que, en liaison avec les médecins libéraux, les autres professions de santé souhaitent participer aux missions définies ci-dessus comme constituant le socle des actions utiles à mener au niveau régional.

**PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL
SUR LES UNIONS REGIONALES DE MEDECINS LIBERAUX**

- M. le Professeur MENARD, Directeur général de la santé
- M. LE COZ, direction de la sécurité sociale
- M. le Professeur ALLEMAND, CNAMTS
- M. PHELIPPEAU, CNAMTS
- Mme BLUM-BOISGARD, CANAM
- M. SERRUYS, CANAM
- M. HERAULT, MSA
- M. NORAUD, NSA
- M. CABRERA, SML
- M. GRAS, FMF
- M. JACQUET, FMF
- M. WINISDOERFFER, UCCSF
- M. OLIVIER-KOEHRET, MG France
- M. BOUTON, MG France
- M. GRILLET, CSMF
- M. AVOUAT, CSMF
- Mme HESNART, fédération nationale des infirmières
- M. MAGNIES, syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs

**Groupe de travail sur la régulation
des dépenses de médecine de ville
et les modes de rémunération des médecins**

Compte rendu des travaux du groupe « Modes de régulation des dépenses en médecine de ville, modes de rémunération des médecins »

Ce résumé propose une synthèse en dix thèmes des travaux du groupe. Les réflexions et propositions évoquées pour chaque thème ne s'appuient pas toutes sur un consensus du groupe, loin s'en faut. Elles reposent, toutefois, sur l'idée qu'en l'état actuel des positions des uns et des autres, elles représentent une chance d'évolution des professions de santé vers une régulation professionnelle adaptée aux enjeux d'une efficacité accrue de notre système de soins. Certaines de ces propositions s'articulent entre elles de façon étroite.

1. Le financement de notre système de santé doit être orienté vers la réponse aux besoins

La détermination de l'objectif national des dépenses de l'Assurance maladie a fait l'objet d'un débat contradictoire au sein du groupe de travail.

L'ensemble des participants s'accordent sur la nécessité que la collectivité nationale, par la voie de ses représentants au Parlement, définisse les priorités de la politique de santé et les ressources financières qu'elle entend leur consacrer. En revanche, un net désaccord s'est manifesté sur la question de l'opposabilité de cet objectif financier.

Pour les uns, il n'est pas d'objectif opposable sans légitimité médicale de cet objectif. Dans cette conception, l'objectif national des dépenses doit être construit par sommation de l'ensemble des besoins de santé reconnus comme nécessaires sur le territoire national et chiffrés en fonction de leur coût moyen. Les partisans de cette conception admettent que l'on ne dispose sans doute pas encore aujourd'hui des outils statistiques suffisants pour réaliser cette évaluation chiffrée des besoins dans de bonnes conditions, mais ils estiment souhaitable et possible de parvenir dans le futur à une évaluation satisfaisante. Tant que celle-ci n'est pas opératoire, ils refusent toute opposabilité de l'objectif de dépenses.

Pour les autres, la sommation nationale des besoins de santé est impossible pour au moins deux raisons de principe. La première est que la notion même de besoins de santé est indéterminée et indéterminable. Chacun peut souhaiter toujours plus d'actions de prévention, de suivi ou de soins, sans qu'il y ait de limite objective à une telle demande. La seconde raison est que les besoins de santé sont loin d'être couverts par les seules dépenses de santé. On sait, en effet, que l'environnement, l'alimentation, les conditions de travail ou de logement, constituent des facteurs très importants qui influencent l'état de santé. Par conséquent, la politique de santé ne peut se faire que par des arbitrages entre différents domaines de la vie individuelle et collective, dont plusieurs n'appartiennent pas au champ strict de la santé publique, ce qui ferme la voie à toute construction purement médicale d'un concept de besoin de santé. Pour les partisans de cette thèse, l'objectif national de dépenses ne peut résulter que d'un arbitrage politique, prenant en considération certains critères tels que l'évolution des dépenses passées, les innovations techniques, les comparaisons internationales ou les autres priorités de la nation. La

légitimité de ces critères suffit à justifier l'opposabilité de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie.

En dépit de cette forte opposition de principe entre les participants, il est apparu possible et souhaitable, sur le plan micro-économique (c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de traiter d'un problème de santé limité à un secteur géographique, une pathologie ou une catégorie de population précise), d'adapter le financement à la mesure des besoins.

Cette perspective suppose un engagement des professions de santé dans des recherches et des travaux visant à mieux comprendre l'impact du système de soins mais également et plus largement, du système social sur la santé de la population. Ce type de travaux représente un défi majeur, à l'avenir, pour l'orientation des politiques de santé et pour la régulation du système de soins car il permettrait d'affecter les ressources de manière plus équitable.

Dans cet esprit, il pourrait être opportun de renforcer les moyens de la Conférence Nationale de Santé et des Conférences Régionales de Santé pour qu'elles favorisent le développement de Programmes Stratégiques d'Action de Santé (PSAS) ou de toute autre forme d'actions de cette nature.

2. La responsabilité vis-à-vis de l'efficacité du système de soins doit être collective et engager tous les acteurs du système de santé

La responsabilité collective des professions de santé libérales, vis-à-vis de l'objectif des dépenses de soins de ville, n'est pas organisée de façon satisfaisante puisqu'elle repose quasi exclusivement, à ce jour, sur les médecins prescripteurs. Même si, pour une partie d'entre eux, ils acceptent d'assumer la part qui leur revient (à savoir le volume des actes et prescriptions), pour autant ils ne peuvent assumer seuls la responsabilité de l'effet des hausses des tarifs des biens et services qu'ils prescrivent. Les professions de santé « prescrites » ont fait, par ailleurs, remarquer que, n'étant pas associées à la définition de l'objectif des dépenses, elles ne pouvaient qu'enregistrer passivement des engagements pris en dehors d'elles. Il apparaît également que les « autres prescripteurs », comme l'hôpital public et les centres de santé par exemple, ne sont pas associés dans la régulation de l'objectif des dépenses de soins de ville, ce qui contribue à renforcer l'idée d'une responsabilité qui serait inégalement partagée. Enfin, le rôle important joué par l'industrie pharmaceutique dans l'évolution des dépenses de médicaments justifierait qu'elle prenne sa part de responsabilité au côté des autres partenaires sociaux, au-delà des actuels accords « prix-volume ».

Ces observations conduisent l'ensemble des participants à souhaiter qu'à l'avenir, soit défini un modèle de concertation collective visant à engager, au côté de l'Assurance maladie, l'ensemble des professions de santé et des industriels du médicament et des biens et services de santé, dans la mise en oeuvre d'une régulation permettant d'accroître l'efficacité du système de soins.

3. Déconcentrer une partie de la régulation professionnelle à un niveau régional

La plupart des participants sont d'accord pour promouvoir la région comme niveau adéquat pour la définition et l'application de certains aspects de la politique de santé. Cette analyse repose sur deux constats. En premier lieu, la déconcentration régionale est aujourd'hui en marche, via les A.R.H., les U.R.C.A.M., les O.R.S., les Unions Professionnelles et la constitution d'un pôle fort de régulation professionnelle s'impose à ce niveau. En second lieu, chaque région est confrontée à des particularismes qui nécessitent d'être abordés spécifiquement. Par exemple, les problèmes de la répartition démographique et géographique des professions de santé ne sont évidemment pas les mêmes d'une région à l'autre. Par suite, l'analyse de certains besoins, l'évaluation des pratiques, la définition et la mise en oeuvre d'actions de santé publique pourraient être effectuées par les instances régionales.

Cela étant, certains participants soulignent que l'objectif d'une répartition des moyens satisfaisante sur le plan médical et équitable sur le plan social doit demeurer sous l'arbitrage des autorités nationales. Concernant, par exemple, la démographie, il conviendrait de définir des mécanismes de conventionnement ou d'incitation sélectifs de nature à réguler les orientations par discipline ou par région des étudiants. Il conviendrait également d'encourager certains professionnels de santé à la reconversion ou à l'arrêt de leur activité. Le rapport médecins généralistes/médecins spécialistes doit être rééquilibré en faveur de la médecine générale. Les objectifs doivent correspondre aux besoins sanitaires de la population, et non aux seuls besoins hospitaliers ou hospitalo-universitaires.

4. La régulation est un facteur d'efficience du système de santé

Il est apparu, dans le cadre des discussions du groupe de travail, que la question de l'investissement des professions de santé dans l'amélioration des performances du système de soins, ne pouvait pas reposer seulement sur un encadrement étroit des décisions et prescriptions individuelles. Une politique d'amélioration continue de la qualité au travers de pratiques coordonnées est également souhaitée. Une meilleure coordination couplée au respect de règles de prise en charge ne peut, ni totalement se décréter au niveau national, ni se diffuser spontanément à partir d'expériences de terrain ; elle ne peut reposer que sur l'apprentissage de fonctionnements coopératifs. La meilleure prescription, fondement de la « maîtrise médicalisée », et la meilleure coordination dans l'organisation des soins sont les deux piliers d'une efficience supérieure.

Une partie des participants s'est accordée pour proposer la création d'un fonds « qualité » qui encouragerait le développement d'initiatives orientées dans ce sens. Ce fonds, dont le montant serait défini dans le cadre d'accords entre l'Assurance maladie et l'ensemble des professions de santé, pourrait ensuite être réparti entre les régions ; pour certains toutefois son montant et son utilisation devraient être définis pour chaque profession dans le cadre des conventions. Ce fonds permettrait de soutenir et de mettre en valeur les formes d'actions organisées entre professionnels de santé visant l'amélioration de la qualité des services, ainsi que les dispositifs pédagogiques permettant d'accompagner les professionnels. Il permettrait également de renforcer la capacité des organisations professionnelles représentatives à soutenir le développement de l'évaluation individuelle des pratiques.

5. La constitution de « pratiques coopératives et coordonnées » au coeur de la régulation professionnelle

Au fil des discussions entre les participants, s'est posée la question de la responsabilité des professions de santé, dans le cadre de leur exercice quotidien, vis-à-vis de la coordination des soins. Tous les participants s'accordent pour dire que la définition des rôles, des positions et des compétences respectifs des professionnels de santé devait être clarifiée pour accroître l'efficacité du système de soins.

Schématiquement, les modèles de coordination peuvent être classés en trois catégories :

- soit ils sont ordonnés autour d'un médecin de premier recours qui a pour fonction, d'une part, de traiter lui-même les cas de sa compétence et, d'autre part, d'orienter le malade, le cas échéant, vers un confrère ou vers l'hôpital. Dans la plupart des expériences étrangères et dans l'actuelle expérience conventionnelle française, le médecin de premier recours est un généraliste, un médecin de famille ;
- soit ils sont définis collectivement, sur un territoire donné, par les professionnels de santé et c'est au cours de la négociation sur les objectifs de santé à atteindre que la place et le rôle de chacun sont discutés et, notamment, l'identité du régulateur du processus de prise en charge et des objectifs assignés à la régulation (c'est le cas, par exemple, d'initiatives en périnatalité, en gérontologie qui se sont développées en France, ces dernières années) ;
- soit ils sont définis principalement par l'assureur ou l'entrepreneur qui représente ses intérêts, aidé par un corps de professionnels de santé conseils et, auquel cas, ils sont plutôt orientés vers une optimisation économique. Dans ce modèle de coordination, en général, le rôle de l'infirmière en première ligne est privilégié et les professionnels de santé sont intéressés financièrement à la régulation des trajectoires des patients. Ce modèle est encore peu connu en France.

Les deux dernières approches ne sont pas mutuellement exclusives, bien au contraire. Il serait, en effet, intéressant de pouvoir les concilier à travers des expérimentations. Ces « pratiques coopératives et coordonnées » pourraient se déployer sur un territoire donné, mettant en avant, d'une part, des principes et des modalités de coordination négociés entre professionnels de santé autour d'objectifs de santé clairement repérés et, d'autre part, des principes et des modalités visant à accroître la performance économique du système de soins local, notamment au travers d'engagements contractuels portant sur l'optimisation de l'usage des ressources.

Cette expérience reposerait sur un cadre d'animation, de gestion et d'évaluation s'adossant sur plusieurs types d'outils :

- l'apprentissage d'un fonctionnement coopératif, d'une culture de gestion et d'évaluation,
- la gestion des dispositifs de coordination,
- l'évaluation de la performance sanitaire et les effets sur la consommation des ressources.

Cette orientation impliquerait des modes de rémunération spécifiques des professions de santé, des dispositifs d'accompagnement pédagogique adapté et un partenariat étroit entre les organismes d'Assurance maladie et les professions autour des systèmes d'information. Ces initiatives pourraient être soutenues par le fonds « qualité » décrit précédemment, et agréées par un comité régional d'orientation des filières et réseaux.

6. La régulation du système ne doit pas être cloisonnée entre ville et hôpital

Tout au long des débats, il a été rappelé que le cloisonnement entre « l'enveloppe de ville » et « celle de l'hôpital » ne pourrait être durablement maintenu, dès lors que les responsabilités dans l'usage de l'une et de l'autre ne peuvent être clairement délimitées. A cet égard, certains estiment que les prescriptions des établissements de santé réalisées en ville doivent être mises effectivement à leur compte et, pour cette raison, doivent être sorties de l'objectif des soins de ville. Par ailleurs, la nécessité de voir se déployer des pratiques coopératives entre ville et établissements de santé, dans la perspective d'optimiser la prise en charge des patients, bute sur la difficulté d'établir des transferts de ressources d'un secteur vers un autre.

Le groupe s'est donc accordé sur la nécessité d'instaurer, au plus vite, des mécanismes permettant d'assurer une certaine fongibilité des enveloppes. Au plan pratique, cela appelle un suivi plus fin des parcours des patients, pour une meilleure connaissance des coûts de leur prise en charge, tant à l'hôpital qu'en ville, ce que l'informatisation devrait faciliter prochainement. Au plan local, des expériences de fongibilité totale pourraient être tentées par l'Assurance maladie et par l'Etat, par exemple dans le cadre des Programmes Stratégiques d'Action de Santé (cf. proposition 1) ou des initiatives de « pratiques coopératives et coordonnées » (cf. proposition 5).

Il a été également souhaité que, dans un souci de traitement équitable et en attendant le décloisonnement, les modalités de calcul des taux d'évolution des dépenses respectives de la ville et de l'hôpital soient clarifiées.

7. Accélérer la mise au point des outils de description et d'évaluation des données

Les participants se sont également accordés sur le fait que les instruments de description et d'évaluation des activités des professions de santé ne sont pas actuellement à la hauteur des enjeux d'une régulation professionnelle digne de ce nom. L'insuffisance de ces outils constitue un grave obstacle à l'évaluation de la qualité du service rendu, et même des conditions de sa réalisation.

Cette insuffisance traduit le retard pris par tous les acteurs : l'Etat dans sa tâche normative essentielle de définition des nomenclatures, l'Assurance maladie vis-à-vis d'une vision renouvelée de la gestion du risque, les professions de santé en ce qui concerne la gestion des processus de prise en charge. Le groupe recommande, donc, que soit accélérée fortement la mise au point des nomenclatures professionnelles et, notamment, du codage des actes en nature. C'est la condition d'un renouvellement des modalités d'évaluation des pratiques

individuelles et des prises en charge des patients au sein du système de soins. Les expériences de financement par programmes ou par réseaux de pratiques coopératives ou coordonnées sont également dépendantes de ces outils.

8. De nouvelles formes de rémunérations adaptées aux nouveaux métiers de la santé

L'ensemble des participants, à l'occasion d'un débat sur l'orientation à prendre face à l'évolution des métiers de la santé se sont mis d'accord pour que de nouvelles formes de rémunérations, à côté du paiement à l'acte, puissent soutenir le développement de nouvelles modalités de la pratique professionnelle autour de la prévention, de l'organisation, du suivi de certaines catégories de patients, etc.

9. La définition d'un objectif national des dépenses et de sa marge d'ajustement

Même si le principe de la définition, au niveau national, d'un objectif opposable des dépenses de soins de ville, comme il a été déjà dit, ne recueillait pas l'avis favorable de l'ensemble du groupe, il a toutefois été noté que les modalités de calcul de cet objectif devaient être clarifiées. En effet, la difficulté de prévoir, au plan national, la survenue d'événements épidémiologiques aléatoires, certaines évolutions thérapeutiques et l'apparition de nouvelles modalités de prise en charge, rend l'exercice de fixation d'un objectif des dépenses pour le moins complexe. Il apparaît, dès lors, qu'il pourrait être opportun d'établir l'objectif en l'encadrant d'une marge d'ajustement limitée à la hausse comme à la baisse, en deçà de laquelle les mécanismes attachés à l'opposabilité ne se déclencheraient pas. On pourrait également envisager d'opérer un « lissage » statistique des données médico-économiques qui composent l'objectif afin d'atténuer les effets d'une évolution épidémiologique atypique dans son ampleur ou sa durée.

10. Corriger les mécanismes de responsabilité économique

Les mécanismes de responsabilité économique mis en place par les ordonnances du 24 avril 1996 ont été critiqués par l'ensemble des participants. Il a été mentionné ci-dessus que certains syndicats médicaux en contestent le principe, quelles que soient ses modalités d'application. Ils sont donc hostiles aussi bien à l'actuel mécanisme de versement/reversement qu'ils le seraient à un éventuel mécanisme de lettres-clés flottantes.

Ceux qui, à l'inverse, approuvent le principe, souhaitent néanmoins que ses modalités actuelles soient modifiées. Plusieurs propositions différentes ont été émises mais toutes ont pour caractéristique commune de chercher à simplifier le dispositif et de le rendre plus collectif. Il s'agit de lier la responsabilité des professionnels à leur statut collectif de prescripteurs de la dépense de soins et de lui retirer tout aspect de sanction individuelle.

En cas de non-respect de l'objectif, deux modalités de responsabilisation sont émises :

- un prélèvement calculé, pour chaque profession, en proportion des honoraires perçus, à

l'exception de tout autre critère individuel ;

- une suspension partielle ou totale des revalorisations tarifaires à venir.

A cet égard, ceux des participants du groupe qui sont signataires de la convention actuelle, ont annoncé qu'ils présenteront conjointement à l'aval du Gouvernement des propositions de modification du cadre législatif permettant de simplifier le dispositif en ce sens. Ils rappellent, par ailleurs, qu'en cas de respect de l'objectif, ils restent attachés au versement de la provision d'honoraires.

En cas de respect de l'objectif, deux modalités d'intéressement sont évoquées :

- une meilleure revalorisation tarifaire ;

- un versement total ou partiel du bonus au " fonds qualité " mentionné dans la proposition n° 4.

Par ailleurs, les professions de santé prescrites ont fait remarquer qu'étant exclues de ces mécanismes, elles peuvent difficilement accompagner les efforts de rationalisation liés à la responsabilisation des prescripteurs alors que ce serait souhaitable. Elles sont contraintes aujourd'hui de subir passivement des engagements pris en dehors d'elles. Elles expriment le souhait d'être associées aux concertations préalables à la fixation des objectifs de dépenses, ce qui leur permettrait de participer aux modalités de responsabilisation.

**PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL SUR
LA REGULATION DES DEPENSES DE VILLE ET LES MODES DE
REMUNERATIONS**

- M. BREMOND, Professeur à l'Ecole nationale de la santé publique
- M. LE COZ, Direction de la sécurité sociale
- M. RICORDEAU, Direction de la sécurité sociale
- M. BOURGUEIL, IMAGE-ENSP
- M. Le Professeur ALLEMAND, CNAMTS
- M. CABRERA, SML
- M. CORREZE, MSA
- M. DECALF, CSMF
- M. GATELMAND, UCCSF
- M. GERVAIS, MG France
- M. GRAS, FMF
- M. HERAULT, MSA
- M. PIVETEAU, CNAMTS
- M. RAVOUX, CANAM
- M. ROUZIER, CSMF
- M. SOPENA, MG France
- Mme OURTH-BRESLE, Fédération nationale des infirmières
- M. MAIGNIEN, Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs

Annexe : lettre de mission du 10 février 1998

REPUBLIQUE FRANCAISE

La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité

Le Secrétaire d'Etat à la Santé

Paris, le 10 FEV. 1998

Monsieur,

Améliorer la qualité des soins et les modalités de prise en charge des patients, donner une impulsion forte à la politique de santé publique, assurer une meilleure articulation entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico social, réguler l'évolution des dépenses pour préserver notre système de protection sociale, tels sont les axes autour desquels doivent s'articuler les évolutions de notre système de médecine de ville.

Nous avons la conviction que des progrès en ce sens ne sont possibles qu'à travers un dialogue approfondi avec le corps médical.

A cet égard, les premiers entretiens que nous avons conduits avec les représentants des médecins, malgré des divergences entre les diverses organisations, ont confirmé leur volonté commune de participer activement à la définition des orientations pour l'avenir de la médecine de ville.

Nous souhaitons donc qu'une concertation approfondie soit engagée avec les organisations représentatives des médecins et les représentants des Caisses de Sécurité Sociale, notre système de santé et notre système de protection sociale étant indissociables.

Nous vous remercions d'avoir accepté de coordonner ce processus de concertation.

Nous souhaitons qu'il se structure autour de quatre thèmes qui nous paraissent des enjeux majeurs pour le système de santé ambulatoire.

- La participation des médecins libéraux aux politiques de santé publique

Il est très souhaitable d'élargir le rôle des médecins libéraux en matière de santé publique. Leur participation active est en effet une condition indispensable pour parvenir à une meilleure articulation entre soins et prévention et au renforcement de la sécurité sanitaire.

Monsieur François STASSE
Conseiller d'Etat
1 Place du Palais Royal
75001 - PARIS

Au delà du rôle traditionnel du médecin de ville dans les politiques vaccinales et les stratégies de dépistage, se sont développées de nouvelles approches médicales, souvent à l'initiative des médecins libéraux, notamment à travers les réseaux de surveillance épidémiologiques ou de prise en charge de certaines pathologies. De même, les préoccupations de santé publique ont été introduites dans la vie conventionnelle dans le cadre de l'option médecin référent.

Il paraît nécessaire de réfléchir aux conditions dans lesquelles cette participation des médecins libéraux aux politiques de santé publique peut être élargie et renforcée notamment dans les domaines suivants : veille et vigilance sanitaires, alertes sanitaires, éducation à la santé, prévention des conduites à risques.

- La régulation des dépenses de médecine de ville, les modes de rémunération des médecins

Il est indispensable de disposer de moyens effectifs de maîtrise des dépenses permettant de garantir l'objectif national de dépenses d'Assurance Maladie voté par le Parlement. Il conviendra d'analyser les propositions que le corps médical et les Caisses pourraient formuler et de dégager les dispositions de nature à concourir à cet objectif.

Cette démarche repose sur la conviction que la responsabilité économique collective des médecins en matière d'évolution des dépenses peut s'exercer dans le respect de la qualité des soins si se développent les bases d'une maîtrise médicalisée. Les axes de réflexion sont à cet égard multiples. Les travaux pourraient porter, notamment, sur les outils d'information et d'aide à la décision qui doivent être mis à la disposition des médecins, sur l'évolution du dispositif des références médicales opposables, sur les perspectives ouvertes par la diffusion des recommandations de bonne pratique, sur les relations avec le contrôle médical et le développement de l'évaluation par les médecins eux-mêmes.

Dans la même perspective, la coordination des professionnels de santé autour des patients, la constitution des réseaux peuvent permettre des progrès tant dans la qualité des soins que dans la maîtrise des dépenses. Il importe donc que vous engagiez une réflexion sur les perspectives ouvertes par ces expérimentations et les évolutions que pourraient appeler en ce qui concerne les modalités de rémunérations, ces nouveaux modes de prise en charge du patient.

- L'avenir des Unions Régionales des Médecins libéraux

Les médecins ont un rôle majeur à jouer dans l'amélioration de la gestion de notre système de santé et la promotion de la qualité des soins. C'est dans cette perspective qu'ont été créées les Unions Régionales de Médecins. Elles bénéficient de la légitimité tirée de l'élection de leurs membres et disposent de larges possibilités d'action (étude des besoins, évaluation des pratiques, prévention et action de santé publiques, organisation et régulation du système de santé, coordination avec les autres professionnels de santé, information et formation des médecins et les usagers). Vous tirerez un bilan de l'action actuelle des Unions et que vous examinerez dans quelle mesure il est possible que le corps médical, à travers les Unions, assume de plus grandes responsabilités dans l'organisation et la gestion de notre système de santé.

- Le partage de l'information

L'informatisation de notre système de santé est en cours. Les données dont nous disposons sur l'activité médicale (connaissance des pratiques de soins et des pathologies) vont progressivement s'enrichir à travers le développement du codage. Ces données constitueront un outil de progrès tant pour la qualité des soins que pour la régulation des dépenses.

On ne peut toutefois espérer de réels progrès que si les informations ainsi obtenues sont, dans le respect des règles du secret médical et de l'anonymat des patients, mises à la disposition des praticiens notamment à travers les Unions Régionales de Médecins. Il est nécessaire que vous dégagiez des propositions permettant un réel partage de l'information sur la base d'une analyse des modes de recueil, de traitement, et de diffusion de l'information.

Vous vous attacherez également à examiner les perspectives ouvertes par l'informatisation quant à l'échange des données entre les praticiens eux-mêmes dans la perspective d'une meilleure coordination des soins.

*

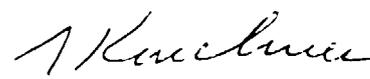
* *

Vous bénéficierez pour conduire les groupes de travail que vous serez amenés à constituer sur ces thèmes du concours de M. MENARD, (Directeur Général à la Santé), de M. N. RENAUDIN (Chef de la mission pour l'informatisation du système de santé), de Mme E. MENGUAL (Chef de service à la D.G.S.), de M. Marc BREMOND, Professeur à l'ENSP.

Nous vous demandons également d'associer les représentants des internes et des résidents aux groupes de travail sur les politiques de santé publique et sur le partage de l'information.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


Martine AUBRY


Bernard KOUCHNER