



CARNETS DE SANTÉ

à propos...

Accueil

Accueil > Entretiens > Bourgueil Yann

ENTRETIENS

SOINS DE PREMIER RECOURS : UN CADRE À REMPLIR

Bourgueil Yann

février 2010, par serge cannasse

Yann Bourgueil est un des meilleurs spécialistes français de l'organisation des soins de premier recours, notamment parce qu'il s'attache à une démarche de comparaisons internationales. I explique ici les difficultés à définir une politique française en la matière, mais aussi les avantages et les inconvénients du système actuel et des solutions avancées pour le réformer, que ce soit en termes de coopération des professionnels de santé ou de rémunérations.

Yann Bourgueil, médecin de santé publique, directeur de recherches (IRDES), coordonne le projet PROSPERE (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premier recours).

Les autorités sanitaires semblent avoir le plus grand mal à définir une politique des soins ambulatoires. A quoi cela tient-il ?

Notre système de soins ambulatoires est structuré par des accords et des compromis sociaux historiques dont la remise en cause est extrêmement difficile parce qu'elle impose de faire bouger les équilibres de pouvoirs entre les différentes parties prenantes. Ce sont : la médecine libérale, dont les principes sont exprimés dans la Charte de 1927, la gestion patronaire de la Sécurité sociale par les syndicats patronaux et de salariés, adoptée après la Libération, et la réforme Debré de 1958, centrée sur l'organisation des soins et du corps médical sur l'hôpital.

La gouvernance nationale des soins ambulatoires est partagée entre le Ministère de la santé et l'Assurance maladie, dont le paritarisme fondateur est aujourd'hui bien affaibli : son directeur est nommé par le Gouvernement. L'État est ainsi à la tête de deux institutions cloisonnées entre elles, mais s'occupant des mêmes patients.

Les rapports avec les médecins de ville sont régis par la Convention nationale, renégociée plus ou moins souvent entre leurs syndicats, attachés aux principes de la médecine libérale, et l'Assurance maladie. En 1993, sous la direction de Raymond Soubie, l'actuel conseiller du Président de la République, le plan Santé 2010 introduit l'idée des agences régionales de santé, qui vient en partie du Québec. Pour maîtriser les dépenses du système de santé, il propose ainsi une stratégie de contournement régional de la convention, en imaginant la possibilité pour les médecins de contractualiser avec les opérateurs de santé locaux, régionaux ou infrarégionaux, la convention étant ramenée à un règlement minimal. Il ne parle pas à l'époque d'enveloppes régionales financières. Il est remarquable que ce plan, élaboré par des experts et des hauts fonctionnaires, ait été progressivement mis en œuvre par tous les gouvernements, de droite comme de gauche. En 2010, après l'étape intermédiaire des ARF (1996), les ARS seront en place et la loi HPST prévoit des contractualisations régionales. La logique est celle d'un système où l'État absorbe peu à peu l'Assurance, la régionalisation étant le moyen de contourner les difficultés du niveau national et notamment la convention nationale et le poids politique des syndicats de médecins libéraux. Pourtant, la réforme actuelle ne va pas jusqu'au bout de sa logique : personne ne parle de supprimer la CNAM ni de créer des ORDAM (Objectifs Régionaux de l'Assurance Maladie).

Restent au moins deux questions. D'une part, l'expérience des autres pays dans le domaine des soins ambulatoires montre qu'il est difficile de les organiser à partir du niveau régional, en particulier en ce qui concerne l'intégration entre les secteurs sanitaires et sociaux qui semble mieux réalisée à un échelon plus fin. Quel est le bon niveau ? le département ? la commune ? les groupements de communes ? Ce débat a complètement disparu, mais il ne devrait pas tarder à revenir. D'autre part, comment vont s'articuler la politique de la CNAM, définie dans une approche très centralisée, et celle des ARS ? De quels leviers disposeront celles-ci pour agir sur le champ ambulatoire ? incitations et concertations ? numerus clausus ? formation ? rémunérations des libéraux ? quels seront les montants financiers dont elles disposeront pour passer contrats avec les professionnels ?

A ces éléments historiques, il faut ajouter ce qui tient aux acteurs. La plupart des personnes qui travaillent dans les administrations de l'État ne connaissent pas bien le secteur ambulatoire : ce sont des directeurs d'hôpitaux, des médecins hospitaliers ou de santé publique, des hospitalo-universitaires. Quant aux syndicats médicaux, leur discours porte très souvent sur des

Recherche par mots

- » Humeurs
- » **Entretiens**
- » Déterminants de santé
- » Problèmes de santé
- » Organisation des soins
- » Professionnels de santé
- » Economie de la santé
- » International
- » Transversales
- » Société
- » Images
- » Portail
- » Initiatives
- » Bonheur du jour

Articles-Faits & données classés/mois

- » Proposer un article
- » S'inscrire à la newsletter
- » Mots clés
- » Emploi
- » Liens
- » Contact

ENTRETIENS

Tous les entretiens classés/noms

PARTENAIRES :



CARNETS DE SANTÉ SOUTIEN :



CARNETS DE SANTÉ EST CERTIFIÉ :



Nous adhérons aux principes de la charte HONcode. Vérifiez ici.

revendications tarifaires et non sur le contenu de la médecine de premier recours et sur son apport au système de soins et de santé. D'ailleurs, les jeunes médecins s'y reconnaissent de moins en moins.



Comment faire pour améliorer la visibilité de cet apport ?

Dans ce domaine, beaucoup de professionnels font des choses très intéressantes, des expériences de coopération entre professionnels, des formes d'organisation collectives, etc. Mais d'une part, il manque des travaux d'évaluation d'envergure de ces innovations ainsi qu'une mise en forme académique de ces savoirs et de ces pratiques qui permettrait l'émergence d'un discours représentatif et une plus grande visibilité. D'autre part, la médecine générale n'est pas qu'une affaire de prescriptions à des individus. Elle comporte une dimension sociale et populationnelle importante. Produire de la connaissance valide sur l'efficacité des organisations de soins de premier recours implique de créer une infrastructure de collecte des données cliniques et économiques dans ce domaine et de s'intéresser à ce que font l'ensemble des professionnels des soins.

Le secteur de la santé est assimilable à une industrie de services composée de professionnels en grande partie autonomes. Pour s'adapter, le système doit s'appuyer sur eux. L'enjeu, c'est donc de les mobiliser, notamment en partant de leurs propres pratiques et en cherchant à comprendre ce qui les motive. Actuellement, les stratégies de santé publique sont toutes bien rationnelles et compréhensibles, mais on n'en voit pas les acteurs, patients et professionnels. Il y a un cadre, mais on ne voit pas ce qu'il y a dedans.

L'objection qui m'est souvent faite est que de nouveaux modes d'organisation sont efficaces avec des innovateurs, qui sont plus l'exception que la règle : c'est leur généralisation qui pose problème. Sans aucun doute, mais prenons l'exemple des médecins référents. Ils ont donné naissance au médecin traitant, que je considère comme un progrès, qui est une option beaucoup moins ambitieuse, mais généralisée à l'ensemble des professionnels et permettant d'introduire la dimension populationnelle dans l'exercice des généralistes. C'est grâce à elle qu'aujourd'hui, les données de l'Assurance maladie permettent d'identifier les patients relevant de tel ou tel médecin, donc de commencer à faire des évaluations sur les pratiques et les organisations, par exemple en maisons de santé.

Vous insistez sur la recherche en médecine générale. Mais cela suppose qu'elle soit pleinement reconnue à l'Université, ce qui n'est pas encore vraiment le cas ...

Oui, d'autant que la question de la recherche est liée à celle de la formation, tout aussi fondamentale. En effet, le processus de construction identitaire d'un médecin est très long et très puissant : l'étudiant apprend peu à peu, en regardant ce que font ses pairs qui l'encadrent, en prenant de plus en plus de responsabilités, en comprenant progressivement comment tenir sa place. Il faut enseigner la médecine de premier recours là où elle se fait. C'est pour cela que je trouve bonne l'idée de l'ISNAR-IMG de créer des Services universitaires de médecine générale ambulatoire (SUMGA). Il y a aussi des projets de maisons de santé universitaires, avec le grand avantage de formations communes aux professionnels de santé. Certains Conseils régionaux commencent à s'y intéresser. Le but est de créer des pôles qui s'occupent à la fois de la formation, de la production de connaissances et de la collaboration entre professionnels. Finalement développer en ambulatoire ce qui a été fait en son temps dans les CHU.

Les CAPI vous semblent ils une bonne façon d'améliorer les pratiques ?

Ils ont plusieurs avantages : ils valorisent les médecins qui ont de meilleures pratiques ou qui font des efforts pour les améliorer ; ils introduisent l'idée qu'un avantage financier doit avoir sa contrepartie mesurable ; enfin, ils font entrer les praticiens dans une logique populationnelle, ce qui est véritablement nouveau : combien de médecins et de cabinets connaissent la proportion de leurs patients qui sont vaccinés, le taux de dépistage de cancers du sein, etc.

Ils présentent également des limites. Ils sont fondés sur l'hypothèse que ce sont les incitations économiques qui font changer les comportements des acteurs de santé. Elles existent, bien entendu, mais l'exercice médical a d'autres dimensions que la seule rationalité économique, notamment l'engagement dans la relation avec le patient comme sujet au-delà des seuls aspects pris en compte dans les indicateurs. Le paiement à la performance doit à ce titre rester une forme de rémunération minoritaire, ce qui est le cas dans tous les pays où il est mis en oeuvre. De plus, les outils dont dispose la CNAM, s'ils sont très performants et exhaustifs, n'appréhendent la performance et la qualité qu'au travers des données de facturation et se fondent essentiellement sur les données d'acquisition par le patient de prescriptions par le médecin. Ils peuvent mettre en évidence des possibilités d'amélioration, mais ils ne couvrent qu'une partie de l'activité médicale. A ce titre, il me paraît souhaitable de renforcer l'informatisation des médecins de ville dans une perspective d'évaluation. C'est-à-dire produire des données cliniques issues de la pratique des médecins selon des formats standardisés permettant des démarches d'évaluation similaires à celles des CAPI.

Cela étant, le véritable enjeu est de faire entrer les professionnels dans une relation nouvelle avec

la CNAMTS, ce qui semble plutôt réussi. Pour ma part, je pense que les indicateurs doivent être à terme co-produits avec les professionnels eux-mêmes, comme cela s'est fait en Grande-Bretagne.

Les CAPI introduisent une rupture par rapport au paiement à l'acte. Faut-il le condamner ?

Il faut le conserver, au moins en partie, parce qu'il est une incitation à faire travailler les médecins et qu'il les engage personnellement vis-à-vis de leurs patients. En ce sens, il est un moyen d'éviter la bureaucratisation du système de soins. L'avenir, ce sont les rémunérations mixtes, même si elles sont compliquées à mettre en place. Il faut les lier au travail en équipes. C'est le sens des expérimentations depuis le PLFSS 2008 : le paiement au forfait va à la structure impliquée (maison, centre ou pôle de santé), charge à elle de le répartir entre ses membres. C'est assez complexe, parce que ce type de rémunération crée des tensions dans les organisations bénéficiaires, mais il a l'avantage de permettre la fixation d'objectifs par résultats en laissant les gens déterminer eux-mêmes les moyens d'y parvenir.

Pour avancer dans cette direction, il est nécessaire de disposer d'indicateurs orientés sur le service rendu à la population. On revient à la façon dont sont produites les données, sujet difficile en France parce que l'informatique du secteur ambulatoire est très peu structurée : dans les cabinets, les logiciels sont multiples et conçus sans perspective épidémiologique ni même parfois possibilité d'extraction des données. Dans les pays qui font ça bien, elle est prise en charge par des informaticiens externes aux structures. Elle est également financée.

Comment inciter les médecins à se regrouper ?

Tout d'abord, il faut considérer le regroupement au sens large, c'est-à-dire pas seulement les médecins exerçant sous le même toit, mais exerçant à l'échelon d'un territoire où il est possible de se rencontrer. Les associations locales de FMC constituent des points d'appui : les professionnels y discutent de leurs pratiques et peuvent mettre en place des protocoles de soins. Ces regroupements pourraient aller plus loin : mettre des ressources en commun, par exemple, une infirmière d'éducation thérapeutique, comme dans les expérimentations ASALÉE, ou les services d'un technicien d'information médicale, voir un DIM (département de l'information médicale) comme dans les hôpitaux. Ces formes d'organisations ont un effet d'intégration que les directeurs d'ARS peuvent favoriser, par exemple, en proposant de réorganiser l'offre de soins autour de quelques thématiques (diabète, obésité, HTA) par le biais de contrats locaux de santé et d'une participation à l'investissement.

Quel bilan tirez-vous des réseaux de santé, dont la mode a été supplantée par celle des maisons de santé ?

Les réseaux s'inscrivent dans plusieurs filiations. A la fois de travaux d'économistes inspirés par le « managed care » américain qui ont proposé la traduction de réseau de soins coordonnés, mais les réseaux ont été également conçus et mis en œuvre sous la pression de mouvements associatifs militants dans une visée de soutien et de prise en charge des malades atteints de SIDA et démunis. Au gré des changements de gouvernement, ils sont devenus progressivement des objets de politique publiques définis par circulaires et déclinés par problèmes de santé. Ils ont alors été récupérés en grande partie par l'hôpital dans des approches très spécialisées par pathologies, ce qui les a conduits pour une grande partie d'entre eux à une impasse, notamment parce qu'ils n'ont pas su mobiliser les médecins généralistes.

Quant à leurs représentants nationaux, ils ont eu l'ambition d'en faire un objet parfait, avec l'ambition de refonder entièrement la médecine, et ont tenu un discours militant refusant toute démarche d'évaluation nationale collective, ce qui a finalement été réalisé par une mission de l'IGAS avec des conclusions très négatives. Mais les réseaux peuvent jouer un rôle notamment de par l'expérience acquise, et en cherchant à s'articuler avec les formes d'organisation collectives des médecins issues des tensions que commence à connaître le système de soins. A ce titre, la démographie en particulier peut être considérée comme un levier très fécond de changement notamment, parce que la diminution des médecins diminue également la concurrence entre professionnels, ce qui permet d'envisager plus facilement des réorganisations.

Les infirmières semblent appelées à jouer un rôle de plus en plus important dans les soins ambulatoires.

Elles y jouent déjà un rôle important principalement orienté vers les soins au domicile. De nouveaux rôles sont envisageables, notamment dans les réseaux ou au sein de structures collectives comme les centres ou les maisons de santé. C'est le cas notamment dans la plupart des pays étrangers, mais il y a très peu de pays où comme en France, il y a autant d'infirmières libérales, comme d'ailleurs de kinésithérapeutes libéraux. On perçoit bien aujourd'hui quelques tensions pour savoir qui doit avoir le leadership sur les soins de premier recours. Mais comme le généraliste est le prescripteur, il me semble que les autres professions relèvent de sa prescription, au moins en partie.

Cela étant, il est difficile de faire fonctionner ensemble des professionnels ayant tous le statut de libéraux. Par exemple, dans le dispositif ASALÉE, les infirmières sont salariées. Les infirmières libérales sont en l'état actuel de la nomenclature et de leurs pratiques moins incitées à investir dans les maisons de santé pluriprofessionnelles d'un point de vue financier : elles sont en effet invitées à investir dans un outil de travail souvent plus sophistiqué et coûteux (du fait de l'espace, de l'équipement informatique) qu'un cabinet infirmier traditionnel, alors que leur activité se fait surtout à l'extérieur, au domicile des patients.

La loi HPST reconnaît pour la première fois les soins de premier recours et les confie aux généralistes.

Oui, un cadre est posé, mais dans lequel tout reste à faire. Il y a en particulier un risque important de cloisonnement avec les spécialistes de ville, dont l'importance numérique en ambulatoire est une des grandes forces du système français, avec un accès bien plus facile aux patients que dans les autres pays. Or c'est aussi pour les autres spécialités que se posent les problèmes démographiques. Il est essentiel de réfléchir et travailler à leur articulation avec les généralistes. Il peut s'agir de consultations de spécialistes dans les cabinets de médecine générale, avec un rôle ponctuel d'expertise, de consultants. La question de l'accès financier à ces spécialistes qui exercent beaucoup plus en secteur 2 que les généralistes est très préoccupante. La démographie médicale et la définition du nombre de spécialistes, la délégation d'actes techniques, la

coopération entre professions de santé, le travail en équipe et la transmission d'images sont autant de moyens à mobiliser dans l'organisation des soins de premiers recours.

ASALÉE est une " *expérimentation de travail en équipe entre des infirmières et des généralistes dans le cas de la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2.*" Elle vient de faire l'objet d'une publication sur le site de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé), dont Yann Bourgueil est un des auteurs.

Le **CAPi** (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) a pour " *objectif de valoriser la qualité et l'efficacité des soins. La CNAMTS en a dressé un premier bilan : il a trouvé preneur chez 12 600 médecins traitants en 6 mois, soit 30 % des 42 500 professionnels concernés. "Ce contrat individuel, qui représente une véritable innovation en France, conforte la fonction de médecin traitant ; il se révèle un soutien à l'action de santé publique que chaque médecin exerce quotidiennement à l'égard de ses patients", une rémunération annuelle étant versée au médecin en fonction des résultats obtenus (sur ameli.fr, les médecins signataires ont accès au suivi de leurs indicateurs). Le profil des médecins signataires est représentatif de l'ensemble des médecins généralistes. Leur pratique est également très comparable en matière de prévention et de prescriptions. "Ce constat montre que le CAPi n'attire pas un profil particulier de médecin mais au contraire s'adresse à toute la communauté des médecins généralistes", précise la caisse nationale. Selon Egora.fr, le directeur de la CNAMTS estime que "le CAPi a d'ores et déjà permis d'identifier de nombreux domaines d'amélioration" en matière de prévention, comme le suivi du frottis qui pourrait ainsi être intégré, le suivi des patients diabétiques de type 2 et les échanges informatisés entre professionnels de santé. Enfin, "il n'est pas exclu qu'un dispositif semblable au CAPi soit un jour proposé aux médecins spécialistes et aux hôpitaux", a indiqué Hubert Allemand, médecin conseil national." (d'après la Lettre d'information d'Annuaire Sécu numéro 379 du 13 décembre 2009)*

Plusieurs des travaux auxquels Yann Bourgueil a participé ou qu'il a dirigés sont accessibles en ligne sur le site de l'IRDES, notamment dans la collection **Questions d'économie de la santé**, dont récemment : " Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne " et " Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande." Dans le cadre de **PROSPERE**, il a organisé en octobre 2009 un passionnant colloque : " Politiques et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux États-Unis. Quels enseignements pour la France ? ", dont les présentations sont accessibles en ligne. Plusieurs de ses études portent en effet sur les comparaisons internationales en matière de soins primaires, domaine par ailleurs plutôt négligé en France.

Pour terminer, il faut signaler la remarquable politique de communication de l'IRDES, qui met à la disposition du public la plupart de ses travaux (voir "documents de travail" sur le site), édite la collection "Questions d'économie de la santé", à l'approche très pédagogique, et tient une veille documentaire précieuse.

Cet entretien est d'abord parue sous une forme abrégée dans le numéro 832 du 17 décembre 2009 de la Revue du praticien médecine générale

Photo centrale : Paris, 2010 © serge cannasce



Mots clés liés à cet article

médecin généraliste médecin spécialiste infirmier(e)s réseaux partenariats
interprofessionnels informatique médicale prescriptions rémunération des médecins
maisons de santé masseurs kinésithérapeutes santé publique



Envoyer un commentaire



retour haut de page



RSS 2.0 | Espace privé | Conditions d'utilisation | Données personnelles