

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

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

**Pierre Blaise**

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

**Henri Dubois**

MISP, Ddass du Lot-et-Garonne

**Sylvie Dugas**

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

**Guy Kegels**

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

**Jean Van der Vennet**

Sociologue, enseignant et chercheur\*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### L'analyse du système de santé français

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Le système de santé français, système intégré ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

