



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2001 –

**LES CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES :
UNE OFFRE DE SOINS MAL CONNUE
AUX ENJEUX IMPORTANTS**

– thème n° 29 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animatrice

– ***Christine PIETTE***

Sommaire

1	UNE OFFRE DE SOINS PEU DÉCRITE	2
1.1	UNE IMPORTANTE ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE QUI COUVRE DES REALITÉS DIFFÉRENTES	2
1.1.1	<i>Ce qui caractérise les consultations</i>	2
1.1.2	<i>Une organisation des consultations qui diffère selon les établissements</i>	3
1.2	UNE ACTIVITÉ DIFFICILEMENT MESURABLE, ALORS QU'ELLE CONCURRENCE LE LIBÉRAL	5
1.2.1	<i>Un système d'information qui reflète mal l'activité</i>	5
1.2.2	<i>Des logiques d'acteurs différentes qui peuvent aboutir à une offre redondante</i>	6
2	DES ENJEUX SIGNIFICATIFS STRATÉGIQUES EN TERME D'AMÉLIORATION DE L'OFFRE	8
2.1	POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	8
2.1.1	<i>Des enjeux liés à l'image de l'établissement</i>	8
2.1.2	<i>Des enjeux liés au financement</i>	9
2.2	POUR LES USAGERS : UNE MEILLEURE ADAPTATION AUX BESOINS	12
2.2.1	<i>Coordination et complémentarité : des réponses originales</i>	12
2.2.2	<i>rationalisation de l'offre de soin</i>	14
3	DES PROPOSITIONS POUR UNE MEILLEURE EFFICACITÉ DES CONSULTATIONS	16
3.1	UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES CONSULTANTS PAR LE BIAIS D'UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ	16
3.2	ADAPTATION DE LA TARIFICATION DES SOINS : LA FORFAITISATION	18
3.3	LE PROGRAMME DE MÉDICALISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION (P.M.S.I) COMME OUTIL PLUS PRÉCIS D'ENREGISTREMENT DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE.	19
3.4	LE DÉCLOISONNEMENT DES SECTEURS : LA PLANIFICATION.....	20

L'accueil dans les hôpitaux des patients qui ne nécessitent pas d'hospitalisation n'est pas un phénomène nouveau.

Déjà en 1637, lors de la construction des Frères de Charité, l'architecte de l'hôpital prévoyait un « cabinet de réception », ancêtre de la « consultation porte ». Progressivement, les médecins ont adjoint à cette consultation ouverte au tout venant, des consultations spécialisées proches de leur service de soins.

Au fil des siècles, les consultations et soins externes se sont développées, de façon importante souvent, en toute anarchie parfois, sans faire pour autant l'objet d'une réglementation particulière. Il faudra attendre une loi de 1941, reconnaissant l'opportunité des consultations pour les malades dont « l'état ne nécessite pas leur hospitalisation », pour consacrer cette situation de fait. Le règlement d'administration publique viendra préciser l'objet des consultations externes : « permettre aux malades et blessés en état de se déplacer, soit de venir recevoir des soins, soit de se faire établir le diagnostic d'une affection et prescrire le traitement approprié ».

Notons le caractère novateur de ces dispositions qui consacrent la technicité de l'hôpital et sa mission de soin, reléguant au second plan l'accueil et l'hébergement des indigents.

Progressivement, l'activité prend une part de plus en plus importante à l'hôpital, pour devenir obligatoire avec le décret n°59-957 du 3 août 1959 « dans toutes les disciplines pour lesquelles existe un service d'hospitalisation ».

Le décret n°72-1078 du 6 décembre 1972 ira plus loin en offrant aux CHU la possibilité d'installer des consultations « même si l'établissement ne possède pas des unités d'hospitalisation correspondantes ».

Malgré l'existence de cette réglementation, la réalité de cette activité nous est apparue bien difficile à cerner. Force est de constater que les consultations et soins externes dispensés à l'hôpital ne font pas débat. Aussi rares soient-ils, la quasi totalité des ouvrages ou articles consacrés à ce thème se contentent de présenter un aspect particulier de la question : réglementation, organisation, impact financier.

De plus, nous avons pu constater que la plupart des mémoires sur le sujet dataient surtout des années 80 ; les articles les plus récents des années 90.

La pauvreté de la bibliographie nous a particulièrement interpellés.

De même, nous avons été surpris de constater qu'aucune personne à la DHOS n'avait en charge ce dossier. Enfin, le Haut Comité de Santé Publique n'a pas poursuivi sa réflexion entreprise dans son rapport de 1996¹.

¹ La Santé en France – Haut Comité de Santé Publique – septembre 1996

Alors pourquoi un tel désintérêt lorsqu'on sait que 60 millions d'actes par an sont dispensés dans le cadre des consultations et soins externes, soit 80% des soins ambulatoires ? D'autant qu'en grande majorité, ayant pu être dispensés en ville, ils concurrencent le secteur libéral.

Aujourd'hui, l'activité des consultations continue de croître dans un contexte de fermeture de lits d'hospitalisation. Si cette activité ne pose pas de difficultés d'exercice réelles, elle ne justifie pas pour autant d'être si mal intégrée aux statistiques hospitalières, empêchant ainsi tout contrôle ou régulation, tant de l'hôpital que de son financeur. De plus, elle laisse entrevoir des pistes de réflexion quant à l'amélioration de la prise en charge des malades.

Nous nous proposons de décrire, tout d'abord, la place des consultations externes dans le système de santé français, avant d'envisager ses enjeux principaux, pour finalement proposer des pistes de réflexion pour une meilleure prise en compte de cette activité à l'hôpital.

1 UNE OFFRE DE SOINS PEU DECRITE

1.1 UNE IMPORTANTE ACTIVITÉ HOSPITALIERE QUI COUVRE DES REALITES DIFFERENTES

1.1.1 Ce qui caractérise les consultations

* Les consultations externes représentent la majorité des passages à l'hôpital

On estime à **60 millions**² de *consultations externes* réalisées dans l'ensemble des établissements de santé, publics et privés. A cela s'ajoutent près de **10 millions** de passages aux *urgences*, ne se traduisant pas par une décision d'admission (hospitalisation), ce qui les apparente à *des consultations externes sans rendez-vous*. Ces chiffres sont à mettre en parallèle avec l'activité de base de l'hôpital, à savoir l'hospitalisation, qui entraîne 13,5 millions *d'hospitalisations complètes* par an et avec les chiffres se reportant aux alternatives à l'hospitalisation (soins ambulatoires, hors consultations externes et hôpital de jour), qui représentent 24,5 millions de passage à l'hôpital.

Cette activité, en forte progression ces dernières années, qui constitue **plus de la moitié** (53 %) des *passages de patients à l'hôpital*, a des conséquences en termes logistiques et d'enregistrement administratif.

* Une activité complémentaire à l'hospitalisation

Les consultations et soins externes constituent la principale *activité ambulatoire de l'hôpital* (**80%** de celle-ci en 1998 dans les établissements de santé).

² SOURCE/ Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES

Elles se positionnent donc en amont et en aval de l'hospitalisation, voire en substitution, puisque ces dernières deviennent de plus en plus techniques, permettant ainsi de pratiquer des actes précédemment réalisés dans le cadre d'une hospitalisation.

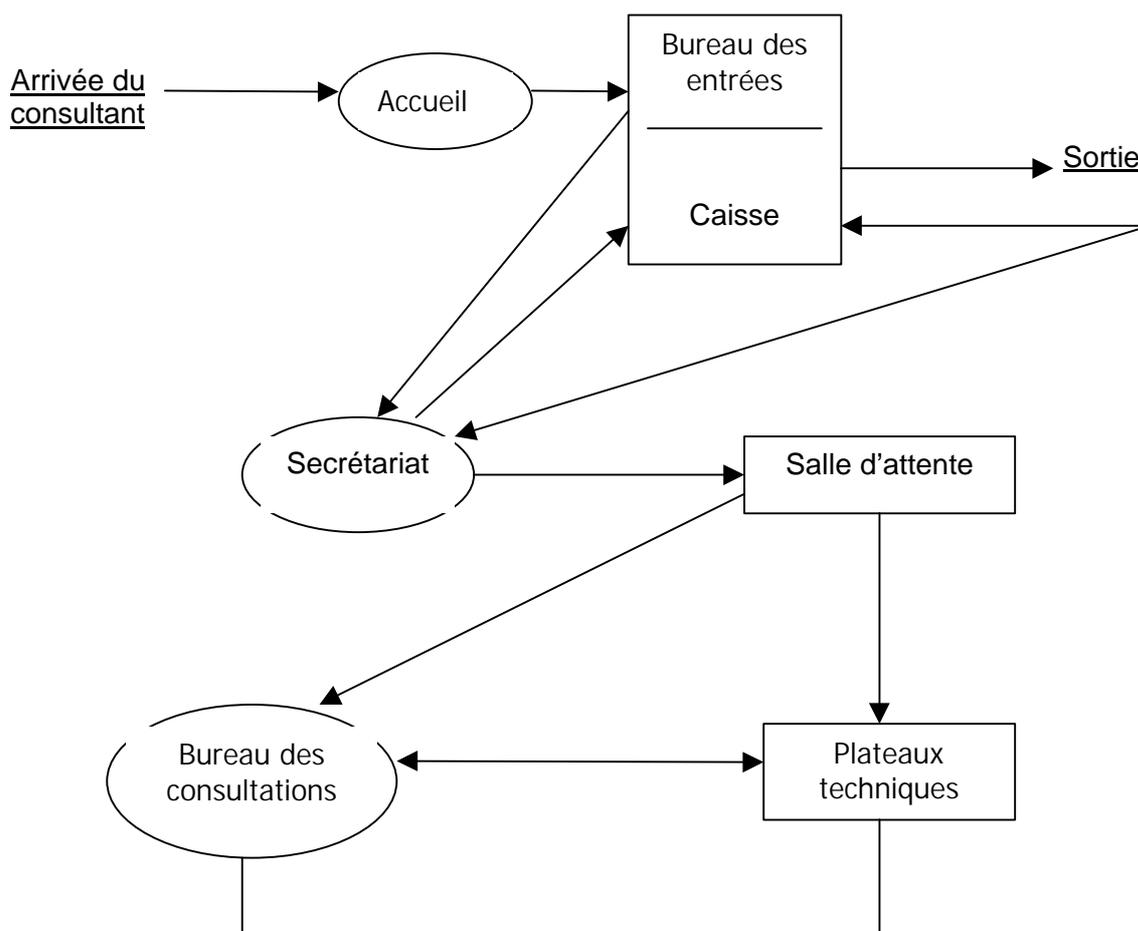
Ainsi, d'après l'enquête de l'URCAM des Pays de la Loire de 1998, 40% des consultations externes résultent d'un suivi post opératoire³.

On perçoit d'emblée l'impact de l'organisation sur la durée moyenne de séjour.

1.1.2 Une organisation des consultations qui diffère selon les établissements

Quelque soit le système d'organisation retenu par l'établissement, le consultant est guidé, au gré des étapes, selon un trajet immuable.

* Le circuit du patient



³ Rapport sur les consultations externes à l'hôpital, programme de gestion du risque – URCAM des Pays de la Loire - 1996

* **Deux grands types d'organisation**

Les consultations et soins externes se structurent autour de deux modèles : l'un centralisé, l'autre disséminé au niveau des services d'hospitalisation.

- ◆ *L'organisation disséminée* consiste à installer les consultations externes auprès des services d'hospitalisation (il s'agit donc d'une logique de spécialités). Les consultations se sont historiquement organisées de cette manière, et ce jusqu'au début des années 1980, où la *circulaire du 13 décembre 1982 relative à l'humanisation des consultations externes dans les établissements publics d'hospitalisation, de soins et de cure* est venue freiner ce mouvement. Notons néanmoins que certains établissements récemment construits ont opté pour cette architecture.
- ◆ *L'organisation centralisée* consiste, quant à elle, à regrouper les consultations de toutes les spécialités au sein d'un même lieu, distinct des services d'hospitalisation, et qui concentre la réponse aux besoins des patients en termes de consultations et d'explorations fonctionnelles (circuit du patient). Notons que cette organisation est recommandée par la circulaire de 1982, ou tout au moins, un regroupement partiel, par grandes disciplines.

Le choix d'un système centralisé semble plus pertinent, du fait de ses avantages, en termes de qualité de prise en charge et de coût financier et de gestion. En effet, le fait que les consultations externes se soient développées tardivement à l'hôpital semble rendre leur individualisation nécessaire, afin de développer leur spécificité (prévention, positionnement en tant qu'alternative éventuelle à l'hospitalisation...) et de leur donner une chance de s'imposer au sein de l'offre de soins, dans une logique de complémentarité. Par ailleurs, dans la plupart des hôpitaux, il est peu probable que des locaux adaptés soient disponibles à proximité des services d'hospitalisation, rendant dès lors la centralisation préférable. L'orientation du patient est par ailleurs facilitée dans une organisation centralisée. Enfin, en termes financiers, la centralisation des consultations externes permet une gestion spécifique, synonyme de bonne gestion et de mutualisation des moyens.

En revanche, la coordination avec les services d'hospitalisation reste le point sensible qu'il convient de surveiller.

1.2 UNE ACTIVITÉ DIFFICILEMENT MESURABLE, ALORS QU'ELLE CONCURRENCE LE LIBÉRAL

Les consultations et soins externes souffrent d'une opacité rarement égalée à l'hôpital.

Aucune mesure de l'activité n'est exhaustive dans ce secteur concurrentiel et vaste .

1.2.1 Un système d'information qui reflète mal l'activité

Une enquête réalisée en 1998 par l'U.R.C.A.M des Pays de la Loire citée *infra* concluait son analyse en ces termes : "*le système d'information hospitalier, malgré la mise en place du P.M.S.I ne répond pas pleinement aux impératifs de transparence que l'assurance maladie est en droit d'exiger en qualité de financeur principal*".

L'activité des consultations externes est en effet difficile à appréhender pour deux raisons essentiellement :

*** La multiplicité des sources statistiques transmises à l'Assurance Maladie, ne permet pas de mesurer précisément l'activité des consultations à l'hôpital :**

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE), qui recense les consultations réalisées sur des malades venant de l'extérieur de l'établissement, est intéressante car elle concerne aussi bien les établissements publics que privés. Elle tient compte également de l'activité privée des PH temps plein.

Les états semestriels des consultations externes : Ces tableaux d'analyse de l'activité et des recettes liés aux consultations dans les EPS et PSPH sont examinés par la commission des budgets qui les transmet de façon variable aux caisses pivot.

Les données P.M.S.I permettent aux établissements depuis 1996 de décrire leur activité externe au moyen des lettres clés de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Un logiciel affecte un nombre de points ISA à chaque lettre clé et permet de valoriser l'activité externe. Or, il n'intègre pas l'activité privée des praticiens hospitaliers (PH).

Ces sources trop hétérogènes dans leur présentation et l'analyse des données rendent illusoire toute analyse de l'activité, au grand regret de son financeur, l'Assurance Maladie.

*** Le manque d'information sur le contenu même des consultations :**

Le PMSI, s'il constitue la statistique la plus fiable, demeure un outil imparfait puisqu'il n'intègre aucune information **qualitative** sur les consultations.

Ceci nous a été confirmé par l'ensemble des professionnels de santé interrogés lors des entretiens effectués par le groupe.

La N.G.A.P ne reflète pas les différents modes de prise en charge désormais offerts à l'hôpital.

Certaines consultations, trop lourdes pour être seulement recensées en tant que telles car elles s'accompagnent d'examens complémentaires, justifient d'être transformées en hôpital de jour.

De plus, la NGAP ne valorise pas les consultations "intra-muros" (au sein même des services d'hospitalisation) : un codage spécifique de cette activité est à l'étude.

Comment considérer les interventions des diététiciennes par exemple ? selon les personnes rencontrées, leur intervention fait partie de la consultation au même titre que l'intervention d'une infirmière pour une ponction veineuse. Le travail des diététiciennes et des infirmières est indissociable des consultations médicales, puisque selon des praticiens hospitaliers professeurs de faculté, le patient est en droit d'attendre une prestation la plus complète possible.

En revanche, pour d'autres, les consultations n'excédant pas 20 minutes, elles doivent se dérouler sans intervention d'un tiers. Dans le cas contraire, ils considèrent la prestation comme relevant de l'hospitalisation de jour, qui elle est mieux codifiée puisqu'elle prend en compte la prestation dans sa globalité.

Enfin, le PMSI ne précise pas suffisamment le type de consultation (pré ou post opératoire...), les soins dispensés (suture, pansement..) ni leur niveau de technicité.

1.2.2 Des logiques d'acteurs différentes qui peuvent aboutir à une offre redondante

La spécificité des consultations à l'hôpital est parfois difficilement identifiable, tant il s'agit d'une activité à la lisière entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Les médecins entretiennent la confusion lorsqu'ils reçoivent leur clientèle privée. Il en va de même pour les consultants aux motivations multiples.

*** Une logique de concurrence au libéral : le secteur privé hospitalier**

Les motivations des médecins sont tant altruistes que personnelles. Les consultations externes sont effectuées par le personnel médical de l'hôpital et utilisent les moyens (matériel et humain) de ce dernier. Dans le cas où un praticien hospitalier assure une consultation privée à l'hôpital (avec une tarification libre et des honoraires qui lui reviennent), il doit reverser une compensation financière forfaitaire à l'établissement pour couvrir les frais de fonctionnement.

Cette situation est largement encadrée par les textes : par dérogation aux statuts des PU-PH et PH temps plein (ordonnance du 11 décembre 1958, article 5 du décret du 24 septembre 1960 et article 42 du décret du 8 mars 1978), les praticiens temps plein peuvent consacrer une partie de leur activité aux consultations privées.

En 1998 déjà, 20% des PH bénéficiaient d'un secteur privé à l'hôpital (consultations et hospitalisation incluses). Il s'agit de spécialistes pour une écrasante majorité (99%)⁴.

Nous nous sommes demandé si cette motivation purement financière n'allait pas à l'encontre de la mission de service public de l'hôpital et de son obligation d'assurer une égalité de traitement entre tous les usagers.

L'activité privée est d'autant moins importante qu'il existe une alternative libérale, en ville, à la consultation. Ce qui signifie que, *a contrario*, en cas de défaillance du privé, les patients ne disposent pas vraiment du libre choix dans la consultation.

Cette logique commerciale de déséquilibre entre l'offre et la demande est très prégnante. Notons à ce propos que le Directeur n'intervient pas sur l'opportunité de pratiquer une activité privée dans son établissement.

Précisons par ailleurs que cette pratique, « extrêmement lucrative pour les médecins qui en bénéficient, permet à 3% d'entre eux d'encaisser plus d'un million de francs d'honoraires par an »⁵. Cela, relève la CNAM, « alors qu'ils ne peuvent consacrer réglementairement plus de deux vacations par semaine à leur clientèle privée ».

Cet exercice libéral de la médecine à l'hôpital public ne facilite pas la lisibilité de l'activité des consultations externes, encore moins sa rationalisation.

Elle constitue par ailleurs une concurrence directe à la médecine de ville, sans pour autant en supporter les contraintes.

*** Les motivations personnelles des consultants**

Les consultations externes organisent notamment la prise en charge de maladies plus graves que celles suivies en ville. De même, elles pallient les défaillances de la médecine de ville. Ainsi, 24% des consultations s'expliquent par une absence d'alternative en ville pour la spécialité recherchée⁶.

Enfin, l'accessibilité financière des consultations externes est non négligeable dans les motivations des consultants, 27% des consultants s'adressant à l'hôpital pour des raisons économiques (dispense d'avance des frais : 1/3 des consultants sont exonérés du ticket modérateur ; non dépassement des tarifs conventionnels).

La santé devient un droit, le soin en est l'outil, et le patient devient un usager. Le consultant est à la recherche d'une prise en charge globale : des compétences médico-techniques et des qualités humaines. Ainsi, l'intérêt personnel guide le choix de la personne qui consulte . Le client souhaite être reconnu comme acteur de sa santé.

⁴ Quotidien du médecin – 8 novembre 2000

⁵ idem

⁶ mémoire de DESS Economie de la Santé : *Consultations et soins externes du secteur public hospitalier* – Gaël Pérocheau, sous la direction de l'URCAM des Pays de la Loire - 1998

L'usager n'hésite plus à aller consulter loin de chez lui à la recherche des derniers progrès de la médecine, quitte à supporter le différentiel de tarification. Les doutes renforcés par les palmarès d'hôpitaux et autres procès médiatisés conduisent certains à consulter plusieurs fois avant toute prise de décision importante.

La confiance est un des éléments clé pour expliquer les choix des consultants. La réputation d'un établissement ou d'un médecin justifie 40 % des consultations (ce taux est plus important dans les CHU, temples de la technicité et de l'innovation médicale)⁷.

La principale cause de consultation (40% des cas recensés par l'étude) demeure le suivi et les soins post-opératoires.

Et pourtant, un chiffre interpelle : 75% des consultations auraient pu être effectuées en ville. Cette concurrence directe n'est cependant pas dénoncée par la médecine de ville.

On est en droit de s'interroger sur la légitimité de cette activité, telle qu'elle est pratiquée actuellement. L'hôpital, dans sa mission de service public, peut-il se contenter d'une offre illisible et si peu complémentaire de la médecine libérale ? Au contraire, les consultations ne peuvent-elles pas contribuer à une meilleure prise en charge des patients ?

2 DES ENJEUX SIGNIFICATIFS STRATEGIQUES EN TERME D'AMELIORATION DE L'OFFRE

Les enjeux des consultations se situent à deux niveaux complémentaires : celui des hôpitaux d'abord, celui des usagers par ailleurs.

2.1 Pour les établissements de santé

La réflexion sur les consultations mérite une attention toute particulière car elles constituent la vitrine de l'hôpital d'une part et qu'elles induisent des coûts importants d'autre part.

2.1.1 Des enjeux liés à l'image de l'établissement

Les consultations sont la vitrine de l'hôpital. En ce sens, elles constituent le mode de recrutement privilégié pour les hospitalisations à venir. Ainsi, des enquêtes menées à l'Hôtel Dieu à Paris en 1982 et à la Pitié Salpêtrière en 1983 montrent que 40% des hospitalisés

⁷ idem

sont issus des consultations externes. Néanmoins, à peine 6% des patients des consultations externes se sont vus prescrire une hospitalisation.

La rencontre d'un médecin hospitalier constitue un choix pour les patients : ainsi, près de 19% des consultations ambulatoires en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) en France se font à l'hôpital. L'hôpital est perçu comme une référence dans le domaine du savoir médical, la réputation de l'hôpital justifiant 40% des consultations à l'hôpital plutôt qu'en ville et correspond dans 65% des cas à la volonté de recueillir un avis spécialisé.

La qualité du plateau technique, la performance des acteurs sont largement mise en avant. En ce sens, les consultations constituent un enjeu tant pour les médecins que pour le Directeur. De leur qualité dépend en partie l'image de la structure dans son ensemble. Les réseaux de relations favorisent le choix de l'orientation sur la consultation d'un confrère privilégié par rapport à un autre .

En effet comme le précisent les intervenants rencontrés, la logique qui sous-tend les consultations dans un secteur où existe une concurrence, est une logique de structure. C'est une façon d'assurer un recrutement, de faire connaître la qualité des soins offerts par le service dont dépend la consultation.

2.1.2 Des enjeux liés au financement

Au sein des EPS, comme des PSPH, le financement par l'assurance maladie se fait par la dotation globale, répartie par les Agences Régionales d'Hospitalisation pour chaque établissement. Ainsi, la partie financée par l'assurance maladie des consultations externes est incluse dans la dotation globale (groupe1 des recettes de la section exploitation). La partie non financée par l'assurance maladie, à savoir le ticket modérateur (à la charge de l'assuré) et le coût lié aux soins des personnes non pris en charge par l'assurance maladie, est comprise dans les produits de l'activité hospitalière (groupe 2 des recettes section exploitation).

Parmi les établissements privés ne participant pas au service public hospitalier, le budget est alloué par conventions avec l'assurance maladie. Ces dernières fixent les tarifs applicables aux frais de séjour (forfait journalier de séjour et des soins infirmiers, forfait de salle d'opération, forfait journalier pour les médicaments coûteux). Y sont exclus les honoraires des médecins. Ces derniers sont donc rémunérés à l'acte. L'assurance maladie rembourse la part qu'elle prend en charge. Les patients en consultation externe versent donc directement aux médecins la partie non prise en charge par l'assurance maladie.

*** Enjeu de recouvrement des créances des consultations externes**

En effet, les établissements sont confrontés à un recouvrement tardif, complexe, voire impossible des créances des activités externes, ce qui impose des procédures adaptées au mode de prise en charge des consultants ou à la situation budgétaire de l'établissement.

Tardif, parce que les procédures de recouvrement et de paiement sont longues.

Comme pour toutes les personnes publiques, la séparation de l'ordonnateur et du comptable ralentit forcément le recouvrement, puisque les actes budgétaires sont soumis à leur contrôle et pour chacun de leur compte (compte de gestion pour l'ordonnateur et compte d'administration pour le comptable).

Tardif également, parce que les phases et délais du recouvrement par l'hôpital peuvent être rallongés par les difficultés de paiement des financeurs. D'une part, lorsque le paiement est à la charge de l'assurance maladie, les hôpitaux se trouvent dépendants de la dotation globale versée par douzième chaque mois. Ceci suppose que les remboursements s'effectuent en proportion du nombre des actes. D'autre part, le dispositif de la couverture maladie universelle vient freiner le recouvrement à terme des créances. Mais ces créances seront recouvrées dans la mesure où les débiteurs (sécurité sociale, mutuelle, assurances...) sont connus et ont pour objet de rembourser les soins délivrés à leurs assurés.

Complexe, parce que les hôpitaux ont à faire face à des modes de prise en charge différents selon que le patient s'acquitte du ticket modérateur, qu'il soit exonéré à 100% ou qu'il soit admis en consultation sans pouvoir justifier de sa couverture (étrangers en situation irrégulière ou assurés en fin de droit admis en urgence).

Impossible enfin, parce qu'ils conservent des créances sur les malades qui ne paient pas ce qui reste à leur charge. Lorsque le patient vient en consultation externe, il ne paie pas le jour même les frais de consultation et les actes de soins. La demande de paiement interviendra après avoir comptabilisé tous les actes effectués lors de la consultation externe, et après autorisation de recouvrement par le comptable. Ce qui peut allonger le délai d'un ou deux mois. En ce cas, un courrier est adressé au débiteur. Or, beaucoup de créances sont irrécouvrées par ce fait. En effet, des patients peuvent avoir changé d'adresse ou sont insolvable. Le principe de gratuité du service public, souvent présent dans l'esprit des patients, les encourage à ne pas payer. De plus, les hôpitaux renoncent aux lettres de rappel pour de petites sommes du fait du coût élevé des procédures. A ce titre, l'AP-HM a décidé que les créances inférieures à 50 F ne seraient pas recouvrées.

Aussi, beaucoup de créances sont admises en non-valeur par les Conseils d'Administration lorsqu'elles deviennent définitivement irrécouvrables. Pour 2000, ces créances atteignent environ 39 millions de francs à Marseille.

*** Enjeu de répartition des coûts des consultations sur les enveloppes régionales**

En premier lieu, alors que les soins et consultations externes sont pris en compte dans le budget global, les prescriptions dans ce cadre sont supportées par l'enveloppe des soins de ville. Une Circulaire de la Direction de la Sécurité Sociale et de la Direction des Hôpitaux du 26 février 1999 constatait, au cours de l'année 1998, « *une augmentation importante* » évaluée à 20% des dépenses de soins de ville. Parmi elles, « *celles des médecins salariés des établissements publics de santé ont évolué particulièrement rapidement, notamment dans les postes suivants : médicaments, TIPS, auxiliaires médicaux, transports, indemnités journalières* ».

Cette charge est injuste puisqu'elle fait porter à la médecine de ville des coûts dont les médecins libéraux ne sont pas responsables. Les élèves IASS ont attiré l'attention du groupe sur ce point.

Précisément, se pose le problème de la connaissance du prescripteur (seul figure le numéro de l'établissement). Aussi a-t-il été prévu par la circulaire que les « supports de prescriptions » comprennent le n° FINESS géographique de l'établissement et le code à barre correspondant « à terme, l'identification du prescripteur par son n° ADELI et le code à barre correspondant. »

En pratique cependant, l'identification des établissements et des médecins reste encore imprécise, ce qui empêche de connaître l'impact des prescriptions hospitalières sur les pharmacies de ville. L'indication nominative du prescripteur hospitalier constitue un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie qui, grâce à son respect, pourra lutter en globalité contre le nomadisme médical (jusqu'à présent, lorsqu'un patient consulte à l'hôpital, il échappe au contrôle de l'Assurance Maladie). L'objectif second était d'induire sur les prescriptions des hospitaliers afin qu'elles respectent les objectifs fixés pour la médecine de ville. A ce sujet, la CRAM des Pays de Loire n'exclut pas d'encourager les établissements les plus vertueux et de sanctionner les plus dépensiers, par le biais de la dotation globale (puisque'elle est membre de la Commission Exécutive de l'ARH).

En second lieu, il est reproché aux médecins de ville d'adresser une partie de leur clientèle aux hôpitaux lorsqu'ils dépassent leurs quotas d'actes autorisés par les conventions médicales. Alors que l'offre existe en ville, les médecins sont donc tentés de diriger leurs

patients vers les services hospitaliers, non contraints par les mêmes objectifs de limitation des dépenses.

2.2 Pour les usagers : une meilleure adaptation aux besoins

2.2.1 Coordination et complémentarité : des réponses originales

**** des réseaux et filières à promouvoir***

Les nécessaires coordinations et complémentarités dans l'intérêt du patient et celui des acteurs ont conduit des réseaux et des filières spontanés à se mettre en place avant les ordonnances de 1996. Selon l'implication des praticiens dans leurs consultations extérieures, la prise en charge du patient va au delà de simples diagnostics et prescriptions thérapeutiques.

Les réseaux et filières intègrent l'activité des consultations et soins externes, tout spécialement pour la prise en charge des personnes âgées, des patients sidéens ou des malades porteurs d'affections cancéreuses.

Partant d'une habitude à travailler en coopération, ils ont construit des réseaux et des filières bien avant l'introduction par l'ordonnance du 24 avril 1996 des réseaux de soins ville-hôpital.

Ainsi, de nombreuses associations pour la prise en charge des insuffisants respiratoires ou rénaux, ont été impulsés par des hospitaliers afin de favoriser les traitements hors les murs de l'hôpital.

Néanmoins la mise en œuvre des réseaux et des filières est très dépendante des contextes locaux et de la motivation qui anime les acteurs de santé publique.

Par exemple dans l'orientation d'un patient au sortir d'une consultation vers un centre de dialyse en antenne ou un centre privé qui sera moins coûteux tout en pouvant fournir une réponse thérapeutique très adaptée.

Les généralistes font un travail conséquent de régulation. Dans l'intérêt de leur clientèle ils sélectionnent et orientent vers des consultations qui correspondent aux critères estimés prioritaires pour leurs patients. Il s'agit de choix guidés avant tout par la compétence. Ce travail de régulation et de lien est parfois contourné par les choix individuels de la clientèle.

La prise en compte de l'importance du rôle des consultations pour la prévention secondaire et tertiaire a des incidences en terme de santé publique.

**des particularismes à prendre en compte*

La PASS (permanence d'accès au soins)

Un établissement public se doit de prendre en charge toutes les populations dans le cadre de sa mission de service public. Les personnes en situation de précarité sont orientées vers les consultations externes des centres hospitaliers publics, où la prise en charge médicale, les prescriptions et la délivrance de médicaments font l'objet d'un partenariat avec le service d'accueil d'urgence et la pharmacie de l'établissement.

De plus, au-delà de sa mission sanitaire, l'hôpital doit mener une autre mission de service public : une mission sociale. Celle-ci prend une importance croissante face à la progression des besoins des plus démunis. Les permanences d'accès aux soins de santé ont été mises en place pour faire face à l'afflux des besoins sociaux dans le cadre de programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins.

Les consultations sont le lieu de rendez-vous de toutes les personnes qui nécessitent l'avis d'un spécialiste, quel que soit leur statut social. Dans ce cadre, un accueil spécifique est mis en place pour les plus démunis, permettant l'égalité d'accès aux soins pour tous, depuis 1998 avec les lois :

- ◆ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- ◆ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

Cet accueil est souvent volontairement implanté dans le service des consultations externes afin d'éviter la marginalisation des usagers les plus démunis.

Malgré ce nouveau cadre réglementaire, les moyens alloués aux PASS sont très différents d'un établissement à un autre.

Les consultations avancées

Il s'agit d'une offre de soins récente qui amène une compétence médicale d'un praticien hospitalier sur un site dépourvu de cette spécialité, à proximité de l'utilisateur en fonction de ses besoins.

Dans la mesure où le bassin de vie est important, et face à une population vieillissante, les consultations avancées constituent une réponse pertinente et adaptée aux besoins de santé des usagers.

Les futurs Directeurs d'établissements sanitaires et sociaux ont rappelé leur intérêt :

- Faciliter l'accès aux soins à proximité de l'utilisateur
- Impact financier : il est moins onéreux de déplacer une personne que tous les usagers
- Meilleure répartition de l'offre de soins, des compétences qui peut pallier un problème de démographie médicale (l'Assurance Maladie n'y est pas insensible).
- En cas d'hospitalisation, cela peut constituer un mode de recrutement

Les consultations avancées doivent cependant faire l'objet d'une politique volontaire pour pallier les réticences médicales à se déplacer sur site.

2.2.2 rationalisation de l'offre de soin

**** Pour une corrélation avec l'offre libérale***

Les usagers ont le libre choix du praticien et l'accès à tous les niveaux de médecine, qu'ils appartiennent au secteur libéral ou au secteur hospitalier.

La complémentarité, la subsidiarité, et la concurrence entre le public et le privé sont donc très présentes. Ces approches semblent très variables selon les « bassins de vie » et la démographie médicale locale.

Les spécialistes libéraux et les praticiens hospitaliers entretiennent parfois des relations tendues. Les premiers reprochent aux seconds d'empiéter sur leurs prérogatives en multipliant les consultations externes, de faire du « détournement de la clientèle ».

Rappelons que 75% des consultations réalisées en Pays de la Loire sont réalisables en ville⁸.

Chacun des deux partenaires fait grief à l'autre d'être responsable de la dérive des dépenses de santé. Notons, d'ailleurs, qu'il n'existe pas de régulation dans le secteur libéral dans lequel tout médecin peut s'installer où il le souhaite, quelque soit l'offre préexistente.

La concurrence est parfois ressentie comme déloyale. Une inégalité subsiste dans la dispensation des soins et consultations externes. Le secteur privé clinique se désintéresse des spécialités non lucratives ou qui débouchent sur des secteurs d'hospitalisation aux règles de sécurité drastiques. Certains services hospitaliers ont ainsi un sentiment « *d'appauvrissement* ».

Actuellement les deux secteurs se juxtaposent sans pouvoir réellement se compléter.

La complémentarité entre établissements de santé permet l'amélioration de la prise en charge du patient et l'optimisation des ressources de l'assurance maladie.

La coopération est donc encouragée entre établissements publics et privés, dans le cadre de conventions, dès lors qu'elle permet de mieux prendre en compte l'intérêt du patient et de rationaliser les coûts de fonctionnement des structures.

L'articulation avec la médecine libérale, quant à elle, doit être facilitée par l'appartenance à des réseaux de soins coordonnés comme nous l'avons vu précédemment.

⁸ mémoire de DESS – Gaël Pérocheau, sous la direction de l'URCAM des Pays de la Loire

*** Une planification sanitaire à améliorer**

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire est un des outils de régulation pour l'hospitalisation, la démographie médicale l'est pour l'ambulatoire.

Très peu d'attention, voire aucune, est spécifiquement donnée aux soins et consultations externes dans le SROS, les projets d'établissements, du fait semble-t-il du lien étroit avec le service d'hospitalisation correspondant.

Toutefois, l'embolisation des consultations externes par la « bobologie » est à craindre. La saturation de certains services (médecine, ...) est actuellement un problème majeur qui amène des établissements de plus en plus nombreux à réfléchir à une amélioration du fonctionnement des consultations externes. La fermeture des lits amène, par ailleurs, à repenser l'hospitalisation et ses modalités.

L'ARH n'exerce ses compétences qu'à l'égard des hôpitaux, et n'a pas le pouvoir de transférer des capacités de soins de l'hôpital vers la médecine de ville qui reste de la compétence de l'assurance maladie.

Toutefois, la nécessité de développer une politique de l'offre de soins globale et cohérente en intégrant la médecine ambulatoire est forte.

Une organisation du secteur ambulatoire peut se réaliser sous la forme d'un schéma à l'instar de ce qui existe dans le secteur hospitalier, en s'appuyant sur une carte médicale ambulatoire. Un tel outil permettrait de réguler l'offre libérale et de l'articuler avec l'activité hospitalière.

Les principes fondamentaux, indépendance professionnelle des médecins, liberté de choix des patients, solidarité nationale face au risque maladie, répondent-ils pleinement aux droits des patients et à la qualité du système de santé ?

Des interrogations sur la place du professionnel libéral dans le système de soins, ont amené, le 12 juillet 2001, Madame GUIGOU à annoncer 13 propositions d'action pour une réforme des soins de ville. Certaines ont tout particulièrement retenu notre attention.

- Créer un observatoire de la démographie chargé de rassembler, d'expertiser et de diffuser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, au contenu de leurs métiers et à leurs évolutions,
- Mettre en place une aide à l'installation,
- Faire participer les professionnels libéraux à l'organisation des urgences (l'idée étant de limiter l'accès à l'hôpital aux urgences réelles).

3 DES PROPOSITIONS POUR UNE MEILLEURE EFFICACITE DES CONSULTATIONS

3.1 Une meilleure prise en charge des consultants par le biais d'une démarche d'amélioration de la qualité.

La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle dans les établissements de santé, le régime juridique d'évaluation et d'amélioration de la qualité a débuté avec la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et s'est trouvé renforcé par les ordonnances de 1996. Celles-ci instaurent une obligation pour les établissements de santé de se livrer à des démarches qualité en prévision d'une procédure d'accréditation.

Cette approche globale renforce la conscience de la nécessité d'une démarche centrée sur l'utilisateur. Les services de consultations externes, « vitrine de l'hôpital » sont particulièrement concernés par cette démarche car relais entre les services de soins et la médecine libérale. Les IG ont tout particulièrement voulu sensibiliser les futurs directeurs d'établissements aux moyens à mettre en œuvre en la matière.

Il s'agit, d'une part, apporter à l'utilisateur et à son entourage la prestation répondant au mieux à leurs besoins,

D'autre part, leur garantir la qualité et la sécurité des prestations, tout en s'inscrivant dans une maîtrise des coûts.

A. Donabedian considère que la satisfaction de l'utilisateur ou l'accessibilité des soins par les patients, est l'ultime phase de la qualité des soins. Pour l'auteur, cité par Clemenhagen : « la satisfaction du client est d'une importance fondamentale comme mesure de la qualité des soins car elle donne des informations sur la capacité des professionnels de santé à répondre aux valeurs et attentes du client qui sont des domaines où le client est l'autorité suprême ».

Cette démarche concerne la direction de l'établissement, les praticiens hospitaliers et les médecins de ville, le personnel des consultations et les autres partenaires de soins

L'organisation occupe une place essentielle dans cette démarche.

LES INGRÉDIENTS NÉCESSAIRES À UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ

DIRECTION	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Engagement explicite
USAGER	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Accueil et attitude empathiques ☒ Accessibilité aisée (prise de RV, orientation) ☒ Confort des locaux ☒ Délai des rendez-vous ☒ respect de l'horaire du RV ☒ Libre choix du médecin ☒ Simplification des formalités administratives ☒ Qualité de prise en charge (médicale et paramédicale) ☒ Respect de la confidentialité et de la pudeur, ☒ Droit à l'information : clarté de l'information transmise ☒ Atteinte des résultats de santé attendus ou espérés
ÉQUIPE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Disposer de ressources, de moyens et d'une organisation adaptée afin de dispenser une prestation de qualité. ☒ La coordination et la dimension relationnelle revêtent une importance capitale dans ce secteur liée au nombre conséquent d'acteurs. ☒ Atteinte des résultats de santé attendus ou espérés
MEDECINE DE VILLE	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Accueil téléphonique et rapidité de la réponse ☒ Délais des rendez-vous ☒ Libre choix du médecin ☒ Transmission de l'information et communication : <ul style="list-style-type: none"> • Qualité des courriers • Délais de production

Ces items devront régulièrement être évalués. Des indicateurs qualité sont à mettre en place, parmi lesquels nous proposons :

- ◆ Existence d'enquêtes de satisfaction auprès des usagers et prescripteurs libéraux
- ◆ Organisation du service et articulation avec les autres acteurs hospitaliers
- ◆ Taux de plaintes, procédure de traitement, exploitation des résultats

Les travaux réalisés jusqu'à présent représentent les fondations de la maison de la qualité qu'il reste à construire sur les secteurs des consultations et soins externes.

La valeur des professionnels qui la composent en feront sans nul doute un carrefour de compétences et de convivialité.

3.2 Adaptation de la tarification des soins : la forfaitisation

Compte tenu de l'augmentation du nombre de consultants accueillis à l'hôpital (consultations classiques en MCO et plus spécialisées : lutte contre la douleur, contre les conduites addictives...), la gestion des consultations et soins externes représente pour les établissements hospitaliers une lourde charge.

Les créances irrécouvrables sont importantes et souvent liées à l'activité des soins externes. C'est la raison pour laquelle les EDH ont envisagé une modification du mode de financement.

A partir des années 80, certains établissements se sont portés volontaires pour la mise en place d'un système de forfaitisation (FSE) comme solution pour simplifier l'accueil et les conditions de facturation des actes de consultation.

Le principe est simple, il s'agit de déterminer rapidement le montant du prix à payer pour procéder à un encaissement immédiat.

Ce système de forfaitisation est utilisé à l'heure actuelle dans des centres hospitaliers à Toulouse et à Lille .

Les avantages résident dans la limitation du nombre de créances irrécouvrables par le système du prépaiement. L'accueil du patient se trouve également amélioré car les formalités administratives sont plus rapides, celui-ci n'a pas à attendre de recevoir la facture des soins à son domicile pour payer. Enfin ce système permet à l'hôpital d'avoir une meilleure trésorerie en encaissant immédiatement et évite l'émission de titres de recettes coûteux pour encaisser de petites sommes.

Certains échecs ont pourtant été constatés dans la mise en place de la forfaitisation. Ainsi, sur le site de la Timone Enfants (établissement AP/HM) à Marseille une expérience tentée en 1994 a fait apparaître de nombreuses réticences de la part des patients. En effet, le montant à acquitter était largement supérieur au coût habituel et l'initiative difficile à faire accepter auprès de populations défavorisées, étrangères souvent insolvables et sans droits ouverts auprès d'un organisme de Sécurité sociale.

3.3 Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I) comme outil plus précis d'enregistrement de l'activité hospitalière.

Le P.M.S.I est un outil de régulation perfectible. En effet, d'un point de vue **qualitatif**, il ne rend compte que d'un volume d'actes réalisés (nombre de B, de Z, de C , de CS...) mais pas de la nature précise du type de consultation.

D'un point de vue **quantitatif**, le recueil des données PMSI pose problème. Certains établissements pour éviter d'avoir trop de créances irrécouvrables, ont eu à faire face à un phénomène délibéré d'examens (radios) pratiqués sans aucun enregistrement du patient. Le but était le suivant : pas de consultation enregistrée = pas de facture émise donc pas d'impayés = pas de dotation en provisions pour créances irrécouvrables à constituer. C'est donc une charge budgétaire qui disparaît par ce biais.

Un tel raisonnement se révèle catastrophique à long terme et à plus forte raison pour les établissements sur-dotés qui doivent soit diminuer leurs coûts de production, soit augmenter leur productivité ce qui suppose un enregistrement optimal de **tous** les actes pratiqués en consultation.

Avant d'élaborer une stratégie médicale, de nombreux CHU ont bien compris ce problème (Hospices Civils de Lyon, CHU de Nice...) pour justifier de leur dotation importante, de nombreux C.H.U. ont amélioré leur productivité, en procédant à un meilleur enregistrement de leur activité.

3.4 Le décloisonnement des secteurs : la planification

Les consultations externes gagneraient en lisibilité si le financement de santé n'avait qu'une seule origine. Ce point a été abordé en entretien par des médecins conseils de l'Assurance Maladie de Bretagne ainsi que par le médecin généraliste. Ainsi, on pourrait envisager d'une part un interlocuteur unique (au lieu de l'Etat et l'Assurance Maladie) et une régionalisation du financement par la création d'une A.R.S (agence régionale de santé). Cela conduirait à une meilleure vision globale des soins.

Au cœur du système de santé (hospitalier et libéral), cette ARS serait amenée à rendre cohérents et efficaces, les outils de la politique de santé, à éviter le chevauchement et la confusion des responsabilités, enfin à aboutir à une véritable organisation de l'offre de soins.

Ces éléments de propositions d'amélioration du fonctionnement des consultations et soins externes resteront vains sans prise de conscience de la part des décideurs de la santé de l'importance que revêt cette activité à la lisière entre l'hospitalisation et la médecine de ville.

Finalement, c'est l'absence d'une politique volontaire et globale qui fait cruellement défaut aux consultations et soins externes.

- Sans cette volonté de mesurer précisément l'activité il ne sera pas possible de l'évaluer, de la contrôler, enfin de l'améliorer pour qu'elle s'articule mieux avec les autres activités de l'hôpital.

Une meilleure connaissance de l'activité est pourtant le préalable indispensable à toute rationalisation de l'offre.

- Sans décision politique, les consultations continueront de proposer des prestations identiques à celles de la médecine de ville (cabinets libéraux et cliniques privées).

Plus qu'une concurrence, souvent saine mais inutile en l'espèce, c'est la complémentarité entre les deux secteurs qu'il conviendra d'organiser ainsi que l'orientation des patients.

- Sans la création d'une Agence Régionale de la Santé, l'offre en matière de consultations restera anarchique, au libre choix des praticiens, sans prise en compte des enjeux de santé publique, de la planification de l'offre de soins.

Certains réfléchissent déjà à l'hôpital du futur, dans lequel les consultations et soins externes occuperaient une place privilégiée, assurant le lien entre la ville et l'hospitalisation. Une polyclinique de consultations où chaque médecin libéral volontaire pourrait intervenir, en étant payé à la vacation est envisagée. La venue de ces praticiens améliorerait les rapports avec la ville, favorisant ainsi complémentarité et coopération.

Dans cette structure idéale, la consultation sans rendez-vous préalable serait possible afin de répondre à l'urgence invoquée par les patients.

Enfin, ce service à part entière serait chapoté par une autorité médicale unique: un « coordonnateur », conciliant les intérêts divergents des différents chefs de services impliqués dans les consultations.

Nous pourrons tous participer à la mise en œuvre de ces consultations de demain dans nos futurs métiers respectifs.

Liste des sigles utilisés

ARH : agence régionale de l'hospitalisation

ARS : agence régionale de santé

AP-HM : Assistance publique hôpitaux de Marseille

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CRAM :caisse régionale d'assurance-maladie

DHOS :direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

EPS : établissement public de santé

FINESS :fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FSE :forfaitisation des soins externes

ISA : indice synthétique d'activité

NGAP :nomenclature générale des actes professionnels

PH : praticien hospitalier

PSPH : établissement privé de santé participant au service public hospitalier

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

TIPS : tarif interministériel de prestation sanitaire

URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie

MÉTHODOLOGIE

GESTION DU GROUPE

Lors de la première séance plénière, nous avons régulé l'organisation interne du groupe. La première étape de notre recherche a consisté à préciser l'orientation de notre travail par des lectures variées.

Nous avons ensuite élaboré en commun une grille d'entretien générale et des compléments spécifiques aux interlocuteurs rencontrés. Dans le même temps, les rendez-vous avec les interlocuteurs que nous avons choisis, ont été pris.

Notre souci constant, lors de nos différents entretiens, était de privilégier l'interfiliarité. Ainsi, à chaque déplacement à deux ou trois personnes, au moins deux filières de l'ENSP ont été représentées, afin de se préserver d'une approche trop centrée sur nos métiers passés ou futurs.

Chaque rendez-vous a donné lieu à un compte-rendu écrit exhaustif pour permettre aux autres membres du groupe de connaître en détail le contenu de l'entretien et mis sur le serveur interne de l'ENSP.

Régulièrement nous nous sommes réunis, avec ou sans l'animatrice du groupe, afin de partager nos réflexions et souvent même de débattre.

Afin d'assurer la restitution écrite et la présentation orale de cette réflexion, le groupe s'est scindé lors de la dernière séance de travail. Des binômes voire des trinômes ont produit les différentes parties du travail écrit. Leur mise en commun a été confiée à l'équipe chargée de la finalisation tandis que l'équipe « Présentation » a assuré la préparation de la soutenance orale.

CHOIX DE LA MÉTHODE DE LA RECHERCHE

En regard du thème de cette recherche, il nous a semblé important de prioriser l'entretien, en tant que processus interlocutoire, car il aide à mettre en évidence des faits particuliers. A.BLANCHET et A. GOTMAN, reconnaissent à l'enquête par entretien « une pertinence lorsqu'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. Elle aura pour spécificité de rapporter les idées à l'expérience du sujet ».¹

L'approche quantitative par questionnaire a été évincée, car outre la représentativité de l'échantillon et la validité de l'interprétation des données recueillies, ce type d'approche ne nous aurait pas permis de disposer de données fiables en matière d'observation des comportements, de collaboration, de la mise en exergue de l'essence même de l'expérience de chaque acteur sur ce thème de recherche. Le questionnaire n'est pas un instrument de recherche qui permette de cerner les modes interactifs entre les différents acteurs.

La recherche documentaire a permis de cerner l'aspect pluridimensionnel et interdisciplinaire du thème abordé et a fait l'objet de la première partie de ce travail. Les enquêtes de G. PEROCHEAU ont étayé notre recherche, notamment son travail « les consultations et soins externes du secteur hospitalier ».

Les entretiens se sont déroulés sur un mode semi-directif en fonction du guide d'entretien préalablement établis.

L'entretien ne constituant pas une fin en soi, nous avons dans un second temps effectué l'analyse des discours recueillis. Cette opération a consisté à sélectionner et extraire les données susceptibles d'éclairer notre problématique.

Volontairement, nous n'avons pas retranscrit d'extraits de ces interviews afin que certaines personnes ne soient identifiables à travers leurs propos.

¹ BLANCHET A., GOTMAN A., « L'enquête et ses méthodes : L'entretien », Édition Nathan Université, Paris, 1992, pages.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

MÉMOIRES

BITAUD J-R., « Les consultations externes à l'hôpital public : de l'accessoire à l'essentiel ? », 1984.

CHVETZOFF R., « Satisfaction patients et démarche d'amélioration continue de la qualité des soins », Mémoire DESS qualité, sécurité et professions de santé, année 1999- 2000.

CORMIER R., « L'aspect financier des consultations et soins externes », 1980.

COUPIER P., « La forfaitisation des soins externes. Une approche globale du patient, de l'accueil au recouvrement de la somme à payer », 1998

LEBOUCHER L., « Pour une réforme de la tarification et de la facturation des consultations et soins externes : analyse d'une expérience de forfaitisation de l'activité externe », 1981.

PERROCHEAU

ROZAIN F., « Réorganisation du service de consultations externes à l'hôpital de Lagny-Marne la Vallée », 1993.

ARTICLES

COURTAY A., GABRIEL S., RUHLMANN O., PARIS O., GOUPY F., « Consultations hospitalières : intérêt des enquêtes transversales par spécialité », in Gestions Hospitalières N° 300, novembre 1990.

COURTAY A, GABRIEL S, RUHLMANN O, PARIS O, GOUPY F, « Consultations hospitalières : enseignements de trois enquêtes transversales », in Gestions Hospitalières N° 303, février 1991.

DARMON J., SICARD J-M., « Le secteur privé à l'hôpital : les consultations externes », in Gestions Hospitalières N° 205, avril 1981.

CHEVALLIER J, LECLERC P., « Le développement des consultations hospitalières est-il possible dès aujourd'hui », in Gestions Hospitalières N° 224, mars 1983.

RAUFFET G., CHARLOT G., VENINGER G., « Le consultant externe : expérience Henri Mondor », in Gestions Hospitalières N° 303, février 1991.

Del Nista L., « Les consultations externes », in Techniques hospitalières, N° 401, février 1979.

ETUDE

URCAM des Pays de Loire, « Consultations et soins externes dans les établissements hospitaliers du secteur public », 1998

TEXTES OFFICIELS

Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils

Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958

Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics

Décret n°64-486 du 28 mai 1964 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics

Décret n°72-1078 du 6 décembre 1972 relatif au classement des établissements d'hospitalisation publics

Circulaire du 13 décembre 1982 relative à l'humanisation des consultations externes dans les établissements publics d'hospitalisation, de soins et de cure.

Arrêté du 26 décembre 1984 relatif aux tarifs de la NGAP

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Ordonnances du 24 avril 1996

Circulaire 03755 du 13 décembre 1982 relative à l'humanisation des consultations externes dans les établissements publics d'hospitalisation, de soins et de cure (non parue au Journal Officiel).

PERSONNES RENCONTREES

Entretiens

Monsieur **CARO**, Directeur adjoint, CRAM des Pays de la Loire
Madame **CHAMARTY**, Cadre infirmier supérieur, C.H de Meaux, actuellement Infirmière générale en formation à l'ENSP
Monsieur **COMBE**, PU-PH, Chef de service de néphrologie et d'hémodialyse CH de Bordeaux
Monsieur **DAUNIZEAU**, Directeur d'une polyclinique rennaise – St Grégoire
Madame **DURANDIERE**, Médecin conseil , échelon régional du service médical , Rennes
Monsieur **HAUTEMANIERE**, Médecin responsable du DIM – CH de Dieppe
Madame **HEBERT**, Cadre infirmier des consultations externes – CH Dieppe
Monsieur **HONNORAT**, Médecin généraliste – St Gilles
Madame **HOUBA**, Assistante sociale, animatrice de la PASS du C.H. de Valenciennes
Monsieur **LOSCHI**, Directeur du service de soins infirmiers – CH Dieppe
Madame **MICHELANGELI**, Directeur des Affaires Financières, AP/HM
Madame **MURTAZA**, Médecin généraliste- Bordeaux
Monsieur **PERROCHEAU**, Chargé de mission - URCAM des Pays de la Loire
Monsieur **POTEAUX**, PU-PH, Chef du service de transplantation rénale CH de Bordeaux
Madame **SAVARY**, Directrice adjointe, URCAM des Pays de la Loire
Monsieur **VANCOSTENOBLE**, Directeur d'établissement - CH de Dieppe
Monsieur **VARNOU**, Médecin conseil, échelon régional du service médical, Rennes

Contacts

Madame **BLONDEL**, Documentaliste – CHU de Rouen
Madame **POULLAIN**, Gestionnaire des risques, membre de la cellule d'accréditation – CH de Dieppe (enquête de satisfaction des usagers)
Monsieur **TARTRAIS** – Directeur adjoint CH St Briec

Dans l'avenant annuel à la convention d'objectif et de gestion La CNAM et l'Etat s'engagent à affiner leurs statistiques sur les prescriptions

L'objectif des dépenses de soins de ville pour 1999 a été fixé à 274,7 milliards de francs, soit une augmentation de 2,35% par rapport à 1998. La progression prévue entre 1997 et 1998 était de 2,4%. L'Etat et la Caisse nationale d'assurance-maladie annoncent par ailleurs une série de mesures destinées à améliorer le suivi statistique des prescriptions.

L'AVENANT annuel à la convention d'objectif et de gestion - qui détermine les grandes lignes des relations entre l'Etat et l'assurance-maladie -, et qui vient d'être conclu entre l'Etat et la CNAM, fixe à 274,7 milliards de francs (41,8 milliards d'euros) l'évolution des dépenses de soins de ville pour l'année 1999. Une enveloppe qui est, à périmètre égal, en augmentation de 2,35% par rapport à 1998, soit légèrement moins que les 2,39% annoncés à l'automne dernier par Martine Aubry.

Cela s'explique par les transferts d'affectation de certaines dépenses d'un secteur d'activité à l'autre dont il a été tenu compte dans la détermination de l'enveloppe consacrée aux soins de ville. Ainsi, des



Le texte prévoit notamment une meilleure connaissance des prescriptions des praticiens hospitaliers, lors de leurs consultations (photo Phanel)

dépenses qui étaient affectées jusque-là au secteur hospitalier ont été transférées, compte tenu de mesures récentes, à l'enveloppe des soins de ville.

L'enveloppe pour 1999

C'est le cas notamment des dépenses d'oxygénothérapie dispensées par le biais de l'ANTADIR qui, depuis le 1^{er} janvier 1999, sont gérées sous le régime du TIPS (tarif interministériel des prestations sani-

taires) ainsi que les dépenses liées à la sortie de la réserve hospitalière de 11 médicaments. Le montant de ces transferts est estimé à 600 millions de francs (91,4 millions d'euros) pour chacun des deux postes.

A l'inverse, les dépenses des établissements privés qui étaient sous régime de prix de journée préfectoral et sont passés sous dotation globale ont été réaffectées dans l'enveloppe de l'hôpital pour un montant qui avoisine les 100 millions de francs (15,2 millions d'euros). Suivant le même procédé, les dépenses des centres d'action médico-sociale précoce sont désormais comptabilisées dans l'enveloppe consacrée au secteur médico-social pour un montant estimé de 300 millions de francs (45,7 millions d'euros).

Outre les dépenses habituelles, l'enveloppe pour 1999 tient compte de la prescription des médicaments antirétroviraux et de ceux destinés au traitement de l'hépatite C qui sont disponibles en officine depuis 1997 et font l'objet d'un suivi des dépenses particulier. Elles ont été estimées pour 1999 de manière provisoire à 3,2 milliards de francs (487,8 millions d'euros). Ont également été prise en considération l'inscription sur la liste des médicaments remboursables de nombreuses

spécialités génériques, l'instauration d'un droit de substitution du pharmacien et la mise en œuvre d'un programme de réévaluation de l'ensemble des classes de médicaments.

Enfin, les conséquences financières des grands programmes de santé publique qui seront mis en œuvre en 1999, notamment le dépistage de l'hépatite C et des cancers du col de l'utérus et du sein, ont également été intégrées dans le calcul de l'enveloppe des soins de ville.

Le problème de l'hôpital

Dans ce document, soumis hier à l'approbation des administrateurs de la Caisse nationale d'assurance-maladie, l'Etat et la CNAM annoncent en outre toute une série de mesures destinées à améliorer le suivi statistique des dépenses et notamment des dépenses de prescription. Il s'agit pour eux de mieux identifier les prescriptions qui relèvent de l'activité des médecins libéraux et celles qui n'en relèvent pas, les fameux « autres prescripteurs » (1). Ainsi, la CNAM diffusera en 1999 des statistiques par catégorie de prescription, par profession prescriptrice et par catégorie d'exécutant. De la même manière, pour assurer un meilleur suivi des prescriptions hospitalières exécutées en ville, l'Etat prendra les mesures nécessaires pour que la transmission aux caisses d'assurance-maladie des données de prescription s'accompagne du numéro FINESS de l'établissement prescripteur sous la forme d'un code-barres. L'objectif étant de parvenir en l'an 2000 à une identification nominative du prescripteur hospitalier.

Enfin, l'Etat et la CNAM souhaitent engager une réflexion sur la mise en œuvre d'un codage des médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières.

Céline ROUDEN

(1) Il s'agit principalement des prescriptions des dentistes, des médecins des centres de santé et des médecins hospitaliers, en consultations externes.

Ophthalmologues et cardiologues peu satisfaits de leurs premières négociations avec le gouvernement

LES représentants des cardiologues et des ophtalmologues ont été reçus cette semaine au ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Préoccupée par l'évolution de leurs dépenses en 1998, Martine Aubry avait annoncé il y a une dizaine de jours l'ouverture d'une concertation avec ces spécialistes en vue de négocier

des mesures d'économies. Des négociations qui, d'ores et déjà, ne s'annoncent pas faciles. « Le gouvernement nous demande de faire des économies sur nos actes. Il s'agit d'une préoccupation purement comptable qui n'a aucun fondement scientifique. Il se moque de savoir si nous travaillons bien ou pas, si nous opérons trop

ou pas assez de cataractes », explique le Dr Jean-Luc Seegmüller, président du Syndicat national des ophtalmologistes de France, qui a décidé de consulter ses troupes pour savoir quelle attitude adopter dans ces négociations. Même réticence du côté des cardiologues, qui ont commencé la discussion en réfutant les

pourcentages d'augmentation de leurs actes que leur opposait le ministère. Le Dr Christian Aviéris, président du Syndicat national des spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux, estime qu'« avant d'aller plus loin dans le partenariat, nous souhaitons disposer de chiffres plus fiables et plus précis ».