

***NOUVEAUX METIERS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE :***  
***MAITRISE DE L'INFORMATION,***  
***TRANSVERSALITE DES COMPETENCES ET AUTRES EXIGENCES***

---

**BOURRET Christian,**

Université de Marne-la-Vallée, Cité Descartes, Champs-sur-Marne  
[bouret@univ-mlv.fr](mailto:bouret@univ-mlv.fr)

**SALZANO Gabriella,**

Université de Marne-la-Vallée, Cité Descartes, Champs-sur-Marne  
[gabriella.salzano@univ-mlv.fr](mailto:gabriella.salzano@univ-mlv.fr)

**CALISTE Jean-Pierre**

77454 Marne-la-Vallée Cedex 2

\*\* Université de Technologie de Compiègne, 60205 Compiègne Cedex  
[jean-pierre.caliste@utc.fr](mailto:jean-pierre.caliste@utc.fr)

**Résumé** : La crise des systèmes de protection sociale dans les pays développés, l'émergence de nouvelles technologies, notamment de l'information et de la communication, la nécessité de maîtriser les coûts ainsi que l'affirmation du rôle des patients favorisent l'apparition dans le domaine de la santé de nouvelles organisations transversales et de proximité : réseaux de santé ou cabinets de groupes pluriprofessionnels.

Au sein de ces organisations collégiales et innovantes, dont la vocation principale est de créer et de gérer les liens entre plusieurs partenaires, de nouveaux métiers émergent. En utilisant différentes perspectives, nous analysons et comparons plusieurs expériences, menées en France et à l'étranger, pour déterminer les principales exigences conduisant à la caractérisation de ces nouveaux profils : décloisonnement, coopération et transversalité, gestion de l'information et maîtrise des connaissances, innovation et professionnalisation, qualité.

**Abstract** : The health domain must cope with striking changes, in social, economical, scientific and technological dimensions : on the one hand, the crisis of the social protection system in the developed countries, with the costs containment requirement, the more active part the patients take in their relation with health professionals, and, on the other hand, the specialization of medical sciences and the explosive development of information and communication technologies. In regard to the actual organizations, health networks and pluriprofessional practices constitute innovative organizations, whose main challenge is to build and develop transversal links between

several partners. To accomplish these objectives in such a complex context, new competences and skills are needed. In this paper we make use of various perspectives to analyze French and international experiences and to determine requirements for these new profiles, which are characterized by one or more expertises in transversal areas : information and knowledge management, social analysis and management as well as cooperative practices and quality management.

**Mots clés** : santé, métiers, information et communication, compétences, transversalité, management des connaissances, information partagée, qualité.

**Key words** : health, skills, information and communication, skills, transversality, knowledge management, information sharing, quality.

# Nouveaux métiers dans le domaine de la santé : maîtrise de l'information, transversalité des compétences et autres exigences

## INTRODUCTION

Avec l'amélioration du niveau de vie, l'évolution des techniques médicales et chirurgicales, le vieillissement des populations, les pays occidentaux sont confrontés à une dérive des dépenses de santé. En 2000, selon l'OCDE, elles représentaient 7,3 % du P.I.B. (Produit Intérieur Brut) au Royaume-Uni, 7,8 % au Japon, 8,1 % aux Pays-Bas, 9,5 % en France, 10,6 % en Allemagne et 13 % aux États-Unis.

En France, la réduction du temps de travail, la diminution annoncée du nombre de médecins et d'infirmières et la complexité croissante des nouvelles pathologies (notamment liées au vieillissement) imposent la recherche de nouvelles solutions efficaces reposant sur la coordination des activités.

Des pays anglo-saxons : Grande-Bretagne, Canada, Australie, ... ont fait le choix de privilégier la médecine de ville en s'appuyant sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication. En France, la loi du 4 mars 2002 a consacré les réseaux de santé comme une voie privilégiée pour améliorer le système de santé, en coordonnant médecine de ville et structures hospitalières.

La maîtrise de l'information, sa qualité et sa disponibilité sont au cœur de l'évolution des systèmes de santé et de l'amélioration de leurs performances. Par ailleurs, les patients affirment de plus en plus leur rôle et s'imposent comme des acteurs désormais incontournables du système de santé. Ces enjeux contribuent à l'émergence de nouveaux métiers de proximité, nécessairement transversaux.

Dans cette communication, en analysant les expériences menées en Grande-Bretagne, en Espagne (Catalogne), aux États-Unis, au Canada ou en Australie, nous mettons tout d'abord en évidence l'importance de la maîtrise de l'information pour l'évolution des systèmes de santé, avec en particulier le rôle majeur des technologies de l'information et de la communication et les enjeux du dossier médical patient. Nous présentons ensuite la voie originale des réseaux de santé en France. Nous montrons enfin, à partir de l'exemple des réseaux de santé et en élargissant la problématique à d'autres structures collégiales et transversales comparables en France et à l'étranger, comment la maîtrise et le partage de l'information conditionnent de nouvelles répartitions des compétences et imposent l'émergence de nouveaux métiers.

## 1 - LA MAÎTRISE DE L'INFORMATION AU CŒUR DE L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Dès 1978, le rapport Nora-Minc (1) avait analysé les enjeux de l'informatisation de la société française et les profonds changements qu'elle impliquerait. Peter Drucker (2) a ensuite mis en évidence l'importance de l'information pour l'évolution des organisations : « *Les activités qui occupent la place centrale ne sont plus celles qui visent à produire et à distribuer des objets, mais celles qui produisent et distribuent du savoir et de l'information* ».

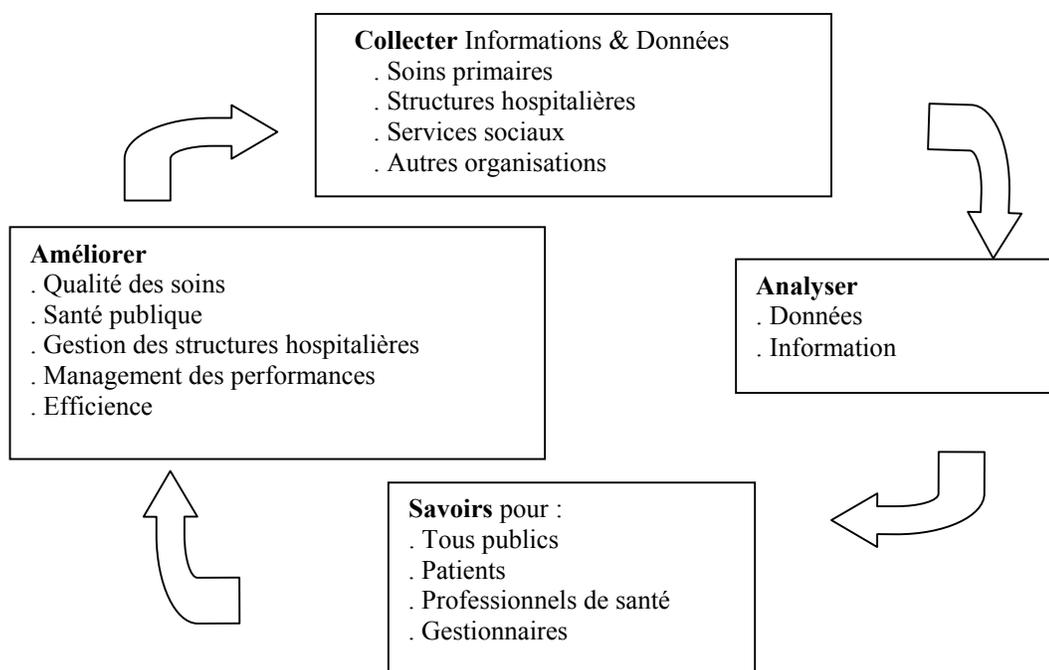
L'analyse de projets internationaux ambitieux illustre ces évolutions majeures dans le domaine de la santé :

- Des pays anglo-saxons ont clairement placé la maîtrise de l'information et sa qualité au cœur de l'évolution des systèmes de santé. Il y a déjà plus de vingt-cinq ans, aux États-Unis, le *Managed Care* et en particulier les *Health Maintenance Organizations* (H.M.O.), ont mesuré toute l'importance de la maîtrise de l'information pour la gestion des soins et mis en place des systèmes d'information performants. Malheureusement, la concurrence exacerbée entre les différents acheteurs de soins et les coûts du marketing ont très vite nui à la qualité des soins pour déboucher sur leur rationnement.
- En 1997-98, le *National Health Service* (N.H.S.) britannique a défini la maîtrise de l'information à la fois comme l'enjeu majeur et l'outil principal de son évolution. Le rapport *Information for Health : an Information Strategy for the Modern NHS* a concrétisé ses réflexions. Le Premier Ministre britannique Tony Blair a souligné l'importance de ce tournant stratégique mais qui doit impérativement être au service des patients et non des organisations de santé : « *The challenge for the NHS is to harness the information revolution and use it to benefit patients* » (3).

- Le Canada (« virage ambulatoire informatisé ») et l’Australie ont également misé sur les nouvelles technologies de l’information et de la communication pour faire évoluer leurs systèmes nationaux de santé en privilégiant, comme la Grande-Bretagne, la restructuration des soins primaires autour des infirmières et des médecins généralistes chargés de la coordination avec les médecins spécialistes et les structures hospitalières. Pays immenses, ils ont accordé une attention particulière à l’utilisation de la télémédecine pour des populations dispersées.
- En Espagne, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, toutes les Communautés Autonomes nées en 1978, ont obtenu la compétence complète pour la gestion de la santé de leurs habitants. La Catalogne, où le transfert de compétences avait commencé dès 1983, a progressivement affirmé sa spécificité. Elle aussi a misé sur les technologies de l’information pour améliorer la coordination de ses structures de santé et l’efficacité (efficacité au meilleur coût) de son système national. Pour une meilleure maîtrise des coûts et la transparence de sa gestion et de ses choix, le Service Catalan de la Santé (devenu *CatSalut*) veut gérer le secteur public du système de santé catalan comme une entreprise privée, c’est-à-dire finalement comme un H.M.O, mais, différence capitale avec le système américain, la concurrence des offreurs de soins doit être maîtrisée et ne pas déboucher sur des profits privés mais sur l’amélioration de l’ensemble du système au profit de ses usagers (4).

Les enjeux de la maîtrise de l’information dans le domaine de la santé sont illustrés par le schéma 1.

Le schéma proposé s’inspire des réflexions du *NHS* et de *CatSalut* pour une meilleure utilisation de l’information pour favoriser l’amélioration des performances au service des patients, en les situant dans le modèle d’amélioration continue de la Qualité ou « roue de Deming ».



**Schéma 1 : Collecter – Analyser – Savoirs – Améliorer = CASA**  
**Un modèle intégré pour améliorer la qualité de la santé par le management de l’information**

## 2 - LA MISE EN PLACE DE NOUVELLES ORGANISATIONS COLLÉGIALES ET TRANSVERSALES

Une meilleure utilisation de l’information doit permettre d’améliorer considérablement la qualité des services aux patients en assurant la continuité et la coordination des soins. Elle est indissociable de la définition de nouvelles structures organisationnelles. La question essentielle est celle de la mise en place de structures de proximité coopératives et transversales.

Les expériences internationales nous offrent des pistes de réflexion intéressantes :

- En Espagne, la Catalogne a fait de ses 360 Centres d'Attention Primaire (CAP) les cellules de proximité de son système « national » de santé en les ancrant dans les structures territoriales : « comarques » ou « pays ». Depuis 1987, la Catalogne est divisée en 41 « comarques » traduisant l'histoire et les spécificités locales et qui disposent d'une certaine autonomie de gestion mais pas dans le domaine de la santé.
- La Grande-Bretagne a fait le choix de PCTs (*Primary Care Trusts*), en misant sur la complémentarité de compétences d'infirmières (*nurses*) et de médecins généralistes (*General Practitioners*), formés à la fois à de nouvelles pratiques de soins (prévention, référentiels, systèmes d'aide à la décision et aux prescriptions ...) et à des techniques de management : gestion d'équipe, management des savoirs, contrôle des coûts et qualité. Ces nouvelles fonctions s'exercent en articulation avec des centres d'appels accessibles en permanence, jouant à la fois un rôle d'information et d'orientation.
- Les dérives des H.M.O. américains (concurrence par les coûts, rationnement des soins ...) ne doivent pas faire oublier la qualité de la coordination des soins souvent mise en place et les performances de leurs systèmes d'information.

En France, les réseaux de santé se sont progressivement développés depuis le début des années 1980. Ils ont correspondu à deux approches très différentes. Tout d'abord, notamment face au développement du Sida, celle de médecins de terrain qui ont cherché à trouver des réponses collégiales de proximité en améliorant la continuité des soins entre la médecine de ville et l'hôpital. La seconde approche est davantage inspirée du *Managed Care* et des H.M.O. américains. Assez souvent à l'initiative de CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie), d'URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, nées en 1996) ou d'hôpitaux, mais aussi de groupes d'assurances ou de laboratoires pharmaceutiques, elle insiste davantage sur la coordination pour éviter les actes inutiles et maîtriser les coûts. De nombreux réseaux de santé (vision plus large) ou de soins (vision plus restrictive), se sont constitués. Beaucoup de ces réseaux et notamment ceux du premier type sont peu structurés et assez souvent informels : les estimations du nombre de réseaux de santé en France varient de 500 à plus de 2000. Tous ces réseaux sont rarement « globaux » mais plutôt dédiés à des groupes de patients ou à des pathologies spécifiques : Sida, précarité, toxicomanie, santé mentale, soins palliatifs, diabète, asthme, oncologie, cardiologie ...

Il était essentiel de faire converger ces visions et d'institutionnaliser les réseaux de santé avec comme défi, pour reprendre la formule de Bernard Kouchner, de « formaliser sans stériliser » (5). La loi du 4 mars 2002 sur *Les droits des malades et la qualité du système de santé* (6) s'y attache, en voulant faire des réseaux de santé une troisième voie de gestion de la santé, articulant la médecine de ville (en France, très majoritairement libérale) et les structures hospitalières.

*« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations »* (Chapitre V, article 84).

Tout le monde n'est pas d'accord avec la préférence accordée aux réseaux de santé, jugés trop dédiés à des groupes de population et à des pathologies spécifiques. Certains sont beaucoup plus favorables à des solutions de proximité plus modestes : maisons médicales, maisons de santé ou cabinets de groupe pluriprofessions et pluripathologies (médecins généralistes, spécialistes, sages-femmes, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux ... également plus adaptées, selon eux, à la médecine libérale et au paiement à l'acte (les bases historiques du système français). Le nouveau ministre de la Santé, Jean-François Mattei, est favorable aux « maisons médicales », mais plus particulièrement pour résoudre le problème de la sursaturation des services d'urgences des hôpitaux et cliniques.

Ces visions ne sont pas inconciliables, elles peuvent même être complémentaires. Les cabinets de groupe n'ont souvent pour objet que la rentabilisation de ressources partagées (locaux, équipements, secrétariats, ...), sans forcément un objectif de coordination entre leurs membres. En revanche, les réseaux de santé veulent constituer de nouvelles organisations innovantes, apprenantes et coopératives, reposant à la fois sur la complémentarité des compétences, le partage des savoirs, la collégialité (et non la hiérarchie) et la transversalité. Il y a en outre une différence d'échelle. Les réseaux de santé peuvent coordonner plusieurs cabinets de groupe pluriprofessions et des structures hospitalières sur un bassin de vie.

La question de l'articulation de ces nouvelles organisations de santé avec les collectivités territoriales dans une perspective d'autonomie, que ce soit sous forme de déconcentration ou de décentralisation, est essentielle pour rapprocher le système de santé des citoyens. Elle est au cœur de l'évolution du *NHS*, de *CatSalut*, comme du système de santé français où l'on parle de la création d'ARS (Agences Régionales de Santé).

La mise en place de nouvelles organisations collégiales de proximité dans le domaine de la santé est aussi largement conditionnée par l'affirmation du rôle nouveau des patients au sein des systèmes de santé.

### **3 - INFORMATION ET AFFIRMATION DU RÔLE DU PATIENT**

Le rôle des patients au sein des systèmes de santé a considérablement évolué. Il a été favorisé par le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication et en particulier d'Internet, qui bouleverse considérablement les conditions d'exercice de la médecine. Le médecin n'est plus désormais le seul à posséder et à monopoliser un savoir qu'il imposait à un patient soumis et respectueux. Le savoir, sous différentes formes et à différents niveaux, est désormais partagé entre le médecin et un patient de mieux en mieux informé (sites Internet), devenu acteur de sa santé et revendicatif.

Le sens de la médecine est en train de changer. Les pratiques des médecins commencent à être standardisées et encadrées par des référentiels et des guides de bonnes pratiques. Les craintes de contrôle liées à ces changements expliquent en partie le malaise de médecins français qui ont l'impression d'être instrumentalisés et transformés en techniciens supérieurs de la santé. On glisse aussi d'une obligation de moyens à une obligation de résultats.

Le *NHS* a, en 1998, fait référence au rôle majeur des patients au sein de la nouvelle organisation de santé qu'il voulait développer pour la Grande-Bretagne, en insistant sur les droits des patients mais aussi sur leur responsabilisation, notamment dans la prévention, l'information et l'accès à certains services comme les urgences. La France a préféré un texte privilégiant les droits des patients (loi du 4 mars 2002).

Les patients sont ainsi partout reconnus comme des acteurs majeurs du système de santé. Les nombreux documents sur la réorganisation du système de santé français, et notamment sur les réseaux de santé, parlent tous de mettre le patient et non les pathologies et les organisations au cœur du système. Il s'agit de louables déclarations d'intention. Le chemin est encore long à parcourir pour parvenir à une vraie démocratie sanitaire (surtout à l'hôpital !), mais il est désormais tracé. Les patients se regroupent et se structurent en associations qui, aux États-Unis, sont même parfois devenues gestionnaires de H.M.O. Leur rôle doit en tout cas être déterminant pour le contrôle des évaluations de la qualité des nouvelles organisations mises en place.

L'affirmation du rôle du patient dans le système de santé ne constitue qu'un cas particulier de l'affirmation de celui du consommateur – usager – client. Jeremy Rifkin (7) a parlé d'un « âge de l'accès » où l'usage de services et leur accès privilégié remplacent progressivement la propriété des biens. Cette révolution du système capitaliste façonne les mentalités et est à la base de ce que certains appellent la « nouvelle économie ».

Dans les pays développés, les services (secteur tertiaire) occupent plus des deux tiers de la population active. On est passé d'une logique de production à une logique de services. Ces services reposent en priorité sur une meilleure utilisation de l'information et sur le rôle central donné au client qu'il convient de fidéliser. La production standardisée de biens anonymes (système « taylorien-fordien ») est moins fondamentale. On insiste davantage sur la « customization » qui consiste à adapter de manière personnalisée différents composants produits en série.

Les organisations, désormais centrées sur des services destinés à des clients, investissent dans une double démarche, de réingénierie et de management de la qualité. Impulsé par le haut, le *Reengineering* anglo-saxon impose une reconfiguration radicale de l'organisation à partir de ses processus de services et non plus de ses fonctions traditionnelles. En revanche, le Management de la qualité, en partie d'origine anglo-saxonne, mais avec de forts apports japonais, mise en priorité sur l'amélioration continue des processus et des services (*kaizen*) grâce à des initiatives suggérées à tout niveau de l'organisation.

Mais *Reengineering* et Management par la Qualité s'accordent sur la priorité absolue à donner au client (interne ou externe), à la transversalité des compétences et à la gestion par processus : ces défis reposent principalement sur la maîtrise de l'information et donc sur la mise en place de systèmes d'information performants.

Yves Cannac a défini l'évolution profonde en cours : « *C'est la recomposition de l'entreprise par flux et processus et non par fonctions. On vivait sur une organisation hiérarchique selon une logique de propriétaire. La transversalisation, c'est la logique du service. Le vrai patron, c'est le client ou le responsable de projet et non de fonction* » (8).

Ces nouveaux paradigmes ont correspondu à une évolution de la vision des emplois et des fonctions au sein des organisations. On est passé progressivement de la notion étroite de qualification (née du modèle hiérarchique de division des tâches cher à F. Taylor) à la notion de compétences et de partage des savoirs entre des individus plus autonomes travaillant en équipes. Selon Guy Le Boterf : « *La compétence n'est pas un état ou une connaissance possédée. Elle ne se réduit ni à un savoir ni à un savoir-faire ... Il n'y a de compétence que de compétence en acte ... La compétence ne réside pas dans les ressources (connaissances, capacités ...) à mobiliser mais dans la mobilisation même de ces ressources ... La compétence fait ses preuves dans l'action* » (9).

Ces nouvelles organisations transversales et innovantes sont des organisations apprenantes. Pour Jean-Claude Tarondeau : « *L'organisation transversale est une organisation apprenante car c'est une organisation ouverte, composée d'individus ou de groupes autonomes combinant des savoirs dans l'action* » (10).

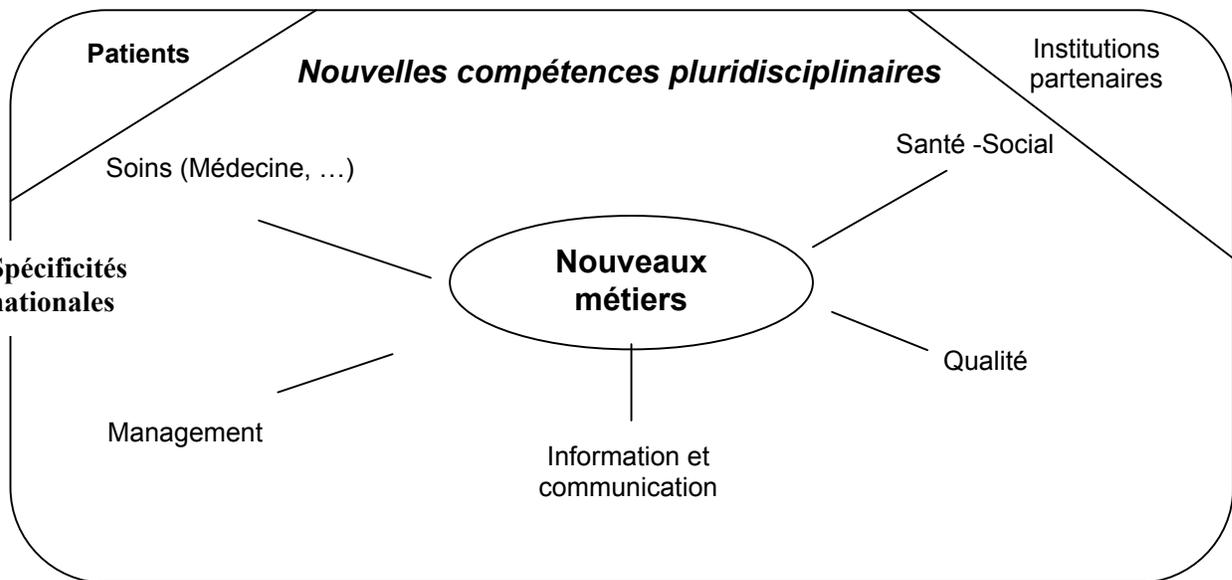
Dans le domaine de la santé, la formation, dont les perspectives ont été considérablement modifiées par les nouvelles technologies de l'information et de la communication, concerne désormais non seulement les praticiens pour acquérir de nouvelles compétences ou transmettre leurs savoirs mais aussi les patients (prévention, responsabilisation).

Le contexte évolue profondément. On passe progressivement d'une médecine où le médecin était quasiment au service individuel de ses patients à une médecine visant globalement l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble d'une population dans un contexte de ressources limitées. Ainsi, par exemple, les médecins vont devoir arbitrer entre strict intérêt individuel de leurs patients et priorités globales définies par les institutions de santé ou les collectivités territoriales (11). Avec ces nouvelles contraintes, les médecins devront prendre les décisions de soins conjointement avec leurs patients et les leur expliquer. Les arbitrages, voire les conflits, entre intérêts individuels et politiques de santé, seront difficiles à gérer dans une société de plus en plus individualiste.

Toutes ces évolutions : affirmation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, nécessité d'améliorer le système de santé en privilégiant des structures de proximité, réflexions sur l'évolution des organisations, gestion des compétences, rôle nouveau du patient-client, ... ont favorisé l'émergence de nouveaux métiers transversaux et de nouvelles organisations dans le secteur de la santé. Elles sont de deux types : structures d'« intermédiation » entre le patient, la médecine de ville et l'hôpital (réseaux de santé, maisons médicales, associations d'hospitalisation à domicile ...) ou entreprises spécialisées dans l'application des NTIC au secteur de la santé.

#### **4 - NOUVEAUX MÉTIERS TRANSVERSAUX ET DE PROXIMITÉ**

Ces nouveaux métiers transversaux exigent des compétences pluridisciplinaires concernant des domaines multiples que l'on peut schématiser de la manière suivante :



**Schéma 2 : De nouveaux métiers transversaux exigeant des compétences pluridisciplinaires**

Nous allons tout d'abord évoquer ces nouveaux métiers liés à la maîtrise de l'information et à sa meilleure utilisation dans le domaine de la santé en prenant l'exemple français des réseaux de santé.

Rappelons que parmi les principaux défis qui se présentent aux projets des réseaux de santé, émerge plus particulièrement l'appréhension précise du problème de santé publique et les spécificités des populations concernées : ainsi, toute nouvelle structure doit répondre à un besoin clairement identifié. Viennent ensuite la formalisation des objectifs communs (charte du réseau quand elle existe), la définition juridique de la structure de partenariat (association, coopérative, groupement d'intérêt économique (GIE) ...) puis des outils facilitant les pratiques communes : définition de processus, formalisation de procédures, définition de trajectoires des patients, référentiels, guides de bonnes pratiques, système d'information, modalités d'évaluation ...

Ces étapes conditionnent l'existence de la nouvelle organisation et l'accompagnent dans son développement. Organisations innovantes en constante évolution, les réseaux de santé font émerger de nouveaux métiers (coordonnateurs, évaluateurs, « hébergeurs » de données ...) et enrichissent des métiers existants (concepteur, réalisateur, chef de projet, ...). Ces nouveaux métiers se structurent à un moment charnière de l'histoire des réseaux de santé : leur passage de la phase pionnière à celle de la formalisation. Tout cela s'est développé en France, dans le contexte de crise du système hospitalier : services d'urgences sursaturés et application de la réduction du temps de travail.

### ➤ *Coordonnateur*

Nouvelles organisations coopératives voulant améliorer la continuité des soins en luttant contre les cloisonnements du système de santé français, les réseaux de santé ont très vite vu émerger le métier spécifique de coordonnateur. Premier à apparaître, il est le plus spécifique au réseau et aussi probablement le plus fondamental. Le coordonnateur est le cœur, l'âme du réseau. Il en est le fédérateur. Il crée du lien entre toutes les composantes du réseau et tous ses participants (praticiens, institutionnels, patients ...), gère les conflits. Il est aussi un « passeur » entre les cultures des différentes professions et institutions partenaires. Il doit aussi être capable de gérer les temps et les rythmes différents des professions et institutions partenaires.

Très pluridisciplinaire, ce nouveau métier de coordonnateur peut se décomposer en deux, voire en trois profils d'emplois différents pour les réseaux les plus importants, car il suppose à la fois des compétences techniques, mais aussi et surtout des compétences relationnelles, axées sur la communication et l'affirmation de valeurs partagées, l'animation, la gestion de conflits, sans oublier les compétences de management : gestion financière, gestion des savoirs ou du changement. Un des principaux problèmes rencontrés par les réseaux de santé est celui de la définition précise des responsabilités. Le métier de coordonnateur suppose une répartition des rôles claire et non conflictuelle

avec le président souvent aussi fondateur du réseau, homme-orchestre providentiel qui peut avoir tendance à s'occuper de tout.

Ce métier essentiel de coordonnateur peut, selon le moment où il est recruté par le réseau, se décliner en deux volets très distincts, qui peuvent d'ailleurs correspondre à deux métiers différents. Lors de la conception du projet de réseau de santé puis de sa mise en place, les activités du coordonnateur relèvent nettement de l'assistance à maîtrise d'ouvrage. S'il a été impliqué dans le projet dès son origine, le rôle du coordonnateur devient ensuite un rôle d'accompagnement de projet.

Avec le développement des expériences de « maisons de réseaux de santé » pour regrouper en un même lieu plusieurs réseaux de santé, vont aussi s'affirmer des activités de coordination spécifiques, en quelque sorte de coordination de coordonnateurs.

#### ➤ *Évaluateur*

Il n'y a pas d'expérimentation sans évaluation. Le second métier favorisé par le développement des réseaux de santé est celui d'évaluateur. Il peut être à la fois interne et externe au réseau, le coordonnateur pouvant animer l'aspect interne de l'évaluation. Conçue dans une perspective de gestion de projet et comme une phase de la démarche qualité (amélioration), l'évaluation aide le réseau à s'adapter et à évoluer. Elle suppose à la fois l'évaluation de la structure réseau dans son ensemble, de ses différentes composantes, de ses processus et outils : référentiels, trajectoires de patients, système d'information ... et, à plus long terme, des comparaisons avec d'autres structures similaires et de leurs effets sur les populations concernées.

#### ➤ *Hébergeur*

Le dernier métier à être apparu est celui d'« hébergeur » de données ou « infomédiaire », consacré par la loi du 4 mars 2002. Il suppose à la fois des compétences techniques et des connaissances éthiques et juridiques. L'« hébergeur », le plus souvent externe au réseau, assume la responsabilité de la sécurité, de la confidentialité, mais aussi de la propriété des données traitées et de leur transmission. Il gère les droits d'accès, les interfaces, les priorités, le partage et la sécurisation des données. Comme le met en évidence le rapport Gros (12), ce métier est appelé à avoir de plus en plus d'importance en raison du glissement (qu'elle regrette) des données médicales des mains des médecins vers ces intermédiaires. Ce nouveau métier devrait être soumis à des procédures d'agrément et être très strictement encadré, notamment par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) pour éviter toute dérive commerciale dans l'utilisation des données ou toute atteinte à la vie privée.

#### ➤ *Médiateur Internet*

La plupart des systèmes d'information et les dossiers médicaux informatisés des patients reposent désormais principalement sur l'utilisation des technologies internet. Le site Internet du réseau va devenir à la fois la vitrine du réseau vers l'extérieur (portail de présentation) mais va aussi constituer un outil de communication interne au réseau et surtout d'orientation du patient adhérent au réseau en diffusant à son intention des informations locales : médecins de garde, procédures / urgences, ... Le site Internet du réseau contribuera également à valider l'information médicale diffusée par des sites santé grand public ou assurera des liens avec d'autres sites spécifiques dédiés à certaines pathologies (labellisation de « favoris »). Le métier de « webmaster » appliqué aux réseaux de santé va ainsi probablement favoriser l'apparition d'un métier spécifique au réseau que l'on pourrait qualifier de « médiateur Internet ».

#### ➤ *Télésurveillance*

L'affirmation de la télémedecine, dont les activités sont indissociables de celles des réseaux de santé, va considérablement modifier les conditions d'exercice de la médecine, les relations entre les patients et les médecins et l'articulation entre médecine de ville et l'hôpital. Pour les réseaux de santé, cela conduit à l'affirmation des métiers relevant de la télésurveillance à distance, en incluant de nombreuses activités et en particulier le suivi de l'hospitalisation à domicile, de l'observance des prescriptions ...

On peut également envisager le développement au sein des réseaux les plus structurés de métiers plus classiques de « commerciaux » ou de « gestionnaires ». Un métier strictement commercial : démarchage de nouveaux partenaires et surtout de nouveaux « clients » du réseau se justifierait avec la mise en concurrence systématique des

organisations de santé. Aux États-Unis, elle impose des frais de marketing important aux H.M.O. : parfois de l'ordre de 20 à 30 % de leurs budgets globaux. Nous n'en sommes pas encore là en France. A ce jour, ces activités peuvent encore facilement s'intégrer aux nouveaux métiers que nous venons de définir : commercial et gestionnaire / coordonnateur, gestionnaire / évaluation interne.

Le développement d'organisations innovantes dans le domaine de la santé est fortement liée à la mise en place de systèmes d'information de qualité : ceci nécessite l'intégration de *métiers liés à l'ingénierie des systèmes d'information*, comme des concepteurs, réalisateurs ou chefs de projet. Or, d'une part, de tels métiers, bien reconnus dans d'autres domaines, comme l'industrie ou la gestion, sont très innovants dans le domaine de la santé. D'autre part, les compétences requises par ces métiers ne peuvent pas être "importées" sans des adaptations profondes aux spécificités du domaine, en élaborant, une fois de plus, des démarches pluridisciplinaires et transversales.

Les « nouveaux » métiers, ainsi que les métiers « adaptés » que nous venons d'analyser dans le cadre des réseaux de santé peuvent également se décliner dans le cadre de cabinets de groupe pluriprofessions. Ils posent la question de la taille critique de ces organisations pour leur permettre de s'exercer correctement en s'appuyant sur des outils et des applications logicielles utilisables à différentes échelles.

Ces nouveaux métiers exigent souvent des compétences différentes de celles de la période d'émergence un peu anarchique des projets. Après l'ère des pionniers vient celle des administrateurs. Le défi est de savoir conserver un rôle à ces pionniers, de structurer tout en conservant esprit d'innovation, dynamisme et enthousiasme. Le problème est crucial pour le métier de coordonnateur, très souvent assumé par le promoteur du réseau.

## 5 - NOUVEAUX MÉTIERS EN SANTÉ ET SPÉCIFICITÉS NATIONALES

Une autre question essentielle est celle de l'articulation de ces nouveaux métiers pluridisciplinaires, collégiaux et transversaux par rapport au fonctionnement très individualiste de la médecine libérale en France (qui a trop tendance à confondre libéralisme et individualisme) et par rapport aux logiques professionnelles pour ne pas parler de corporatismes. Cette complexité peut être abordée en analysant le positionnement de ces nouveaux métiers pluridisciplinaires par rapport aux métiers traditionnels, par exemple médecins et infirmier(e)s mais aussi la coopération entre ces différents métiers traditionnels qui doit transcender les vieux clivages. En étudiant les expériences menées à l'étranger, nous remarquons que :

- La Grande-Bretagne a opté pour des cabinets de groupe relevant des nouveaux *Primary Care Trusts* articulés autour de la coopération entre infirmières et médecins généralistes en relation avec des centres d'appels. Ils jouent un rôle d'orientation vers les spécialistes des hôpitaux. Dans ces organisations, les responsabilités non médicales des médecins sont déléguées.
- D'autres documents insistent sur l'importance du rôle de managers de ces structures et proposent de le confier aux médecins généralistes, mais en leur enlevant certaines responsabilités de soins plus quotidiens attribuées à des professions intermédiaires comme infirmières, ou par exemple optométristes par rapport aux ophtalmologistes.
- Aux États-Unis, dans les H.M.O., comme en Catalogne dans les Centres d'Attention Primaire, les infirmières ont aussi un rôle privilégié.

Les spécificités de notre système de santé rendent quasi impossible d'envisager à ce jour une répartition similaire des rôles en France où les médecins ont bloqué le développement de professions intermédiaires (sauf les sages-femmes) et limité le rôle des infirmières. Les spécificités nationales, nées de cultures particulières, doivent donc être prises en compte pour la définition des nouveaux métiers.

Pour l'ensemble des métiers analysés, nous identifions quelques mots clés : professionnalisation, décloisonnement, transversalité, qualité, coopération, innovation. Ils reposent largement sur l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Ils sont très liés à la mise en place de systèmes d'information et, en premier lieu, du dossier médical informatisé du patient ou plutôt des dossiers partagés du patient.

Dans ce domaine, malgré des cultures nationales très différentes, les problèmes identifiés en France et à l'étranger sont assez similaires en ce qui concerne les questions de l'identifiant national et le domaine de l'interopérabilité des données :

- la définition du dossier médical électronique du patient a été retenue comme une priorité par le plan de développement stratégique du *NHS*. La Grande-Bretagne est traditionnellement très vigilante sur la protection des libertés publiques. Il n'y a pas de carte d'identité ni d'identifiant national type INSEE-Sécurité Sociale
- en France, la CNIL est défavorable à l'utilisation de tout identifiant unique. Il sera dès lors assez difficile de faire en 2005 de la nouvelle version de la carte Vitale (qui pour le moment sert uniquement à la transmission électronique de feuilles de soins) une carte réellement médicale.

La spécificité des cultures nationales est plus importante dans d'autres domaines et conditionnent l'évolution des métiers. Les choix opérés en France dans les années 1945-1950 pèsent encore lourdement. Le système de santé français dit libéral repose sur la liberté de choix du praticien par le patient et sur le paiement à l'acte des prestations réalisées. Un tel système a imposé la mise en place de structures (CPAM en général au niveau des départements et bureaux locaux qui en relèvent) dont le rôle est prioritairement de traiter (« liquider » !) les feuilles de soins et d'assurer à la fois le paiement des praticiens et le remboursement des patients ou de leurs mutuelles. La carte Vitale n'a que partiellement amélioré la situation. En imposant le passage obligé par un généraliste pour l'accès aux spécialistes et à l'hôpital (inscription des patients sur une liste) et le paiement des médecins à la capitation, le système britannique a moins de contraintes administratives.

L'utilisation de la carte Vitale comme carte de paiement et la suppression totale des feuilles de soins papiers imposerait la définition de nouveaux métiers pour près de 200 000 salariés des différents organismes de Sécurité Sociale. Des réseaux de santé animés par des CPAM (comme celui de soins palliatifs des Hautes-Pyrénées) constituent des pistes intéressantes de définition de nouvelles activités pour l'assurance maladie. Dans le cadre de structures de proximité relevant d'Agences Régionales de Santé, on pourrait leur confier des responsabilités de gestion du risque santé (et plus seulement de payeur aveugle !) mais aussi des missions non seulement d'information des patients sur leurs droits mais aussi d'orientation des patients vers les structures de santé les plus adaptées (ce qui n'est pas pour le moment autorisé en France où seule l'information est permise). Cette mission est réalisée par le *NHS* avec le centre d'appel *NHS Direct*.

Le *NHS* envisage par ailleurs de favoriser les échanges de pratiques entre médecins à travers *NHSnet*. En s'inspirant de *NHS Direct*, la Catalogne met progressivement en place depuis octobre 2001, un centre d'appel *Sanitat Respon*. Dans ce domaine, la France est assez en retard. Les différents centres d'appels mis en place par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie ou ceux des compagnies d'assurances (AXA...) doivent se contenter d'informer les usagers sur leurs différents droits.

Système national conscient de ses responsabilités à l'égard des Britanniques, le *NHS* est très sensible à la qualité de l'information, très inégale et trop souvent orientée, diffusée sur les très nombreux sites médicaux sur Internet. *NHS Scotland* a développé le programme *SHOW* : Scottish Health On the Web. Le Canada s'est aussi engagé dans cette voie. A travers le réseau Canadien de la Santé, *Santé Canada* veut fournir au public une information fiable en matière de santé (13). Les exigences de qualité concernant la diffusion, via l'Internet, de l'information médicale sont génératrices de besoins en compétences et métiers nouveaux, comme le témoignent les différents efforts de certification accomplis au niveau international.

## 6 - ÉVOLUTION DU RÔLE DE L'ÉTAT

En élargissant notre réflexion au delà des réseaux de santé et des cabinets de groupes pluriprofessions, nous remarquons que l'évolution même du rôle de l'Etat dans le domaine de la santé donne une forte impulsion à l'apparition d'autres métiers. Moins gestionnaire, l'Etat national devient garant de l'intérêt général et coordonnateur des activités des services publics et des prestations assurées par le secteur privé (rapports Bangemann et Gros). Cette évolution se traduit en France par l'apparition d'agences : ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), Agence du médicament devenue AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé), ARH ...

Ces agences ont un rôle majeur de régulation et de contrôle, voire de labellisation et d'accréditation. Le métier d'hébergeur, c'est-à-dire de gestionnaire de données personnelles particulièrement sensibles, correspond à une mission de service public qui suppose procédures d'accréditation et de contrôle de la qualité et de la déontologie (respect de chartes, de procédures ...) par l'Etat. Les nouvelles missions de contrôle des activités des hébergeurs de données personnelles, de la qualité de l'information diffusée par les sites Internet en santé, des activités de

télé médecine ... et, bien sûr, à travers l'ANAES, d'accréditation des établissements hospitaliers, voire, à plus long terme, des médecins libéraux, peuvent conduire à l'apparition de nouveaux métiers.

Ces nouveaux métiers se dessinent dans le contexte de l'évolution globale de la notion de service public. Longtemps basé sur l'application de la seule égalité juridique des citoyens, le service public doit désormais tendre de plus en plus à rechercher l'équité dans le service rendu.

## CONCLUSION

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication favorisent ainsi l'apparition de nouveaux métiers dans le secteur de la protection sociale. Les NTIC commencent à gommer les spécificités nationales comme les frontières entre les métiers existants pour faire émerger des métiers basés sur des compétences pluridisciplinaires : gestion de l'information, communication, management, coordination, évaluation ...

Ces nouveaux métiers au service d'un patient devenu « client » et qui affirme son rôle reposent aussi sur l'éthique et la déontologie. Il n'y a pas de diffusion et de partage de l'information sans confiance et valeurs partagées, à la fois par les praticiens des structures de groupe et par les patients. Les nouveaux métiers, garants du respect de la vie privée et de la confidentialité des données personnelles, se définissent dans le cadre de structures locales de proximité dont il faut définir les liens avec l'État. L'État interventionniste, qualifié de « fordien-keynésien », qui s'est largement développé en particulier en France après 1945, est en crise. La déréglementation et la libre concurrence, dogmes de l'Union européenne, s'imposent dans de nombreux secteurs : télécommunications, transport, énergie ... mais pas encore dans les domaines de la santé et de l'éducation nationale, où il y a tout de même des cliniques et des écoles privées. Mais la concurrence ne doit pas s'exercer sans règles. L'État a un rôle de garant à jouer. Même aux États-Unis, les associations de consommateurs et de médecins réclament son intervention, notamment dans le domaine de la santé face aux dérives des H.M.O.

Un nouvel État davantage garant, régulateur et incitateur se dessine. Ses domaines de compétences et leur articulation notamment avec les collectivités territoriales (en France : régions, départements, communes et bientôt nouveaux « pays »), mais aussi avec toutes les initiatives émanant du secteur privé, doivent être précisés.

C'est dans ce contexte que de nouvelles organisations transversales de proximité (réseaux de santé, cabinets de groupes pluriprofessions ...) s'affirment. Leur développement est indissociable de celui de nouveaux métiers alliant compétences d'animation, de coordination et de management et reposant largement sur l'utilisation d'informations fiables et facilement accessibles. Dans une société de plus en plus individualiste, il s'agit de l'émergence de nouveaux métiers d'intermédiation au sein d'organisations intermédiaires. L'avenir des systèmes de santé dépend largement de l'affirmation de ces nouvelles organisations de proximité et de ces nouveaux métiers.

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le Dr Penny Bevan et Valérie Aston (*NHS* régional Londres) ainsi que Jaume Tort i Bardolet (*CatSalut*) pour le temps qu'ils nous ont consacré et les documents qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

## NOTES

- (1) NORA (Simon) MINC (Alain), *L'informatisation de la société*, La Documentation française, 1978, Points, Seuil, 1980, 162 p.
- (2) DRUCKER (Peter), *Au-delà du capitalisme. La métamorphose de cette fin de siècle*, Paris, Dunod, 1993.
- (3) *Information for Health. An Information Strategy for the Modern NHS 1998 – 2005*, NHS Executive, 1998, p. 5
- (4) *Noves perspectives del model sanitari català. Les línies estratègiques del CatSalut*, Generalitat de Catalunya, Sitges, 15-16 avril 2002
- (5) KOUCHNER (Bernard), secrétaire d'Etat à la Santé, 3<sup>e</sup> Congrès de la Coordination Nationale des Réseaux de Santé, Paris, 23 et 24 juin 2001.
- (6) Loi du 4 mars 2002 sur *Les droits des patients et la qualité du système de santé*, Journal Officiel du 5 mars.
- (7) RIFKIN (Jeremy), *L'âge de l'accès. La révolution de la nouvelle économie*, La Découverte, 2000, 396 p.

- (8) CANNAC (Yves) dans TARONDEAU (J.-C.), JOLIBERT (A.) et CHOFRAY (J.-M.), « Le management à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle », *Revue française de gestion*, n° 100, 1994, p. 19.
- (9) LE BOTERF (Guy), *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*, Paris, éd. d'Organisation, 1994, pp. 16-18
- (10) TARONDEAU (Jean-Claude), *Le management des savoirs*, PUF, 1998, p. 110.
- (11) MOORE (Gordon T.), *Managing to do better : general practice in the 21<sup>st</sup> century*, Office of Health Economics, London, 2000, pp. 16-20.
- (12) GROS (Jeannette), *Santé et nouvelles technologies de l'information*, rapport adopté par le Conseil Économique et Social, 10 avril 2002, pp. I-27 et II-46.
- (13) site <http://www.canadian-health-network.ca>

## BIBLIOGRAPHIE

- . BANGEMANN (Martin), *Europe and the Global Information Society*, Recommendations to the European Council, Bruxelles, 1994, 42 p.
- . BEUSCART (Régis), *Les enjeux de la Société de l'Information dans le domaine de la Santé*, rapport au Premier ministre, mai 2000, 37 p.
- . BOURDON (Antoine), LEBEL (Christine), MAGNIEN (Laurent), *Le système de protection sociale*, avril 2002, Ellipses, 64 p.
- . BOURRET (Christian), LAURENT (Daniel), SCARBONCHI (Elisabeth), « Une réponse en termes de systèmes d'information aux défis de la protection sociale : les réseaux de santé », *V.S.S.T.' 2001 : Veille Stratégique, Scientifique et Technologique*, Barcelone, octobre 2001, Actes, tome II, pp. 23 – 32.
- . *Canada Health Infoway : Paths to Better Health*, Final Report, Advisory Council on Health Infostructure, Health Canada Publications, 1999.
- . CARRÉ (Dominique), LACROIX (Jean-Guy) sous la direction de, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, L'Harmattan, juillet 2001, 312 p.
- . *Noves perspectives del model sanitari català. Les línies estratègiques del CatSalut*, Generalitat de Catalunya, Sitges, 15-16 avril 2002
- . DRUCKER (Peter), *Au-delà du capitalisme. La métamorphose de cette fin de siècle*, Paris, Dunod, 1993.
- . HAMMER (M.), CHAMPY (J.), *Le Reengineering. Réinventer l'entreprise pour une amélioration spectaculaire de ses performances*, Dunod, 1993, 247 p.
- . FAUROUX (Roger), SPITZ (Bernard) et al., *Notre Etat. Le livre vérité de la fonction publique*, Robert Laffont, janvier 2001, 805 p.
- . GROS (Jeannette), *Santé et nouvelles technologies de l'information*, rapport adopté par le Conseil Économique et Social, 10 avril 2002.
- . *Health Online : A Health Information Action Plan for Australia*, Commonwealth of Australia, Canberra, 1999.
- . Actes du congrès HIMSS 2002 : *Healthcare Information and Management Systems Society*

- . *Information for Health. An Information Strategy for the Modern NHS 1998 – 2005*, NHS Executive, 1998, 123 p.
- . KERVASDOUÉ (Jean de), « Panser ou repenser le système de santé », in *Notre Etat ...*, op. cit., janvier 2001, pp. 359 – 388.
- . KIMBERLY (J.R.), MINVIELLE (E.), *The Quality Imperative. Measurement and management of Quality in Health Care*, London, Imperial College Press, 1995, 214 p.
- . LAURENT (Daniel), « Assurance maladie : diagnostic et remèdes », *Sociétal*, n° 30, 4<sup>e</sup> trim. 2000, pp. 16 – 21.
- . LE BEUX (Pierre) et BOULLIER (Dominique) sous la dir. de, « L'information médicale numérique », *Les cahiers du numérique*, Hermes Science, novembre 2001, 207 p.
- . LE BOTERF (Guy), *Ingénierie et évaluation des compétences*, Paris, Editions d'Organisation, 3<sup>e</sup> éd., 2001, 539 p.
- . LEBRUN (Marcel), *Théorie et méthodes pédagogiques pour enseigner et apprendre. Quelle place pour les TIC dans l'éducation ?*, De Boeck, 2002.
- . MARCINIAK (Rolande), ROWE (Frantz), *Systèmes d'Information, Dynamique et Organisation*, Economica, 1997, 111 p.
- . MINTZBERG (Henry), *Le Management. Voyage au centre des organisations*, Editions d'Organisation, juillet 2001, 570 p.
- . MOORE (Gordon T.), *Managing to do better : general practice in the 21<sup>st</sup> century*, Office of Health Economics, London, 2000, 62 p.
- . *National Health Information Standards Plan*, Commonwealth of Australia, february 2001.
- . *The New NHS : Modern . Dependable*, december 1997.
- . NORA (Simon) MINC (Alain), *L'informatisation de la société*, La Documentation française, 1978, Points, Seuil, 1980, 162 p.
- . PRAX (Jean-Yves), *Le Guide du Knowledge Management. Concepts et pratiques du management de la connaissance*, Dunod, mai 2000, 266 p.
- . REIX (Robert), *Systèmes d'information et management des organisations*, Vuibert, 4<sup>e</sup> éd., 2002, 444 p.
- . RIFKIN (Jeremy), *L'âge de l'accès. La révolution de la nouvelle économie*, La Découverte, 2000, 396 p.
- . SHORTELL (S.M.) et al., *Remaking Health Care in America. Building Organized Delivery Systems*, 1996, 369 p.
- . TARONDEAU (Jean-Luc), *Le management des savoirs*, P.U.F., décembre 1998, 127 p.
- . VELTZ (Pierre), *Le nouveau monde industriel*, Le débat-Gallimard, mai 2000, 230 p.