

# L'avènement des réseaux

## De la tuberculose

### aux ordonnances de 1996

Les réseaux actuels, officialisés par les ordonnances de 1996, ont pour ancêtre le dispositif anti-tuberculeux. Que s'est-il passé entre-temps, pourquoi les réseaux sont-ils revenus au goût du jour ? De quelles caractéristiques les ordonnances de 1996 les dotent-elles ?

**Juan Manuel Viñas**  
Médecin inspecteur  
de santé publique,  
chargé de mission  
à la direction  
de la Sécurité sociale

**L**a lutte contre la tuberculose fut la première expérience française en matière de réseau, car cette maladie représentait un énorme problème de santé publique. En 1900, la tuberculose tuait 150 000 personnes par an et surtout il n'y avait aucun traitement actif de la maladie. Lorsqu'au moment de la mobilisation générale de 1914, 65 000 militaires sont réformés, on prend conscience du risque de contamination, on fait voter une loi demandant aux préfets d'ouvrir des dispensaires dans les grandes villes. Un véritable plan de prise en charge globale, un réseau, se met en place dont le pivot est le dispensaire. Il se caractérise par :

- un diagnostic précoce, une prise en charge gratuite ;
- le placement des sujets contagieux pour isolement et traitement dans les sanatoriums des malades pouvant être soignés et dans les hôpitaux publics, avec des lits spécialisés, pour les cas désespérés ;
- la prophylaxie effectuée par une infirmière visiteuse à domicile chargée de l'éducation sanitaire de l'entourage et du public ;
- une surveillance épidémiologique assurée par le dispensaire (fichier médical).

L'apparition de la streptomycine en 1946, qui traduit d'une certaine manière l'avènement de la médecine technique, devait en quelques années venir à bout de la maladie et détruire cet édifice.

#### Les réseaux institutionnels de prise en charge

1946 est une année importante car elle fait suite à la promulgation de l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui met en place la sécurité sociale et donc le principe de la prise en charge par la collectivité du risque assurance maladie.

Une séparation va s'instaurer entre la prévention et le soin dans le domaine de la santé.

Elle va être renforcée par les principes de la médecine libérale et notamment, l'entente directe et le paiement à l'acte. Les prestations remboursables par l'assurance maladie vont se situer dans le domaine du soin et cela va privilégier les actes techniques car

la tarification doit être objective. Ce qui peut être décrit, individualisé, peut être remboursé. Le reste relève de la santé publique, de l'État, des collectivités locales et de l'hôpital public.

L'intervention individuelle du médecin, l'entente directe médecin-malade doit résoudre le problème de santé. Pour les fléaux sociaux, l'État finance et met en place le dispositif de prise en charge, véritable réseau institutionnel qui va de la prévention primaire à la réhabilitation, la réinsertion.

L'hôpital public joue le rôle de filet de protection consacré par la loi de 1970 qui lui confie un rôle de service public et la possibilité d'intervenir dans le domaine de la prévention.

C'est l'ère des réseaux institutionnels. Ils vont notamment se développer dans le domaine de la lutte contre les fléaux sociaux sous l'appellation de « réseau sanitaire spécialisé ».

#### Le réseau sanitaire spécialisé

L'État va donc mettre en place un dispositif sanitaire géré par les Ddass pour l'alcoolisme, le tabac, la toxicomanie, la maladie mentale, les maladies vénériennes, le dépistage des cancers... dont le financement ne relève pas de l'assurance maladie. Il s'agit bien de réseaux qui vont se développer sur la base d'un dispositif réglementaire relativement faible, certains diront souple, fait essentiellement de circulaires et dont le financement relevant de la loi de finances est d'emblée limité et donc très contraint.

Un exemple typique de réseau institutionnel se situe dans le domaine de la psychiatrie consacré par la circulaire de mars 1972 qui jette les bases d'une relation opérationnelle entre le secteur psychiatrique et la population desservie.

#### Les réseaux économiques : un premier tournant

L'année 1983 va être un grand moment de rupture pour le système de santé et pour l'histoire des réseaux avec la crise économique et la mise en place de la décentralisation.

Ce sont les contraintes budgétaires et notamment

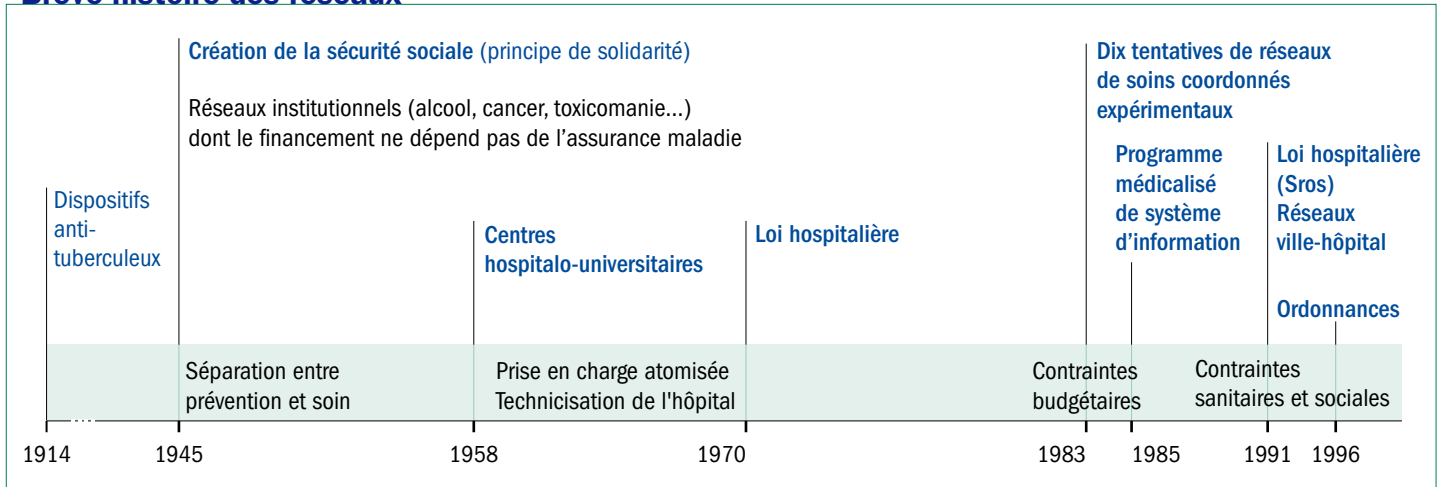
le budget global qui sous-tendent la tentative de mise en place par les pouvoirs publics de réseaux de soins coordonnés (RSC) quand, en 1983, la loi du 19 janvier encourage, sur une base expérimentale, la création de réseaux de soins voulant s'inspirer de l'exemple des États-Unis qui dès 1973 développent l'organisation de soins en réseaux (*managed care, health maintenance organization (HMO)*).

Un des modèles dit RSC propose que le réseau fixe librement le prix annuel de prise en charge de l'ensemble des soins. Les caisses d'assurance maladie versent pour chaque adhérent assuré un forfait an-

L'État va donc devoir mobiliser tous les acteurs institutionnels et professionnels sur ce fléau, en faisant participer financièrement tout le monde à la prise en charge de celui-ci et en utilisant souvent des modes de financement dérogatoires : le champ couvert va du préservatif aux appartements thérapeutiques et aux soins palliatifs.

Ainsi, les priorités de santé publique réinvestissent le champ de l'assurance maladie. À partir de 1985 celle-ci prend en charge la lutte contre les maladies mentales. Elle participe au développement des réseaux ville-hôpital en 1991 avec des financements

## Brève histoire des réseaux



nuel d'assurance maladie de santé d'un montant fixe quel que soit le RSC. L'adhérent paie donc la différence entre ces deux sommes pour accéder à une totale prise en charge.

Il s'agit en fait dans l'esprit des promoteurs de ces réseaux d'une alternative à la mise en place du budget global dans les hôpitaux, véritable maîtrise comptable hospitalière, tenant peu compte de la production quantitative et qualitative de l'hôpital. De plus les outils de gestion nécessaires à un fonctionnement en réseau n'existent pas. Le produit hospitalier n'est pas suffisamment décrit, le dossier médical est propre à chaque acteur de santé, parfois inexistant, le système d'information est balbutiant. Les premières études de morbidité hospitalière datent de 1985, la première tentative de mise en place de la comptabilité analytique introduisant une réflexion sur le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) date aussi de 1985.

La gestion par l'offre et par les enveloppes budgétaires est donc privilégiée.

### L'apparition du sida : les réseaux ville-hôpital

Le sida, le développement des infections iatrogéniques, vont mettre en évidence les ratés du système de soins, les insuffisances de l'évaluation et de l'auto-contrôle des professionnels et des pratiques. Par ailleurs, ils révélèrent l'opacité du système de soins et la nécessité de réhabiliter la prévention : en effet, le meilleur traitement du sida reste le préservatif.

mixtes entre État et assurance maladie, développement encore trop confidentiel, qui s'exprime par la multiplication de réseaux informels reposant beaucoup trop sur le bénévolat. Tout récemment, dans une disposition de la loi contre l'exclusion prévoit que désormais, l'assurance maladie financera les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. On assiste en outre à une remise en cause du rôle des conseils généraux dans le domaine de la prévention, de l'aide médicale, de la dépendance, de la PMI où les inégalités entre départements se sont accentuées faute de compétences et de cahiers des charges clairs.

### Les ordonnances de 1996 : officialisation des réseaux

Elles prennent acte de l'insuffisance de prise en charge dans de nombreux domaines (dépendance, maladies chroniques, prévention...), de la nécessité d'un découplage du système de santé. Elles donnent pour ce faire une base légale aux réseaux et un certain nombre d'outils indispensables à la gestion en réseau sont proposés : dossier médical partagé, informatisation, système d'information...

Restent de nombreuses incertitudes : champ des responsabilités à préciser avec pour conséquence la mise en place d'une nomenclature commune d'activités à la ville et à l'hôpital, permettant les transferts financiers entre enveloppes, et donc une gestion centrée sur le patient. ■