

Les réseaux et la santé publique

Didier Patte

Médecin, chef de service, département de Santé publique, Faculté Xavier Bichat

L'apparition des réseaux de soins et de services est un phénomène récent, sans être vraiment neuf. Que l'origine en soit des professionnels, des patients, ou des instances tutélaires ou financières, c'est une organisation nouvelle du système de soins aux conséquences multiples et profondes en terme de santé publique.

Un débat de cohérence

L'évolution du secteur sanitaire et social au cours des cinquante dernières années s'est faite en fonction du développement des techniques et des outils.

L'apparition des centres hospitalo-universitaires (CHU) avec la réforme de 1958 est la première expression formelle de ce processus. La constitution d'un corps professionnel hospitalier ouvre aux médecins un champ nouveau qu'ils vont pouvoir investir et développer selon une logique d'experts qu'on leur demande alors d'être. Les moyens matériels leur en seront donnés et les postes hospitaliers se multiplieront. Puis la loi de 1970, en même temps qu'elle définit des critères quantitatifs, fait obligation d'une adaptation technique constante.

Au-delà d'une modernisation nécessaire et d'un progrès de la science médicale, c'est une conception nouvelle de la prise en charge des malades qui se développe. Des spécialités se créent, fondées sur un savoir, sur des techniques et sur des outils de plus en plus précis et de plus en plus étanches les uns vis-à-vis des autres. Il n'est pas jusqu'à la médecine générale qui ne devienne une spécialité.

L'apparition d'équipes médicales change la relation soigné-soignant. D'une relation d'un malade à un médecin, elle devient celle d'un malade à des experts, qui tous, d'ailleurs, ne sont pas médecins.

La cohérence interne de l'hôpital repose sur la possession des moyens humains et matériels propres à la prise en charge de la maladie, de l'organe, non du malade.

Une évolution similaire s'observe dans le monde libéral. Mais, alors qu'à l'hôpital le moteur est l'acquisition des techniques, il est ici davantage lié à des facteurs personnels et à des contraintes économiques. La spécialisation autorise une gestion plus souple du temps et une amélioration des revenus. À l'heure actuelle, 20 % des médecins libéraux ont

de surcroît réduit leur pratique à un champ limité de leur spécialité et n'exercent pas l'ensemble de leurs compétences. L'outil est ici encore souvent l'élément structurant et la prise en charge s'en trouve d'autant plus fragmentée.

Le médecin généraliste s'éloigne aussi du concept de la prise en charge globale du patient. D'une part

parce que l'évolution de la consommation médicale porte les patients à s'autoprescrire de plus en plus de consultations de spécialistes ; le généraliste reste alors hors de la trajectoire de soins. D'autre part parce qu'aucune nomenclature ne rémunère cette fonction de coordination, consommatrice de temps et d'énergie. La fonction de coordination du médecin de famille devient ainsi vacante.

Dans le secteur social, les critères de cohérence du système évoluent également vers la construction d'outils qui deviennent structurants.

Jusqu'au milieu des années soixante-dix, le

moteur social est la solidarité. C'est une logique de prévention du risque qui est mutualisée. Cela se traduit, outre la création même de la sécurité sociale, par la multiplication des régimes de couverture, par le développement de la protection maternelle et infantile, par l'éclosion

florissante de la mutualité. Le système prospère, en ces temps d'abondance où chacun cotise, ou contribue, pour se prémunir contre les difficultés.

Lorsqu'apparaissent chômage, désinsertion, précarité, et leurs conséquences, le choix de société qui est fait n'est pas d'investir dans la prévention des causes, mais dans la cure des conséquences. La logique de solidarité fait place à une logique d'aide. Il y a recul sur l'analyse des causes et avancée sur la prise en charge des effets.

La pertinence de l'action sociale se mesure désormais aux outils développés pour répondre à autant de situations et de problèmes particuliers : RMI, allocations de tous ordres. Par analogie avec le monde sanitaire, la prise en charge sociale s'oriente vers une cohérence d'organe, une fonction sociale malade, et le système se structure autour des moyens de cette prise en charge.

Un premier constat que l'on peut faire est que, dans chacun de ces domaines, l'outil structure l'offre dont la cohérence propre dépend maintenant de son plateau technique ; qu'il s'agisse de machines, de compétences particulières, de lieux de haute technicité, ou d'outils sociaux comme le RMI.

Dans le même temps, les domaines sanitaire et social se sont dissociés, dans leurs tutelles, leurs financements, leurs acteurs. Jusqu'en 1975 l'offre de service est d'autant plus adaptée et pertinente qu'elle différencie le sanitaire du social.

L'évolution de la clientèle va mettre une première limite à cette dichotomie. Le vieillissement de la

Aucune nomenclature ne prévoit la rémunération de la fonction de coordination

La relation malade-médecin devient une relation de malade à experts

population entraîne une demande croissante en soins non spécifiques ainsi qu'une forte demande de prise en charge sociale face à la dépendance. La pyramide des âges tend à s'inverser et les choix sociaux sont fortement influencés par cette tendance. Plus récemment, l'apparition de la précarité crée une nouvelle demande à la fois sanitaire et sociale qui questionne l'hôpital dans sa cohérence technologique. La loi de 1991 puis les circulaires de 1992 réhabilitent son rôle social.

Le second volet de l'impasse tient à l'envolée des coûts sanitaires pour l'assurance maladie et sociaux pour les conseils généraux. Les lois de différenciation du sanitaire et du social se révèlent coûteuses. Conserver la cohérence d'outil et l'éclatement des plateaux techniques apparaît comme source de gaspillage.

Sous cette double pression, il devient nécessaire de rechercher une nouvelle cohérence et plus de coordination intra et interinstitutionnelle.

Un second constat est l'inadéquation progressive de l'offre à la demande. Dans son ensemble, le système de soins sanitaires et sociaux se trouve pris à contre-pied de sa logique de développement par l'évolution de la demande. La raréfaction des ressources n'est, en fait, que l'expression de cette inadéquation.

Les réseaux « réconciliateurs » de l'offre et de la demande

L'univers sanitaire ou social se structure sous l'influence de quatre dynamiques d'intérêts, différentes bien que complémentaires : les professionnels, l'assurance maladie, les collectivités territoriales et les usagers. Ces dynamiques ont chacune leurs objectifs et manières de fonctionner.

Les professionnels, médecins ou infirmières le plus souvent, s'organisent en groupes de libéraux, pour proposer un service complet, efficient, coordonné et continu de soins compétents. C'est un réseau de complémentarité et de communication.

L'assurance maladie, avec ses partenaires tradi-

tionnels que sont les hôpitaux, s'organise en réseaux par l'intermédiaire des services d'hospitalisation à domicile (HAD) ou de services infirmiers à domicile (SIAD). L'objectif premier est la maîtrise des dépenses de ville à travers la constitution d'enveloppes de plus en plus globales ou de forfaits. Ce sont des réseaux d'efficience.

Les usagers se mobilisent en mouvements de consommateurs ou en communautés de préoccupation (sida, mucoviscidose ou myopathie). Par leurs demandes de prestations de qualité, par leurs exigences d'efficacité dans les relations entre le savoir (la recherche) et la mise en pratique, leurs associations contribuent à structurer le milieu professionnel. Ce sont des réseaux d'orientation.

Les collectivités territoriales interviennent par la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. Les aides ménagères, les téléalarmes, les plateaux repas, constituent des réseaux de travailleurs indépendants ou d'associations. Les aides médicales de remplacement, la gestion des allocations de RMI ou de dépendance, les aides sociales aux enfants ou à leur famille, forment des réseaux communautaires ou médico-sociaux. Ce sont des réseaux de services.

Dans chacun de ces domaines, les réseaux tendent à accorder l'offre à la demande en organisant la coordination des services autour du bénéficiaire. La cohérence s'établit autour de la personne et non plus de l'organe, de la maladie ou de l'outil.

Ainsi, un réseau caractérise à la fois les acteurs et les relations entre les acteurs. Dans le domaine sanitaire et social, les relations entre les acteurs sont établies par rapport à leurs besoins et attentes. Les comportements ou les normes de pratiques professionnelles dans les réseaux sont fonction des origines ou des raisons d'être initiales. Ils tiennent au moins autant du sentiment d'appartenance que de la convention formelle et sont plus souvent implicites qu'explicites. ■

Au sein des réseaux, la cohérence s'établit autour de la personne et non plus de l'organe, de la maladie ou de l'outil.

Les enjeux de la coordination

Didier Patte

La fonction de coordination introduite par les réseaux se situe au centre de plusieurs dynamiques : celle du patient et son entourage, celle des libéraux, celle de l'hôpital, celle des associations, qu'elle peut mettre en œuvre à la demande. Au sein de ces différents univers sociaux ou professionnels, elle fait évoluer les modes de fonctionnement et de financement, se pose en alternative, introduit une continuité des soins, facteur de qualité, et suscite de nouvelles compétences.

Coordination et maîtrise des coûts

L'enjeu est l'introduction d'une complémentarité entre les soins en ville et la compétence spécifique de l'hôpital. Pour l'assurance maladie, il pourrait, à terme, exister pour un même malade un budget global comprenant les prestations d'hôpital et de ville. C'est une clé de l'optimisation des ressources disponibles, donc une clé de la maîtrise médicalisée. L'objectif est d'utiliser l'hôpital au minimum nécessaire. L'organisation en réseau est un outil permettant de modifier les flux