



# Qualité et planification sanitaire

**Comment intégrer la  
qualité dans la  
démarche de  
planification  
sanitaire ?  
Exemple de la région  
Nord-Pas-de-Calais.**

**Gérard Dumont**  
Directeur de l'agence régionale de  
l'hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais

L'objectif premier de la planification sanitaire est d'offrir à toute la population de la région, là où elle réside, des soins de qualité. La qualité d'une démarche planificatrice, c'est d'abord une finalité clairement posée, des objectifs réalistes et une mise en œuvre effective. Dans le Nord-Pas-de-Calais, la finalité de la planification est définie comme l'accès aux soins de qualité partout, à distinguer du développement de tous les soins partout. Nous nous limiterons ici à deux dimensions essentielles de la planification : le développement de l'offre d'une part, et sa répartition d'autre part.

## **Un développement nécessaire de l'offre de soins**

En matière d'offre, une fois identifiés les besoins de santé de la région, l'agence régionale vise une disponibilité des services de santé qui soit acceptable pour la population, mais aussi au regard des normes admises en matière de santé par le législateur et finalement par la société. Dans le cadre d'une enveloppe régionale contrainte, le développement quantitatif de l'offre de soins n'est certes possible qu'à travers le meilleur coût de la production unitaire. Cependant, la région Nord-Pas-de-Calais n'est pas seulement l'une des régions où les indicateurs de morbidité et de mortalité sont parmi les plus mauvais de France et où la consommation des services de santé est la moins développée. Elle est aussi l'une des régions où l'offre de soins est la moins chère. C'est dire que cette recherche du meilleur coût, pour importante qu'elle soit, ne devrait pas permettre le développement de marges

de manœuvre significatives pour répondre aux besoins de la population.

## **Un niveau de soins défini par bassin d'attraction au sein d'un bassin de vie**

En matière de répartition, il s'agit de favoriser l'accès de tous aux services de santé. Les inégalités dans ce domaine ne sont pas seulement géographiques, elles sont aussi hélas nosologiques (du fait du manque de spécialistes dans certaines disciplines), socio-économiques et culturelles. Elles doivent se concevoir également à l'échelle nationale. De ce point de vue, les inégalités, bien que combattues, se sont plutôt aggravées. Les investissements sanitaires dans le passé n'ont pas été guidés par le niveau des indicateurs de santé mesurés : le Nord-Pas-de-Calais souffre ainsi d'un sous-investissement chronique.

Au sein de la région même, l'objectif d'égal accès aux services de santé ne passe pas nécessairement par le développement d'une offre de proximité à tout prix, ou par une contrainte accrue sur les centres de recours au motif que ces centres sont plus chers que les établissements de proximité. L'organisation territoriale des soins consiste au contraire à assurer une prise en charge adaptée aux besoins des malades (chronicité et sécurité) et aux contraintes médicales et techniques (prévalence des pathologies, compétences médicales, équipements requis, coûts de prise en charge). Pour chacun des établissements, la promotion de l'accès aux soins pour tous passe finalement par le développement d'une offre adaptée aux besoins de son bassin d'attraction : les établissements dont le bassin d'attraction est étroit développent une offre de proximité,

ceux dont le bassin d'attraction est large développent une offre de recours. Mis à part le centre hospitalier régional universitaire (CHRU), à vocation régionale, ce travail de définition de niveaux de soins, inauguré par la périnatalité, est défini dans le Nord-Pas-de-Calais au sein de quatre bassins de vie. Il permet de clarifier les responsabilités de chaque établissement, en précisant son niveau d'autonomie et en développant ainsi le fonctionnement des structures et compétences en réseaux. L'important est d'obtenir que les établissements s'organisent pour que la continuité des soins puisse être assurée sur l'ensemble du territoire, ce qui suppose que les personnels, médicaux, soignants ou gestionnaires, puissent avoir l'expérience de ces différents niveaux de pratique.

#### **Assumer son niveau de soins dans son bassin de vie**

Ainsi, la qualité en matière de planification, pour une agence régionale de l'hospitalisation d'une région défavorisée sur le plan sanitaire, peut être vue de la façon suivante. D'abord, que chacun ait la possibilité de bien faire son métier à l'endroit et au niveau où il exerce : c'est en quelque sorte l'obligation de déployer des ressources adaptées à chaque niveau de pratique. En contrepartie, chaque professionnel limite sa pratique à ce qu'il sait bien faire. De même, un établissement de recours de petite taille, pour demeurer crédible, ne peut pas produire un trop grand nombre de « groupes homogènes de malades » ; un établissement généraliste de petite taille ne peut pas développer un plateau technique démesuré et prétendre jouer un rôle de recours ; un centre de recours ne doit pas garder des malades relevant de la proximité lorsque ces malades n'habitent pas à proximité du centre.

#### **Attirer les compétences médicales par des projets valorisants**

Ensuite, les organisations de santé ont besoin d'un personnel compétent et en nombre suffisant. La mise en œuvre d'une démarche structurée en matière de qualité ne remplacera pas la compétence, l'habileté du médecin ou du chirurgien requis pour tel niveau de soins ou tel bassin de vie. Pour la région, soumise à une fuite importante de ses personnels les plus qualifiés vers d'autres régions, la perte de substance causée est irrémédiable. Répondre à ce défi nécessite d'abord que la région sache garder son personnel en place, mais aussi qu'elle sache attirer les ambitions par la qualité de ses projets, qu'elle soit attentive au maintien

voire à l'enrichissement des compétences, enfin qu'elle sache accroître son potentiel de formation, c'est-à-dire qu'elle préserve voire développe ses centres d'excellence, en sachant mobiliser l'offre de proximité au même titre que l'offre de recours. Cette question se posera dans la plupart des régions françaises dans les années à venir, du fait d'une politique restrictive menée par les pouvoirs publics dans les décennies passées. Ce type de solution vaut donc *mutatis mutandis* pour la France sur la scène européenne et internationale.

#### **Garantir la vitalité du tissu sanitaire en tenant compte des ressources disponibles**

Finalement, la qualité d'une démarche planificatrice se mesure par son aptitude à développer la vitalité globale du tissu sanitaire, autour des missions et avec les moyens déterminés par la collectivité nationale. Les démarches structurées en matière de qualité peuvent bien sûr avoir leur utilité, mais elles ne peuvent que consolider une offre de soins préexistante et organisée et assurer une certaine stabilité de la qualité des soins dans le temps. Des procédures inadaptées à la vocation de l'établissement et à sa situation dans un bassin de population particulier, seraient-elles parfaitement à jour et appliquées, n'en demeureraient pas moins inopportunes. La volonté d'aller vers une plus grande qualité des services de santé ne peut en tous les cas être confondue avec la simple mise en œuvre de normes toujours plus contraignantes de moyens en matériel et en personnel, qui risque finalement de compromettre la sécurité sanitaire des populations les plus isolées par un redéploiement des moyens vers des zones déjà pourvues. Cette dynamique de concentration ne joue pas seulement au sein d'une région, comme en Midi-Pyrénées. Elle creuse aussi les inégalités entre régions, par exemple entre la région Île-de-France et le Nord-Pas-de-Calais. La qualité du service rendu à la population impose donc au planificateur sanitaire de ne pas sacrifier la finalité du système de santé à la satisfaction immédiate de critères présumés universels de bonne pratique soignante. ■



# Lien entre hit-parades, indicateurs de performances et qualité

**Les classements d'hôpitaux présentés dans la presse sont basés sur des critères incomplets et controversés. La qualité des établissements repose en grande partie sur l'organisation du travail et la capacité d'adaptation.**

**Pierre Lombrail**

Laboratoire de santé publique,  
CHU de Nantes

**L**es limites de validité des classements des hôpitaux publiés dans certains médias ont déjà été largement débattues [30, 31] ; on peut en rappeler quelques-unes :

- ils se fondent sur des indicateurs peu valides du fait de la qualité inégale des données sources (celles issues du PMSI notamment) et de l'absence d'ajustement sur les caractéristiques des personnes soignées comme le degré de gravité de leur état clinique ou leur degré de fragilité sociale ;
- ils font fi de la variabilité des phénomènes observés (voire de celle des classements réalisés) ;
- ils placent sur un même pied des établissements qui ont des servitudes différentes ;
- ils accréditent une vision partielle de la performance, en accord avec le modèle biomédical dominant, centrée sur le soin curatif d'affections bien caractérisées quand la prise en compte de la dimension psychosociale des soins est plus que jamais essentielle [12] ;
- ils considèrent l'hôpital isolément, indépendamment de son contexte, quand tant reste à faire pour développer coopération et coordination dans notre système de soins ;
- enfin et surtout, ils méconnaissent des éléments essentiels, déterminants de la performance actuelle comme la qualité de l'organisation du travail, ou future comme la capacité d'adaptation au changement. Ce dernier point fait l'objet de développements circonstanciés dans le n° 2 pour l'an 2001 de la revue *Solidarité Santé* que nous reprendrons en partie.

De plus, indépendamment de ces limites, et malgré leur succès de librairie, ces classements

ne semblent pas répondre à la demande. L'expérience étrangère montre que ni les professionnels ni les malades ne leur accordent un poids déterminant quand il s'agit de choisir un professionnel ou un hôpital pour des soins.

## **Différentes définitions de la performance**

Des travaux exploratoires menés sous les auspices de la Drees (enquête de type Delphi auprès de professionnels de santé et atelier d'expression d'usagers) retrouvent des données voisines [2]. Pour les professionnels de terrain, la performance est une notion difficile à appréhender : certaines de ses dimensions (l'économicité par exemple) apparaissent antinomiques de leur vision de la qualité. Ensuite la performance leur semble n'avoir de sens qu'au regard de la variété des missions et des contextes qui s'imposent aux établissements. L'élément le plus important serait la continuité des soins entre l'hôpital et l'extérieur, tout comme la capacité d'un hôpital de s'organiser avec d'autres (réseaux ?). Quant aux usagers, leurs attentes se dégagent sur deux axes prédominants : avoir des informations pour s'orienter dans le système de soins est un premier besoin exprimé (et les malades anglais semblent ressentir l'impression d'être fréquemment perdus pendant le déroulement d'une trajectoire de soins longue et complexe [40]) ; la qualité de la communication et des relations avec les soignants à l'intérieur de l'hôpital est une autre exigence clairement affirmée. Pour eux, la notion d'indicateurs est difficile à saisir et en matière d'orientation les usagers souhaiteraient connaître simplement quelques caractéristiques

d'offre limitées (activité, notamment du plateau technique, spécialités présentes, fonctions hôtelières et administratives), sous réserve de pouvoir en savoir plus dans des situations concrètes précises.

Ces raisons expliquent parmi d'autres qu'on ne peut pas se satisfaire de la situation d'opacité actuelle. En matière de pilotage national, même si l'OMS crédite notre pays du meilleur système de santé du monde, sur la base d'un classement lui-même très discutable, il est nécessaire d'avancer dans la connaissance des variations de l'état de santé de la population et la production d'indicateurs macrosystémiques qui permettent de suivre son évolution. Il y a un enjeu démocratique fort : de transparence pour les citoyens et d'aide à la décision pour nos parlementaires. À l'heure des arbitrages budgétaires rendus chaque année lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale il serait probablement souhaitable de disposer de quelques indicateurs de performance du système de soins contournant en partie l'écueil lié à la difficulté de l'appréciation de la contribution des (systèmes de) soins à la constitution des états de santé [29] (ce contournement devrait idéalement se doubler d'une prise en compte des effets sur la santé des autres politiques publiques sur lesquelles les élus de la nation sont amenés à se prononcer, en développant une analyse de leur « *Health Impact Assessment* »).

À l'intérieur du système de soins, les professionnels eux-mêmes ont besoin de pouvoir se comparer entre eux : si la qualité c'est la mesure, la mesure sans référence comparative est de peu de portée. Dès lors, à l'heure où l'Éducation nationale publie son palmarès des lycées, les objectifs d'une évaluation comparative de la performance des établissements de santé paraissent singulièrement voisins de ceux que vise la Direction de la programmation et du développement de ce ministère : « *Il s'agit d'informer le plus largement possible les usagers sur le système [éducatif ou de soins], mais aussi de donner aux responsables de ces établissements, et aux [enseignants ou professionnels de santé], des outils qui les aident à évaluer l'efficacité de leurs actions* ». Certaines précautions méthodologiques sont communes : « *Le fait de présenter plusieurs indicateurs est [ainsi] un moyen de lutter contre les velléités permanentes de réduire l'appréciation des résultats des [lycées ou établissements de santé] à un classement* »\*.

Il est pourtant trop tôt pour proposer dans

notre pays un dispositif de *benchmarking* national du type *league tables* anglaises ou *quality indicator project* du Maryland. Outre les limites de validité exposées plus haut, les indicateurs agrégés habituellement pris en compte s'avèrent d'une valeur d'usage réduite pour les professionnels de terrain : ils n'indiquent pas directement des pistes d'action susceptibles d'améliorer la qualité des prises en charge. Une des raisons est que nous manquons encore d'une compréhension claire des liens entre diverses modalités d'organisation des prises en charge et bénéfices obtenus pour les personnes soignées. Ce travail commence à s'ébaucher pour des affections ou des secteurs d'activité très ciblés sous l'égide de sociétés savantes ; il faut l'étendre. Il reste largement à défricher pour le gros de l'activité peu ou pas spécialisée de nos établissements. Il faut encourager des initiatives de partage d'informations entre institutions volontaires pour tester la faisabilité et l'intérêt de la démarche qui enchaîne conception du système d'information, mise en évidence des écarts et analyse de leur signification avec les équipes de terrain.

### Travailler sur les liens entre organisation et qualité

Mais, comme le souligne Elisabeth West, la réflexion sur l'organisation est encore embryonnaire dans nos hôpitaux [49]. Il y a beaucoup plus de littérature scientifique sur la mesure de la performance que sur sa gestion voire que sur ses déterminants. Des travaux anglo-saxons, par exemple sur ces « *magnet hospitals* » si attractifs pour la profession infirmière, montrent pourtant qu'il y a un lien entre indicateurs de performance clinique (taux de mortalité plus faibles, meilleure satisfaction des patients, moindre taux d'épuisement professionnel ou d'accidents d'exposition au sang) et qualité de vie au travail perçue par le corps infirmier (sens de l'autonomie au travail, capacité de contrôle de son travail ou qualité de la communication entre équipes, toutes caractéristiques liées également à la capacité d'innovation des équipes). Les travaux sur la gestion des risques (comme l'étude européenne Euricus en réanimation) pointent également le lien entre organisation et qualité. Mais il reste fort à faire pour comprendre dans quelle mesure et par quels mécanismes, sur lesquels les professionnels puissent avoir prise, la qualité des soins dépend de l'organisation interne de l'hôpital et des processus de prise en charge des personnes soignées. Des travaux de recherche pluridisciplinaires sont nécessaires

avant d'identifier les éléments clés et de les traduire en indicateurs valides permettant de construire le système d'information sur la performance qui associe qualité métrologique de la mesure et valeur d'usage pour les acteurs de terrain au quotidien.

Ce type d'approche est aussi probablement un mode de réponse au besoin de recherche d'efficacité. Ce besoin suppose de trouver dans chaque institution les meilleurs compromis entre coûts de fonctionnement et efficacité, sachant que l'efficacité s'apprécie différemment selon l'acteur qui supporte les coûts. L'innovation, dans la perspective d'un paiement à la pathologie, même lointain, consisterait à trouver le meilleur dosage entre « *Utilization Review* » et « *Quality Assurance* » [32]. Cette double exigence est exprimée clairement dans le *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, notamment dans le référentiel Management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA). La référence MEA8 stipule en effet que « *Chaque secteur d'activité suit et évalue ses ressources* » (UR) et la référence MEA6 suppose que « *Le management interne de chaque secteur d'activité contribue à favoriser l'amélioration de la prise en charge du patient* » (QA). Il est probable qu'une partie de la solution se trouve dans une meilleure organisation du travail et une prise en compte accrue du facteur humain dans l'amélioration du fonctionnement des établissements de santé.

### Performance et gestion de processus

Cette réflexion sur l'organisation est impéative à l'aube de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. Elle est de toute façon incontournable si l'on prend au sérieux certaines exigences relatives à l'organisation de la prise en charge (OPC) des personnes soignées telles qu'elles sont exprimées dans le référentiel qui en traite dans le manuel d'accréditation. La référence OPC6 suppose par exemple que « *La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques* » et la référence OPC7 que « *La continuité des soins est assurée* ». Enfin, la référence OPC15 voudrait que « *Les secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus* ».

Minvielle et de Pourvoirville voient dans la mesure de la qualité des soins un moyen d'impulser les « *actions dites de gestion de la qualité* » [35] : « *La mise en place d'indicateurs quantifiés peut ici permettre d'objectiver leur impact : les efforts entrepris se traduiraient*

\* Cyterman J.-R., directeur de la DPD, cité par Sandrine Blanchard dans le journal *Le Monde* du jeudi 3 mai 2001.



par une évolution favorable de la mesure qui elle-même donnerait le cap à suivre pour les futures actions ». Cela amène à aborder les performances hospitalières en matière de gestion de processus, ce sur quoi les palmarès sont une nouvelle fois muets. Cette approche vise à réintroduire de la cohérence dans les prises en charge là où les logiques disciplinaires, professionnelles et territoriales produisent discontinuité et redondance. Quand nos outils de gestion et nos systèmes d'information sont centrés avant tout sur le « reporting », il s'agit d'introduire de la lisibilité dans le fonctionnement des équipes au quotidien et d'éclairer leur « difficulté à faire ensemble », de les aider à maîtriser les modes de production par une meilleure connaissance des processus de prise en charge [37]. En termes de conception de systèmes d'information, dont la production d'indicateurs n'est que la partie visible, la finalité d'une approche comparative pourrait être, « après avoir déterminé les processus dont l'amélioration est jugée possible et prioritaire, de recueillir et analyser des données permettant d'identifier les meilleures solutions ; de diffuser les résultats aux équipes afin d'apprendre des « meilleures » au cours d'échanges entre elles ; et de s'approprier cette connaissance pour l'intégrer dans les pratiques quotidiennes » (Pierre Czernichow, communication personnelle). Les recommandations de l'Afnor en termes de management des processus ouvrent des pistes prometteuses [34]. Ce type de management « suppose d'abord que ces processus aient été définis et, pour cela, il n'est pas de meilleure solution que d'associer le personnel concerné. La participation du personnel à cette analyse, quel que soit son niveau, conduit dans les faits à un nouveau partage des responsabilités au sein de l'organisme ». Mais seule une mise en danger des modes traditionnels de gestion encore si prévalents permet d'identifier des processus stratégiques, de définir les processus à même de satisfaire les clients internes et externes au moindre coût et proposer des améliorations à l'organisation existante.

Les mêmes caractéristiques organisationnelles qui paraissent liées à l'efficacité clinique (et probablement à l'efficience) sont celles qui sont à la base de la capacité d'une organisation à s'adapter au changement. En effet, s'adapter « suppose la capacité à modifier l'organisation et les modes de fonctionnement pour s'adapter aux contraintes (ou aux opportunités) propres de l'établissement. Cette flexibilité interne suppose à la fois la possibilité pour le personnel de s'exprimer sur le fonctionnement et l'organisation (critiques et suggestions), l'existence de véritables délégations

(le personnel doit disposer de suffisamment d'autonomie pour expérimenter) et l'adhésion du personnel aux valeurs de l'établissement et à son projet » (et le rôle de la formation continue est souligné) [6].

Au-delà des réorganisations internes, la capacité à innover consiste également dans la faculté de mobiliser de manière cohérente des ressources réparties entre acteurs sanitaires et sociaux de statuts différents pour atteindre des objectifs de santé (de soins au minimum) dans un territoire déterminé. Il s'agit d'imaginer des dispositifs de coordination à même d'assurer la délivrance de soins continus de qualité (faire en sorte que chaque acteur soit en situation de faire ce qu'il a à faire en temps opportun en fonction d'un plan de soins connu des professionnels concernés et respectueux du point de vue des personnes soignées). Cela suppose la définition d'objectifs de fonctionnement partagés, la mise en place de l'organisation, du financement et du système d'information adaptés. Bref, d'inscrire l'hôpital dans un système d'action coordonné au sein duquel il apporte sa contribution dans le respect de principes de complémentarité et de subsidiarité, mais en sachant à chaque fois s'adapter à une configuration d'acteurs locale. Cela requiert des compétences techniques multiples, mais relève aussi de l'expérimentation sociale, pratique à laquelle le système est peu préparé et que les « hit-parades » ne peuvent apprécier. C'est pourtant à cette seule condition qu'on pourra construire une offre de soins répondant aux besoins globaux d'un bassin de population (efficacité épidémiologique) et pas seulement aux besoins spécifiques des clientèles des institutions que les malades fréquentent aux différentes étapes de leur trajectoire (efficacité clinique). C'est aussi seulement de cette manière qu'on pourra aborder sérieusement la contribution des établissements de santé et du système de soins à rattraper les inégalités de santé évitables car liées aux dysfonctionnements des soins. ■

# Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants

**Associer l'ergonomie à l'évaluation de la qualité permet de comprendre les interactions existant au sein de l'hôpital et d'impliquer le personnel dans les modifications d'un espace conçu pour une organisation différente.**

**Madeleine R. Estryn-Behar**  
Médecin du travail et  
ergonome consultant Paris

**L**es comportements des soignants résultent d'arbitrages dans un contexte qui peut faciliter ou gêner la coordination et la réalisation des soins. L'environnement peut être générateur ou non de perte de temps, de fatigue et de stress, amenant à se centrer sur le diagnostic et les soins sans associer correctement le patient aux décisions. Ces arbitrages aboutissent à des comportements que l'analyse ergonomique permet de mettre en évidence. On constate qu'ils peuvent différer largement des procédures écrites, quelles qu'aient été les modalités d'élaboration de ces procédures. Poser les diagnostics sur la qualité des soins avec la notion de « place centrale du patient » dans l'organisation des soins nécessite de se pencher sur les difficultés du travail réel.

« Évaluer, c'est apprécier la réalité des faits en les comparant à ce qui était prévu, attendu ou souhaité, mais aussi aider à déterminer ce qui est souhaitable et les moyens et activités pour y parvenir. » L'existence de procédures, dans des classeurs ou affichées, ne suffit pas à apprécier la réalité des faits concernant l'application des procédures.

Prenons deux exemples, l'un concernant la relation soignant-soigné et l'autre le respect des bonnes pratiques sur le lavage des mains. Ils nous permettront d'illustrer le besoin d'analyse de l'activité de travail réelle des soignants. La brièveté de cette tribune oblige à un propos quelque peu schématique, mais l'objectif est surtout, ici, d'ouvrir le débat pour une démarche pluridisciplinaire associant l'ergonomie à l'évaluation de la qualité selon les référentiels déjà classiques.

## Qualité de la relation soignant-soigné

Le manuel d'accréditation, 1999, précise des référentiels sur ce sujet : droits et information du patient (DIP-4) et organisation de la prise en charge des patients (OPC-5). Ainsi le DIP-4b stipule : « *Les professionnels informent le patient ou la (les) personne (s) qu'il a désignée (s) sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés ; ils facilitent la demande d'information du patient* ». L'OPC-5b précise : « *Les douleurs aiguës ou chroniques et la souffrance psychique sont recherchées, prévenues et prises en charge* ». L'OPC-5d stipule : « *Le patient bénéficie des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement* » et l'OPC-5e étend « *ces actions d'éducation à l'éducation pour la santé correspondant à ses besoins* ».

Le principe de non-discrimination des publics, dont s'honore l'hospitalisation française, et les besoins de discriminations positives pour réduire les inégalités de santé nécessitent du temps. Les équipes de soins doivent mobiliser individus et groupes pour préserver et entretenir leur capital santé. Les trente-huit buts de l'OMS Europe cherchent à réduire les inégalités de chances. Aussi, le potentiel de rattrapage, pour les plus vulnérables, à l'occasion de l'hospitalisation, ne devrait plus être une opportunité perdue. La place de plus en plus importante des pathologies chroniques nécessite une participation active du patient à la prise en charge. L'observance des traitements et l'efficacité des thérapeutiques dépendent de la qualité de la relation entre le patient et l'équipe soignante, de son information, de son état psychologique, de la prise en considération de ses attentes et du bénéfice subjectif qu'il ressent des soins.



Or les chiffres de non-compliance les plus couramment retrouvés varient de 40 à 71 %, ils sont plus élevés pour les pathologies au long cours [33]. Des ré-hospitalisations sont alors plus fréquentes.

Une relation de soins de qualité nécessite de savoir ce qui a été dit au malade par les différents médecins et les autres membres de l'équipe. Chaque soignant peut ainsi écouter le malade et donner une réponse cohérente, spécifique et respectueuse de ses attentes. Les éléments médicaux et psychologiques recueillis par chaque professionnel doivent être confrontés afin d'élaborer une attitude évolutive, adaptée aux besoins de chaque malade.

La qualité des soins, c'est aussi la capacité de réagir vite en cas d'aggravation brusque de l'état de santé du malade. Mais cette vitesse, dans la réalisation de soins de haute technicité, avec des protocoles innovants propres à chaque spécialité, nécessite un temps d'apprentissage dans le service. Elle nécessite aussi la coordination harmonieuse d'un collectif de travail se comprenant à demi-mot.

Afin de favoriser cette communication efficace au sein de l'équipe, une formation aux transmissions ciblées a été mise en place dans de nombreux établissements [10], avec valorisation des « binômes » infirmière-aide soignante.

Cependant, dans de nombreux hôpitaux, on peut observer une évolution de l'organisation du travail conduisant à mettre en place une re-répartition quotidienne des ressources humaines selon la charge de travail prévisible, mesurée avec des indicateurs constitués par l'addition de temps de soins unitaires [3]. Le suivi psychologique des malades peut alors être limité à la lecture de quelques commentaires dans le dossier, voire d'« étiquettes » du type « malade agressif » ou « malade dépressif ». Le patient se trouve alors « pris en charge » par des soignants chaque jour différents. La relation de confiance devient difficile à établir et les soins restent techniques. Certains types d'organisation peuvent conduire à une rupture des collectifs de travail et à une non-reconnaissance des compétences acquises dans une spécialité donnée. La crainte des erreurs devient stressante. Des changements fréquents de service ne donnent pas aux soignants le temps de maîtriser tous les aspects des protocoles qu'ils mettent en œuvre pour les patients, ou des matériels qu'ils utilisent. Ils connaissent insuffisamment les collègues avec lesquels ils doivent coopérer en cas d'urgence. Dans les CHU, les nombreux protocoles d'essais

thérapeutiques rendent l'incertitude encore plus grande s'ils n'ont pas été expliqués à un collectif stable. La réponse aux questions des patients devient alors très délicate.

Ce type de rationalisation se traduit également dans les choix architecturaux des constructions et rénovations hospitalières des dernières années. Cette recherche de polyvalence, devant s'étendre à plusieurs services, a conduit à proposer des postes de soins uniques pour préparer les soins de 2 à 4 secteurs de 16 patients, soit 32 à 64 patients. Ce type d'espace peut limiter les possibilités de concertation d'un groupe de soignants au sujet d'un groupe de malades, au milieu des allées et venues de tous. Cette architecture peut augmenter les temps connexes de préparation et régulation.

Une situation de double contrainte se développe alors. Le soignant devient écartelé entre le désir de prodiguer au patient des soins personnalisés et de l'éducation sanitaire et la nécessité de gérer une quantité importante de gestes techniques et d'interruptions. Ses possibilités, valorisées par des normes et référentiels, peuvent être limitées par une architecture et une organisation qui génèrent une perte de temps et d'énergie importante.

Les études ergonomiques mettent en évidence ce que les mesures de charges en soins laissent dans l'ombre. Le temps pour préparer, ranger, transmettre et rechercher l'information peut être plus élevé que le temps de soins directs. Cela est, pour une part, logique dans le contexte fluctuant de malades en phase aiguë. Mais ce temps peut différer largement selon le contexte et l'environnement.

Exemple : le temps passé dans les chambres est largement amputé par les déplacements et les difficultés d'organisation. C'est ce que montre cette étude ergonomique d'une journée complète de travail de l'an 2000 menée dans un CHG.

L'utilisation des différents locaux par une infirmière de néphrologie de jour reflète le travail haché et la priorité aux soins à réaliser dans le temps imparti par rapport à la relation. L'infirmière est entrée 66 fois dans une chambre. Elle est obligée de multiplier les entrées dans les chambres car les chariots sont dans le couloir et des interruptions, problèmes et incidents surviennent fréquemment, obligeant à modifier le programme de travail et à sortir de la chambre sans avoir terminé son rôle complet. Elle passe au total 29 % de son temps de travail dans les chambres. Les durées moyennes de séjour dans les chambres sont inférieures à 3 minutes. Mais les durées

maximales peuvent dépasser 10 minutes, lorsque l'infirmière peut consacrer un temps d'écoute, d'information et d'éducation avant et après le soin. Cette infirmière retourne dans la zone logistique très fréquemment, une fois dans les chambres, par manque de matériel ou besoin de concertation.

L'écriture occupe 15,4 % du temps de travail. À celle-ci s'ajoutent la recherche des résultats d'examen sur informatique et leur impression pour 1,1 % du temps (en quatre épisodes). Les dossiers sont réactualisés après chaque période de soins direct à plusieurs malades, après la visite ou les concertations importantes. Les conversations menées par les autres, sur les patients du secteur dont elle ne s'occupe pas, gênent sa concentration et ralentissent sa synthèse sur la meilleure manière d'écrire les priorités de façon explicite et brève. On relève donc 28 épisodes de modification ou de vérification de dossiers. C'est la nécessaire contrepartie de la traçabilité des soins prescrits et du rôle propre infirmier. Il faut, en fonction de cela, réactualiser le panneau des patients présents et celui de leurs rendez-vous, le panneau de planification murale des soins prescrits avec leurs horaires. Il faut aussi écrire sur des bons et des cahiers. L'ensemble de ces réactualisations se fait en 17 épisodes.

La concertation de l'infirmière observée avec l'équipe médicale et paramédicale est répartie tout au long de la journée pour mieux réagir aux besoins évolutifs des malades. Les échanges sont nombreux mais brefs (24 échanges avec un médecin pour 43 minutes au total, 32 échanges avec une aide-soignante pour 16 minutes au total, 34 échanges à plusieurs pour 1 h 47 au total). En effet, les échanges se déroulent souvent au milieu d'autres conversations simultanées (18 % du temps avec 4 ou 5 personnes autour d'elle et 16 % avec 6 personnes et plus).

Les interruptions ont occupé 25,6 % du temps de travail de cette infirmière de néphrologie. On comprend que les soignants craignent les erreurs dans leur travail. Ils doivent gérer les interruptions en priorité, et la réponse aux besoins d'écoute et d'explication des malades est donc souvent repoussée.

De tels constats ont été réalisés, entre 1985 et 1995, dans les études ergonomiques menées dans les grands CHU [18]. L'analyse ergonomique étudie, ainsi, de façon systémique les interactions sur lesquelles il serait possible d'agir pour modifier les comportements. La fréquence des difficultés est, elle, mise en lumière par les études statistiques. La con-

jonction des deux approches, ergonomiques et statistiques, permet de cerner les risques et les modifications possibles pour plus de qualité relationnelle.

### Conditions de travail selon l'enquête Insee

L'enquête nationale sur les conditions de travail des salariés a été réalisée pour la première fois en 1978, en complément de l'enquête emploi de l'Insee [7]. Avec les mêmes items en 1984, 1991 et 1998, elle permet de suivre l'évolution de la situation des personnels des hôpitaux dans un contexte de mutations rapides [17].

Les interruptions au cours du travail sont une caractéristique du travail hospitalier : 69 % des soignantes de tous les grades, des ASH aux médecins, déclarent abandonner fréquemment une tâche pour une autre. Cela reste une caractéristique majeure et stable pour les infirmières (74 % en 1991 et 73 % en 1998). Les interruptions sont encore plus fréquentes pour les aides soignantes (67 % en 1991 et 74 % en 1998). Les aides soignantes sont particulièrement sollicitées pour répondre aux besoins imprévus du service, dans un contexte de concentration des hospitalisations sur la période la plus instable de la maladie, du fait de la diminution généralisée des durées moyennes de séjour. L'abandon fréquent d'une tâche pour une autre est le fait de 56 % des femmes pour l'ensemble des salariées.

Une erreur dans le travail est considérée comme pouvant entraîner des conséquences dangereuses pour la sécurité de la personne interrogée ou celle d'autres personnes selon 28 % des salariées de France, mais selon 83 % à 94 % des soignants qualifiés selon le grade, d'aide soignantes à femmes médecins.

Pourtant, les soignantes disent devoir toujours se dépêcher pour la très grande majorité des répondantes des différents groupes professionnels. Elles estiment qu'elles n'ont pas des collaborateurs en nombre suffisant pour effectuer correctement leur travail pour près de la moitié d'entre elles. Elles disent manquer d'informations claires et suffisantes pour un quart d'entre elles (29 % des infirmières). Elles disent recevoir des ordres et des indications contradictoires (près de la moitié des aides soignantes et infirmières, et 23 % des cas pour les femmes médecins). La concertation pluridisciplinaire lors de « staffs » ou de la « visite », associant médecins et infirmières, a le plus souvent disparu, par manque de temps. Chacun doit réajuster les procédures en tenant compte des réactions des

patients, mais avec des informations incomplètes, dites brièvement ou écrites sans les commentaires nécessaires. De plus, les nouvelles technologies, le nouveau matériel, les nouveaux protocoles sont souvent introduits sans concertation suffisante quant aux modifications de l'organisation du travail qu'ils impliquent.

L'ensemble des salariés déclare vivre des tensions avec le public (usagers, patients, voyageurs, clients, etc.) plus souvent en 1998 (30 %) qu'en 1991 (22 %). Mais ces tensions avec le public sont particulièrement fréquentes pour les soignant(e)s. Entre 1991 et 1998, la proportion des aides soignantes signalant ces tensions avec le public passe de 44 % à 65 %, celle des infirmières de 43 % à 69 %, et celle des médecins femmes de 45 % à 56 %. Or ces tensions sont très mal ressenties par les soignants.

Les interruptions, l'urgence, la réduction de la durée moyenne de séjour sont autant d'éléments qui se conjuguent pour rendre plus difficile une attitude personnalisée évolutive adaptée aux réactions de chaque personne soignée et de sa famille.

### Respect des bonnes pratiques sur le lavage des mains

Le manuel d'accréditation de 1999 précise des référentiels sur ce sujet : référentiel surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux. Ainsi le référentiel SPI 5a stipule : « Des protocoles visant à maîtriser le risque infectieux sont utilisés ».

Reprenons notre observation ergonomique d'une infirmière en néphrologie. La sécurité concernant la prévention des infections manu portées a occupé 2,8 % du temps. On dénombre 19 lavages de mains, 5 aspersion de l'alcool sur les mains dans le couloir et 6 utilisations de gants pour 66 entrées dans une chambre. Il est impossible de réaliser les 132 lavages théoriquement requis (la peau du soignant est lésée au-delà de 25 lavages par jour).

Dans le même hôpital, dans la même année 2000, une observation ergonomique d'une aide-soignante d'orthopédie montre des résultats aussi préoccupants. L'AS se lave les mains 26 fois, ce qui est un maximum pour la peau, et met 3 fois des gants. Mais elle a dû rentrer 90 fois dans une chambre de malade.

Dans un autre établissement, en 2001, nous avons pu étudier un service de réanimation polyvalente. Le réanimateur se lave les mains 14 fois, majoritairement avec la technique chirurgicale avant des soins invasifs. Il met

ou ôte 11 fois des gants, 11 fois une casaque, 2 fois masque et calot. Mais il a dû rentrer 63 fois dans un box de malade.

Ces résultats rendent compte des écarts souvent rencontrés entre référentiels souhaitables et travail réel. L'ergonomie permet d'affiner sa connaissance des sujets de préoccupation pour les Clin, pour les patients, mais aussi pour les soignants. Ceux-ci sont hyper-informés sur les infections manu portées. Ils apprécieraient un travail moins haché qui leur permettrait un travail continu plus long dans les chambres avec moins d'entrées et sorties pour chercher du matériel ou des informations. Mais les choix organisationnels et architecturaux, sans respect des connaissances ergonomiques, renforcent souvent leurs difficultés concrètes. Ils n'ont comme réponse que la réaffirmation des protocoles. Une démarche ergonomique participative lors des réaménagements architecturaux normalement programmés peut permettre d'autres résultats [16]. L'amélioration simultanée des aspects relationnels et des aspects d'hygiène est possible, comme nous avons pu le démontrer dans une évaluation avant-après.

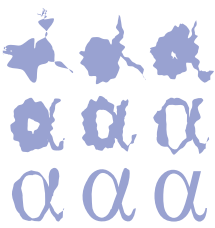
### Qualité des analyses et aide à la décision

La démarche d'accréditation est une opportunité pour ne pas se contenter de ce qui est « proclamé » pour agir sur les obstacles structurels et faciliter le travail des soignants. Les réaménagements sont des moments privilégiés pour une analyse ergonomique participative préalable. Impliquer les équipes, de l'agent hospitalier au chef de service, dans l'écriture du programme donné aux architectes permet d'impliquer chacun dans les modifications d'un espace conçu pour une organisation voulue. Une réflexion sur l'organisation ou des difficultés du travail peut être, aussi, l'occasion de faire appel à l'ergonomie.

Se centrer sur le patient nécessite la disponibilité de collectifs de travail stables et soudés et qui analysent et améliorent leurs prestations de manière régulière et continue, avec un temps et des lieux adaptés.

L'application des bonnes pratiques pour la prévention des affections nosocomiales nécessite une architecture et une organisation réduisant les interruptions et facilitant la continuité des soins. ■





# Réseaux de santé, symptôme et moyen de la recherche de qualité

**Une des motivations  
de la création des  
réseaux est la  
recherche de qualité.  
Lecture des réseaux  
à l'aune des divers  
types de qualité  
poursuivis.**

« **R**éseaux » et « qualité », deux mots dont on se gargarise volontiers. De ces mots dont Paul Valéry disait qu'ils ont « plus de valeur que de signification », des « *buzz-words* », disent les Américains. Ne sont-ils que cela ? Essayons de prouver le contraire, en précisant les concepts et en insistant sur leur qualité sémantique. Nous allons traiter de cette question en trois points :

– la recherche de qualité est une tendance profonde de nos sociétés occidentales. Les systèmes de soins et de santé n'y échappent pas.

– comment et pourquoi la qualité est-elle devenue un besoin pour les professionnels de santé, les patients, et plus généralement la population ? Et en quoi repose-t-elle sur un changement des pratiques ?

– parmi ces changements de pratique, émerge, à titre d'archétype, le réseau coordonné, organisé sous forme de méta-établissement de santé.

## **Une tendance profonde de la société dite « post-moderne »**

En effet, les économistes l'ont découvert et ont cherché des solutions à l'occasion de la crise du milieu des années soixante-dix (communication orale du professeur Huard lors d'un colloque tenu en mai 2000 à l'Institut Gustave-Roussy). Ces années ont vu le passage d'une concurrence fondée sur les prix (le marché veut des prix le plus modérés possible), à d'autres exigences fondées sur l'*innovation*, la *flexibilité* et la *qualité*. Les grandes entreprises, devant ce changement de critère, ont dû modifier leur organisation.

Avant la crise, les grosses entreprises adoptaient une structure verticale, fondée sur la hiérarchie, la réglementation, la stabilité et la définition stricte des compétences. Avec la crise, pour s'adapter à la nouvelle demande, la structure verticale s'est désintégrée en pôles de « spécialisation flexible » et de multi-compétences, faiblement hiérarchisés, organisation favorable à l'apprentissage, au développement de connaissances et de compétences nouvelles. Ces pôles collaborent entre eux, mais conservent une large autonomie mutuelle et fonctionnent sur un mode de réciprocité. La direction générale n'a plus de fonction de commandement, mais de synthèse, de coordination, et d'incitation, dans un ensemble où chacun est, de par ses caractéristiques culturelles, doté d'une forte légitimité. Un système d'information performant et parfaitement transparent est une condition nécessaire du bon fonctionnement de l'ensemble. Nous retrouverons plus loin des ingrédients comparables quand nous parlerons des réseaux d'acteurs de santé.

L'État français lui-même a commencé d'expérimenter une évolution du même type.

Traditionnellement, l'État républicain, pour sauvegarder ses valeurs fondatrices, et en particulier l'égalité, fonctionnait, à l'intérieur des frontières, en légiférant et soumettant l'ensemble de la société à des règles administratives strictes. Cette tendance s'est renforcée avec l'extension massive de ses domaines d'intervention, dans les domaines sanitaire et social (État-providence). Il en est résulté une inflation de ses structures bureaucratiques. De fait l'État républicain, par une forme de despotisme éclairé, agissait

**François Grémy**  
Professeur de santé publique

pour le peuple et dans son intérêt, mais sans implication de celui-ci autre que la désignation et la délégation des pouvoirs d'État par l'élection.

Ce modèle, encore bien vivant, a montré cependant assez rapidement les limites de son efficacité.

Confronté à la transformation mondiale des échanges socio-économiques, à la porosité des frontières aux informations, aux idées, aux représentations mentales, autant qu'aux biens marchands, confronté en particulier à la construction de l'Union européenne qui véhicule des modèles différents des nôtres, notamment la subsidiarité, l'État a commencé de modifier sa conception de ses relations avec ses administrés, et de se décharger sur la périphérie de la gestion de certains problèmes difficiles et coûteux. Il l'a fait par la *décentralisation*, grâce à la création ou au renforcement de collectivités territoriales, et à l'intérieur même de sa propre administration par la *déconcentration* des structures de décision — par exemple, pour rester dans notre domaine, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et unions régionales des caisses d'assurances maladie (Urcam). Dans ses rapports avec les collectivités ou avec des institutions qui dépendent de lui, telles que les hôpitaux, il introduit la *concertation*, la *négociation* et la *contractualisation* comme méthode de gouvernement. Cela dans une logique d'évitement des conflits qui sont souvent le résultat d'injonctions autoritaires. Il reconnaît l'importance des identités des divers groupes, professionnels notamment, qui sont des acteurs de la société civile, et n'hésite plus à les solliciter comme tels (conférences de la santé). Bien mieux, il consulte et donne la parole aux citoyens eux-mêmes, par exemple dans les États généraux de la santé. Ainsi, il tend à récupérer les savoirs et savoir-faire, il met l'accent sur la *coopération* comme facteur majeur de l'efficacité. En cela, il accompagne et rejoint le désir profond des gens, qui souhaitent la reconnaissance des groupes, des communautés, et veulent que l'importance des *personnes* humaines soit reconnue (droits de l'homme).

Cette évolution, lente, encore timide, mais d'une force difficilement répressible, peut s'interpréter comme la quête de la meilleure *qualité* possible pour toutes les facettes de l'existence, par le moyen d'une *responsabilité* et d'une implication *citoyenne* généralisées.

Cette transformation peut se résumer, selon Michèle Bonnin, chercheur en sciences politiques, par le passage d'un modèle :

*Égalité > Tutelle > Administration*  
à un autre :

*Qualité > Responsabilité > Coopération*

Dans ce processus, l'État ne perd en aucune façon sa légitimité : il reste gardien des valeurs, arbitre des grands équilibres sociaux. Certes il réduit son activité concrète, mais au profit d'une fonction d'impulsion et d'évaluation. Ce qu'il perd en pouvoir autoritaire, il le gagne en autorité.

En définitive, l'*exigence de qualité* (et de la sécurité que celle-ci apporte) apparaît comme une tendance profonde des sociétés modernes. En cela le système de santé ne fait pas figure de proue.

### Qualité et qualités en médecine et en santé

La prise de conscience de la non-qualité en santé et le besoin de qualité, apparus depuis une à deux décennies, sont liés à plusieurs facteurs, qui additionnent et combinent leurs effets :

- la difficulté croissante des métiers de la médecine, due à l'explosion des connaissances, à la balkanisation des spécialités, à une certaine perte de considération sociale de la profession, et, pour un nombre non négligeable d'entre eux, une baisse des revenus des médecins, qui accentue l'inégalité au sein de cette profession. Une conclusion s'est imposée à beaucoup d'entre eux : il n'est plus possible de faire ce métier dans la *solitude*. Et l'extrême liberté, unique au monde, dont bénéficie le corps médical, représente un poids de plus en plus lourd à porter. Il devient nécessaire de se *grouper*, *d'organiser* cette collaboration, et d'accepter quelques contraintes libératrices. Cette prise de conscience a été le fait surtout de la médecine ambulatoire, car à l'hôpital l'habitude de la collaboration était entrée dans les mœurs, même si la mise en œuvre laissait parfois à désirer ;

- la conscience de plus en plus forte que le système de soins fonctionne de façon non satisfaisante, surtout quand on met en parallèle ses coûts, excessifs peut-être, mal contrôlés sûrement, et son efficacité médiocre, si l'on en juge par les principaux indicateurs épidémiologiques à notre disposition. De plus, les patients rejoignent l'assurance maladie pour se plaindre de la médiocrité du suivi et de la coordination des soins. Enfin, les actions médicales sont mal évaluées, et on peut souvent s'interroger sur la qualité de leur réalisation ;

- la modification du paysage épidémiologique depuis quelques décennies représente

le phénomène objectif majeur qui explique l'inadaptation de notre système de soins. Il consiste en la prépondérance désormais massive des maladies et des états chroniques dans les pays développés (75 % des causes de décès), aux dépens des maladies infectieuses et parasitaires aiguës, certes toujours présentes et menaçantes, mais qui ne causent que 1,2 % des décès. Dans les pays en développement, les proportions sont respectivement 39 % et 43 %, chiffres qui étaient sans doute les nôtres à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (les chiffres ci-dessus concernent l'année 1996 et son fournis par l'OMS). Les conséquences de cette « transition épidémiologique » sont multiples, et posent des problèmes spécifiques dont il faut prendre conscience si l'on veut adapter le système de soins :

- allongement temporel des trajectoires des patients, puisque la plupart de ces maladies ne sont pas guérissables et que pour elles la médecine est davantage « supportive » que « curative ». Bien souvent, entrer dans le système de soins pour une maladie chronique implique d'en rester captif jusqu'à la fin de ses jours ;

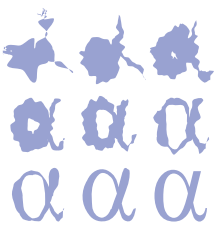
- baisse de la part de l'hôpital au profit de la médecine ambulatoire dans la prise en charge des patients, ce qui remet en cause l'hospitalo-centrisme sur lequel, depuis la réforme Debré, est fondé notre système de soins actuel ;

- complexification de la prise en charge, par le rôle croissant de l'intervention sociale, liée aux nécessités de la réinsertion dans le monde de la famille et celui du travail ;

- part croissante des patients dans la gestion de leur(s) pathologie(s), par l'accroissement de leurs compétences dans le domaine de celle(s)-ci, et par l'exigence d'une meilleure qualité de leur vie, jusqu'à leurs derniers moments ;

- modification du paysage démographique lié à l'allongement de l'espérance de vie : un an tous les quatre ou cinq ans, et celui, au moins aussi important de l'espérance de vie sans incapacité majeure. Cette constatation d'un vieillissement en assez bonne santé de la population n'est pas contradictoire avec celle d'une polypathologie pour une proportion croissante des personnes âgées ;

- enfin, l'exclusivité de la médecine individuelle de soins comme déterminant de la santé est de plus en plus discutée dans nombre de milieux et secteurs de l'opinion publique, et l'idée qu'une politique de santé publique doit prendre en compte les nombreux déterminants comportementaux, environnementaux,



professionnels, psychologiques, sociaux et économiques qui conditionnent la santé de la population prend de plus en plus de poids. Cela suppose un essor nécessaire de la prévention, tant au niveau individuel que collectif. Une attention globale à la santé de la population et l'utilité d'une prise en charge de celle-ci ne peuvent être ignorées par une grande partie des praticiens, notamment par les généralistes, en liaison avec d'autres responsables appartenant aux autres professions de santé, aux milieux du travail social, de la vie administrative ou politique.

Au terme de ce bilan diagnostique de notre système de soins, on constate que le mot « qualité » a été mentionné ou sous-entendu à plusieurs reprises : qualité de la vie des professionnels, qualité des actes techniques, qualité des soins, qualité du suivi des malades, qualité de vie des patients, qualité de la coordination entre les diverses professions en jeu dans le suivi de ceux-ci, qualité de la prise en charge sanitaire de la population et, si l'on veut citer Claude Béraud, c'est tout le système de soins, et plus largement tout le système de santé qui se trouvent mis en cause. Car je le rejoins en affirmant avec lui que « *la non-qualité est essentiellement systémique* ».

C'est ce qui justifie la recherche et l'essai de nouvelles formes d'organisation des soins, le changement des pratiques professionnelles, fondés sur une vision moins individualiste de la pratique, et une nouvelle culture : les différentes formes de ce qu'il est convenu d'appeler les réseaux d'acteurs en santé sont l'expression de cette recherche et de ce désir.

### Essai de typologie des réseaux d'acteurs en santé

Derrière ce mot de réseau se cache une polysémie qu'il convient de décrypter. Certes l'idée commune, dans le contexte de la santé, est la mise en commun d'objectifs et de moyens entre des professionnels volontaires, mais le mot peut recouvrir des réalités très différentes. On peut en tenter une typologie en considérant divers critères, dont la combinatoire peut aboutir à des modèles très variables.

Nous prendrons les critères suivants :

- la nature des participants du réseau,
- la finalité sanitaire du réseau,
- au sein de la finalité adoptée, l'étendue du domaine considéré,
- les motivations de la création du réseau, et l'on retrouve ici la recherche de qualité(s).

### La nature des participants

Ils peuvent être des personnes, par exemple

des professionnels : médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc. Ils peuvent être des institutions, c'est-à-dire des êtres juridiques collectifs, par exemple des établissements de santé. Ce sont les deux types de réseaux prévus schématiquement par les deux ordonnances du 24 avril 1996. Ainsi, le réseau Oncolor — oncologie en Lorraine — est-il, pour le moment, une organisation d'hôpitaux et de cliniques destinée à assurer une prise en charge de la qualité technique la meilleure possible de tous les cancéreux de cette région. Mais ils peuvent aussi être mixtes, comme les réseaux ville-hôpital dont il existe déjà de nombreux exemples, notamment pour la prise en charge du sida et/ou des toxicomanies.

### La finalité sanitaire du réseau

On peut distinguer deux grands types de réseau en santé :

– les *réseaux de soins*, qui visent à améliorer l'organisation des soins médicaux destinés aux seules personnes malades de la population cible, c'est-à-dire à laquelle est destinée le réseau ;

– les *réseaux de santé* qui visent à organiser la prise en charge plus globale et collective de la santé de la population cible, et pas seulement des malades de celle-ci, mais d'eux aussi bien entendu. Ces réseaux de santé généralisent, mais incluent des réseaux de soins. À noter la nuance entre les réseaux en santé — tout réseau qui concerne le domaine de la santé — et les réseaux de santé qui sont des cas particuliers des précédents, qui se caractérisent par leur objectif populationnel : ce sont en fait des réseaux de santé publique.

### L'étendue du domaine à l'intérieur de la finalité choisie

À l'intérieur d'un *réseau de soins*, on peut distinguer des réseaux selon le domaine pathologique envisagé : domaine monothématique, limité à une seule pathologie, par exemple l'asthme, le sida ou le cancer du sein ; domaine paucithématique, qui regroupe des affections apparentées, telles que les cancers ou les accidents vasculaires. Ou encore des réseaux polythématiques qui acceptent de prendre en charge toute pathologie affectant la population cible du réseau. Mais on peut aussi distinguer des réseaux selon le type de soins : soins à domicile, ou soins « palliatifs » par exemple.

À l'intérieur d'un *réseau de santé*, on peut se limiter à une partie de la population cible : par exemple les personnes âgées, ou les femmes enceintes. Ainsi dans le bassin de santé d'Als (population cible), on peut mettre en place

un réseau qui assure la surveillance de toutes les femmes enceintes et de leurs nouveau-nés et nourrissons, répartit les femmes selon le pronostic et le risque, dans les divers niveaux des maternités, et en particulier assure le transport « *inborn* » des futures mères à risque élevé.

### Les motivations de la création du réseau

Ce sont les divers types de « qualité » :

#### Qualité de la « vie », au sens le plus large, des acteurs

Dans les réseaux de type qualité de vie des professionnels, on peut inclure des réalisations aussi diverses que des regroupements corporatistes visant à assurer la protection ou la promotion d'une profession (médecins généralistes ou infirmières libérales) ou les cabinets de groupe dont le but est de partager des moyens de secrétariat, d'informatique, des compétences, ou des investissements (par exemple cabinet de radiologie). Mais on peut y mettre aussi les réseaux inter-hospitaliers, prévus par l'ordonnance « hospitalisation » du 24 avril 1996 qui favorise la mise en commun et la complémentarité d'activité de plusieurs établissements d'une même zone, afin de diminuer les coûts et d'assurer un meilleur service à la population. Le fait que le *primum movens* du regroupement se trouve dans l'intérêt des pourvoyeurs de soins n'implique pas que celui des bénéficiaires de ces soins soit toujours oublié. En fait, ces « réseaux » ne sont pas vraiment retenus quand on aborde la problématique contemporaine des réseaux.

#### Qualité d'une technique, ou des protocoles suivis

Dans les réseaux de type qualité professionnelle, la motivation est d'assurer une bonne performance technique, c'est-à-dire qu'elle est de nature professionnelle : la satisfaction de « faire bien », ou du moins de faire au mieux possible. Les professionnels se regroupent pour garantir à leur pratique commune une meilleure qualité et une meilleure sécurité. Ces professionnels peuvent appartenir au secteur public ou au secteur privé, ou à une combinaison des deux. Le réseau des anatomo-pathologistes Adicap, né à Dijon des initiatives du docteur Pierre Dusserre, est un excellent exemple de réseau professionnel (langage commun, expertise partagée, enseignement mutuel). Il en est de même du réseau de cancérologie de Paca, constitué pour remédier à des pratiques très disparates et éloignées des règles admises de bonne pratique clinique.

**Qualité économique des processus de soins, où le critère essentiel est l'efficacité : les meilleurs soins techniques au moindre coût**

Ces réseaux sont ceux que rêvent de créer nombre de technocrates et d'assureurs (comme Axa), à l'exemple des institutions de « *managed care* » américains. Des groupes de médecins, fortement encadrés par un entrepreneur de soins, souvent une compagnie d'assurance, donnent des soins coordonnés aux patients inscrits à l'entreprise de soins, souvent dans des conditions de dépendance que nos syndicats médicaux feraient bien de méditer, avant de vitupérer les « exactions » de notre assurance maladie nationale ! C'est pourtant une alternative possible, au cas où il s'avérerait impossible de rétablir l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Il est bien évident que, dans tous ces cas, les malades sont *a priori* gagnants de cette amélioration des pratiques.

**Qualité des soins, au sens que donnent à cette expression les analystes des systèmes de santé, c'est-à-dire en tenant compte des diverses dimensions de cette qualité, dans l'objectif d'accorder à la personne du patient le maximum d'attention (réseaux centrés sur le patient)**

Les réseaux de ce type sont conçus pour prendre avant tout en compte l'intérêt des patients. Le système de soins essaie de s'adapter à cet intérêt, plutôt que de demander au patient de s'adapter au système de soins tel qu'il est. On veillera à modifier les pratiques professionnelles pour que les critères de « qualité des soins » soient respectés : à côté de la qualité technique des actes médicaux, on attachera une importance particulière à l'accès aux soins (équité, proximité, rapidité...), au suivi régulier et documenté du patient, c'est-à-dire à la continuité des soins, à leur coordination, à la transmission rapide et pertinente de l'information entre acteurs, à l'écoute et à l'information du malade, à la satisfaction globale du malade, bref au respect dû à la personne de celui-ci, prise dans toutes ses dimensions, physique, psychique, familiale, professionnelle, et sociale. Bien des réseaux consacrés aux malades atteints de sida ou de toxicomanies, ou encore de réseaux de soins palliatifs s'inspirent de ces principes.

**Qualité de la prise en charge d'une population (réseaux centrés sur la population)**

Plus complets encore, ces réseaux sont ouverts aux préoccupations et aux besoins de santé

de l'ensemble de la population cible. Certains réseaux du département 93 (Seine-Saint-Denis) appartiennent à ce type.

Ce sont les réseaux de ces deux derniers types qui répondent le plus à l'idéal de tous les fondateurs de réseaux depuis une ou deux décennies. Pour eux, seuls ce type d'organisation mérite le nom de réseau.

On peut enfin émettre trois remarques :

- *évolutivité des réseaux.* Les réseaux existants ont souvent tendance à changer de catégorie : ainsi, les réseaux monothématiques (*one disease management*) élargissent, par force, leur domaine de compétence : par exemple les réseaux « sida », deviennent rapidement des réseaux « sida-toxico », puisque les pratiques de drogues dures sont une des causes majeures de contamination par le HIV. De même, bien des réseaux de soins s'enrichissent vite de préoccupations populationnelles, qui les fait dériver vers les réseaux de santé. Ainsi, au cours de leur histoire, les réseaux se déplacent-ils au sein de la typologie décrite ci-dessus.

- *le changement culturel* est l'élément essentiel de toute mise en œuvre de réseau : un élargissement des perspectives en direction de plus de globalité dans l'approche des problèmes de santé, une volonté de « travailler avec », dans une conception non hiérarchique, un changement des pratiques, et une conception plus « citoyenne » du travail sanitaire. Les problèmes d'organisation, de financement, me semblent, à terme, moins fondamentaux que cette véritable conversion des mentalités et des pratiques.

- *L'évaluation périodique et la démarche « qualité »* sont des constituants intrinsèques de la démarche « réseaux ». L'accréditation est évidemment une forme de cette obligation.

Mais il ne faudrait pas, au moment où un nouveau réseau est en quête de reconnaissance et de financement, qu'il soit soumis de la part de l'administration à des exigences, en terme d'évaluation, excessives par rapport à ce qui est demandé aux formes classiques de prises en charge (personnes ou institutions hors réseau), pour qui le laxisme et la facilité sont encore de règle ! Ce serait une façon sournoise, et sûre, de tuer l'innovation.

En définitive, la convergence entre la recherche de qualité et le besoin de réseau n'est pas fortuite, et peut-être peut-on soutenir que le second est une forme organisationnelle (et en particulier « territorialisée ») de la première. L'une et l'autre ont au moins en commun une exigence très forte de partenariat, de coopération, de respect et de reconnaissance du rôle propre à chacun. ■