

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^e 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 ;

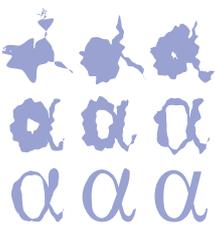
- baisse de la part de l'hôpital au profit de la médecine ambulatoire dans la prise en charge des patients, ce qui remet en cause l'hospitalo-centrisme sur lequel, depuis la réforme Debré, est fondé notre système de soins actuel ;

- 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. ■