

Philippe Chossegros¹

Les propositions de la Coordination Nationale des Réseaux de Santé pour une réforme du système de santé²

Les réseaux (ville-hôpital ou santé-ville) constituent à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté. Compris comme une réponse à la crise du système de santé, ces réseaux, en s'institutionnalisant, risquent de perdre leur dynamisme de convictions partagées.

Le concept même de santé a subi de profonds changements. Pour chaque individu, elle est aujourd'hui le produit de ses constituants génétiques, de ses comportements et de son environnement. Le maintien de ce capital est devenu tout aussi important que sa restauration quand il est entamé. Pour atteindre cet objectif, de nombreux rapports ont insisté sur la nécessité de ne plus dissocier les soins et la santé publique. Cette fusion suppose de profondes

¹Président de la Coordination Nationale des Réseaux de Santé.

²Ces propositions peuvent être débattues dans le blog ouvert sur son site par la CNR : <http://blogs.cnr.asso.fr>.

modifications des représentations et de l'organisation du système de santé et de l'offre de soins en particulier. Elle doit, maintenant, concilier réponses à des demandes individuelles et responsabilité d'une population, inscrivant de ce fait chacun de ses acteurs dans un territoire dont le périmètre dépend de la fonction qu'il y occupe. Ces nouvelles missions et ces nouveaux périmètres imposent aussi une articulation avec les échelons politiques locaux en fonction des problèmes à résoudre et de leurs compétences. Elles doivent aussi tenir compte de l'évolution continue que leur impose et imposera notre entrée dans ce qui devrait être une société de la connaissance. Des espaces de concertation doivent être ouverts, rassemblant les différents acteurs concernés pour créer les relations de confiance nécessaires à leurs collaborations. Leurs compositions, leurs organisations, leurs durées dépendront de la nature des projets et des territoires concernés.

Les réseaux ont été et restent encore une des principales réponses possibles à la crise sans précédent que traverse le système de santé. Différentes études témoignent de cette crise dont, par exemple, le constat d'un tiers environ des professionnels de santé se décrivent surmenés (en *burn-out*). Le besoin d'innover pour la résoudre est unanimement reconnu.

Contrairement à ce que peut laisser croire une rapide observation extérieure, ce n'est pas au niveau de l'organisation, mais bien à celui des relations interpersonnelles et des missions que les réseaux de santé ont été et sont encore source d'innovations positives. Les changements d'organisations sont les produits de ces modifications. C'est ensuite que leur application transforme les problématiques source d'un processus évolutif continu. À l'heure du DMP, le travail d'interfaçage des logiciels informatiques pour leur permettre de communiquer est considéré comme naturel et on oublie que la complexité beaucoup plus grande des individus et des systèmes sociaux nécessite un travail encore plus difficile pour permettre leur intercompréhension. C'est la capacité de ces réseaux, dans une volonté affichée d'aider les acteurs, de prendre en compte la complexité et la diversité des situations rencontrées qui a assuré leur succès avec en contrepartie une difficulté à rendre lisibles leurs actions.

Cette situation a été initialement comprise par les politiques qui ont offert un cadre inhabituellement large à leur déploiement. Cette situation était une vraie innovation dans le sens d'une création qui suppose une destruction de ce qui préexiste pour le remplacer par quelque chose de différent. Cet espace de liberté offert aux acteurs comme aux services déconcentrés a été vécue à la fois comme une source d'opportunités et

une menace. L'implication de 10 à 15 % des médecins dans le Fond d'Amélioration de la Qualité des Soins en Ville (FAQSV) témoigne de la compréhension et de la saisie par les professionnels de cette opportunité. La menace est celle de la remise en cause d'un fonctionnement bureaucratique qui suppose l'existence d'un modèle unique applicable en tout temps et en tout lieu, qu'il suffirait de déployer en l'état pour obtenir le changement désiré. Changement dont l'impact serait de ce fait facilement évaluable. Pour répondre à cette obligation d'assumer des choix (de prendre des risques), obligation nouvelle et angoissante (comme toute innovation), la réaction des institutions a été de s'entourer progressivement de textes de références qui suivant les régions et les personnes qui les utilisaient ont pu servir de référentiels opposables, rigidifiant les positions, recréant la distance traditionnelle entre tutelles et acteurs de terrain. Elle a accentué le vécu arbitraire de leurs décisions, ruinant le fragile climat de confiance qui avait pu parfois s'installer.

Les rapports d'évaluations du FAQSV et de la Dotation Régionale Des Réseaux par Euréval et l'IGAS témoignent de la diversité des interprétations possibles des résultats du déploiement de ces dispositifs.

- Le premier, rédigé par un évaluateur extérieur au dispositif, souligne que bien qu'il existe des faiblesses le dispositif a atteint ses buts. La comparaison à d'autres dispositifs visant à favoriser l'innovation comme l'ANVAR se révèle très favorable.

- À l'opposé, l'IGAS fait un constat d'échec et propose de retrouver la sécurité d'un modèle idéal unique construit par des experts et appliqué par une administration diligente et indépendante. Ses propositions confortent la tendance naturelle observée dans les faits du retour du dispositif à son fonctionnement habituel. On est là devant une évaluation interne du dispositif qui, aveugle à ses présupposés, réagit par sa rigidification. C'est la réponse classique de tout système bureaucratique quand sa logique interne se voit menacée. Le cadre structurel de ces propositions oblige à penser des totalités cohérentes et s'oppose de fait aux innovations. Il se révèle incapable de résoudre les problèmes d'une société dont les transformations sont continues. Ce processus a été parfaitement analysé et critiqué par Michel Crozier dans un classique dont l'actualité reste toujours surprenante 43 ans après sa publication. Il est nécessaire de dépasser ces contradictions et de tirer des leçons de ces expériences. On peut citer la DATAR qui, dans son retour sur l'histoire des plans, souligne, après la période des experts suivie par celle de la réparation de ses dégâts, la nécessité pour l'état de ne plus être le maître

d'ouvrage unique, mais de se situer comme un partenaire. Il est temps d'en prendre acte et d'organiser la possibilité de vraies concertations tenant compte des diversités locales et où les avantages de la proximité puissent être réellement utilisés. Ce constat amène à proposer la création de lieux de rencontre et de réflexion réunissant institutions et acteurs qui ont été ou sont réellement impliqués dans des processus d'innovation parmi lesquels les acteurs des réseaux. Ils devraient à la fois capitaliser les expériences existantes, diffuser leurs résultats comme exemples possibles capables de susciter des vocations, aider les promoteurs dans leurs démarches et être des forces de propositions pour les décideurs institutionnels. Un échelon national pourrait jouer non seulement favoriser la diffusion de ces exemples, mais surtout actualiser et mettre à disposition les données pertinentes de la littérature nationale et internationale concernant les politiques publiques dont, plus particulièrement la santé. Leur foisonnement interdit à quiconque de se l'approprier. Cette réalité se traduit aujourd'hui par un manque de références conceptuelles et d'exemples concrets auxquels acteurs et institutions peuvent se rapporter.

Nous devons réaliser, ce qui est particulièrement difficile du fait de la tradition culturelle française, que les processus de changement s'ils doivent faire l'objet de décisions générales qui en fixent le cadre, supposent aussi et avant tout une transformation des acteurs. Pour utiliser une terminologie anglo-saxonne, il faut harmoniser le top-down qui correspond à notre histoire et à notre culture et le bottom-up qui répond aux exigences d'une société d'individus à la recherche d'appartenances. Les réseaux de santé sont nés spontanément en exprimant et en répondant à cette nécessité. Dans un premier temps le système les a utilisés pour ne pas avoir à changer. Ils limitaient ses tensions internes. L'importance de la crise ne permet plus de limiter leur rôle à une dimension marginale, mais l'innovation qu'ils supposent par son caractère « destructeur » les confronte à de fortes résistances d'un système qui veut se maintenir. Le rapport de l'IGAS en est un des avatars. Il faut pourtant réaliser des réformes. Des propositions concrètes découlent logiquement de l'analyse précédente.

1. Nécessité d'une véritable politique de santé

Conception et affichage explicite (communication sur son sens) d'une politique de santé telle qu'elle est implicitement écrite dans les lois du 4 mars 2002 et août 2004 et exprimée par les recommandations de l'Europe, de l'OCDE et de l'OMS. Elle doit prendre en compte :

- La nécessaire articulation entre santé et soins répondant aux 3 dimensions actuelles de la santé : génétique, comportementale et environnementale.

- Les places respectives de la réponse technique et du lien social. Reconnaître que l'objectif du système de santé ne peut se limiter à des objectifs purement techniques, mais doit aussi aider les gens à vivre.

- La réponse aux problèmes que va soulever à très court terme l'évolution de la démographie des professions de santé (couverture géographique, missions, transferts de compétence).

- L'articulation d'une vision générale et une déclinaison locale répondant aux priorités nationales et aux attentes des acteurs locaux (articulation des territoires construits (représentations) et vécus) ainsi qu'à la réalité des pratiques.

- La nécessité d'une transformation progressive du dispositif s'appuyant sur une production et un partage de connaissances au sein desquels les systèmes d'information dont le DMP pourraient jouer un rôle majeur (santé publique dont épidémiologie, recherche fondamentale, recherche organisationnelle, conceptualisation). Cette production de connaissance, source de richesse quand elle existe, doit d'abord être capitalisée pour être diffusée. Ce qui suppose la capacité des acteurs à conceptualiser et évaluer leurs pratiques. Sa valorisation doit être considérée comme un des principaux moteurs de leur engagement.

2. Construire une culture et des compétences communes

2.1. Au niveau de la formation

- Reconnaître la place des comportements et de leurs gestions (question des droits et devoirs, des limites des espaces publics et privés, de la liberté individuelle au sein des contraintes collectives) dans le capital humain que représente la santé ce qui suppose l'inscription de l'éducation à la santé dans les objectifs généraux de l'éducation (lui donner une place au sein des programmes scolaires).

- Transformer les formations professionnelles initiales et continues prenant en compte la réalité des pratiques avec :

- Une formation donnant leur place aux relations interindividuelles et à l'inscription sociales de la santé et des maladies à côté des connaissances biomédicales.
- La construction de ponts entre secteurs médical et social et utilisation un tronc commun des professions médicales pour faire comprendre et intérioriser la nécessité et la compréhension d'un travail coopératif et ce qu'il suppose : acceptation du regard des autres (confiance), efficacité d'un groupe lié au maillon le plus faible. Participation à la conception des programmes et à leur enseignement de nouveaux acteurs recrutés sur la reconnaissance de leurs savoirs et savoir-faire *ad hoc*.

- La déduction de la proposition précédente des formations à la construction de ses propres outils nécessaires pour réaliser une autoévaluation et à accepter le regard des autres sur ses propres pratiques, ce qui suppose aussi une réflexion sur prise de risque et responsabilité.

- Reconnaître la nécessité d'une formation tout au long de la vie ce qui suppose une définition, une actualisation et une diffusion des connaissances nécessaires à la compréhension et à la réalisation des missions de chacun dans le domaine de la santé et de son articulation avec le secteur social (cultures transversales et spécifiques). La répartition de cette formation doit chercher à être équitable pour ne pas accentuer les inégalités dans les capacités à participer aux prises de décision ce qui suppose une réflexion portant sur la prise en charge de son coût.

2.2. Incitation à des innovations dans les domaines du soin et de la santé

- Le succès (la diffusion) de ces innovations suppose leur appropriation par les différents acteurs (aussi bien usagers que professionnels) impliqués ce qui passe par leur implication dans les différentes étapes de leur réalisation. Cet objectif ne peut être atteint sans une transformation de l'organisation de la chaîne décisionnelle pour y introduire une plus forte implication des acteurs de terrain. Une réflexion sur la place des incitations financières individuelles et collectives comme moteur ou frein de cette évolution doit être engagée.

- Réalisation de concertations locales (diagnostics d'opportunité) auxquelles participent les différents acteurs concernés en fonction des situations (territoires), de leurs compétences et de leurs pertinences plus que de leurs fonctions (Structures déconcentrées, assurance-maladie, politiques, professionnels libéraux et salariés de la santé et du social, malades/usagers) en partant des besoins ressentis (mobilisation initiale) pour aborder ensuite les priorités déclinées aux niveaux national ou régional. Des modalités de consultation nouvelles doivent être expérimentées (jurys citoyens par exemple). La mobilisation (elle sera progressive si ces concertations réussissent) et la confiance induites par ces processus doivent servir de base à l'élaboration de nouvelles organisations des acteurs de santé au sein de réseaux à points de départ territoriaux qui ne relèveraient pas uniquement de la DRDR. C'est la capitalisation de ces expériences qui doit servir de base à une politique régionale de santé contrairement aux organisations descendantes actuellement mise en place qui sont le jeu de rapport de forces entre représentations diverses très loin des réalités locales privilégiant les intérêts corporatistes. C'est à cette échelle que des mesures de la

qualité et du coût des services proposés prendront toute leur importance dans le cadre de recherches actions qui chercheront à engager une large participation des acteurs.

- Au niveau libéral, favoriser l'implication des acteurs de santé dans la compréhension et la transformation de leurs territoires de santé en finançant un temps de santé publique (salaire partagé entre santé et commune, département ou région suivant l'échelle du territoire concerné) pour participer à la réflexion et à l'organisation de la santé dans le territoire sur lequel ils sont installés (articulations avec le social (réseaux de proximité) et avec les filières de soins (réseaux par pathologies).

- Au niveau hospitalier:

- Organiser des formations « interactives » des chefs de service (de l'ensemble des PH si c'est possible) au moins au moment de leur nomination leur donnant des compétences managériales et une compréhension de leurs missions (gestion et organisation de l'offre d'un service, d'un PAM tenant compte du ou des territoires de santé qu'ils desservent, articulation d'une filière par pathologie avec les réseaux territoriaux). Ouvrir la possibilité de temps communs partagés avec les cadres para-médicaux et administratifs qui pourraient aussi bénéficier de formations de ce type. Ces séminaires pourraient être envisagés comme des espaces interactifs sources potentielles de propositions innovantes.
- Valoriser les activités de « santé publique » au sens large des professionnels médicaux et paramédicaux (activité réseaux, innovation organisationnelle y compris à l'intérieur des établissements) en les prenant en compte dans les profils de poste et leurs plans de carrière.

- Réunir santé publique et soins dans l'esprit des professionnels en créant et en valorisant des compétences transversales:

- À côté des différentes représentations, reconnaître la particularité des réseaux de santé et de ce fait leur donner une place au sein du débat démocratique avec la création de regroupements régionaux de réseaux de santé. Ils offriront la possibilité de confronter les expériences en organisation innovantes dans le domaine de la santé (filières et réseaux) pour les capitaliser et organiser une nouvelle santé publique répondant aux aspirations locales et aux demandes nationales. Ces regroupements joueraient le rôle de forces de propositions au sein des différentes instances décisionnelles régionales (autres espaces de concertation démocratique). Ils viendraient en appoint à la

réflexion nationale conduite à la CNR et l'enrichirait. Cette création aurait aussi l'intérêt de rendre visible le sens du changement d'organisation décidé politiquement en le concrétisant.

- Incitation à rassembler au sein des sociétés savantes les recherches allant du fondamental à la santé publique (y compris santé environnementale et santé au travail) en passant par la recherche clinique ce qui n'est pas le cas le plus souvent et valoriser ces contributions dans les profils de carrière. Inciter et financer des études permettant de mieux connaître l'état et l'évolution de la santé (et des maladies) des populations en tenant compte de l'offre de soin et de son environnement. Reconnaître la nécessité de disposer de moyens suffisants pour réaliser ce type d'études.

2.3. Cette réforme impose de transformer les pilotages régionaux de la santé et du soin :

- Accepter l'idée qu'il n'existe plus de position neutre d'où des décisions pourraient être prises sans concertation, valides pour tous et donc imposables à tous. L'administration et ses représentants au même titre que les autres acteurs est « intéressée » aux résultats et doit être considérée comme « un » des participants aux prises de décisions comme dans les autres secteurs de la société. Une démocratie moderne ne peut plus se passer de contre-pouvoirs. Cet infléchissement devrait être pris en compte au niveau de l'enseignement délivré par la HESP de Rennes comme des autres écoles de l'administration.

- Affirmer le rôle « politique » des postes de direction régionale avec une nomination à la tête des Agences Régionales de Santé sur des compétences et non seulement sur une ancienneté ou des diplômes. Compétences ouvertes à l'innovation et à la concertation, envisageant la pluralité comme favorable plutôt que nuisible aux orientations efficaces de cette innovation. Ces choix seront les garants d'une évolution d'un dispositif dont le conservatisme nous amène dans une situation critique.

- Au niveau de ces ARS, comme au niveau national, organiser des espaces où puisse avoir lieu un réel débat démocratique auquel participent politiques, professionnels de santé et représentants de la société civile (nécessité d'un partage de leur pouvoir par les structures déconcentrées qui aujourd'hui ne peuvent plus être les seuls décideurs) en tenant compte pour les compositions de ces groupes de travail des problématiques et des territoires concernés (envisager un défraiement des acteurs qui ne peuvent pas prendre ce temps sur leur temps de travail). Leurs décisions devront concilier orientations nationales et besoins locaux. Création d'une instance de recours possible garantissant la prise en compte du contenu de ces débats.