



Accueil > Entretiens > Schweyer François-Xavier

## ENTRETIENS

### RÉSEAUX DE SANTÉ : VERS UNE ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SOINS DE PROXIMITÉ

**Schweyer François-Xavier**

mai 2010, par serge cannasse

*Réseaux et maisons de santé pluridisciplinaires sont des "expérimentations" pour répondre à l'enjeu fondamental de l'organisation des soins. Changer celle-ci implique la reconnaissance par chacun des compétences des autres, un fonctionnement inter professionnel fondé sur la confiance entre personnes et la prise en compte des spécificités locales. Il n'est pas certain que la centralisation promue par la nouvelle loi HPST le favorise.*

Sociologue et professeur à l'EHESP (École des Hautes Études en santé publique) et chercheur à l'ERIS (Équipe de recherche sur les inégalités sociales - Centre Maurice Halbwachs), François-Xavier Schweyer a co-dirigé le livre "Singuliers généralistes - Sociologie de la médecine générale" (Presses de l'EHESP, 2010). L'entretien qui suit a été réalisé à partir du chapitre sur les réseaux de santé, dont il est l'auteur.

#### Après avoir été l'objet d'un engouement très fort, les réseaux de santé ne semblent plus à la mode. Comment l'expliquez vous ?

En leur donnant une définition officielle, la loi du 4 mars 2002 a inauguré un temps de volontarisme politique fort : pendant 4 à 5 ans, les budgets ont quasiment doublé chaque année. Pour les pouvoirs publics, ce fût une période d'apprentissage : l'action publique avait besoin des expérimentations des professionnels de terrain pour se construire. La définition légale était d'ailleurs délibérément large : il ne sert à rien de trop préciser quelque chose qui émerge. Il faut souligner ce côté pragmatique, qui est rare dans nos lois.

Puis il y a eu un plafonnement des budgets régionaux, et l'idée que les réseaux n'avaient pas fait la preuve de leur efficacité médico-économique. Les financements ont été difficiles à obtenir pour les nouveaux projets, et même impossible là où les enveloppes régionales étaient saturées. Mais les réseaux existants avaient apporté aux professionnels impliqués (coordination, dérogations, forfaits, etc) qui, pour les conserver, ont dû se plier aux règles de l'évaluation et aux objectifs contractualisés. Aujourd'hui, on continue à financer les premiers réseaux, qui ne sont pas toujours les meilleurs, et il y a une file d'attente importante pour les nouveaux projets, dont certains sont bons et dont les promoteurs pourraient se décourager.

#### Les professionnels impliqués ont le sentiment d'avoir inventé les réseaux bien avant la loi de 2002.

Quand le SIDA est apparu, la mobilisation de certains a été très forte, pour pallier aux insuffisances criantes du système de soins, avec en particulier les conséquences désastreuses des cloisonnements sanitaires et sociaux. Ils se sont emparés de la forme « réseau », mais elle existait depuis longtemps. On peut presque dire que les dispositifs de lutte contre la tuberculose en ont été le premier modèle, avec l'idée de la gradation des soins (aujourd'hui, on parlerait de filière de soins) et de la mobilisation des institutions.

L'évolution des mentalités se fait dans le long terme. Si on ne connaît pas l'histoire, on a l'impression d'inventer, mais il est rare qu'on invente quelque chose de réellement nouveau. Les réseaux étaient dans l'air du temps. Le mot réseau est très polysémique. En sociologie aussi, nous avons plusieurs théories des réseaux. Les mots-valises sont fréquents dans le champ de la santé, comme réseaux, maisons de santé, pôles de santé, etc. La fréquence de l'usage se conjugue avec le flou du contenu.

#### Est-ce pour « faire des économies » que les financements sont gelés ?

Je ne crois pas. Le budget des réseaux, c'est peu, quelques millièmes du budget santé d'une région. Je crois qu'au niveau national, les pouvoirs publics n'y croient plus, bien que, paradoxalement, tous les plans et programmes fassent jonction aux établissements de santé d'y adhérer... C'est plutôt une volonté de contrôle. Or un réseau fonctionne quand ce sont ses acteurs qui en ont l'initiative et en créent les configurations locales ou régionales. Le niveau central ne le supporte pas ou ne leur fait pas confiance.



- > Humeurs
- > **Entretiens**
- > Déterminants de santé
- > Problèmes de santé
- > Organisation des soins
- > Professionnels de santé
- > Economie de la santé
- > International
- > Transversales
- > Société
- > Images
- > Portail
- > Initiatives
- > Bonheur du jour

Articles-Faits & données classés/mois

- > Proposer un article
- > S'inscrire à la newsletter
- > Mots clés
- > Emploi
- > Liens
- > Contact

## ENTRETIENS

Tous les entretiens classés/noms

## PARTENAIRES :



## CARNETS DE SANTÉ SOUTIENT :



## CARNETS DE SANTÉ EST CERTIFIÉ :



Nous adhérons aux principes de la charte HONcode. Vérifiez ici.

### **D'où vient cette méfiance ?**

D'une part, c'est l'échelon central de la Sécurité sociale qui négocie la convention avec la profession médicale. Or ce sont les URCAM (Unions régionales des Caisses d'assurance maladie), au niveau régional, qui ont piloté les réseaux. D'autre part, la prise de contrôle qui paraît inéluctable de l'État sur le secteur de la santé renforce la tradition centralisatrice, et les ARS (Agences régionales de santé) ne semblent pas devoir contredire cette tendance. Alors que les régions ne se ressemblent pas ; leurs mentalités, leurs traditions de coopération, leurs acteurs sont différents.

### **Ayant absorbé les URCAM, les ARS ne vont-elles pas permettre une adaptation régionale ?**

Je crains qu'elles pilotent en appliquant une règle édictée par Paris, la même pour tout le monde. Cela aurait pu être différent. Au moment de la préparation de la loi HPST (Hopital Patients Santé Territoires, qui a créé les ARS - note de CdS), il y avait deux grandes hypothèses : ou faire des ARS des sortes de secrétariat d'État régionaux à la santé, ou nommer des superpréfets sanitaires. C'est la deuxième voie qui a été choisie. Pour être tout à fait clair, je pense que cela tient à un style de gouvernement où tout arbitrage se fait au plus haut niveau.

### **Le discrédit des réseaux ne tient-il pas aussi à la difficulté technique de les évaluer ?**

Le cahier des charges de l'évaluation est tellement complet qu'il est inapplicable. C'est typiquement français : on crée une discipline, l'évaluation, au lieu de construire des outils pragmatiques. Aujourd'hui, l'accent est mis sur l'évaluation médico-économique.

Il est tout à fait possible d'évaluer en choisissant quelques indicateurs adaptés. En Bretagne, nous avons mis en place un système où les évaluateurs se rendent sur place. C'est très important : ils rencontrent les professionnels, qui du coup se sentent considérés, et ils découvrent la vraie vie, avec tout ce qui n'est pas prévu par le cahier des charges. Il y a des allers-retours entre évaluateurs et professionnels. Ce n'est pas parfait, mais ça fonctionne plutôt bien. Les gens n'ont pas l'habitude de l'évaluation, il faut des traducteurs pour expliquer des choses qui peuvent paraître simples, mais qui sont souvent source de malentendus. Les réseaux adossés à des établissements de santé bénéficient souvent de relais connaissant les mots administratifs. Inversement, si vous voulez énerver tout le monde, envoyez un document administratif avec demande impérative de réponse dans les quinze jours ...

Les réseaux sont des outils d'apprentissage, d'expérimentation. Ils doivent s'adapter à des configurations locales. Si un territoire manque de neurologues, un réseau Alzheimer peut avoir besoin de dérogations pour que des psychologues puissent faire des consultations mémoire, par exemple. Je ne vois pas comment évaluer à partir de critères uniques et centralisés, sans concertation ni travail en commun.

### **Le rapport de l'IGAS de 2006 sur les réseaux mentionnait l'insuffisance de l'accompagnement par les pouvoirs publics.**

Cette notion n'appartient pas à la culture administrative. Ni à celle des libéraux d'ailleurs. Et si on n'y pense pas, c'est aussi que personne ne sait faire. Accompagner les libéraux n'est le métier de personne, pour les réseaux comme pour les maisons de santé. Recruter des consultants ne semble pas une solution : d'une part, il n'y a pas de label pour garantir leur efficacité, d'autre part, les cabinets en concurrence cachent leurs méthodes. Or il y a besoin d'une mise en commun et de capitalisation d'expérience, parce que nous sommes encore dans une période d'apprentissage par essais et erreurs. Il faudrait sans doute aussi inventer le métier d'ingénieur de la santé.

### **Est-ce que cela explique le faible succès des réseaux envers les professionnels libéraux ?**

Pour les médecins, la valeur ajoutée des réseaux est très peu visible tant qu'ils ne s'y sont pas engagés. Les réseaux sont multiples, ils font perdre du temps, ils imposent une interdépendance, qui paraît aller contre l'autonomie professionnelle, et une évaluation, ce que les médecins supportent très mal, etc. Et puis, tous ne fonctionnent pas au mieux ... Le blocage des financements a de toute façon empêché que les expérimentations s'étendent.

Les réseaux, comme les maisons de santé, sont d'abord des communautés de professionnels. Cela veut dire qu'ils fonctionnent sur l'affinité et la confiance entre personnes, qu'il faut construire. Ça prend du temps (ce qui va contre la volonté des élus ou d'autres, d'aller vite) et surtout, le travail organisé oblige à accepter et à surmonter la confrontation, qui n'est pas le conflit : c'est le fait de ne pas être d'accord et d'en discuter. Ça n'est pas du tout dans la culture spontanée du milieu médical, qui est plutôt dans l'évitement.

Il faut aussi avoir des compétences organisationnelles : comment conduire une réunion, en rendre compte, évaluer, etc. Ce qui nécessite de faire appel à d'autres spécialités universitaires, à d'autres professionnels de santé, ce qu'on n'apprend pas pendant les études de médecine, où les médecins enseignent aux médecins.



Les réseaux supposent aussi une approche de santé publique. En France, la priorité est donnée au curatif et au colloque singulier, avec une hiérarchisation symbolique très forte entre prescripteurs et paramédicaux. Les réseaux imposent une organisation beaucoup plus horizontale, donc une autre vision des rapports de travail : par exemple, accepter qu'une infirmière puisse faire aussi bien qu'un médecin pour coordonner des soins. Ça coûte moins cher : sur un budget moyen de 200 000 euros par an et par réseau, le médecin coordinateur coûte 105 000 euros ! L'enjeu fondamental, aussi bien pour la démographie médicale que pour la qualité des soins, c'est la conversion progressive des professionnels à une nouvelle organisation des soins, où les compétences de chacun sont respectées. Les réseaux en sont un des moyens.

**Réseaux, maisons et pôles de santé sont présentés comme une façon de soulager ce que vous appelez la charge mentale des médecins.**

Elle a deux dimensions. D'une part, celle décrite par les ergonomes est due au travail éclaté, qu'on observe tout particulièrement chez les généralistes : le fait d'être constamment mobilisé sur plusieurs théâtres d'opérations à la fois, comme être en consultation tout en répondant au téléphone, passer du temps à essayer d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste, etc. C'est très usant et biaise complètement la perception du temps de travail : la plupart des généralistes ne travaillent pas plus que les cadres supérieurs (52-53 heures en moyenne !), mais ils ont l'impression d'en faire beaucoup plus.

D'autre part, les généralistes de proximité sont victimes d'une espèce de dissonance entre la conception du métier de médecin qu'ils ont apprise à l'université et la réalité de leur travail, qui comporte toute une partie qui ne relève pas du curatif : administration, coordination, etc. Elle est vécue comme indue, alors que la qualité des soins passe aussi par elle, pour que les gens soient bien pris en charge. A cela s'ajoute leur ethos du faire face : ils considèrent qu'ils doivent et peuvent tout faire tout seuls, alors qu'une partie de leur travail pourrait être fait par d'autres. C'est aussi un problème, très français, d'organisation des soins, qui est l'impensé, la boîte noire des professionnels de santé. Pour eux, l'organisation, c'est d'abord le travail prescrit et la délégation, alors que la division du travail est sans doute la question essentielle.

C'est pour cela que changer la formation va de pair avec changer l'organisation des soins, qui actuellement n'est pas conçue autour de la médecine générale et n'est pas favorable à l'exercice de proximité. On en demande trop aux médecins. Ils se font piéger par la position flatteuse d'être les interlocuteurs privilégiés de l'État pour la santé. Ils se retrouvent en position de chefs d'orchestre pour une œuvre qu'ils n'ont pas les moyens de faire. Plus généralement, ils sont dans ce que des sociologues étudiant les entreprises en restructuration ont appelé l'angoisse du présent : ils savent que les réformes sont inéluctables et en même temps, ils ne savent pas où ils vont.

Les temps sont durs pour eux, d'autant que, pour les libéraux surtout, ils n'ont que peu de collectifs de travail pour les épauler, les conforter, les soutenir. Leurs représentants traduisent ce malaise par une rhétorique sur les revenus. Mais ce n'est pas dans ce registre que ça se passe. A l'opposé il serait trop facile de répliquer qu'ils gagnent bien leur vie et qu'il ne faut pas les plaindre. Ce serait passer à côté d'une réalité très profonde.

**Les médecins sont mal représentés ?**

En tout cas, il y a une crise de la représentation : la désyndicalisation est très forte et les URML sont plutôt méconnues, voire discréditées, ce que montrent bien les enquêtes. L'absence d'interlocuteurs ancrés et stables est d'ailleurs un problème pour les pouvoirs publics : la surenchère et l'instabilité de leurs partenaires rend toute réforme de long terme très difficile.


**La loi HPST permettra-t-elle une amélioration de l'organisation des soins de proximité ?**

Elle ouvre sur quelque chose d'intéressant : tous les hôpitaux ont la possibilité de recruter des médecins libéraux à temps partiel ou en vacations, comme autrefois les hôpitaux locaux. Cela signifie pour les libéraux un accès à un plateau technique et à une équipe, dans l'esprit des « maison de santé pluridisciplinaire » à promouvoir. Cela permettrait de dépasser la dichotomie « installation en libéral ou praticien hospitalier salarié », ce qui est actuellement le cas : un généraliste sur deux n'exerce pas en libéral. Avec de nombreux avantages : une rémunération mixte, un travail plus varié, un antidote à l'usure, etc.

*Cet entretien est d'abord paru, sous une forme abrégée, dans le numéro 840 du 19 avril 2010 de la Revue du praticien médecine générale.*

 **Mots clés liés à cet article**

médecin généraliste réseaux partenariats interprofessionnels agences de santé gouvernance soins primaires (de premier recours)

 **Envoyer un commentaire** retour haut de page