

## LE POINT DE VUE DES ACTEURS.

### INDICATEURS ET PLUS-VALUE DES RESEAUX DE SANTE

Dr Dominique BLET, médecin coordinateur.  
Réseau Ouest Audois Douleur et Soins Palliatifs  
Polyclinique Montréal, Route de Bram, 11890 Carcassonne Cedex.  
Tel. : 04 68 11 18 88  
E-mail : [dblet@wanadoo.fr](mailto:dblet@wanadoo.fr)

#### 1. Introduction

Un des ateliers du congrès annuel de la SFAP en juin 2007 était consacré à la vie des réseaux de santé de soins palliatifs et j'ai eu le plaisir d'y participer à côté de Régis Aubry qui présentait certains aspects des réseaux sous l'angle de leur participation au système de santé publique. J'avais moi-même à faire état de leur plus-value. C'est sur cette question que je vais revenir, non pour la définir, mais pour en montrer la dimension politique, c'est-à-dire pour inscrire la plus-value des réseaux de soins palliatifs dans une politique de santé publique.

Il y a quelques années, un des rédacteurs des Lois de Financement de la Sécurité Sociale, nous garantissait un avenir certain pour les réseaux de santé encore appelés à cette époque réseaux de soins. Plus récemment on pouvait lire dans le JO Sénat du 23/11/2006 la réponse de Mr Xavier Bertrand, ministre de la santé, à une question posée par Mme Jacqueline Alquier : « *Les réseaux de santé constituent un enjeu fort de santé publique en termes d'amélioration de la sécurité des soins, de la qualité des prises en charge, de responsabilisation des professionnels et de l'usager et d'optimisation des ressources de l'assurance maladie. Tous les grands plans de santé publique des cinq dernières années comportent un volet sur l'organisation des coordinations et des complémentarités en réseau.* » Il semble que cet enjeu fort ou plus précisément la force de cet enjeu réside à la fois dans la qualité des actions qu'ils mettent en œuvre et dans la plus-value que ces réseaux dégagent pour le système de santé publique.

Avant de poursuivre, il nous faut revenir sur quelques définitions afin de mieux appréhender ce dont il est question.

La valeur d'un produit ou d'une organisation tient à ses qualités intrinsèques mais également à la valeur d'usage qui lui est prêtée. La valeur d'usage correspond à l'utilité d'un produit ou d'un service aux yeux d'un individu, en fonction du bénéfice potentiel qu'il peut espérer en retirer. Disons que la valeur actuelle d'un réseau tient autant à sa valeur intrinsèque qu'aux bénéfices que des tiers peuvent en attendre. Ces tiers sont : les professionnels de santé qui s'y inscrivent, les usagers qui consentent à y être pris en charge, les financeurs et les tutelles qui attendent d'en retirer un bénéfice. Mais les réseaux ne sont pas comme les hôpitaux des organisations suffisamment établies pour que l'on en connaisse déjà bien les contours. Ils sont en observation. Celle-ci est réalisée sous la forme d'évaluations externes. Mais en réalité une évaluation externe comporte plusieurs volets aux fonctions à la fois différentes et complémentaires :

- Une fonction de contrôle qui garantit au financeur que les sommes versées sont bien employées.
- Une fonction d'évaluation proprement dite qui permet au réseau de se situer par rapport à ses objectifs, de prétendre à d'autres missions sous certaines conditions, enfin de repérer des difficultés et autres obstacles que seul un tiers extérieur au fonctionnement peut envisager et analyser.
- Une fonction d'analyse de la plus-value sur laquelle nous reviendrons.

## 2. La plus-value

**La plus-value définit un effet qui survient de surcroît et ne dépend pas uniquement des acteurs directement impliqués.**

Un exemple de plus-value tiré du monde animal est particulièrement éloquent : les abeilles en butinant produisent le miel destiné à nourrir la ruche. Le miel représente la valeur de leur travail en tant que citoyenne de la ruche. Par quelques artifices dont les apiculteurs ont le secret, elles produisent une quantité de miel supérieure à leur besoin dont l'excédent peut être vendu par l'apiculteur. Cet excédent constitue une plus-value à la production intrinsèque de miel. Mais la plus-value ne se limite pas à cela ! En butinant les abeilles pollinisent les végétaux sur lesquels elles se rendent et contribuent à la dissémination de l'information génétique. Ces deux dernières activités rapporteraient aux seuls USA une somme estimée à 50 milliards de dollars par an.

Un autre exemple nous concerne directement : il est du rôle de chaque médecin de soulager son patient de sa douleur et de ses symptômes. Mais lorsqu'un médecin exerce au sein d'un réseau, il est aidé par des pairs dont la pratique dans le domaine de la douleur est plus étendue que la sienne et qui pourront l'assister dans sa prescription. Ainsi, le travail en réseau permet de mieux soulager le malade de ses douleurs et d'autres symptômes. C'est l'effet direct du travail en réseau. Mais, du fait de son inscription dans un réseau de santé ce médecin acquiert une meilleure pratique de l'antalgie et une grille d'analyse de la douleur qu'il pourra reproduire pour d'autres patients qui ne justifieront pas nécessairement d'une prise en charge en réseau. Ceci constitue l'une des plus-values du travail en réseau.

**La plus-value constitue une externalité aux actions menées directement dans le cadre du travail en réseau.**

En répondant à leur objet, qui est de « *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires* » (article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique), les réseaux montrent la qualité de leur mise en œuvre mais ils dégagent en outre, et de surcroît, une plus-value pour le système de santé.

Au premier bénéfice qui s'adresse aux personnes directement concernées s'ajoutent d'autres effets qui s'inscrivent dans la durée et pour d'autres usagers. C'est la somme de ces autres bénéfices que nous retiendrons comme plus-value d'un réseau de soins palliatifs.

Parmi ces bénéfices citons :

- Une amélioration de la qualité des soins pour tous les patients pris en charge par un professionnel membre d'un réseau.
- Une amélioration de la formation des professionnels non seulement pour les thèmes abordés par le réseau mais au titre que l'élargissement des connaissances stimule l'envie de savoir plus.
- Une amélioration des pratiques professionnelles dans leur ensemble, au titre que l'analyse des pratiques sur un thème donné persiste comme schéma de pensée pour les autres pratiques.
- Une amélioration du système de santé considéré comme un ensemble d'éléments qui améliorent individuellement leur pratique.
- Une garantie pour une certaine équité territoriale puisque l'éloignement d'un grand centre universitaire n'est plus un obstacle ni pour l'accès aux soins ni pour une prise en charge de qualité.
- Une impulsion permanente pour une démarche qualité et pour l'évaluation des pratiques.
- Une garantie pour que les acteurs de terrain s'ouvrent à d'autres espaces de la santé et en fassent bénéficier tous leurs patients.
- Une garantie pour une meilleure continuité des soins qui concerne l'ensemble des patients.
- Une garantie de réflexion en éthique clinique difficile pour un professionnel libéral en dehors d'un travail en réseau.

- Une économie si tant est qu'à coût égal, on fait mieux ce que l'on fait de manière coordonnée.

D'autres bénéfiques de l'ordre de l'externalité ne figurent pas dans cette liste dans la mesure où il s'agit d'effets à plus long terme ou pour lesquels nous ne disposons pas d'outils pour les évaluer sur une échelle de temps et d'espace suffisante. Citons en quelques uns plus spécifiques des réseaux de soins palliatifs :

- Réduction du nombre des deuils compliqués ou pathologiques.
- Réduction du nombre des rechutes dépressives aux dates anniversaires d'un décès.
- Diffusion de la culture palliative auprès du grand public et modifications du rapport social à la mort. .

Enfin, d'autres effets sont encore plus difficiles à évaluer tel que l'évolution du système de santé pris dans son ensemble. Celle-ci repose essentiellement sur la créativité des acteurs, corrélée à leur liberté d'action, à la mise en valeur de leur singularité tel que cela a été voulu par les tutelles aux premières heures des réseaux.

### 3. Problématique et conclusion

Ne nous méprenons pas, il n'est pas seulement attendu des réseaux qu'ils répondent à leurs missions mais aussi qu'ils dégagent une plus-value. Pour les réseaux de santé, la plus-value n'est pas contingente, accessoire, elle est attendue, voire obligée. Cette obligation n'est pas nécessairement posée comme telle, il existe un non-dit.

La difficulté pour les acteurs d'un réseau est double : s'attacher à remplir leur mission et découvrir ce que l'on attend d'eux. Il s'agit bien de découvrir, supputer ou encore d'imaginer. Car, une fois les missions remplies, celles qui font la valeur de leur réseau, il s'agit aussi de produire autre chose, à savoir une plus-value, mais laquelle ?

Une plus-value s'inscrit en toute logique dans la droite ligne de la valeur indexée, à savoir pour un réseau : « *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires* » (article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique) mais, déjà la réponse du ministre sus citée ajoute d'autres missions :

- *Amélioration de la sécurité des soins,*
- *Responsabilisation des professionnels et de l'usager*
- *Optimisation des ressources de l'assurance maladie.*

Ces attendus ne nous étonnent pas. Nous aurions pu les inscrire dans la liste des bénéfiques.

**La première difficulté réside dans le non-dit qui plane autour des réseaux**, si tant est que tout cela n'est pas encore posé en concertation entre les acteurs de réseau, leurs financeurs, les tutelles.

Il est donc nécessaire que la notion de plus-value générée par les réseaux de santé de soins palliatifs soit dépouillée de ses non-dits et qu'une discussion soit engagée avec les tutelles pour en cerner les contours.

Il faut en effet que l'on sache si un bon réseau est :

- Celui qui réussit à obtenir un maximum de prestations pour un malade donné.
- Celui qui réussit à offrir une qualité de vie au retour à domicile avec un minimum de prestations ?
- Celui qui atténue le pretium mortis<sup>1</sup>, mais alors l'évaluation des seuls frais médicaux est trop restrictive.

<sup>1</sup> Pretium mortis : par analogie au pretium doloris accordé à une victime, le pretium mortis est accordé en dédommagement aux restants après une mort accidentelle. La notion de pretium mortis pose que l'on peut évaluer la perte d'un malade en termes financiers. Il fournirait une base de calcul pour les morts non accidentelles, celles qui concernent les patients pris en charge dans un réseau de soins palliatifs.

En outre un réseau de soins palliatifs est plus à situer dans le champ social que médical si tant est que les prestations médicales sont déjà apportées par les acteurs libéraux.

**La deuxième difficulté qui se présente est qui me semble être la plus grave** peut être illustrée encore une fois par l'histoire des abeilles : depuis 1971 la moitié des abeilles ont disparu progressivement des Etats-Unis. En 2007, leur disparition atteint un pic alarmant, menaçant la pollinisation de plusieurs cultures maraîchères. L'impact économique de cette disparition est estimé à environ quinze milliards de dollars par an aux États-Unis.

Si l'on mesure aisément la plus-value tirée immédiatement du travail des abeilles (la vente du miel) on ne mesure qu'après coup, et d'une manière inattendue, la plus-value globale, lorsqu'elle vient à faire défaut.

Nous l'avons déjà dit, la plus-value des réseaux tient en partie à leur liberté d'action et à la mise en valeur de leur singularité. Si l'on en venait à contraindre les réseaux dans un référentiel trop étroit, si la créativité de leurs acteurs ne pouvait plus s'exprimer sous l'effet d'une normalisation trop poussée ou de carcans restrictifs, la plus-value globale dont bénéficie le système de santé et qu'avaient pressentie les promoteurs du système, viendrait à disparaître.

\*\*\*