

ARTICULATION

MEDECINE AMBULATOIRE ET MEDECINE HOSPITALIERE

Table ronde : Faire évoluer le système pour renforcer la coopération ville-hôpital

Par le Docteur Emile OLAYA²
Médecin Généraliste à Annonay (07)
Secrétaire Général de l'URML-RA



Le constat des déficits d'échange, de communication, d'articulation entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière n'est que trop facile à dresser. Il est fort heureusement en demi-teinte et l'initiative individuelle des praticiens de part et d'autre vient mettre, sous des formes extrêmement variées, du lien entre les différents acteurs du système de santé.

Disons-le tout net, le fossé entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière est surtout ressenti par la médecine générale. L'hyper spécialisation l'a longtemps reléguée au rôle d'effecteur de seconde zone même si le langage politiquement correct en affirme la position centrale dans l'organisation des soins. Dire que le médecin généraliste est le pivot, cela peut vouloir dire aussi qu'on tourne autour et pas avec ! Par la nature même de sa forme d'exercice en France, contrairement aux autres disciplines dont beaucoup s'exercent en établissement de soins ou de façon mixte, la médecine générale est totalement hors les murs de ces établissements.

Un « génial bricolage pour combler un fossé. Depuis toujours et peut être de plus en plus souvent, médecins hospitaliers et généralistes mettent en place des dispositifs destinés à combler le fossé que creusent les contraintes organisationnelles de part et d'autre. Le plus souvent cela relève d'une sorte de « génial bricolage ». Ce mode de réponse aux problèmes rencontrés trouve sa limite en reposant sur le seul dynamisme de quelques uns et dans l'insuffisance de moyens matériels et humains

Des structures de coopération expérimentales à perpétuité. Les Pouvoirs Publics et les principales institutions à caractère médical et social ont tenté depuis des dizaines d'années de concevoir des structures de coopération entre les deux pôles de santé.

On voit bien que la Loi, les textes réglementaires tentent d'apporter de la coordination dans des domaines tels que la permanence des soins. Cependant, la méconnaissance trop criante du contexte d'exercice sur le terrain et la priorisation des dimensions économiques produisent des effets inverses à ceux recherchés comme l'a démontré le re-découpage des secteurs de garde.

La liste des modes d'organisation en réseau financés, est très longue. Il est cependant évident qu'ils ne peuvent représenter sous cette forme la réponse univoque au besoin d'articulation entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière. La complexité de montage des projets est telle qu'elle exclut de fait que l'initiative vienne de la médecine ambulatoire. Nous voyons bien les limites de ces systèmes, dont la marque de non universalité est indiquée par la qualification de « pilote » ou « expérimental » et souvent marquée du handicap de la non pérennisation des financements. Le seul fait qu'aucun des modes d'organisation n'ait été largement étendu et encore moins généralisé en marque les bornes.

Pour autant par la Loi, l'Etat peut-il impulser une autre organisation que celle que parfois (souvent ?) par manque de prospective il a laissé s'installer ? La Loi HPST créant un SROS ambulatoire à côté ou avec le SROSS hospitalier pourrait laisser penser qu'il y a là l'outil universel attendu. Pourtant le Ministre, elle-même, soulignait en septembre 2008 « *que l'histoire ne serait pas changée par la Loi (...) et que le SROS ambulatoire procéderait d'un processus indicatif et contractuel* ». Voire ! Mais il n'en reste pas moins vrai que si la Loi propose un cadre général de gestion du système de santé, si les dispositifs tentent ou prétendent vouloir proposer les

moyens d'une articulation de la médecine ambulatoire et hospitalière, rien à l'évidence ainsi que l'histoire le démontre tant en France que dans les pays similaires, ne saurait se faire sans les acteurs eux-mêmes.

« Filiarisation » de la santé ou articulation ? On peut alors se demander si l'origine du malaise ressenti par la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière n'est pas tout simplement la conséquence du concept de « *filiarisation* » et non d'articulation qui a prévalu dans l'organisation des soins.

« *Filiariser* » un système cela sous-tend, qu'on le veuille ou non, une hiérarchisation qui tôt ou tard, quelle que soit la bonne volonté de chacun, apparaîtra. Cela conduit à ce que chaque acteur réalise sa tâche dans son domaine, trop entravé par ses propres contraintes organisationnelles pour se préoccuper de celles des autres. Chacun dans un tel système remplit sa mission et n'a besoin de s'intéresser à la façon dont les autres effecteurs accomplissent la leur que dans la mesure où son propre exercice est immédiatement concerné. « *Filiariser* » un système lui donne peut être, dans un premier temps du moins, une certaine efficacité, une certaine rentabilité mais il conduit à une surdi-cécité collective.

Articuler des différents pôles d'un système de soins suppose que tous les acteurs y exercent à égalité de responsabilité et de reconnaissance mutuelle. Tel n'est pas le cas aujourd'hui, en particulier en ce qui concerne la médecine générale dans l'organisation de l'offre de soins où elle tient plus lieu de variable d'ajustement que de partenaire à part entière. Et ce n'est pas la tentative actuelle d'en définir les contours qui peut être de nature à mieux assurer son rôle. Malheureusement, dans ce domaine de la prospective en matière d'organisation des soins, les professionnels de santé n'ont que peu de prise.

Etre acteurs des évolutions en cours. A moins d'une vaste révolution culturelle dans le domaine de l'organisation du système de santé, l'expérience de ces vingt cinq dernières années nous enseigne que, sans vouloir être provocateur à outrance, le mieux que l'on puisse attendre de l'Etat est qu'il accompagne les actions individuelles sans les handicaper en les alourdissant administrativement. On peut observer que les réalisations les plus réussies d'articulation entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière associant les patients, sont venues des acteurs eux-mêmes, que ces réalisations soient issues de ce j'ai appelé « le génial bricolage » ou des réseaux de soins. Plus l'initiative locale a été forte et moins le poids administratif a été réduit et plus grand a été le succès. Ainsi, si l'on attend des réformes en cours qu'elles contribuent à redonner du lien entre les différents pôles de la santé, faute de revenir sur le concept de « *filiarisation* » qui montre ses limites, peut être faut il simplement inciter professionnels de santé et patients à être acteurs de leur destin sans tout attendre de la Puissance Publique