

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion : **2006 - 2007**

Date du Jury : **Septembre 2007**

**Mieux comprendre les réseaux pour
mieux les accompagner :
Étude de cas du réseau alcool santé 53
en Mayenne**

Sylvie DUGAS

Remerciements

A toutes les personnes rencontrées au cours de ce travail, pour la richesse et l'ouverture des discussions

A mes collègues de travail à Laval, Rennes et Nantes, pour leur accueil, leur disponibilité et leur patience

Sommaire

Introduction	1
1 Constats et contexte.....	1
1.1 Le réseau : un objet idéal.....	2
1.1.1 Une besoin doublement ressenti	2
1.1.2 L'inscription des réseaux dans le système de santé	3
1.2 Les réseaux: une réalité décevante ?	7
1.2.1 Une vitalité de développement	7
1.2.2 Une mise en œuvre difficile	8
1.2.3 Le rapport IGAS dresse un constat sévère mais ne conteste pas la pertinence des réseaux	9
1.3 Le contexte mayennais	11
1.3.1 Un département rural et déficitaire en professionnels de santé	11
1.3.2 Un petit nombre de réseaux de santé.....	11
1.3.3 Le rôle des services de la DDASS vis-à-vis des réseaux.....	13
1.4 Problématique et questions.....	13
2 Méthodologie.....	14
2.1 Choix méthodologique.....	14
2.2 Sources d'information	15
2.2.1 L'analyse de documents.....	15
2.2.2 Les entretiens.....	15
2.2.3 L'observation de réunions	15
2.3 Analyse de l'information.....	16
2.4 Limites et contours du travail.....	16
3 Etude de cas : analyse du processus de développement du réseau alcool santé 53.....	17
3.1 Alcool : importance du problème et descriptif de l'offre de soins au moment du démarrage du réseau.	17
3.1.1 Importance du problème.....	17
3.1.2 Descriptif de l'offre de soins en alcoologie au moment du démarrage du réseau 'alcool santé 53'	18

3.2	Étapes de développement du réseau alcool santé 53	20
3.2.1	1 ^{ère} étape - L'initiation : la rencontre de deux individus autour d'une vision partagée et d'une complémentarité acceptée	20
3.2.2	2 ^{ème} étape - La construction d'un réseau d'acteurs	21
3.2.3	3 ^{ème} étape – Questionnement et mutation : la constitution du GRIAM.....	23
3.2.4	4 ^{ème} étape - La construction du RIAM : du réseau d'acteurs au réseau de santé 24	
3.3	Facteurs favorables et défavorables au développement du réseau alcool santé 53	26
3.3.1	Des facteurs favorables au développement du réseau alcool santé 53/RIAM	26
3.3.2	Les difficultés rencontrées dans le développement du réseau alcool santé 53.....	31
3.4	Le réseau RIAM : acquis et enjeux	35
3.4.1	Les acquis	35
3.4.2	Les enjeux	35
4	Discussion	38
4.1	Les conditions de réussite des réseaux.....	38
4.2	Le degré de formalisation / professionnalisation des réseaux.....	41
4.3	L'implication des médecins généralistes.....	43
4.4	L'action collective sur l'offre de services sanitaires et sociaux.....	45
5	Quel rôle pour les services de la DDASS dans l'appui au RIAM... et aux réseaux en général	47
5.1	Un rôle perçu de façon contrastée	47
5.2	Les atouts de la DDASS dans l'accompagnement des réseaux.....	48
5.2.1	Des compétences spécifiques... ..	48
5.2.2	Utiles au développement des réseaux	49
5.3	Quelques propositions pour l'accompagnement du RIAM	50
5.3.1	S'appuyer sur les textes récents	50
5.3.2	Agir en synergie : renforcer l'offre hospitalière de soins en addictologie	53
5.3.3	Articuler les logiques : favoriser les ponts entre le réseau et les médecins généralistes	56
5.3.4	Mettre en perspective : travailler l'articulation au niveau des territoires.....	57
5.4	L'apport du MISP dans l'accompagnement des réseaux.....	58
	Conclusion	61
	Bibliographie	63

Liste des annexes	I
Annexe 1 – Grilles d’entretien semi-directif	I
Grille d’entretien ciblée pour un acteur du réseau	I
Grille d’entretien ciblée pour un acteur d’une institution support.....	III

Liste des sigles utilisés

AACO	Alcool assistance croix d'or
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCAAT	Centre de cure ambulatoire en alcoologie et toxicomanie
CH	Centre hospitalier
CIPSAT	Centre d'information, de prévention et de soins aux toxicomanes
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRR	Comité régionale des réseaux
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDR	Dotation des réseaux
DNDR	Dotation nationale des réseaux
DRDR	Dotation régionale des réseaux
FAQSV	Fond d'aide à la qualité des soins de ville
FMC	Formation médicale continue
GRIAM	Groupe de réflexion des intervenants en addictologie de la Mayenne
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IRS	Inspection régionale de la santé
MG	Médecin généraliste
MRS	Mission régionale de santé
MSA	Mutualité sociale agricole
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PMT	Projet médical de territoire
PRSP	Programme régional de santé publique
RIAM	Réseau des intervenants en addictologie de la Mayenne
SFA	Société française d'alcoologie
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie

URML Union régionale des médecins libéraux

Introduction

A l'ère du web, des caméras de surveillance et de la globalisation, le réseau semble être devenu la stratégie universelle. Il en va de même dans le monde de la santé où il a récemment fait une entrée remarquée. Et pourtant, comme le souligne Bercot et De Coninck¹, « *Le réseau de santé n'est pas la 'solution évidente et simple' aux tensions qui traversent aujourd'hui le champ de la santé. C'est une voie exploratoire qui a ses promesses mais aussi ses difficultés propres* ». Cette réflexion situe parfaitement l'objet de ce travail. Entre la vision salvatrice du réseau avancé comme la solution à tous les maux du système, et le rejet systématique qu'elle peut provoquer en retour, nous avons voulu explorer la réalité de cet élément novateur du système de santé français, avec lequel nous devons interagir dans nos fonctions au sein des services déconcentrés.

Pour appréhender les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de cet 'objet idéal', et en tirer des enseignements utiles à son accompagnement par les services de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), nous avons opté pour l'analyse du processus de développement d'un réseau mayennais. L'étude de cas sur laquelle nous avons choisi de concentrer notre attention concerne le 'réseau alcool santé 53'. La question centrale de notre travail est la suivante : quels sont les facteurs qui ont déterminé le développement du réseau 'alcool santé 53' ?.

Dans une première partie, nous présenterons de façon plus explicite les éléments de constat et de contexte qui nous ont amenés à poser notre problématique et notre question centrale. Nous expliciterons ensuite la méthodologie suivie. La troisième partie sera consacrée à l'analyse du processus de développement du réseau 'alcool santé 53' à travers la présentation de l'étude de cas. La partie discussion nous permettra d'approfondir certains points clés de ce processus. Enfin dans une cinquième partie, nous tirerons les enseignements de l'étude de cas et de sa discussion pour améliorer l'accompagnement des réseaux par les services de la DDASS.

1 Constats et contexte

La notion de réseau n'est pas neuve dans le système de santé français. Les réseaux actuels ont des ancêtres, structurels² (dispositifs institutionnels organisés de prise en charge pour la tuberculose au début du 20^{ème} siècle ou pour les grands fléaux tels que

¹ BERCOT R., DE CONINCK F., Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ? Ed L'Harmattan, 2006, p55

l'alcoolisme, les maladies vénériennes ou la maladie mentale au milieu du 20^{ème} siècle) ou plus spontanés, issus des acteurs de terrain, tel que le réseau sanitaire expérimental de Saint- Nazaire dans les années 80³. Mais c'est à partir des années 90 que l'on a assisté à l'émergence plus affirmée des réseaux dans notre système de santé.

1.1 Le réseau : un objet idéal

Entré par la petite porte dans la système de soins, le réseau s'est imposé dans les textes législatifs et la planification comme un élément incontournable du paysage sanitaire.

1.1.1 Une besoin doublement ressenti

- A) Un besoin perçu par les acteurs de terrain : les réseaux SIDA, pionniers des réseaux ville-hôpital

Le développement du SIDA au début des années 80 met les professionnels de santé face aux limites d'un système qui dissocie soins curatifs et préventifs, dimensions biomédicale et psychosociale des soins, services sanitaires et sociaux. Ces limites sont connues mais deviennent inacceptables face à une épidémie mortelle et des patients revendicatifs⁴. Pour mieux répondre à la souffrance, des réseaux spontanés de soignants (professionnels médicaux, paramédicaux et travailleurs sociaux) apparaissent vers les années 1985-1987 sur une base de bénévolat⁵.

La circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 officialise les réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH. Dans la foulée du réseau VIH, des circulaires successives reconnaîtront de nouveaux réseaux ville-hôpital sur des thématiques complexes : réseaux gérontologiques ou réseaux de proximité (1993), réseau toxicomanie (1994), réseaux hépatite C (1995) ou réseau alcool (1996)⁶.

² VIÑAS J.M., L'avènement des réseaux De la tuberculose aux ordonnances de 1996, ADSP n°24, Septembre 1998 p13.

³ COUTANT C., LACAZE J., Hier, une médecine pour demain, le centre de santé de Saint-Nazaire. Ed Syros Alternative, 1989

⁴ POUTOUT G., Philosophie et genèse des réseaux de santé. Les cahiers hospitaliers, janvier 2006, p4.

⁵ SCHWEYER F.X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T., Créer et piloter un réseau de santé, ENSP 2004, p10.

⁶ EVIN C., Le cadre législatif des réseaux de santé : une lente démarche vers la consécration, Les cahiers hospitaliers, Janvier 2006, p16

B) Une réponse possible aux cloisonnements du système

Les évolutions du système de santé ont généré de multiples cloisonnements, entre les secteurs sanitaire et social, mais aussi au sein du secteur sanitaire entre le financement et la production de soins, les services de soins publiques et privés, les services ambulatoires et institutionnel, et les différents acteurs de soins⁷. Ces cloisonnements ont progressivement été reconnus comme tels par les acteurs du système, et considérés comme des dysfonctionnements menant à une perte d'efficacité et d'efficience dans la prise en charge de certains problèmes de santé. L'évolution démographique de la population et la part croissante des pathologies chroniques dans l'ensemble des problèmes de santé, les revendications des patients et d'une partie des soignants à replacer la personne humaine à l'avant de la maladie, ont contribué à la réflexion critique sur ces dysfonctionnements et sur les façons d'y remédier.

Le développement des réseaux a été perçu comme une réponse pertinente pour la prise en charge de certaines pathologies ou certains groupes de population, à même de lever les cloisonnements en replaçant le patient au centre de l'action coordonnée des acteurs, et d'améliorer ainsi l'accessibilité des soins, leur qualité et leur efficience.

L'inscription progressive des réseaux dans les textes et les dispositifs d'offre de soins les a fait passer du statut d'expériences tolérées à celui d'élément revendiqué du système de santé.

1.1.2 L'inscription des réseaux dans le système de santé

A) Inscription dans les textes

a) *Les ordonnances de 1996 : première base légale pour les réseaux*

Deux ordonnances d'avril 1996 issues de la réforme Juppé ont introduit les réseaux dans le cadre législatif. L'une, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée, inscrit les réseaux de soins dans le code de la santé publique (article L 712-3-2 du code de la santé publique). L'autre, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, prévoit la possibilité de mettre en place des formes nouvelles de prise en charge globale, sanitaire et surtout financière, à travers les filières et réseaux de soins expérimentaux du code de la sécurité sociale (article L 162-31-1 du code de la sécurité sociale).

Ces ordonnances ont renforcé les réseaux en les inscrivant dans la loi. Cependant, en recentrant les réseaux autour du soin et non autour du patient, en suivant une logique

⁷ BERARD A., GRAND A., LARCHER P et al., Médecins de santé publique, Ed ENSP, 2006. Deuxième partie, chapitre 5 Les réseaux de santé, p 201

économique où la recherche d'efficacité et de rationalité sont au premier plan, elles ont également généré de la confusion⁸.

b) La création du FAQSV : une amorce de financement pour les professionnels libéraux

Crée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) va donner une impulsion financière aux réseaux. Il « *contribue au financement d'actions concourant à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation, à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé* »⁹.

C'est un mode de financement qui pour la 1^{ère} fois permet au professionnels de santé de ville d'initier des réseaux. Le FAQSV présente cependant trois faiblesses¹⁰ : il n'autorise pas les dérogations tarifaires ou d'autres modalités de rémunérations spécifiques des professionnels de santé libéraux, il est exclusivement destinés aux professionnels de ville et il est limité dans le temps (arrêt prévu par la loi en décembre 2007).

c) La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 : vers un cadre homogène et pérenne des réseaux de santé

La loi du 4 mars 2002¹¹ abroge la plupart des textes antérieurs et crée une forme unique et légale de réseaux, appelés **réseaux de santé**, dont elle précise l'objet, les missions, la composition et les conditions de financement¹². (Cf Encadré 1)

Encadré 1 - Définition du réseau de santé selon la loi du 4 mars 2002

Objet	Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.
Missions	Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de

⁸ POUTOUT G., Qu'est ce qu'un réseau de santé? Les cahiers hospitaliers, janvier 2006, p12

⁹ Décret n°99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fond d'aide à la qualité des soins de ville

¹⁰ POUTOUT G., Philosophie et genèse des réseaux de santé Les cahiers hospitaliers Janvier 2006, p 7

¹¹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002

¹² EVIN C., Le cadre législatif des réseaux de santé : une lente démarche vers la consécration. Extraits du Traité pratique des réseaux de santé, les Indispensables, Berger-Levrault, août 2005

	la personne, tant sur le plan de l'éducation de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations
Composition	Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.
Financement	Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'ONDAM.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002¹³, introduit un mode de financement pérenne en créant au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) une enveloppe spécifique pour les réseaux de santé. Cette **dotation des réseaux** (DDR) est régionalisée, et ce sont les directeurs de l'URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie) et de l'ARH (Agence régionale de l'hospitalisation) qui prennent conjointement les décisions de financement selon une procédure établie. Si le financement essentiel des réseaux repose désormais sur cette dotation, d'autres sources de financement restent possibles telles que les subventions de l'Etat, des collectivités territoriales et de l'assurance maladie¹⁴.

B) Inscription dans la planification de l'offre de soins

Le travail de planification a intégré les réseaux qui sont devenus un axe explicite des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), du programme régional de santé publique (PRSP) et de nombreux plans spécifiques. La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS de troisième génération précise ainsi dans les objectifs des

¹³ Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001, art. 36-1

¹⁴ POUTOUT G., Philosophie et genèse des réseaux de santé Les cahiers hospitaliers Janvier 2006, p 8

nouveaux SROS « *vous inciterez fortement le développement des réseaux de santé* »¹⁵. La plupart des grands plans portant sur des priorités de santé publique envisagent le développement de réseaux comme un élément de leur stratégie. C'est le cas du plan cancer 2003-2007, du programme national de soins palliatifs 2002-2005, du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 ou du plan de prise en charge et prévention des addictions 2007-2011.

C) Organisation du pilotage des réseaux : vers un pilotage régional

Avant la mise en place de la dotation des réseaux fin 2002, les services de la DDASS pilotaient la procédure de financement des réseaux par les crédits de l'Etat. Ils étaient en charge de l'instruction des dossiers en interaction avec les promoteurs, et de la décision de financement. Ils étaient également impliqués dans le suivi et l'évaluation des réseaux sur le terrain¹⁶.

La mise en place de la dotation des réseaux s'est accompagnée du passage à un pilotage régional par le binôme des directeurs de l'ARH et de l'URCAM. Une convention entre ARH et URCAM définit les conditions de l'instruction conjointe des demandes. La procédure de financement repose sur trois étapes¹⁷ (Cf. Encadré 2).

Encadré 2 - Procédure de financement DRDR

- L'instruction des dossiers par le binôme ARH-URCAM. Un secrétariat technique commun reçoit et instruit les dossiers. Il sollicite pour cela les experts thématiques des services de l'Etat et de l'assurance maladie.
- Le passage devant le comité régional des réseaux (CRR). Le CRR est constitué de membres venant de l'ARH, l'URCAM, la DRASS, l'IRS (inspection régionale de la santé), les fédérations d'établissements, l'URML (union régionale des médecins libéraux), de médecins conseils des trois régimes d'assurance maladie et d'une personne qualifiée. Les dossiers instruits sont présentés au CRR par le rapporteur (l'expert thématique) et par le promoteur. Au terme d'une discussion, le CRR donne un avis consultatif et technique.
- La prise de décision par le binôme de directeurs ARH-URCAM. Cette

¹⁵ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

¹⁶ Circulaire DGS/DAS/ DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

¹⁷ Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n°2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé

décision est publiée et notifiée à son promoteur. Elle ne peut porter sur une période supérieure à trois ans. Les versements sont effectués par la CPAM qui joue le rôle de caisse pivot.

La loi de Réforme de l'assurance maladie du 13/08/2004 a prévu à son article 67 la création d'une Mission Régionale de Santé (MRS) constituée entre l'ARH et l'URCAM, et chargée des articulations entre soins hospitaliers et ambulatoires. Depuis cette date, le pilotage de la politique régionale des réseaux entre dans ce cadre, de même que la démographie médicale, la permanence des soins, et la gestion des risques. La MRS est alternativement dirigée par le directeur de l'ARH et de l'URCAM par période d'un an.

Depuis la mise en place de la DDR, le rôle des services déconcentrés est essentiellement technique, à travers la contribution des experts thématiques à l'instruction des dossiers (le plus souvent les experts thématiques sont situés au niveau régional des DRASS et de l'assurance maladie), et le suivi sur le terrain.

1.2 Les réseaux: une réalité décevante ?

1.2.1 Une vitalité de développement

Au moment de la sortie des ordonnances de 1996, un inventaire des réseaux existants qui recevaient déjà des fonds de l'État, des conseils généraux ou des municipalités a été réalisé. Il a comptabilisé plus de 500 réseaux, caractérisés par une très grande diversité des thématiques (plus de 25 catégories différentes). La dynamique de création de nouveaux réseaux était très forte : un an plus tard, le chiffre atteignait 785¹⁸, et en 2000, plus de 1000 réseaux étaient financés, coordonnant l'action de près de 20 000 professionnels de santé¹⁹.

Avant que la loi du 4 mars 2002 ne définisse le réseau de santé, la circulaire du 25 novembre 1999²⁰ proposait une typologie pratique des réseaux pour organiser leur paysage foisonnant. Elle distinguait (i) les réseaux inter-établissements, peu nombreux et soumis à l'agrément de l'ARH ; (ii) les réseaux thématiques purs ayant vocation à transmettre un savoir ou un mode de traitement spécifique, plus centrés sur les professionnels (ex : réseaux de diabète type 2, réseaux cancer) ; (iii) les réseaux évoluant vers des réseaux de santé de proximité, concernant la grande majorité des réseaux

¹⁸ LARCHER P., Les enseignements des réseaux existants, ADSP n°24, Septembre 1998

¹⁹ BERARD A., GRAND A., LARCHER P et al., Médecins de santé publique, Ed ENSP, 2006. Deuxième partie, chapitre 5 Les réseaux de santé, p208

²⁰ Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI N° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

destinés au départ à la prise en charge d'une pathologie complexe ou d'une population complexe ; (iv) les réseaux expérimentaux prévus par l'article L.162.31.1 du code de la sécurité sociale, ayant pour objet de vérifier la viabilité de formes d'exercice fondées sur la prise en charge globale des assurés et de s'assurer de la pertinence médico-économique des réseaux pour prendre en charge le suivi de pathologies lourdes ou chroniques. Si cette typologie n'est plus d'actualité, le profil des réseaux existant en garde cependant la trace.

Sur le plan du financement, la procédure de la DDR qui a débuté en 2002 est rapidement montée en puissance. Le budget, de 22,87 millions en 2002, est passé à 45,86 millions en 2003, 125 millions en 2004, 165 millions en 2005 et 170 millions en 2006 (source: arrêtés de détermination de la DNDR) . Le nombre de réseaux financés sur cette dotation est quant à lui passé de 54 en 2002 à 181 en 2003 et 324 en 2004 (source : observatoire national des réseaux).

La structuration du développement des réseaux et de leur mode de financement a conduit à une homogénéisation partielle des thèmes entre les régions. Ainsi en 2004, les deux tiers (321/481) des réseaux financés par les deux fonds DRDR et FAQSV concernaient cinq thématiques et représentaient 56,8% des fonds versés. Les cinq thématiques étaient : cancer (84 réseaux), soins palliatifs/douleur (75 réseaux), diabète (68 réseaux), gérontologie (57 réseaux) et périnatalité (37 réseaux)²¹.

1.2.2 Une mise en œuvre difficile

Si le terme « réseau » est entré dans les discours et les textes , il n'a pas encore pénétré l'environnement familier de la plupart des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux. Comme le souligne Schweyer²² «... la notion de réseau reste très floue pour beaucoup d'acteurs de santé. Le sens de l'action à entreprendre ne s'impose pas à l'esprit... Pour beaucoup de professionnels de santé, leur nature n'est pas lisible et c'est peut-être pourquoi leur développement reste incertain » . Les réseaux représente une innovation dans le mode de fonctionnement du système de santé. Les professionnels qui s'engagent dans un réseau s'engagent dans un cheminement qui est à la fois un processus d'apprentissage et un processus de construction dans les relations. Ils

²¹ DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR, Rapport de synthèse, Rapport IGAS n°2006 022, Mai 2006, p 43

²² SCHWEYER F.X., Le travail en réseau: un consensus ambigu et un manque d'outils. Sociologies pratiques, n°11, 2005, p 90 et 101

apprennent à travailler ensemble et à travailler différemment, ce qui peut être très déstabilisant²³.

La lenteur de mise en œuvre des réseaux, l'incertitude d'un processus qui s'invente au fur et à mesure qu'il se développe, la fragilité d'une dynamique reposant sur la volonté et la disponibilité d'acteurs souvent débordés, les résultats à court terme souvent peu impressionnants, sont autant d'éléments qui inquiètent les financeurs et les gestionnaires.

1.2.3 Le rapport IGAS dresse un constat sévère mais ne conteste pas la pertinence des réseaux

Le rapport IGAS de Mai 2006 'contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR' répond à un double objectif : le contrôle de la bonne utilisation des fonds publics et l'évaluation des actions financées.

Concernant l'évaluation des actions financées, l'IGAS dresse un constat sévère. Les résultats observés sont globalement jugés très limités²⁴ (Cf. Encadré 3)

Encadré 3 - Principaux constats concernant l'évaluation des réseaux financés sur les fonds FAQSV/DDR. Rapport IGAS n°2006 022, Mai 2006

« En terme de service médical ou médico-social rendu, rares sont les projets où ont été mesurés des indicateurs permettant d'évaluer l'impact du dispositif financé pour les personnes malades prises en charge. Plus rares encore sont ceux où un impact positif a effectivement été démontré sur l'état de santé des personnes prises en charge.

En matière d'innovation de l'organisation de l'offre, hormis la régulation libérale des appels, la majorité des projets financés ne peuvent être considérés comme des réussites car très peu d'expérimentations ont su conjuguer de façon convaincante plusieurs fonctions utiles à la prise en charge (formation, coordination, recours à l'expertise, référentiels évaluation des pratiques, éducation sanitaire...), ou réussi à allier des compétences pluri-professionnelles. Pratiquement aucune preuve tangible d'améliorations des relations entre professionnels de ville et établissements de santé n'a été apportée.

Comme outil d'une politique, les fonds ont rarement permis l'émergence d'une dynamique de territoire, et l'on observe très peu de cas d'élargissement des réseaux à d'autres pathologies ou à une prise en charge

²³ BERCOT R. et DE CONINCK F., Les réseaux de santé, une nouvelle médecine? Ed l'Harmattan, 2006 p 55

²⁴ DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR, Rapport de synthèse, Rapport IGAS n°2006 022, Mai 2006, résumé et p 40-41

pluri-pathologie (sauf pour les personnes âgées à domicile).

Le nombre de personnes prises en charge dans les réseaux de santé et autres dispositifs financés par les deux fonds est mal évalué mais semble très limité. De même le nombre et l'implication effective des professionnels de santé, et singulièrement des médecins généralistes libéraux, dans les réseaux reste très faible.

Enfin, les évaluations médico-économiques, très peu nombreuses, méthodologiquement très lourdes et d'interprétation discutable, apportent peu d'enseignements ».

On peut remarquer qu'une partie notable des faiblesses relevées sont liés à des difficultés d'évaluation, elles-mêmes secondaires d'une part au manque d'expérience des différents acteurs en matière d'évaluation, d'autre part aux spécificités de l'évaluation de réseau²⁵ (différentes dimensions à prendre en compte, importance des processus qui sont un enjeu majeur des réseaux, évaluation de la qualité).

La mission évoque les multiples effets mis en avant par les acteurs de terrain²⁶ : bénéfices collectifs (reconnaissance mutuelle, dynamique relationnelle, changements de culture entre professionnels et entre les professionnels, les institutionnels financeurs et les gestionnaires du système de santé), effets positifs professionnels individuels (acquisition de compétences nouvelles, modifications des comportements, amélioration des pratiques). Cependant, dans la mesure où ils sont considérés comme « difficilement objectivables », ces effets ne modifient pas son constat global.

Malgré ce bilan décevant, il est intéressant de constater que la mission défend le maintien d'un financement spécifique de l'innovation. Face aux difficultés auxquelles le système de santé est confronté en matière d'organisation de l'offre de soins et aux défis à venir (évolution démographique et importance des maladies chroniques), la mission estime qu'en l'absence de modèle organisationnel alternatif, le modèle de réseau, en raison de ses potentialités, reste un modèle à promouvoir²⁷. En ce qui concerne le suivi des réseaux, elle recommande une approche par type de réseaux guidée par un cahier des charges, et un accompagnement des professionnels.

²⁵ BOURGUEIL Y., BREMOND M., DEVELAY A., et al., L'évaluation des réseaux de soins: enjeux et recommandations. CREDES – IMAGE Mai 2001 p55

²⁶ DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR, Rapport de synthèse, Rapport IGAS n°2006 022, Mai 2006, résumé et p 42

²⁷ Idem P 62

1.3 Le contexte mayennais

1.3.1 Un département rural et déficitaire en professionnels de santé

La Mayenne est un département rural de 298 000 habitants (Estimation INSEE janvier 2005), l'un des cinq départements de la région des Pays de Loire. L'offre hospitalière de soins de court séjour est organisée autour des trois pôles urbains du département : Mayenne (au nord), Laval (au centre), et Château-Gontier (au sud).

L'équilibre apparent de cette répartition est fragilisé par la situation démographique des professionnels de santé. Avec une densité de 80,1 omnipraticiens et 44,2 spécialistes pour 100 000 habitants en offre de soins libérale, la Mayenne est le 3^{ème} département français à plus faible densité de médecins généralistes, et le 5^{ème} pour les médecins spécialistes (source : SROS 2006-2010). Certaines spécialités (Pédiatrie, gynécologie médicale, psychiatrie, cardiologie) sont particulièrement touchées par un déficit qui devient problématique pour assurer une offre de soins satisfaisante. Le vieillissement marqué des médecins, à la fois généralistes et spécialistes, durant les dix dernières années, ne conduit pas à l'optimisme : la proportion des médecins de 50 ans ou plus est passée de 20% en 1996 à 63% en 2007²⁸ (Source : DDASS de la Mayenne). La situation des infirmières de proximité²⁹ est également préoccupante. Avec 83 infirmières de proximité pour 100 000 habitants, la densité en Mayenne est légèrement inférieure à la densité régionale (86) qui est elle-même parmi les plus faible du pays (19^{ème} position) (Source SROS 2006-2010).

1.3.2 Un petit nombre de réseaux de santé

A) Réseaux financés sur la dotation régionale des réseaux (DRDR)

Fin 2006, la région comptait 35 réseaux financés par la DRDR, dont deux situés en Mayenne : le réseau sur la permanence des soins et le réseau sur l'éducation thérapeutique aux patients diabétiques (Cf. Encadré 4).

Encadré 4 - Les réseaux mayennais financés sur la DRDR en 2006

Le réseau 'diabète santé 53' s'adresse aux patients diabétique de type 2. Il a été créé en 2004, sur les bases d'un travail d'éducation thérapeutique développé depuis une vingtaine d'années par le service de diabétologie du CH de Laval, initiateur et pivot du réseau. Les principales activités du réseau sont la formation des patients et des professionnels à l'éducation

²⁸ (NB : cette proportion est de 48% pour l'ensemble de la France en 2007).

²⁹ Infirmières de proximité: cette terminologie rassemble les infirmières libérales, les infirmières des services de soins à domicile pour personnes âgées et celles exerçant en centre de soins infirmiers.

thérapeutique, l'organisation de l'accès à des prestations spécifiques et la constitution d'un dossier patient.

Le réseau '*permanence des soins*' s'est construit progressivement depuis fin 2003 autour de l'ADOPS (association départementale pour l'organisation de la permanence des soins libéraux de la Mayenne). Il a pour objectif d'organiser la permanence de soins libérale sur l'ensemble du territoire départemental, en collaboration avec le service public hospitalier. Les locaux du centre 15 abritent une double régulation, libérale et hospitalière. La permanence des soins libéraux fonctionne sur un binôme : un médecin régulateur libéral assure la régulation des appels en direction de la médecine libérale et interagit avec le médecin généraliste de garde dans les différents secteurs définis sur le département.

B) Réseaux hors DRDR

Si la procédure de financement DRDR devient clairement la procédure de référence pour le financement des réseaux, le glissement sémantique qui consiste à assimiler la notion de réseau aux réseaux financés par la DRDR est excessif. De nombreux réseaux existent en dehors de la DRDR. A titre d'exemple, l'état des lieux des réseaux addictions, présenté lors de la journée des réseaux d'addictologie organisée par la société française d'alcoologie (SFA) le 20 septembre 2006, comptait 114 réseaux répertoriés sur l'ensemble du territoire national, dont seulement 40% (46/114) financés dans le cadre de la DRDR. En Mayenne, deux réseaux se sont ainsi développés depuis plusieurs années : le réseau '*soins palliatifs*' et le réseau '*alcool santé 53*' (Cf. Encadré 5).

Encadré 5 - Les réseaux mayennais non financés sur la DRDR en 2006

Le réseau '*soins palliatifs*' est un réseau piloté par l'ARH. Il est organisé autour de trois équipes mobiles hospitalières (une dans chaque centre hospitalier) comprenant du temps médical, infirmier et psychologue. Ces équipes ont une fonction de soutien (formations/ appui/ échanges sur les pratiques) aux soignants impliqués dans des soins palliatifs, à l'hôpital mais aussi à domicile (hospitalisation à domicile ou service de soins infirmiers à domicile).

En 1997 le '*réseau alcool santé 53*' s'est créé autour de la problématique de l'alcool et s'est progressivement développé sur des financements divers. Après dix années d'expérience, il est actuellement à un moment charnière de son évolution. Il souhaite d'une part élargir son champ d'action à l'ensemble des addictions, et d'autre part passer à un fonctionnement plus structuré et plus efficace. Pour cela il s'est transformé en '*réseau des intervenants en addictologie de la Mayenne*' (RIAM). L'obtention d'un financement pérenne lui semble être une condition nécessaire à son évolution, et il a entamé la procédure de constitution d'un dossier de demande de financement DRDR.

1.3.3 Le rôle des services de la DDASS vis-à-vis des réseaux

Les services de la DDASS ont une responsabilité générale de planification, d'animation, et de régulation des politiques sanitaires et sociales au niveau départemental. Dans ce cadre, ils sont amenés à s'intéresser et à interagir avec les réseaux qui occupent une place de plus en plus notable dans les différents schémas, plans, programmes et dispositifs divers dont ils accompagnent la mise en œuvre.

De plus, le pilotage des réseaux par l'équipe ARH-URCAM des Pays de la Loire s'appuie beaucoup sur l'expertise de terrain des équipes départementales DDASS et CPAM pour l'identification et le suivi des réseaux. Le binôme DDASS/CPAM identifie les besoins de réseaux, apprécie le potentiel de réseaux naissants, accompagne les réseaux de façon continue sur le terrain. Avant les décisions annuelles de financement, une réunion est organisée au niveau de chaque département entre l'équipe de pilotage régionale et les cadres DDASS/CPAM impliqués dans le suivi des réseaux, afin d'échanger sur la situation départementale.

Au niveau de la DDASS de la Mayenne, il n'y avait pas jusqu'à présent de personne chargée spécifiquement d'un dossier «réseaux ». La décision vient d'être prise au mois de Juin d'avoir une personne référente pour les réseaux, qui assurera la coordination administrative et une lisibilité vis-à-vis des partenaires. En ce qui concerne le suivi de terrain, chaque réseau est suivi par la personne en charge du dossier plus global dont le réseau dépend (ainsi le réseau alcool santé 53 est suivi par le cadre en charge du dossier addiction). L'intensité du travail d'accompagnement est variable. Le réseau permanence des soins et le réseau 'alcool santé 53 sont les deux réseaux dans lesquels les services de la DDASS ont été les plus impliqués.

Au niveau régional, un travail d'audit sur la politique régionale de développement des réseaux est actuellement en cours. Il viendra nourrir l'élaboration dans le courant de l'année d'une nouvelle stratégie cible de développement des réseaux.

1.4 Problématique et questions

En conclusion de ce chapitre nous pouvons dire qu'il y a actuellement en France un consensus fort sur la pertinence du modèle de réseau pour améliorer à la fois l'accès et la qualité des soins aux patients, les pratiques professionnelles et le fonctionnement du système de soins de santé. Sur la base de ce consensus, les réseaux ont été intégrés dans les textes et les dispositifs de planification, et se sont développés, de façon très diversifiée dans un premier temps, puis de façon plus régulée et plus homogène depuis 2003.

Le potentiel théorique des réseaux se heurte cependant au constat d'une mise en œuvre difficile, qui ne permet pas actuellement d'objectiver les résultats escomptés comme le souligne le récent rapport de l'IGAS.

Depuis la mise en place en 2002 d'un pilotage régional conjoint par l'ARH et l'URCAM, le rôle des services déconcentrés de l'Etat vis-à-vis des réseaux est devenu plus indirect et plus technique. Toutefois les limites d'un pilotage trop bureaucratique, au détriment d'un accompagnement sur le fond des projets et d'un suivi efficace, sont soulignées dans le rapport IGAS³⁰. Au niveau de la région des Pays de la Loire, les instances de pilotage s'appuient sur un binôme de proximité (CPAM et DDASS) pour accompagner sur la durée les réseaux.

Pour être à même de bien accompagner les réseaux de santé, il nous semble essentiel d'avoir une appréhension suffisamment fine de leur processus de développement. Nous proposons donc de procéder à une étude de cas centrée sur l'expérience du réseau 'alcool santé 53' qui se trouve à un moment charnière de son existence. La question centrale de l'étude de cas est la suivante : quels sont les facteurs qui ont déterminé le développement du réseau 'alcool santé 53' ? Notre objectif est d'affiner notre compréhension du processus de développement du réseau afin d'en tirer des enseignements utiles pour son accompagnement par les services déconcentrés, ainsi que pour l'accompagnement des réseaux en général.

2 Méthodologie

2.1 Choix méthodologique

Nous avons choisi l'approche méthodologique de l'étude de cas qui vise, à partir de l'analyse d'un cas et de sa confrontation à l'état des connaissances, à dégager des enseignements utiles sur un plan opérationnel et/ou sur un plan plus théorique d'enrichissement des connaissances. Dans le cadre de ce mémoire professionnel, nous nous concentrerons sur les enseignements opérationnels. Sur le plan méthodologique, nous avons procédé à une analyse de processus.

L'analyse de processus est particulièrement intéressante dans le cas des réseaux pour deux raisons. D'une part le développement des réseaux est un phénomène récent dans le système de santé, et en tant que tel, la compréhension de ses modalités de développement est essentielle à son pilotage. D'autre part, c'est une approche particulièrement adaptée à toute activité dont l'objet même est l'amélioration des interactions et des synergies entre acteurs. Dans ce cas en effet, travailler sur le « comment », c'est à dire mieux comprendre les positionnements d'acteurs, identifier les facteurs qui interviennent de façon favorable ou défavorable dans le processus, analyser

³⁰ DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR, Rapport de synthèse, Rapport IGAS n°2006 022, Mai 2006, résumé p2

les conséquences de la dynamique de réseau sur le système local sanitaire et social, devient essentiel pour mener une analyse pertinente des résultats et tirer des leçons utiles pour l'avenir.

2.2 Sources d'information

2.2.1 L'analyse de documents

Elle a porté sur : (i) la documentation disponible au niveau départemental et régional sur les réseaux et sur leur pilotage, (ii) les textes législatifs et réglementaires sur les réseaux et les addictions ; (iii) les différents schémas et plans traitant des addictions ; (iv) la littérature scientifique sur les réseaux, et plus particulièrement sur leur processus de développement.

2.2.2 Les entretiens

Un total de 13 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de trois types d'acteurs : (i) 6 entretiens avec des acteurs impliqués directement dans la vie du réseau : professionnels du soins (centre hospitalier de Laval, centre de soins spécialisé de la Bréhonnière, médecin généraliste), de structure médico-sociale (centre de cure ambulatoire en alcoologie et toxicomanie) et acteur associatif (Alcool assistance croix d'or) (NB : dans le texte, les verbatim issues de ces entretiens seront cités de E1 à E6) ; (ii) 2 entretiens avec des professionnels de la DDASS qui ont été ou qui sont impliqués dans le suivi du réseau étudié (NB : dans le texte, les verbatim seront cités E7 et E13) ; (iii) 3 entretiens avec des professionnels impliqués dans le pilotage régional, en tant que 'réfèrent réseau' de l'ARH ou de l'URCAM, ou en tant que 'réfèrent thématique addiction' de la DRASS (verbatim E8 à E10) ; (iv) 1 entretien avec un professionnel impliqué dans le suivi de réseaux dans un autre département de la région (verbatim E11) ; (v) 1 entretien avec un expert dans le domaine de l'analyse de processus des réseaux (verbatim E13).

A l'exception de deux entretiens téléphoniques, les entretiens ont eu lieu en face à face, sur une durée d'environ 1h30³¹. Des grilles d'entretiens ont été élaborées (Cf Annexe 1) pour chaque type d'acteurs, et affinées ensuite selon la personne rencontrées et la prise en compte des entretiens précédents.

2.2.3 L'observation de réunions

Deux réunions ont également été des sources d'information intéressantes :

³¹ L'anonymat des personnes rencontrées à été garanti. C'est la raison pour laquelle les verbatim sont codés et qu'il n'y a pas de liste des personnes rencontrées en annexe. En revanche le codage par type d'acteurs rencontrés permet de lier les perceptions exprimées au type d'acteur concerné.

- La réunion de rencontre entre les promoteurs du réseau RIAM, la référente thématique addiction de la DRASS et le responsable URCAM des réseaux, le binôme de suivi DDASS/CPAM. Cette réunion s'est déroulée le 9 février 2007 à Laval. Elle avait pour objet de permettre aux promoteurs de présenter l'état d'avancement de leur dossier et d'échanger avec les personnes en charge du pilotage des réseaux.
- La réunion de décision sur l'élaboration des volets complémentaires du SROS III, réunissant l'ARH et les référents thématiques régionaux des différents sujets concernés (addictologie, maladies rares, précarité, et éducation thérapeutique). Cette réunion s'est déroulée le 5 janvier 2007 dans les locaux de l'ARH.

2.3 Analyse de l'information

L'analyse des entretiens fait appel à une analyse qualitative classique³². Nous avons procédé à une analyse de contenu en deux temps. Tout d'abord une analyse par entretien, pour identifier les éléments du discours portant une signification. Puis une analyse transversale par groupe d'entretiens (selon le type d'acteurs) et par thématique (selon les questions que nous nous posons), pour dégager les éléments d'analyse significatifs par leur fréquence ou par la diversité des points de vue qu'ils représentaient. Le croisement des différentes sources d'information (documents et littérature, entretiens, observations de réunions) permet de mener une réflexion interactive entre l'expérience (l'étude de cas), la capitalisation des expériences antérieures (la littérature), et les orientations des politiques sanitaires et sociales (les textes, les démarches de planification et les dispositifs).

2.4 Limites et contours du travail

Le positionnement de MISP constitue un biais important pour les entretiens. Ces derniers ont pu être menés sans aucune difficulté d'accès aux acteurs, et dans une atmosphère de discussion très ouverte. Il n'en reste pas moins que la personne qui mène l'entretien est aussi vue par les acteurs comme un futur interlocuteur des services de la DDASS et que cela peut influencer le discours. Pour limiter le biais lié à ce positionnement, nous n'avons pas abordé le rôle de la DDASS dans l'accompagnement des réseaux de façon directe, mais toujours en partant d'une interrogation plus globale sur les facteurs favorables ou défavorables au développement des réseaux, puis en utilisant des relances lorsque le rôle de la DDASS était évoqué.

³² BLANCHET A, GOTMAN A, L'enquête et ses méthodes – L'entretien. Ed Armand Colin, 2007, p92-99

Le nombre d'entretiens est limité et la sélection des acteurs rencontrés n'est pas optimale. Il aurait été intéressant de rencontrer plus d'acteurs, pour affiner et enrichir les perceptions et les analyses. Le temps nécessaire à l'exploitation des entretiens nous a fait opter pour un nombre relativement restreint de rencontres. Le travail qualitatif d'analyse de cas ne réclame pas une exhaustivité des perceptions mais plutôt un choix pertinent d'acteurs rencontrés en fonction des questions posées. L'orientation de notre travail sur l'analyse de processus nous a conduit à rencontrer des acteurs qui ont été impliqués sur la durée dans la dynamique du réseau. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes concentrés sur des acteurs qui ont constitué le 'noyau dur' de l'expérience. Nous pensons cependant que ce choix aurait pu être judicieusement complété par l'ajout d'un ou deux autres acteurs associatifs et de travailleurs sociaux.

Nous voudrions également préciser ici que le fait de ne pas avoir exploré la dimension 'alcoologie' du sujet tient au centrage de notre problématique. Nous ne le considérons donc pas comme une limite mais comme un choix. Notre sujet de travail et les questions que nous nous posons concernent le réseau, ses difficultés de développement et la réflexion que cela peut susciter pour les services de la DDASS. Le choix du 'réseau alcool santé 53' n'est qu'une porte d'entrée dans le sujet, un modèle d'illustration retenu pour des raisons d'opportunité.

3 Etude de cas : analyse du processus de développement du réseau alcool santé 53

Après un bref rappel sur l'importance du problème et la description de l'état de l'offre de soins au moment du démarrage du réseau, nous présentons dans ce chapitre les résultats de l'analyse du processus de développement du réseau 'alcool santé 53', autour de trois temps : les étapes, les facteurs d'influence et les enjeux.

3.1 Alcool : importance du problème et descriptif de l'offre de soins au moment du démarrage du réseau.

3.1.1 Importance du problème

Si les conséquences de la consommation excessive et/ou prolongée d'alcool constituent un problème de santé publique majeur sur l'ensemble du pays, la situation des Pays de la Loire en la matière est particulièrement préoccupante, pour l'ensemble de la population y compris pour les jeunes, comme l'indiquent les quelques données suivantes (Cf. Encadré 6).

Encadré 6 - Données concernant la consommation, la morbidité et la mortalité liées à la prise d'alcool - Région des Pays de la Loire^{33 34}

- Dans la région en 2004, l'analyse des motifs d'hospitalisations en court-séjour montre une fréquence des séjours supérieure à la moyenne nationale chez les hommes pour les cancers hépatiques (+ 63%) et pour les maladies alcooliques du foie (+54%)
- La mortalité masculine régionale dépasse de 23% la moyenne nationale pour la cirrhose du foie sur la période 200-2003
- Une part importante des morts violentes, suicide et accidents de la route, a pour origine la consommation excessive d'alcool. En Mayenne et en Sarthe, la surmortalité masculine par suicide est de +50 à 60% supérieure à la moyenne nationale.
- 31% des garçons de 15-25 ans de la région sont concernés par une consommation régulière, contre 23% en France.

Au-delà de la souffrance physique et psychique, la souffrance psychosociale est importante, pour l'individu et son entourage (désinsertion professionnelle, souffrance familiale, violences...). Il s'agit d'un problème complexe qui fait intervenir de nombreux acteurs des champs sanitaire, médico-social et social, mais aussi des d'autres secteurs (éducation, justice...). L'approche globale et concertée nécessaire à la prise en charge de problèmes complexes tels que celui-ci se heurte aux multiples cloisonnements du système de soins de santé français et appelle un travail en réseau. C'est pourquoi cette problématique a fait partie des premières expériences spontanées (avec le SIDA, la prise en charge de personnes dans la précarité, d'usagers de drogues) de travail en réseau à la fin des années 70³⁵, avant d'être officialisé par une circulaire en 1996.

3.1.2 Descriptif de l'offre de soins en alcoologie au moment du démarrage du réseau 'alcool santé 53'

A la fin des années 90, les personnes en difficulté avec l'alcool pouvaient recourir au dispositif sanitaire général ou au dispositif spécifique (Cf. figure 1).

³³ Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005, Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans, Janvier 2006, p3

³⁴ Schéma régional de l'organisation des soins III – Volet addictologie – Propositions du groupe de travail – Mai juin 2007, p3

³⁵ POLOMENI P., Les réseaux addictions, Revue toxibase n°8, décembre 2002, p1

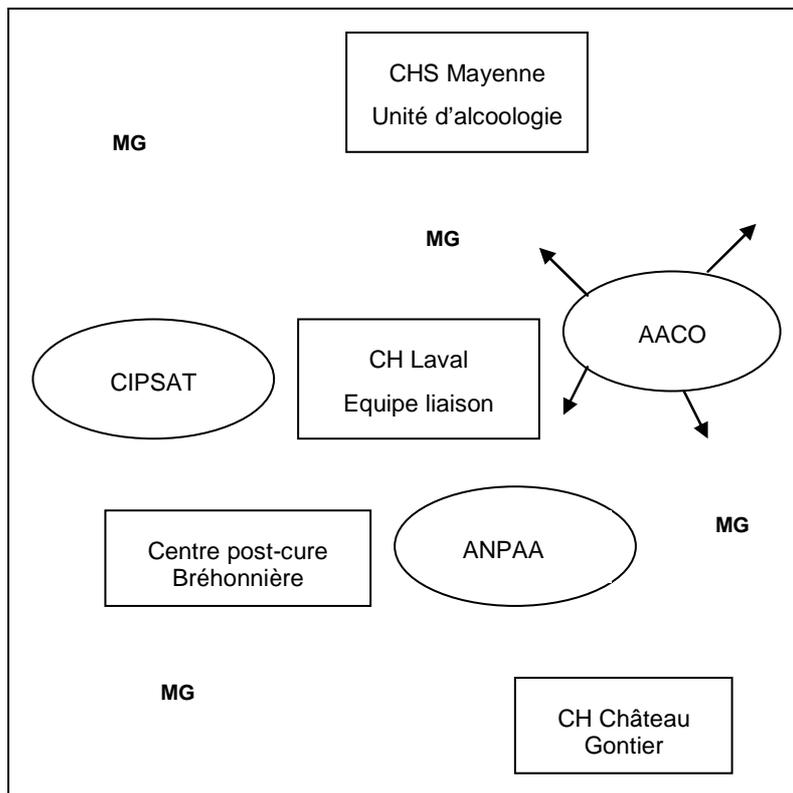


Figure 1: Schéma de l'offre de soins disponible pour des patients en difficulté avec l'alcool à la fin des années 1990 - Département de la Mayenne

A) Dispositif sanitaire général

Il était constitué des soins de ville avec les médecins généralistes (MG) surtout, mais aussi les infirmières libérales, et des 3 centres hospitaliers généraux. Aucun des CH n'avait d'unité spécialisée d'alcoologie, ni de prise en charge organisée de patients en difficulté avec l'alcool. Des sevrages avaient lieu, dans les services où arrivait le patient. Au CH de Laval, une équipe de liaison se mettait en place .

B) Dispositif spécifique

Il comprenait le CIPSAT (centre d'information, de prévention et de soins aux toxicomanes), l'unité d'alcoologie du centre hospitalier spécialisé en psychiatrie de la ville de Mayenne, le centre de post cure de la Bréhonnière (établissement privé), l'équipe de liaison du CH de Laval, l'association 'Alcool Assistance Croix d'Or', et l'association de prévention ANPAA 53 (Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie). Le CIPSAT était la seule structure médico-sociale de prise en charge ambulatoire spécialisée du département, localisée à Laval. L'unité d'alcoologie du CHS de Mayenne et le centre de postcure de la Bréhonnière (32 lits) proposaient des prises en charge hospitalières spécialisées par des équipes d'alcoologie. Alcool assistance croix d'or était la seule association d'entre-aide présente, mais avec une forte implantation sur l'ensemble du territoire. L'antenne départementale de l'ANPAA, présidée par le médecin

alcoologue du centre de la Bréhonnière, était active dans le domaine des actions de prévention.

3.2 Étapes de développement du réseau alcool santé 53

Les acteurs du réseau rencontrés décrivent tous le même déroulé en quatre étapes : une étape de création du réseau par les fondateurs, une longue étape de construction du réseau autour du projet initial « mieux se connaître pour mieux informer », une étape de transition autour d'un questionnement sur un premier bilan et sur l'avenir du réseau, et une étape (actuelle), de transformation du 'réseau alcool santé 53' en 'réseau des intervenants en addictologie de la Mayenne' (RIAM).

3.2.1 1^{ère} étape - L'initiation : la rencontre de deux individus autour d'une vision partagée et d'une complémentarité acceptée

Formellement, le réseau alcool santé 53 a été créé le 14 Novembre 1997 par la signature d'une convention entre l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) et l'association alcool assistance croix d'or (AACO). La signature de cette convention a été l'aboutissement d'une prise de conscience progressive de la part des responsables de ces deux associations (i) d'une communauté de vue concernant le besoin de faire sortir la problématique alcool du non dit , et (ii) d'une complémentarité bénéfique pour leur désir d'action.

En 1996, les deux associations démarraient chacune un projet. L'ANPAA, présidée par le Dr Le Blevec, médecin alcoologue, responsable médical du centre de postcure de la Bréhonnière, avait bénéficié d'un financement de la DDASS pour un projet sur la prise en charge précoce de personnes ayant un problème avec l'alcool. S'inspirant d'un réseau sur la même thématique dans le Calvados, l'ANPAA voulait créer des groupes d'échanges entre acteurs d'un même territoire. Le démarrage du projet s'avérait difficile. Parallèlement l'AACO démarrait, sous la bannière 'mieux se connaître pour mieux informer', un projet de réunions publiques dans ses 15 secteurs d'intervention qui couvrent l'ensemble du département. Conscient de la proximité de leurs projets et du renforcement mutuel que pouvait apporter une démarche commune, les deux responsables (Dr Le Blevec pour l'ANPAA et Mr Monsallier pour l'AACO) se sont rencontrés et ont décidé de tenter un partenariat : « on a eu l'idée d'allier le savoir-faire de l'ANPAA en terme d'expérience de formation et l'expérience de terrain de l'AACO »(E3), «L'AACO avait un maillage associatif sur tout le département à travers ses 15 sections, l'ANPAA n'avait pas de maillage mais une logistique en place »(E1).

Le projet commun³⁶ s'était fixé un double objectif général et trois objectifs opérationnels (Cf. Tableau 1).

Tableau 1 - Objectifs initiaux, généraux et opérationnels, du réseau 'alcool santé 53'

Objectif général	Objectifs opérationnels
<p>(1) Créer un réseau de bénévoles et de professionnels non spécialisés en alcoologie dans le département</p> <p>et</p> <p>(2) Mettre en lien ce réseau avec les professionnels spécialisés en alcoologie pour favoriser une approche plus précoce des personnes confrontées à un problème d'alcool.</p>	<p>(1) En milieu hospitalier : mettre en place des rencontres de sensibilisation et des formations en alcoologie et relation d'aide pour le personnel</p> <p>(2) Auprès des médecins généralistes : organiser des soirées de formation en partenariat avec la formation médicale continue</p> <p>(3) Auprès des bénévoles et des professionnels non spécialisés en alcoologie : constituer et former des groupes sur l'ensemble du département, capables de reconnaître, de communiquer et d'orienter une personne dépendante vers les structures spécialisées en alcoologie</p>

La façon dont cette phase initiale s'est déroulée a fondé quelques unes des caractéristiques du réseau alcool santé 53 : une dynamique entre deux associations issue de la rencontre entre deux individus; un réseau basé sur la collaboration entre professionnels du soins et association d'entre-aide ; un souci de formalisation partielle dès le départ avec la signature d'une convention entre les deux associations et la mise en place d'un groupe de pilotage.

3.2.2 2^{ème} étape - La construction d'un réseau d'acteurs

Cette longue étape (de 1998 à 2003) a essentiellement consisté en une mise en réseau des acteurs à travers l'apprentissage d'une meilleure connaissance mutuelle, caractérisée par le slogan 'mieux se connaître pour mieux informer'.

A) Les actions ont suivi les objectifs opérationnels³⁷

En milieu hospitalier, un travail a été impulsé avec l'équipe de liaison en addictologie qui se mettait en place du CH de Laval, pour élaborer un plan de prévention des addictions en direction du personnel hospitalier. L'action, initiée dans le cadre du réseau s'est ensuite développée indépendamment en intra-hospitalier sous l'impulsion du médecin

³⁶ RAPPORT ANPAA 53, Le réseau alcool santé 53 1996-2006 : bilan d'une expérience de réseau dont l'histoire se poursuit... décembre 2006, p2

³⁷ Idem p4

responsable de l'équipe de liaison. Un travail approfondi a été engagé, avec enquête par entretien auprès des salariés, création d'un groupe de prévention, formation de ce groupe à l'alcoologie et aux stratégies de prévention en milieu de travail, information et sensibilisation du personnel de l'hôpital par ce groupe. Environ 400 salariés ont été rencontrés. Une procédure d'accompagnement des salariés en difficultés avec l'alcool est en chantier, et la décision d'interdiction de l'alcool dans l'hôpital a été prise fin 2006.

Au niveau des médecins généralistes, une session de formation en alcoologie a été organisée dans le cadre de la formation médicale continue (FMC) en 1998. Depuis cette date, la thématique 'alcool' n'a pas été de nouveau choisie dans la programmation des FMC.

Au niveau des bénévoles et professionnels non spécialisés en alcoologie, la constitution et la formation de **groupes relais** sur l'ensemble du département a constitué l'axe majeur de l'action. Il s'est déroulé sur les 15 secteurs de l'AACO en procédant de la façon suivante :

- Organisation d'une 1^{ère} réunion publique ouverte dans chaque secteur, ciblant les personnes concernées par la problématique alcool : professionnels sanitaires et sociaux, associations, élus.... Environ 400 personnes ont assisté à ces réunions dont l'organisation était pilotée par l'AACO.
- Au cours de cette réunion publique sur chaque secteur, l'ANPAA invitait un groupe de volontaires à constituer un groupe relais, capable d'améliorer l'orientation précoce des personnes ayant un problème avec l'alcool vers les professionnels spécialisés. Pour cela chaque groupe s'engageait dans un processus de formation de 8 demi-journées espacées d'un mois environ. La formation visait à apprendre à se connaître, harmoniser les connaissances en alcoologie, acquérir un langage commun, travailler sur les représentations et les normes socioculturelles d'alcoolisation, communiquer avec une personne en difficulté avec l'alcool, connaître les structures de soins et les mouvements d'entre-aide. L'ANPAA a piloté cette phase de formation. 11 groupes de 12 à 15 personnes ont ainsi été constitués.
- Les groupes relais une fois formés devaient poursuivre la dynamique de façon autonome.

B) Caractéristiques de l'étape

a) *Une longue étape, fondatrice pour le réseau*

Les acteurs soulignent la lenteur du processus qui devait durer deux ans et s'est finalement déroulé sur 6 années. Ils en parlent avec enthousiasme comme d'un temps d'apprentissage collectif qui a permis aux acteurs de se connaître et de tisser une relation de confiance entre eux : « ...ça a été un travail passionnant. On a appris à se connaître entre ANPAA et AACO » (E2), « on a avancé dans la connaissance mutuelle des acteurs et dans la reconnaissance de l'acteur associatif comme un acteur à part entière » (E1) « on a appris à se connaître vraiment »(E5). Un indicateur indirect de l'intérêt de l'ensemble des acteurs pour cette période est aussi la présence régulière et sur la durée des personnes impliqués dans la formation (taux de présence de 80% des 120 à 150 personnes formées ; niveau d'implication de formateurs sur les 6 ans de formation).

b) *L'assimilation du réseau à la composante des groupes relais*

Il est frappant de constater à quel point les acteurs assimilent le réseau à la constitution et la formation des groupes relais. La plupart d'entre eux parlent de cette étape en décrivant en détail le processus de constitution des groupes mais n'évoquent pas les actions au niveau des médecins généralistes et de l'hôpital. Quelques uns en parlent, mais comme d'aspects annexes ne faisant pas vraiment partie du réseau : « Parallèlement (à la dynamique de constitution des groupes), il y avait des actions ponctuelles comme une formation en alcoologie au CH de Laval ou l'introduction du thème alcoologie dans la FMC des médecins généralistes » (E3).

c) *Un réseau d'acteurs, mais pas de tous les acteurs*

Si le réseau durant cette période est avant tout un réseau centré sur les acteurs, dans le sens où « l'appropriation mutuel » des acteurs était perçu comme une étape incontournable, on constate une faible représentation de certains acteurs, en particulier des MG: « la dynamique a surtout mobilisé les acteurs associatifs et les travailleurs sociaux, dans une moindre mesure certains professionnels du soin, et très peu de médecins »(E2).

3.2.3 3^{ème} étape – Questionnement et mutation : la constitution du GRIAM

C'est la conjonction d'un sentiment d'essoufflement de la dynamique et l'envie forte de poursuivre un travail entre acteurs qui a conduit à cette phase de mutation. Le groupe de réflexion des intervenants en addictologie de la Mayenne (GRIAM) a servi de phase de transition d'un réseau à un autre.

Après 6 années de travail, le réseau alcool santé 53 fonctionnait (les groupes existaient et les formations se passaient bien, des activités ponctuelles se mettaient en place) mais il y avait un sentiment d'essoufflement. Une étape s'achevait, les groupes relais étaient formés mais pas prêts à mener une dynamique autonome, des faiblesses étaient identifiées, la question de l'avenir du réseau se posait, le besoin d'une dynamique

nouvelle se faisait sentir : « *il fallait créer une dynamique autour de quelque chose* » (E2), « *Le groupe de pilotage n'avait plus grand-chose à faire car ça tournait... on avait besoin de partager autre chose* » (E3).

Suite à une journée portes ouvertes organisée par le centre de soins de la Bréhonnière en direction des organismes médico-sociaux du département, une discussion sur l'importance de travailler le lien entre les acteurs a été entamée avec les personnes présentes qui ont suggéré de poursuivre la réflexion dans une instance durable. Le GRIAM a été constitué en septembre 2003, comme un lieu de réflexion élargi à l'ensemble du champ des addictions, et ouvert à de nouveaux partenaires. Sa composition reprenait les membres du comité de pilotage du réseau alcool santé 53 et l'élargissait à de nouveaux acteurs. Au départ considéré comme une instance séparée du comité de pilotage avec des réunions différenciées, les deux instances ont fusionné en 2005.

Au sein du GRIAM, les réflexions ont porté sur le lien entre les acteurs et les structures, la coordination du parcours du patient, sur le 'comment mieux travailler ensemble'. L'idée d'évoluer vers un réseau plus formalisé a germé progressivement, motivée par l'envie d'élargir les partenariats, d'avoir des financements stabilisés permettant d'aller de l'avant et d'alléger la tâche des acteurs les plus investis. La proposition faite par quelques uns d'aller vers un réseau de santé et de soumettre un dossier au financement DDR n'a pas rencontré beaucoup d'écho dans un premier temps. Les discussions se sont poursuivies et l'idée a mûri. Le comité de pilotage dans son ensemble a dans un second temps adhéré à cette proposition mais s'est senti démuni face aux exigences de montage du dossier : « *il y a eu des réticences, puis un accord, mais on était paralysés par la charge de travail* »(E2). Le GRIAM a alors obtenu un financement pour un support méthodologique via le centre d'étude et d'action sociale de la Mayenne et le dispositif local d'accompagnement. Avec l'appui d'un cabinet conseil (Catalys conseil), un travail de construction de projet a été entamé.

3.2.4 4^{ème} étape - La construction du RIAM : du réseau d'acteurs au réseau de santé

La transformation du 'réseau alcool santé 53' en 'réseau des intervenants en addictologie de la Mayenne' (RIAM) est en cours. Le modèle juridique associatif a été retenu et la 1^{ère} assemblée générale s'est tenue le 22 janvier 2007. Les statuts ont été élaborés, un conseil d'administration et un bureau constitués. La mission de l'association telle que présentée dans les statuts est « la coordination des acteurs dans le domaine des addictions aux produits psycho-actifs concernant : la prévention, la formation, l'accès aux soins. »

Sept commissions ont été mises en place pour élaborer un nouveau projet (commissions états des lieux ; prévention et formation ; accès aux soins et repérage précoce ; communication ; finances/ budget ; évaluation ; organisation / fonctionnement). Chaque commission compte de 3 à 8 personnes et une première réunion a été programmée pour chaque commission au cours du 1^{er} trimestre 2007 : « *on est maintenant impressionné par l'adhésion actuelle* » (E2).

Les acteurs expriment chacun avec leurs mots une idée assez homogène de la vision du RIAM : l'ambition est de passer d'un réseau d'acteurs à un réseau d'action, du 'mieux se connaître pour mieux informer' au 'mieux travailler ensemble pour mieux prendre en charge' : « *il faut être plus ambitieux pour le patient, construire quelque chose de pérenne, être plus actif sur l'offre de soins en répondant aux manques constatés sur le département* » (E5), « *il faut permettre aux professionnels de santé et aux travailleurs sociaux d'avoir un relais unique avec quelqu'un qui peut orienter les professionnels. Ce sont les professionnels qu'on met en réseau pour leur permettre de mieux prendre en charge la problématique* » (E6), « *l'objectif, c'est de travailler sur le lien, la coordination, d'impliquer les médecins généralistes et de renforcer l'offre de soins pour les addictions* » (E2).

Le projet est en cours d'élaboration et rien n'est finalisé. » *L'idée générale pourrait être d'aller vers une coordination temps plein, une accessibilité des acteurs au réseau dans la journée pour leur permette de trouver des réponses concrètes à leurs problèmes, un travail de coordination, de communication et de centralisation des actions, des formations pour les professionnels de santé et les acteurs sociaux....* » (E1)

La décision d'évoluer vers le RIAM constitue une étape majeure de l'évolution du réseau. C'est un élargissement en terme de champ d'action (passage de l'alcool aux addictions) et du panel d'acteurs impliqués. Si le comité de pilotage du réseau alcool santé 53 allait déjà bien au-delà des deux acteurs piliers que sont l'ANPAA et AACO, la dynamique d'action du réseau reposait essentiellement sur ces deux piliers. Avec le GRIAM, puis le RIAM, c'est un ensemble plus large d'acteurs qui s'impliquent dans le réseau³⁸ : (1) des professionnels du soins : les CCAAT, le CH de Laval, le service de psychiatrie adulte du CH de Laval, Le centre de soins pour malades alcooliques de la Bréhonnière, la clinique psychiatrique privée notre dame de Pritz, le SMASA (service mutualisé d'accompagnement aux soins en addictologie), la médecine du travail ; (2) plusieurs associations d'entre aide : Alcool Assistance Croix d'Or, Alcooliques Anonymes, Amitié la poste- France télécom, club de l'espérance, santé solidarité, vie libre ; (3) des acteurs de

³⁸ RAPPORT ANPAA 53 Le réseau alcool santé 53 1996-2006 : bilan d'une expérience de réseau dont l'histoire se poursuit, décembre 2006

prévention : le CODES (comité départemental d'éducation pour la santé) et l'ANPAA ; (4)
des institutions de régulation et de support : la DDASS, la CPAM et la MSA.

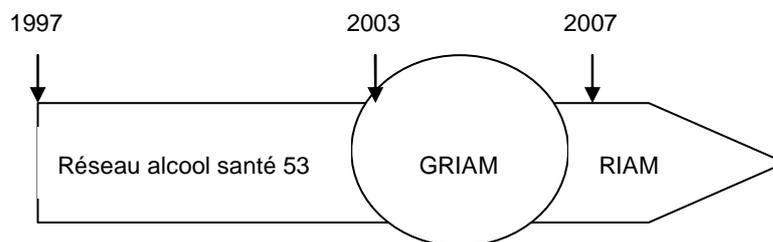


Figure 2: Représentation schématique de l'évolution du réseau 'alcool santé 53' de 1997 à 2007

3.3 Facteurs favorables et défavorables au développement du réseau alcool santé 53

Les étapes de développement du réseau ayant été présentées, nous allons nous intéresser plus précisément aux facteurs qui ont influé l'ensemble du processus, en différenciant ceux qui ont agi comme un moteur, un facilitateur, et ceux qui ont plutôt agi comme un frein, un obstacle. Nous serons également attentifs à rendre explicites les points de convergence et de divergence entre les perceptions des acteurs directement impliqués dans le réseau et de ceux qui lui sont plus externes.

3.3.1 Des facteurs favorables au développement du réseau alcool santé 53/RIAM

Les quatre premiers facteurs sont plutôt d'ordre interne au réseau, les deux suivants sont liés à son environnement externe.

- A) La qualité d'engagement des fondateurs autour d'un besoin partagé et d'une complémentarité acceptée

La volonté partagée par les présidents de l'ANPAA et de l'AACO de sortir la problématique alcool du non-dit afin d'améliorer sa prise en charge, et la conviction partagée que chacun d'eux avait besoin de l'autre, ont été à l'origine même du réseau. Cet aspect est considéré par les acteurs en charge du pilotage régional comme un facteur positif déterminant pour l'avenir d'un réseau : « *Dans les réseaux qui marchent bien, il y a très souvent une impulsion locale partant d'acteurs qui ont un besoin commun et qui s'associent... la notion de besoins réels et partagés* »(E8).

La qualité de la relation entre ces deux personnes s'est traduite par une dynamique forte entre les deux associations qui ont porté le réseau alcool santé 53. Leurs profils, un médecin alcoologue (président de l'ANPAA) et un militant associatif (président de l'AACO), explique probablement aussi l'orientation prédominante prise par le réseau : une

articulation entre les professionnels de soins spécialisés en alcoologie et les secteurs associatif et social. Leur rayonnement a permis d'attirer un 'noyau dur' d'acteurs qui allaient constituer le comité de pilotage, et plus tard d'ouvrir la réflexion à de nouveaux partenaires. Leur leadership, renforcé par la présence active de quelques membres du comité de pilotage a été sollicité à chaque moment clé du développement du réseau. Le centre de soins de la Bréhonnière est souvent cité aussi comme un acteur fondateur. Cela tient au fait que le médecin alcoologue président de l'ANPAA est également le responsable médical de ce centre, mais probablement aussi au fait que le directeur actuel de ce centre a rejoint dès le départ le noyau dur du réseau, et a formé avec le responsable médical une équipe 'motrice'.

Le rôle central des deux associations, et derrière elles de ces 'pères fondateurs', est reconnu par tous les acteurs rencontrés: *«L'histoire est basée sur l'humain. Elle est liée à deux personnes : Mr Monsallier et Dr Le Blevec. Ils sont arrivés à formaliser leurs relations et à faire quelque chose ensemble »(E7), « le binôme ANPAA-AACO a été un moteur déterminant, avec le souci du Dr Le Blevec de toujours associer professionnels et bénévoles » (E3), « Le degré de confiance très fort entre l'ANPAA et AACO a été un élément moteur essentiel » (E2),« Ce qui a été moteur, c'est le militantisme très fort d'AACO et de la Bréhonnière...on avait été un peu déçus en fin d'étape de constitution et formation des groupes, mais la motivation de ces acteurs a permis de maintenir les choses »(E6).*

B) L'équilibre entre la stabilité d'un noyau dur d'acteurs et une démarche d'ouverture

La stabilité, au delà des deux pères fondateurs, d'un petit noyau d'acteurs présents depuis la création du réseau en 1997, est un élément frappant de ce réseau. La stabilité des acteurs, qui favorise continuité et cohérence, est citée à plusieurs reprises comme élément facilitateur du développement du réseau: *« Ce qui compte aussi, c'est une grande stabilité des personnes. Je le vois comme un effet positif... car avec d'autres partenaires comme ceux de la justice (dans le cadre des conventions justice-santé), les personnes changent régulièrement et c'est un problème : on discute, on apprend à se comprendre, et on doit recommencer avec de nouveaux interlocuteurs... c'est fatiguant et usant. » (E5), « la stabilité des principaux acteurs a facilité un travail de fond » (E6).*

L'existence de ce noyau dur n'a pas mené à une position de repli sur soi, mais s'est au contraire accompagnée d'une attitude d'ouverture constante. Une culture professionnelle ou associative d'interaction caractérise la pratique de bon nombre de ces personnes et l'ouverture à de nouveaux acteurs s'est fait par élargissement progressif autour de ce noyau dur. Le comité de pilotage a été l'un des lieux privilégiés de l'ouverture à de nouveaux acteurs : *« on a toujours été vigilant à permettre à des acteurs nouveaux d'entrer dans le copil »(E5).* Le réseau a su intégrer des personnes ayant une expérience

avec d'autres réseaux (un médecin ayant une expérience avec le réseau diabète) ou une connaissance théorique spécifique en matière de réseaux (un cadre infirmier avec une formation théorique spécifique sur les réseaux). Le passage au GRIAM puis au RIAM a concrétisé le souhait d'ouvrir le réseau de façon plus formelle à de nouveaux partenaires, en sortant de la convention ANPAA/AACO pour aller vers un partenariat plus large.

C) Le rôle moteur du comité de pilotage

Les fondateurs du réseau ont dès le départ introduit un degré de structuration et de formalisation à travers : (i) la signature d'une convention entre les deux associations ; (ii) la constitution d'un comité de pilotage associant, au-delà des deux associations fondatrices, des acteurs et organismes concernés par la problématique (10 à 15 personnes selon les périodes) ; et (iii) la mise en place d'une équipe opérationnelle sur le terrain (composée des deux présidents d'association et de la directrice de l'ANPAA). Au-delà de ces éléments structurants, le niveau de formalisation était peu développé : pas de mécanismes d'adhésion, pas d'outils de management, pas de mécanismes explicite de prise de décision.

Le comité de pilotage n'a pas été un comité fantôme. Rassemblant le 'noyau dur' de personnes motivées, il a effectivement piloté le réseau en gardant le cap des objectifs fixés et en entretenant la dynamique de discussions et d'échanges entre acteurs. Il a été un lieu de synthèse et de propositions. Témoigne de cette dynamique la présence fidèle de ses membres aux 3 à 7 réunions annuelles. De 1997 à 2006, 43 réunions du comité de pilotage se sont tenues, rassemblant en moyenne 12 présents (de 9 à 16 selon les réunions)³⁹. Témoignent aussi de cette dynamique les expressions de certains acteurs : « *Dans le copil, les gens nous ont amenés à une ouverture, l'information a été relayée par les organismes sociaux. Le copil était le lieu de synthèse de l'avancement des groupes, des journées départementales, le lieu où l'on réfléchissait à comment mettre en place certaines choses.* » (E1), « *j'ai beaucoup aimé le travail en copil qui réunissait différents acteurs plus spécialisés du département, au-delà des pilotes mêmes de l'action (ANPAA et AACO), ça a été moteur et motivant. On réfléchissait, on orientait et en même temps on apprenait à mieux se connaître* »(E5).

D) Le sentiment de 'retour sur investissement'

Le plaisir que certains acteurs expriment avec le travail en comité de pilotage amène à la notion plus globale de l'intérêt perçu par les acteurs à leur engagement dans un réseau. Le travail en réseau signifie au départ un investissement en temps et en énergie, non

³⁹ RAPPORT ANPAA 53 Le réseau alcool santé 53 1996-2006 : bilan d'une expérience de réseau dont l'histoire se poursuit, décembre 2006

rémunéré. Cet investissement ne se maintient dans le temps que si les acteurs concernés trouvent dans le réseau une forme de 'retour sur investissement'. La forme peut varier : une aide concrète à la prise en charge de certains patients, la rémunération d'actes habituellement non pris en charge, un renforcement professionnel lié au rayonnement du réseau, l'enrichissement professionnel et personnel des échanges entre acteurs. On retrouve dans notre étude de cas plusieurs de ces éléments : « *On a avancé dans la reconnaissance de l'associatif comme acteur à part entière* »(E1), « *La qualité du travail de collaboration entre les acteurs de l'associatif et les professionnels (sanitaires et sociaux) a été très positive* »(E2), « *ça a été un travail passionnant* »(E2), « *...ça a permis de travailler autrement, c'était plus facile de décrocher son téléphone, de poser certaines questions* »(E5), « *Le copil amène aussi un côté sérieux, on est mieux pris au sérieux* »(E1), « *c'est à travers ce réseau que j'ai connu les associations, l'ANPAA. Le réseau m'a aidé à faire des formations au niveau hospitalier. Je n'aurais pas pu le faire seule. Je peux faire la partie technique médicale mais le travail d'équipe a apporté une réflexion plus globale de la problématique alcool, et m'a permis de proposer une formation de qualité* »(E4).

Cette notion de 'retour sur investissement' est au cœur de la réflexion en cours sur l'implication possible des médecins généralistes dans ce réseau. Nous y reviendrons dans le paragraphe sur les enjeux.

E) Le support institutionnel

Le suivi du réseau alcool santé 53 par les institutions DDASS et CPAM existe depuis le début de l'activité du réseau, à travers une représentation de ces deux institutions dans le comité de pilotage. Au cours du temps, la présence effective des institutions au sein du comité de pilotage et leur degré de contribution a varié selon les personnes. Depuis environ trois ans, l'accompagnement DDASS/CPAM est effectué par un binôme constitué de deux cadres administratifs, l'un de la DDASS, l'autre de la CPAM.

Le support institutionnel est perçu comme un atout important par la plupart des acteurs du réseau, en termes de reconnaissance, de support financier et de support technique.

La reconnaissance de la pertinence du travail effectué, les encouragements venant des institutions support rassurent des acteurs qui prennent le risque d'innover, et les renforcent dans leur motivation à poursuivre. Les acteurs de terrain perçoivent les différences de soutien en fonction des changements de personnes des institutions. « *Aux débuts du réseau, il y a eu une attitude de 'frilosité' de la DDASS. Quand Mr X est arrivé à la direction de la DDASS, ça a été un soutien fort. On a perçu un changement net dans le soutien* »(E2), « *on bénéficie d'un gros soutien de la DDASS et de la CPAM depuis deux ans* »(E2).

Le rôle de support financier des institutions est primordial pour les acteurs impliqués dans une démarche qui les engage sur la durée. Dans le financement antérieur des réseaux, fait d'un puzzle de financements non pérennes, une relation de confiance avec des partenaires institutionnels qui travaillent à garantir une continuité de financement était très importante : « *La DDASS, la CPAM et, dans une moindre mesure, la MSA, ont cru au projet et l'ont soutenu tout au long car on a eu des financements chaque année* » (E5).

Dans la phase actuelle de soumission à un financement DRDR, la DDASS et la CPAM ont joué un rôle technique en guidant l'équipe sur la démarche à suivre, en contribuant à l'appui méthodologique, et en facilitant l'accès au financement d'un cabinet conseil pour la préparation du dossier. Le binôme participe également aux travaux des commissions de préparation du projet. Dans le cadre de la phase préparatoire, le binôme a également organisé à Laval une réunion entre les promoteurs du RIAM, le référent thématique de la DRASS, le responsable URCAM des réseaux, et le binôme DDASS/CPAM. Cette réunion (qui s'est tenue le 9/02/07) avait pour objet de permettre aux promoteurs du RIAM (i) de présenter la dynamique évolutive de leur travail, ce qui les motive à demander un financement DRDR, leurs objectifs et l'état d'avancement de leur nouveau projet, et (ii) de recueillir les réactions des personnes chargées du pilotage. Ce type de réunion, qui s'organise à la demande, permet un ajustement mutuel entre les personnes chargées du pilotage régional, le binôme DDASS/CAPM et les promoteurs. C'est une illustration du mode de pilotage régional, qui s'effectue en complémentarité avec l'équipe départementale et avec le souci d'appréhender les réalités de terrain. L'ensemble de ce suivi est valorisé par les acteurs : « *Les opportunités récentes d'accès à un support financier et méthodologique nous ont permis d'envisager sérieusement d'aller vers un réseau type URCAM* »(E3), « *Les choses se structurent avec la DDASS et la CPAM et on a ainsi un soutien méthodologique appréciable* »(E3).

F) L'évolution de l'offre de soins

Il y a sur ce sujet une différence d'expression importante entre les acteurs du réseau d'un côté, et les acteurs institutionnels de l'autre. A quelques exceptions près, les acteurs du réseau parlent de l'évolution de l'offre de soins comme d'un processus indépendant du réseau, alors que l'acteur institutionnel impliqué à l'époque en parle comme d'une dynamique synergique à celle du réseau.

Seuls deux acteurs de soins ont établi un lien explicite entre l'activité de réseau et l'organisation du système de soins. L'un de façon directe, pour exprimer la synergie possible entre le réseau et la réflexion sur le projet médical de territoire (PMT) : « *Le réseau a pu être relayé via le PMT. Présent au sein de la commission prévention du PMT, j'ai pu relayer la problématique alcool et le réseau paraissait une réponse possible* »(E3). L'autre, de façon indirecte, fait un rapprochement entre l'évolution de l'offre et celle du

réseau : « *Le développement du CCAAT correspondait à la fin de l'étape des groupes relais* » (E6).

Le cas de la transformation du CIPSAT en CCAAT (centre de cure ambulatoire en alcoologie et toxicomanie) au cours de la période 2000- 2002 est illustrative de la différence de regard des acteurs. Tous les acteurs du réseau rencontrés ont, à un moment ou un autre de l'entretien, évoqué le développement du CCAAT comme un élément très positif de l'évolution de l'offre de soins en alcoologie/addictologie, mais sans articuler cette évolution à la dynamique de réseau.

En revanche, l'acteur institutionnel impliqué à ce moment là dans le suivi du réseau évoque la transformation du CIPSAT en CCAAT comme une évolution de l'offre de soins articulée avec la démarche réseau. Cette transformation s'est faite à l'initiative des services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS), qui ont rassemblé en 2000 les spécialistes en addictologie du département (pour la plupart membres du réseau) afin de mener une réflexion sur l'amélioration de l'offre de soins en addictologie et de sa coordination. A partir de l'expérience du CIPSAT, riche mais limitée à Laval, un groupe de travail incluant plusieurs membres du réseau a élaboré un projet de pôles ambulatoires spécialisés en addictologie pour l'ensemble du département. Ce projet a pris la forme du CCAAT, centre à vocation départementale, avec trois antennes réparties sur le département, mais une direction et une coordination commune. Le CCAAT est une structure médico-sociale gérée par le syndicat inter hospitalier en santé mentale de la Mayenne depuis mai 2001.

Le plan triennal d'action 2001-2003⁴⁰ en matière de santé publique pour la Mayenne comportait quatre sujets prioritaires dont celui des pratiques addictives. Pour l'année 2001, les deux priorités retenues pour ce thème étaient le développement des pôles ambulatoires à travers la mise en place du CCAAT en 2001, et la poursuite du développement d'un réseau d'alcoologie de proximité (réseau alcool santé 53).

A l'échelle du système de soins départemental, il y a eu synergie entre la dynamique du réseau et celle de structuration de l'offre de soins. Mais cet aspect est peu identifié par les acteurs du réseau.

3.3.2 Les difficultés rencontrées dans le développement du réseau alcool santé 53

A) Des tensions entre cultures professionnelle et associative

Globalement, la qualité de la collaboration entre professionnels et associatifs est une caractéristique de ce réseau. Les différences de culture et de contraintes entre professionnels et bénévoles ont cependant été évoquées pour expliquer les difficultés de

⁴⁰ Plan triennal d'action en matière de santé publique du département de la Mayenne, Janvier 2001

collaboration parfois ressenties: « *Les professionnels sont obligés d'avoir des résultats pour justifier leur fonctionnement. Ils ont des soucis pour leur futur, et ça reste une priorité pour eux.* » (E1). Si ces difficultés n'ont pas donné lieu à des situations de crises, c'est probablement parce que les deux fondateurs du réseau accordaient à ce partenariat une importance centrale et qu'ils ont été attentifs à son bon déroulement : « *On voulait aller vers une meilleure communication pour une meilleure reconnaissance, être acteurs d'égal à égal entre professionnels et bénévoles, chacun dans sa complémentarité.* »(E1), « *Le Dr Le Blevec restera un acteur primordial dans la construction d'une collaboration étroite entre professionnels et associatifs, qui n'allait pas de soi* »(E1). Les événements susceptibles de modifier cet équilibre de partenariat peuvent créer des tensions au sein du réseau. Le passage à un réseau plus 'professionnalisé' est de ce point de vue une étape 'sensible'.

B) L'échec de la dynamique autonome des groupes relais

L'échec de la capacité des groupes relais à pouvoir évoluer et agir selon une dynamique autonome a été une déception importante « *Une étape a été de réaliser que cet aspect là ne marchait pas* »(E5). La mise en place de ces groupes relais constituait le 3^{ème} axe du projet initial, mais l'axe principal dans les faits. L'objectif était de créer un réseau de professionnels et de bénévoles non spécialisés en alcoologie, capables d'identifier de façon précoce les personnes en difficulté avec l'alcool afin de mieux les orienter vers un 2^{ème} réseau, celui des professionnels spécialisés en alcoologie. Les membres de ces groupes sont effectivement devenus mieux à même de jouer le rôle de personnes ressources, mais les groupes en tant que tels n'ont pas développé de dynamique propre : pas de réunions de groupe ou d'activités communes : « *Il y avait des gens, demandeurs d'un dynamique, mais qui ne se voyaient pas l'assurer eux-mêmes... et en même temps on faisait le constat qu'on ne pouvait pas assurer la dynamique de tous les groupes* »(E5).

C) La faible implication des médecins généralistes

C'est l'une des difficultés majeures exprimées lors des entretiens, et c'est un souci partagé entre acteurs du réseau et institutionnels.

Deux médecins généralistes (MG) sont activement impliqués dans le réseau et font partie du comité de pilotage. Tous deux ont un intérêt spécifique pour la problématique puisque l'un a fait une thèse sur 'le regard du MG sur le patient alcoolique', et l'autre a depuis longtemps une consultation d'addictologie au CCAAT. A ces deux exceptions près, aucun MG ne s'est activement engagé dans le réseau. L'un des trois axes du projet initial visait à intégrer la problématique alcool dans le programme de FMC des MG. Il a donné lieu en 1998 à deux journées de formation en alcoologie pour une vingtaine de MG. Cette formation n'a pas eu de suite, ni sous forme d'autres sessions de FMC ni sous la forme de l'implication de MG au sein du réseau.

Mobilisés par le travail sur les groupes relais, les acteurs n'ont pas immédiatement identifié l'importance de la faible implication des MG. Lorsque le problème a été identifié, il n'y a pas eu de réorientation de l'action pour le prendre en compte. La phase de réflexion du GRIAM puis la préparation du RIAM ont permis à l'équipe d'analyser les acquis, mais aussi de mieux cerner les limites de l'action entamée et de prendre conscience que le désir de 'mieux travailler ensemble' ne pourrait se réaliser en l'absence des médecins généralistes et des centres hospitaliers. Les échanges avec les acteurs institutionnels lors de la phase préparatoire au dossier DRDR ont renforcé cette conviction.

Les acteurs du réseau semblent assez démunis pour décrypter les raisons de la faible implication des médecins généralistes. Un questionnaire d'évaluation avait été élaboré en 2005 pour appréhender les besoins des professionnels, en particulier des médecins généralistes. Mais par manque de temps et de compétences disponibles, ce travail entamé n'a pas pu être finalisé. Quelques pistes sont avancées : « *De façon générale, la mobilisation est difficile à maintenir pour les acteurs non spécialisés, pour lesquels la problématique alcool n'est pas centrale dans la pratique (c'est le cas des MG, des médecins hospitaliers non alcoologues mais aussi des travailleurs sociaux)(E6), « Pour les MG, le travail en réseau ne rentre pas dans le cadre médical classique. C'est un travail plus médico-psychologique que biomédical, qui nécessite un travail pluridisciplinaire alors que la culture médicale est globalement solitaire...Les MG n'ont pas de grille d'analyse ni d'outils pour accrocher le dialogue »(E6).*

D) La faible implication des médecins hospitaliers

Du côté hospitalier, l'implication des CH dans la dynamique de réseau a reposé sur quelques médecins, mais pas sur un engagement fort de l'institution hospitalière. Seuls deux médecins hospitaliers faisaient partie du comité de pilotage, tous deux de Laval : un médecin du service de psychiatrie adulte de Laval, et le médecin responsable de l'équipe de liaison en addictologie du CH Laval.

L'équipe de liaison du CH de Laval s'est mise en place à partir de 1998. Elle a développé un travail (i) intra-hospitalier en direction des patients (repérage et orientation des patients, formation du personnel) et du personnel (plan de préventions des addictions) et (ii) extrahospitalier, de lien avec d'autres acteurs (notamment le CCAAT et les réseaux). Début 2006, le médecin responsable de l'équipe de liaison a arrêté sa fonction pour endosser la responsabilité de chef du pôle urgences /SAMU /SMUR . Depuis cette date, il n'y a plus d'équipe de liaison fonctionnelle et le réseau n'a plus au CH de Laval.

Les acteurs du réseau reconnaissent de leur côté avoir parfois été maladroits dans leur relations avec les CH : « *Pour les hôpitaux, il faut bien connaître les instances et les respecter, éviter les erreurs diplomatiques qui peuvent jouer sur les relations. On a pu commettre des maladresses à certains moments »(E5).*

Actuellement les acteurs du réseau identifient des insuffisances importantes de l'offre hospitalière de soins en addictologie : absence de consultation d'addictologie, d'équipe de liaison, de lits dédiés, et absence d'interlocuteurs, à l'exception du CH de Château-Gontier avec lequel le réseau travaille.

E) La tension entre l'échelle temps des acteurs du réseau et celle des institutions

Il y a sur ce sujet une divergence de vue assez nette entre les acteurs de terrain et les acteurs institutionnels. La lenteur du processus et son inscription sur la durée sont plutôt cités comme des facteurs favorables par les acteurs de terrain : « *Ce qui est très positif, c'est que c'est quelque chose qui s'est fait dans le temps et non dans la précipitation. Cela a donné le temps d'évoluer sans bousculer, cela a permis de changer les regards* »(E1), « *La durée a permis un travail de fond* »(E6), « *Le réseau demande du temps sans forcément de visibilité, de choses mesurables d'emblée. Accepter de passer du temps va à l'encontre des résultats* »(E1).

Les acteurs institutionnels ont un regard souvent plus mitigé: « *On trouvait que ça n'allait pas assez vite. Ils faisaient 2 ou 3 secteurs par an, donc c'était très lent... mais ça avançait. Les gens ont appris à se connaître* »(E7), « *Dans les actions de promotion de la santé, le bénéfice est peu palpable. Mais il y a souvent des bénéfices collatéraux. Cela prend du temps, mais en 10 ans, on change le regard* »(E7), « *Nous aussi on est prisonnier de cette visibilité à court terme. Maintenant, il faut aussi que ce ne soit pas trop long, que les gens sachent se décider... si rien ne se passe en trois ans, il n'y a pas de raison de penser que les choses bougeront mieux avec plus de temps* » (E8).

F) Des ambitions limitées par le type et le niveau de financement

Nous avons vu précédemment que le réseau a bénéficié d'un support régulier des acteurs institutionnels pour assurer une continuité de financement et sécuriser le projet entamé. Les acteurs reconnaissent l'importance de ce rôle.

Mais avec le temps sont apparues d'une part les limites d'un financement qui restait fragile et dont le niveau limitait les ambitions, d'autre part les limites d'une action largement basée sur un bénévolat actif mais dont on pouvait percevoir des signes d'essoufflement. Ces questions ont été abordées dans le cadre du GRIAM et ont pesé dans le choix de soumettre un dossier pour un financement URCAM afin d'évoluer vers un réseau plus professionnel et plus ambitieux : « *On se rendait compte qu'on avait besoin de ressources, de moyens humains. Cela nécessitait un financement et donc une procédure* »(E2), « *L'idée était d'impliquer plus de partenaires, d'amener une autre dynamique, et de financer les activités car on était sur une base de bénévolat* »(E3)

G) La complexité de la procédure de financement DRDR

La procédure d'accès au financement DRDR avec la constitution d'un dossier projet est vécue par les acteurs du réseau comme une épreuve difficile à surmonter sans appui : « *Sans le soutien méthodologique de Catalys conseil, on n'aurait pas pu franchir le pas du réseau structuré* ». De son côté, l'équipe de pilotage régional reconnaît mais revendique une procédure contraignante : « *Je défend une procédure suffisamment lourde parce que c'est en soi un mécanisme de sélection* » (E8).

3.4 Le réseau RIAM : acquis et enjeux

3.4.1 Les acquis

Les dix années d'expérience qui ont débouché sur la création du réseau RIAM sont porteuses d'acquis précieux ::

- Un partenariat de qualité entre les acteurs spécialisés en alcoologie, professionnels et associatifs, qui a permis de construire la confiance nécessaire pour aborder la délicate question du « mieux travailler ensemble »
- Une dynamique positive entre acteurs du réseau et acteurs institutionnels
- Un maillage départemental par des groupes relais associant acteurs associatifs, élus, travailleurs sociaux et certains professionnels de santé
- Une amélioration de la communication autour de la problématique alcool en Mayenne

3.4.2 Les enjeux

On peut différencier deux types d'enjeux, ceux qui sont liés au management du réseau en tant que structure de coordination, et ceux qui sont liés à l'action du réseau sur l'amélioration de la prise en charge des patients.

A) Réussir la mutation structurelle en réseau de santé

Au sein des commissions, les acteurs sont actuellement mobilisés par la procédure de transformation en 'réseau de santé' financé sur la DRDR. L'attribution de ce financement est en effet conditionné à la satisfaction par le réseau demandeur d'un ensemble de critères de qualité, de conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation⁴¹. Cela inclut l'élaboration d'une convention constitutive, d'une charte du réseau et de documents d'information destiné au patient. La question de la coordination du réseau est exprimée par les acteurs comme un élément central pour le réseau à venir. La réflexion est en

⁴¹ Décret n° 2002 -1463 du 17 décembre 2002 relatif a ux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé

cours sur les objectifs de la coordination, le profil du coordinateur et l'articulation entre coordinateur et comité de pilotage.

Le défi pour les acteurs du réseau RIAM, c'est de parvenir à cette transformation sans perdre la dynamique positive construite ni rompre l'équilibre entre professionnels et bénévoles. S'ils sont très positifs vis-à-vis de la nouvelle étape qui se dessine, ils expriment aussi quelques inquiétudes sur le risque d'une formalisation excessive, d'une culture de résultats à court terme, d'une professionnalisation du réseau au détriment de la vie associative, inquiétude aussi que leur réseau leur échappe. Les inquiétudes sont plus fortement exprimées du côté des acteurs associatifs.

« Est-ce qu'on a besoin de formaliser tout ? C'est la mode...on est dans une dérive de formalisation de tout »(E4), « On a pris conscience qu'il faut faire de l'évaluation, mais on arrive aussi à un essoufflement du bénévole qui parfois ne fait que de l'administratif... car l'évaluation, c'est toute une procédure... »(E1), « On sentait qu'en formalisant, on passait de l'individu à l'institution en terme d'engagement, on changeait de registre. On ne voyait pas facilement comment faire et ça faisait aussi un peu peur (que les choses nous échappent) »(E5)

« Le réseau doit continuer à vivre de l'intérieur...la crainte c'est un peu que chacun définisse des tâches et que la coordination réponde aux demandes. Il faut que chacun reste acteur »(E1), « C'est important de professionnaliser, mais pas au prix de perdre l'implication des groupes d'entre aide »(E2)

B) Mieux travailler ensemble

Le RIAM a une double ambition, 'travailler plus large et plus loin', plus large en élargissant le champ aux addictions et à un ensemble plus large de partenaires, plus loin en agissant plus directement sur l'offre de soins.

L'élargissement au champ des addictions aux produits psycho-actifs est un enjeu qui nécessite un élargissement à la fois de la réflexion technique et des acteurs concernés. Les acteurs, pour certains déjà impliqués depuis longtemps dans une approche globale des addictions, sont conscients du travail que cela implique, mais ne le considèrent pas comme un défi majeur.

En revanche, parvenir à impliquer médecins généralistes et centres hospitaliers, et travailler ensemble sur l'offre des soins représentent pour eux deux grands défis à venir qu'un acteur résume très bien : *« L'action du réseau avec les médecins généralistes et les centres hospitaliers n'a pas bien marché. Or les MG et les CH sont les pivots de l'accès aux soins. L'objectif initial était de faire un réseau d'acteurs non spécialisés mais cela n'a pas marché. On est en fait arrivé à un bon réseau d'acteurs spécialisés, et une bonne implication des acteurs sociaux Le gros défi maintenant, c'est d'aller vers les*

professionnels de santé non spécialisés, de les accrocher, pour ensuite travailler concrètement sur une meilleure organisation de l'offre pour les addictions »(E5).

La capacité du RIAM à établir une relation constructive avec les médecins généralistes sera déterminante pour sa pertinence et son impact sur la prise en charge des personnes. La réflexion d'un des pilotes régional des réseaux : « *si le réseau leur est vraiment utile, les MG y participeront »(E8)*, est importante. C'est dans cet état d'esprit que le travail préparatoire du projet RIAM a prévu d'explorer les difficultés rencontrés par les MG dans la prise en charge des addictions. La commission 'Etat des lieux' est ainsi coordonnée par un MG à la retraite, ancien vice-président du conseil départemental de l'Ordre des médecins. Dans ce cadre, une table ronde a été planifiée sur chacun des trois sites urbains du département, ouverte à l'ensemble des acteurs de ville sanitaires et sociaux. La 1^{ère} de ces tables rondes s'est déroulée fin avril et a réuni 22 personnes (10 médecins dont 7 libéraux, 3 pharmaciens, 1 infirmière libérale, 1 cadre infirmier, 1 psychologue, 4 responsables ou travailleurs sociaux et 2 animateurs de prévention). La discussion a convenu que « le réseau peut permettre de répondre à différentes attentes, s'il veille à ne pas alourdir l'existant, en temps et surcharge de travail ». Les attentes exprimées sont de plusieurs ordres : besoin de formation ; d'information adaptée, concrète et rapide d'accès ; de supervision ; d'échanges de pratiques, de lien, de mieux se connaître ; de soutien aux cas complexes ; d'appui pour les besoins spécifiques de certaines populations (jeunes, parents, précaires...) ; d'appui pour la prise en charge d'addictions sans substance psycho-actives⁴².

L'implication des médecins hospitaliers dans le réseau est assez directement lié, nous l'avons vu à propos du CH de Laval, au niveau de développement de soins spécifiques en addictologie. Mais au-delà de l'implication individuelle de médecins hospitaliers, c'est l'engagement institutionnel qui est recherché avec le RIAM. Cet engagement semble aujourd'hui faire défaut si l'on considère l'absence de structuration de l'offre hospitalière sur ce sujet et l'absence de relais organisé lorsqu'un médecin mobilisé quitte son poste.

Ce que les acteurs vont mettre dans ce 'mieux travailler ensemble' reste aussi à définir. La commission sur l'état des lieux a pour objectif de faire un état de l'offre de services sanitaires et sociaux dans le domaine des addictions en Mayenne et d'évaluer les besoins des professionnels pour améliorer la prise en charge. Des propositions sont évoquées : mise en place d'un 'guichet unique' pour les professionnels, élaboration et/ou diffusion d'outils et documents utiles, proposition de formation spécifique pour les professionnels. Le souci d'être dans le concret, dans l'efficacité est exprimé : « *Il faut faire quelque chose de*

⁴² Compte-rendu du comité de pilotage du RIAM le 10 mai 2007

simple (d'usage pour les professionnels) et d'efficace (qui apporte la bonne réponse aux professionnels) », « Avec le RIAM, on devrait être capable d'amener des réponses plus concrètes aux différents acteurs... et d'être plus dans le résultat »(E1).

Le mieux travailler ensemble c'est aussi, comme l'ont souligné plusieurs acteurs précédemment, réussir à garder une collaboration de qualité entre professionnels et associations d'entraides, et préserver des valeurs qui ont fondé l'action initiale « *Etre reconnu comme quelque chose d'efficace... mais aussi que l'humain reste au centre. Pour moi l'enjeu majeur c'est d'oublier le produit et de travailler sur l'humain et le mal être* »(E1).

4 Discussion

L'étude de cas nous a permis d'appréhender très concrètement le processus de développement du 'réseau alcool santé 53' aujourd'hui devenu RIAM. Pour pouvoir dégager des enseignements utiles aux services déconcentrés dans l'accompagnement de ce réseau, et plus généralement des réseaux, nous allons maintenant discuter certaines questions à la lumière de la littérature et d'entretiens avec des personnes chargées du pilotage des réseaux ou ayant une expertise reconnue dans le domaine des réseaux. Nous aborderons ainsi les conditions de réussite des réseaux, puis trois questions complexes qui constituent de notre point de vue des enjeux pour l'avenir du RIAM et de nombreux réseaux : le degré de formalisation/ professionnalisation du réseau, l'implication des médecins généralistes et le passage à une action plus directe sur l'offre de soins.

4.1 Les conditions de réussite des réseaux

La parution des ordonnances de 1996 avait conduit la DGS à procéder à un inventaire et une analyse rétrospective des réseaux existants afin d'avoir une vision de la situation à un moment clé (l'entrée des réseaux dans la loi) et pouvoir dégager des leçons de l'expérience. Ce travail a notamment permis de mettre en lumière un 'cadre méthodologique spontané', c'est-à-dire un ensemble de règles et outils communs aux réseaux qui ont su se développer de façon constructive. Ces règles et outils étaient présentées dans l'article de P. Larcher en 1998⁴³, puis reprises de façon plus synthétique en 2004 (Cf. encadré 8).

⁴³ LARCHER P., Les enseignements des réseaux existants. ADSP n°24 septembre 1998, p 21

Encadré 7 - Conditions de réussite des réseaux: le cadre méthodologique spontané⁴⁴

« Il est apparu que, quel que soit leur thème, les réseaux qui avaient résisté plus de trois ans s'étaient en fait spontanément pliés à un nombre limité de règles que l'on retrouvait partout, et s'étaient dotés des mêmes outils d'amélioration de la qualité de leurs prestations.

Ces **règles** étaient les suivantes :

- -nécessité d'un « père fondateur », porteur du projet pendant au moins trois ans, légitime auprès des futurs membres du réseau qu'il doit amener au volontariat. Ceci dans le but d'amener les acteurs à oser exposer leurs pratiques professionnelles à d'autres types de professionnels (ce qui n'est possible que si l'identité professionnelle est parfaitement claire), à accepter un travail supplémentaire auquel ils n'ont pas été formés, pour une rémunération aléatoire ;
- -complémentarité des compétences sans prééminence de l'une sur l'autre (pas de hiérarchie, mais besoin l'un de l'autre) ;
- -légitimation par au moins une institution, souvent de manière indirecte (prêt de la salle des fêtes municipale une fois par an pour une manifestation publique du réseau, mise à disposition de salles de l'hôpital pour des formations, détachement à temps partiel d'une assistante sociale par le conseil général...);
- -capacité d'initiative de chacun des membres du réseau pour en améliorer le fonctionnement et l'adaptation aux problèmes de la population visée, comme c'est le cas des cercles qualité dans l'industrie, seul moyen de maintenir dans la durée la motivation des professionnels.

Ces règles ne trouvaient leur pleine application que par la mise en œuvre des **outils** ci-après décrits :

- -formation continue, technique au départ mais vite interprofessionnelle pour permettre à chacun de situer au mieux sa propre compétence par rapport à la compétence de l'autre ;
- -coordination, non seulement dans un but d'orientation des usagers ou de planning des actions, mais aussi d'organisation des formations ou de réflexion sur les stratégies de développement du réseau, reposant au début sur le fondateur du réseau, et ensuite le plus souvent sur une petite équipe ;
- communication entre les professionnels mais surtout avec les institutions et le

⁴⁴ BERARD A., GRAND A., LARCHER P et al., Médecins de santé publique, Ed ENSP, 2006. Deuxième partie, chapitre 5 Les réseaux de santé, p203

public, de façon à éviter que ne s'approfondisse un fossé d'incompréhension entre ceux qui tirent le meilleur profit de leur expérience et les autres.;

- -évaluation, non pas seulement en termes de contrôles épisodiques d'utilisation des financements ou d'inspection des pratiques, mais sous forme d'auto-évaluation de ses buts et de ses pratiques par chacun des membres pour pouvoir s'adapter au mieux à la situation et progresser.

Il est intéressant de constater qu'au moment où ce cadre méthodologique spontané était explicite (1996-1997), le réseau alcool santé 53 entamait son processus de développement en en mettant en place de façon spontanée la plupart de ces éléments. Les notions de pères fondateurs présents sur la durée, de complémentarité des compétences, et de légitimation par au moins une institution font en effet partie des facteurs favorables identifiés par les acteurs. La notion de capacité d'initiative n'apparaît pas de façon explicite. On peut cependant considérer que le plaisir revendiqué à travailler au sein d'un comité de pilotage de plus en plus ouvert, ainsi que la liberté et la diversité d'expression des acteurs au cours des entretiens témoignent de façon indirecte d'une forme de fonctionnement participatif qui donne de l'espace à la capacité d'initiative de chacun.

En ce qui concerne les outils, la formation interprofessionnelle et la communication ont été au cœur du travail sur les groupes relais. Elle ont également participé de la dynamique interne du comité de pilotage. L'organisation de réunions publiques, et des événements festifs autour de la notion de prévention, l'élaboration d'une plaquette destinée au public 'Problème d'alcool : ou s'adresser en Mayenne ?' sont des exemples de communication à destination du public. La coordination a été assurée par le comité de pilotage et l'équipe opérationnelle (constituée des présidents de l'ANPAA et de AACO et des directeurs successifs de l'ANPAA). Les limites d'une coordination reposant sur un groupe d'acteurs l'exerçant à titre bénévole et sans pouvoir y consacrer un temps suffisant ont contribué à la décision d'évoluer vers un réseau avec un temps de coordination financé. Il n'y a pas eu jusqu'à présent de démarche formalisée d'évaluation. Le GRIAM a cependant constitué un moment de réflexion que l'on peut rapprocher d'une démarche d'évaluation interne, avec un bilan des acquis et des échecs pour envisager l'avenir. La démarche d'évaluation va se renforcer dans le cadre du RIAM, dans la mesure où le financement DRDR est de plus en plus fortement conditionné à la mise en place concrète de mécanismes d'évaluation interne et externe. L'une des commissions est consacrée à ce sujet.

4.2 Le degré de formalisation / professionnalisation des réseaux

Nous avons vu au moment du GRIAM que la décision d'évoluer vers un réseau de santé correspondant aux critères et conditions d'accès à la DRDR avait été une décision porteuse à la fois d'enthousiasme et d'inquiétudes. Les inquiétudes exprimées par les acteurs du RIAM ne sont pas illégitimes. La question de la formalisation / professionnalisation des réseaux est en effet l'une des questions les plus discutées dans les écrits concernant le processus de développement des réseaux..

Certains considèrent que les deux composantes, formelle et informelle, coexistent au sein des réseaux : *« Un réseau informel construit progressivement et spontanément des caractéristiques de formalisme, et le caractère formel d'un réseau ne peut se passer de son aspect informel. Le degré de formalisation d'un réseau est à mettre en lien avec son fonctionnement. Si un minimum semble nécessaire, un degré élevé ne garantit pas l'atteinte de la finalité. L'équilibre est à trouver de cas en cas »*⁴⁵. D'autres mettent en exergue la tension entre ces deux composantes. Ainsi lors du colloque organisé par la DHOS en Novembre 2004 sur le développement des réseaux de santé⁴⁶, Myriam Revel, sous directrice de l'organisation du système de soins à la DHOS convient *« qu'il existe une tension entre la liberté d'initiative et la nécessité d'une deuxième étape plus organisée, en adéquation avec les priorités sanitaires »*. Dans le même colloque, Frédéric Van Roekeghem, directeur de la CNAMTS précise : *« Aujourd'hui, la vision des réseaux de santé doit concilier l'approche planificatrice et l'approche locale ou interstitielle, souvent jugées antinomiques. Et pourtant, la première permet à chaque acteur d'occuper la place la plus efficace dans une complémentarité de rôles, de compétences et de moyens, alors que la seconde offre aux professionnels la possibilité de répondre aux besoins perçus compte tenu de l'offre globale »*.

F.X. Schweyer défend l'indispensable formalisation des réseaux : *« Un réseau se constitue par affinités autour d'objectifs, mais l'ambition est qu'il puisse s'élargir à un ensemble de professionnels qui ne se connaissent pas nécessairement et que, de plus, il puisse survivre à la mobilisation de ses créateurs. Autrement dit qu'une structure permette le passage de relais. Un réseau devient autonome par rapport à ses créateurs grâce à des objectifs écrits, des financements qui l'inscrivent dans le système de*

⁴⁵ RITTER RAIMUNDO MATIAS C., Rapport : Les réseaux et les modalités de leurs mises en œuvre. septembre 2002, p15

⁴⁶ Ministère de la santé et de la protection sociale, Le développement des réseaux. Réalités et perspectives. Colloque, Mardi 16 novembre 2004, p 4 et 11

soins »⁴⁷. Il attire cependant l'attention sur le fait que cette formalisation n'est pas toujours bien ressentie par les acteurs et souligne l'importance d'un « *travail pédagogique pour démontrer l'intérêt d'un tel processus et désamorcer les craintes* »⁴⁸. Il montre en quoi l'institutionnalisation des réseaux « *induit le passage d'un mode de fonctionnement à un autre, mais sur un mode implicite qui peut être mal vécu* »⁴⁹. Les réseaux sont généralement créés à l'initiative de quelques acteurs pionniers qui, de façon volontaire, vont y consacrer du temps, de l'énergie et de l'effort. L'institutionnalisation va introduire des règles du jeu nouvelles et formalisées. « *L'artisan créateur libre et autonome doit s'acculturer au nouveau modèle : le réseau lui échappe car la pérennité du financement dépend officiellement de l'atteinte d'objectifs contractuels en cohérence avec une politique régionale* ». Les modalités d'instauration des règles du jeu peuvent accentuer ce malaise : « *Le dispositif prévoit cette fois le financement de toutes les activités du réseau mais, dans un souci tout à fait légitime de qualité, les dossiers demandés par les URCAM et les ARH à ces organisations fragiles sont si lourds et les évaluations si pesantes, que seuls peuvent y souscrire les réseaux les plus anciens ou ceux qui ne sont que des projets, qui ont toute chance de ne pas survivre à leurs trois premières années. Il est bien difficile d'encourager la souplesse et la réactivité dans la qualité quand toute une culture vous pousse à perfectionner en complexifiant !* »⁵⁰.

Il nous semble que le problème de fond auquel ces discussions renvoient est celui de la tension entre le réseau vu comme une démarche d'acteurs, et le réseau vu comme une démarche de système. Les réseaux ont un triple objectif reconnu : (1) un objectif 'patient' (améliorer l'accès et la qualité de la prise en charge), (2) un objectif 'acteurs' (harmoniser les pratiques et les ajustements entre acteurs intervenants auprès du patient) et (3) un objectif 'système' (améliorer le fonctionnement du système de santé en le décloisonnant) (Cf. figure 3). Selon la perspective sous laquelle on se place, on peut concentrer l'attention sur la prise en charge des patients, ou sur les initiatives des acteurs locaux pour répondre aux besoins contextuels, ou encore sur les efforts de régulation pour donner une cohérence à l'ensemble des actions locales. Les trois objectifs sont en interaction, l'action sur l'un d'entre eux ayant des effets sur les deux autres. En France, l'approche choisie pour introduire les réseaux dans le paysage sanitaire n'est pas une approche forcée,

⁴⁷ SCHWEYER F.X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T., Créer et piloter un réseau de santé, ENSP 2004, p 29

⁴⁸ Idem, p 43

⁴⁹ SCHWEYER F.X., Le travail en réseau: un consensus ambigu et un manque d'outils. Sociologies pratiques, n°11/2005, p 93-94.

⁵⁰ BERARD A., GRAND A., LARCHER P et al., Médecins de santé publique, Ed ENSP, 2006. Deuxième partie, chapitre 5 Les réseaux de santé, p205

mais plutôt une approche émergente : les acteurs ont la marge de manœuvre pour initier des choses sur le terrain, et le système, dans un second temps, légitime et régule. L'enjeu n'est peut-être pas tant dans un choix 'pour ou contre' la formalisation mais plutôt dans la recherche d'un équilibre entre ces trois objectifs.

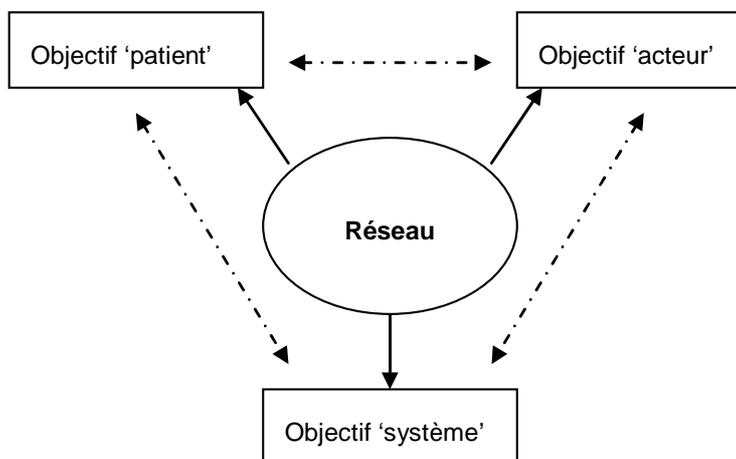


Figure 3: Représentation des trois objectifs d'un réseau et de leurs interactions

4.3 L'implication des médecins généralistes

La faible implication des médecins généralistes est un fait marquant du réseau 'alcool santé 53', et le partenariat avec les médecins généralistes est considéré comme l'un des enjeux majeurs du RIAM.

Les médecins généralistes, en tant que professionnels de premier recours pour l'ensemble des problèmes de santé, sont le pivot du système de soins. Leur rôle de coordination a été renforcé par la notion de 'médecin référent' puis actuellement de 'médecin traitant', responsable de l'orientation du patient vers les professionnels médicaux spécialisés ambulatoires et hospitaliers, et/ou vers les professionnels paramédicaux. Même si les réseaux, et cela est particulièrement vrai pour des thématiques telles que les addictions, ont pour objet d'aller au-delà des limites du secteur du soin pour travailler aussi avec les acteurs médicosociaux et sociaux, le médecin généraliste, du fait de son positionnement central dans l'offre de soins, s'impose comme un partenaire incontournable.

Et pourtant, l'implication des médecins généralistes dans les réseaux est reconnue par les personnes en charge du pilotage régional des réseaux comme une difficulté: « *Impliquer les médecins généralistes, c'est globalement difficile, c'est l'enjeu majeur, et c'est un critère d'évaluation majeur* »(E8), « *L'implication des MG ressort toujours comme essentielle et difficile* »(E9). Les réticences du monde libéral à participer à des activités non rémunérées sont une réalité mais n'expliquent pas tout: « *Parfois les MG ne viennent*

pas à des activités dont la rémunération est prévue. En fait, si le réseau leur est vraiment utile, les MG y participeront »(E8).

Un acteur du réseau a évoqué les difficultés du MG face à une problématique requérant une approche qu'il ne maîtrise pas et pour laquelle il n'a pas d'outils. L'expert que nous avons rencontré souligne aussi cet aspect : « *La problématique alcool apporte une difficulté supplémentaire. La plupart du temps le patient ne vient pas voir le MG pour exprimer un problème avec l'alcool. Il vient pour autre chose et c'est le MG qui détecte une problématique alcool. La question pour le médecin est alors double : comment aborder le problème avec le patient ? et si on parvient à l'aborder, on ouvre la boîte de pandore... et comment faire face à ça ? »(E12).*

D'autres éléments explicatifs, différents et complémentaires à ceux évoqués par les acteurs du réseau sont avancés par les pilotes régionaux : « *Les médecins généralistes expriment leurs difficultés à répondre aux sollicitations de réseaux de plus en plus nombreux, et la crainte d'une concurrence des réseaux qui pourraient prendre leurs patients »(E8).* Cela explique en partie pourquoi les pilotes de la politique régionale des réseaux tiennent à affirmer avec force que les réseaux ne sont pas une structure de soins mais une structure de coordination, un facilitateur. Cela explique peut être aussi la formulation de la circulaire du mois de mars 2007 sur les orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé⁵¹, qui rappelle le rôle central du médecin traitant dans le parcours de soin et précise que les réseaux de santé interviennent en appui à cette organisation du parcours de soins, et qui attire l'attention sur la nécessaire mutualisation des réseaux. On retrouve également chez l'expert rencontré et dans la littérature la hantise de perdre les patients comme une hypothèse forte de la réticence des MG vis-à-vis des réseaux. « *Le réseau peut aider le MG, mais il représente une incertitude très forte, avec le risque de se faire capter le patient, de se faire reprocher de ne pas avoir agi plus vite, de se faire juger par des pairs et des non pairs, membres du réseau » (E12), « Les médecins libéraux de leur côté vont veiller à garder leur clientèle. Ils peuvent craindre que le brouillage des frontières induit par le réseau leur fasse perdre des patients »⁵².*

La faible implication des MG n'est cependant pas une fatalité. Les réseaux soins palliatifs ont ainsi suscité l'intérêt de 60% des MG de Vendée et du Saumurois, et de 30 à 40% des MG de Loire Atlantique (Source : entretien E8). A noter que le niveau d'implication peut être très variable, de la participation active au fonctionnement du réseau à la simple

⁵¹ CIRCULAIRE n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARHA et des URCAM

⁵² BERCOT R., DE CONINCK F., 2006, Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ? Ed L'Harmattan, p 50

utilisation du réseau dans la pratique professionnelle. Autre exemple, le réseau sarthois des addictions implique actuellement 40 médecins généralistes et 15 pharmaciens⁵³.

Dans le cas du réseau 'alcool santé 53', on peut se demander si les objectifs initialement choisis n'ont pas contribué à la faible implication des médecins généralistes. Les objectifs prévoyaient l'articulation de deux réseaux : un réseau de bénévoles et de professionnels non spécialisés en alcoologie, et un réseau de professionnels spécialisés en alcoologie. Le rôle du réseau de bénévoles et professionnels non spécialisés en alcoologie était de « constituer et former des groupes sur l'ensemble du département capables de reconnaître, de communiquer et d'orienter une personne dépendante vers les structures spécialisées en alcoologie »⁵⁴. Il s'agit donc d'un rôle d'orientation de patients vers un réseau de spécialistes, qui ne valorise pas, en tout cas pas dans sa formulation, le rôle des professionnels non spécialisés, en particulier des médecins généralistes, dans la prise en charge des personnes ayant un problème avec l'alcool. On peut imaginer que les médecins généralistes n'aient pas trouvé leur place dans cette stratégie, et aient eu quelques inquiétudes à voir émerger des bataillons de groupes relais venir orienter les patients vers les spécialistes. De plus, l'approche proposée, basée sur un travail de réunions de réflexion et d'échanges participatifs rassemblant des acteurs très divers, est plus susceptible de susciter l'intérêt d'acteurs associatifs bénévoles, ou de professionnels sociaux généralement salariés, que des médecins libéraux surchargés dans un département déficitaire et habitués à une culture médicale classique d'échanges entre pairs.

Peut-être y a-t-il eu là une erreur stratégique initiale dans l'approche des médecins généralistes. L'exploration des raisons de la faible implication des MG et de leurs besoins vis-à-vis du réseau est essentielle pour envisager une nouvelle dynamique.

4.4 L'action collective sur l'offre de services sanitaires et sociaux

Nous avons vu que l'action du réseau alcool santé 53 a été globalement focalisée sur la communication. L'un des enjeux principaux du RIAM est de passer à une étape plus active d'amélioration de l'offre des services sanitaires et sociaux aux personnes en difficulté avec une addiction. Ce qui est en jeu dans la poursuite de cet objectif, c'est le passage de l'action interindividuelle à l'action collective.

⁵³ Réseau Sarthois des addictions RESAAD 72, Dossier promoteur – Projet demande de financement. Octobre 2006

⁵⁴ RAPPORT ANPAA 53 Le réseau alcool santé 53 1996-2006 : bilan d'une expérience de réseau dont l'histoire se poursuit, décembre 2006

Cela a à voir avec la conception même du soin comme le souligne F.X.Schweyer⁵⁵ : « *Le mot réseau suggère un système relationnel mais cache une autre dimension essentielle, celle du sens de l'action. Or, ce qui justifie la mobilisation, les efforts, l'énergie nécessaire à la promotion des réseaux, c'est une conception du soin qui dépasse la médecine clinique. . . . il ne s'agit pas de traiter un malade ici et maintenant mais de penser à la prise en charge des malades d'un territoire, dans un avenir proche et dans le cadre d'un politique de santé. Le modèle curatif individuel, qui est le référentiel d'action dominant des professions de santé, est non pertinent. Le travail en réseau suppose un autre référentiel d'action plus proche de la santé publique* ». En 2001, l'ANAES soulignait que « *la pérennité et la pertinence des réseaux se fondent sur leur capacité à transformer les relations interindividuelles développées entre leurs membres à l'origine de leur projet, en une action collective stable* »⁵⁶. Elle précisait que cela n'allait pas de soi et recommandait le recours à certains facteurs facilitant tels que l'élaboration collective de protocoles, la mise en place d'un vrai travail de coordination et d'un comité de pilotage.

Cela a aussi à voir avec le passage d'un engagement individuel à un engagement institutionnel. Le RIAM, en devenant formellement le réseau des intervenants en addictologie du département, prend une dimension institutionnelle qui peut aider franchir l'étape d'une action plus collective sur l'offre. Les personnes n'interviennent plus seulement à titre individuel, mais aussi en tant que représentant des structures auxquelles elles appartiennent. Le changement de positionnement peut permettre des actions plus affirmées. Il peut cependant aussi freiner la capacité d'initiative par hésitation des acteurs à engager leur structure dans des aventures incertaines.

L'action collective suppose que les acteurs acceptent d'aller au-delà de la coordination de pratiques individuelles pour agir ensemble sur le système. A travers l'action collective, le réseau devient une entité capable de prendre des décisions qui engagent les acteurs individuels mais aussi les institutions qu'ils représentent. Les barrières sont importantes.

On peut schématiser cette dynamique sous la forme de deux passages : (1) le passage de la pratique individuelle de soins à la pratique interindividuelle, (2) le passage de la pratique interindividuelle à l'action collective et/ou systémique. Les réseaux font toujours passer les acteurs de l'action individuelle à l'action interindividuelle. Seuls certains franchissent le cap de l'action collective. Pratiques individuelles et interindividuelles restent centrées sur le patient. Ce qui marque l'action collective et systémique, c'est le passage à une action centrée sur une population et un territoire.

⁵⁵ SCHWEYER F.X., Le travail en réseau: un consensus ambigu et un manque d'outils. Sociologies pratiques n°11/2005, p 96, 97.

⁵⁶ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), Evaluation des réseaux de soins Bilan de l'existant et cadre méthodologique. Octobre 2001.

La notion de territoire est très présente dans cette discussion. Le réseau c'est en effet le plus souvent la mise en relation d'un ensemble d'acteurs qui ont en commun des patients et un territoire. On se rapproche alors de la définition des réseaux proposée par la coordination nationale des réseaux : « *Le réseau constitue 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* »⁵⁷.

L'identité territoriale représente un ancrage fort pour l'implication des professionnels libéraux, notamment pour les médecins généralistes. L'articulation au niveau des territoires incitera peut être progressivement les professionnels de santé à reconnaître (i) que leur rôle de soignant a une double dimension, individuelle et collective ; et (ii) que le réseau est à la dimension collective des soins ce que le médecin traitant est à sa dimension individuelle.

5 Quel rôle pour les services de la DDASS dans l'appui au RIAM... et aux réseaux en général

L'objet de ce chapitre n'est pas de proposer des pistes pour répondre aux enjeux du RIAM. C'est au RIAM de le faire et il s'est organisé pour cela à travers un travail participatif en commissions qui va mener à l'élaboration d'un projet. L'objet ici est de réfléchir au rôle des services déconcentrés vis-à-vis du RIAM et plus globalement vis-à-vis des réseaux.

5.1 Un rôle perçu de façon contrastée

Le rôle des services déconcentrés vis-à-vis des réseaux est considéré par certains comme limité et peu probant. Ainsi l'expert rencontré, lorsqu'il est questionné sur le rôle des services déconcentrés de l'Etat vis-à-vis des réseaux, dit ne les avoir que rarement vus jouer un rôle depuis le transfert du pilotage au niveau ARH/URCAM : « *Cela fait cinq ans que je fais partie du comité régional des réseaux pour la région X, et je n'ai vu que deux MISP rapporteurs, sinon ce sont le plus souvent des professionnels des caisses pivot ou des médecins conseils de l'assurance maladie. Les gens des CPAM suivent les réseaux sur le terrain, plus que les DDASS* »(E12).

Mais le passage à un pilotage régional n'est pas la seule raison évoquée pour expliquer la faible visibilité des services déconcentrés dans le suivi des réseaux. L'une des personnes impliquées dans le pilotage régional de réseaux remarque que « *souvent les réseaux passent après le reste en DDASS. Ils ne sont pas perçus comme prioritaires* »(E10). Une

⁵⁷ POLOMENI P., Les réseaux addictions, Revue toxibase, n°8 Décembre 2002

étude menée par l'expert rencontré sur les missions des MISP, effectuée auprès de 540 MISP montre que : « *Les réseaux prennent peu de places dans ces missions. Le discours souvent entendu est le suivant : ' on a tellement de choses à faire qu'on n' a pas de temps à consacrer aux réseaux.'* »(E12).

D'autres acteurs et auteurs ont une vision plus positive du rôle des services déconcentrés vis-à-vis des réseaux. Le soutien durable d'au moins une institution fait ainsi partie des quelques conditions de réussite identifiées dans le 'cadre méthodologique spontané', et les institutions citées incluent⁵⁸ mairie, hôpital, conseil général, DDASS, caisse de sécurité sociale. De plus, les services déconcentrés, dans leur rôle d'animation et de mise en œuvre des politiques de santé, ne peuvent plus faire l'impasse sur les réseaux qui occupent une place croissante dans les divers schémas, plans et programmes.

Par ailleurs, nous avons vu que dans la région des Pays de la Loire, les personnes impliquées dans le pilotage régional revendiquent la nécessaire complémentarité de leur travail avec celui du binôme de proximité DDASS-CPAM. L'éclairage de la DDASS est apparaît ainsi indispensable, d'une part pour apprécier la pertinence du projet, d'autre part pour assurer un accompagnement continu : « *Le réseau, c'est local, donc il doit être porté par les institutions support sur le terrain. On a besoin d'une expertise locale* »(E10), « *On a besoin de l'avis de la DDASS pour apprécier l'opportunité du projet : le contexte, l'existence de projets concurrents, la capacité du promoteur. La DDASS peut faire le lien entre le projet du réseau, les besoins de la Mayenne, et la politique régionale... apprécier si le projet vaut le coup d'être soutenu* »(E8), « *Pour moi, l'accompagnement, c'est tout le temps, en binôme DDASS-CPAM. Ce binôme marche plus ou moins bien. Le support DDASS-CPAM est essentiel pour la réussite du projet. Il apporte un suivi régulier, un support méthodologique et technique, il aide à déminer le terrain...* »(E8), « *Le réseau est une organisation territoriale, c'est donc la DDASS qui maîtrise le mieux. Elle peut aider au montage, mettre en lien les partenaires, elle connaît les contraintes en terme de textes et de finances et peut aider les acteurs en apportant cette connaissance* »(E9).

Nous avons également vu que, dans notre étude de cas, la perception du rôle des services déconcentrés était globalement positive, avec toutefois une certaine variation au cours du temps lié aux changements de personnes.

5.2 Les atouts de la DDASS dans l'accompagnement des réseaux

5.2.1 Des compétences spécifiques...

Les services de la DDASS ont des compétences spécifiques :

⁵⁸ LARCHER P., Les enseignements des réseaux existants, ADSP n°24 septembre 1998, p22

1. Une connaissance globale et approfondie des territoires. Les professionnels du soin ou des services sociaux ont le plus souvent une vision fragmentaire de l'offre de soins et services. Ils connaissent le 'sous-système' dont ils font partie (le secteur hospitalier, le monde libéral...) mais ont rarement une vision de l'ensemble du système. Les services déconcentrés ont quant à eux, du fait de leur rôle, une vision globale et dynamique de l'offre de soins et de services, de ses atouts et de ses points faibles. Ils connaissent l'ensemble des acteurs, les dynamiques en cours et les éventuelles sources de tensions.
2. Un positionnement à l'interface de plusieurs secteurs et de plusieurs cultures professionnelles. Les DDASS ont des responsabilités dans les champs sanitaires, médicosociaux, sociaux et environnementaux. S'il y a au sein des services une volonté de développer une réflexion transversale, les professionnels peuvent alors acquérir une compétence intersectorielle. Par ailleurs, une partie des professionnels des services déconcentrés ont une double ou triple culture professionnelle, à la fois technique, santé publique et administrative. Certains sont des professionnels de santé (médecin, infirmière), d'autres des professionnels du secteur social (assistante sociale) ou des ingénieurs. Les professionnels de santé acquièrent une culture de santé publique. Tous acquièrent aussi, en rejoignant les services déconcentrés, une culture administrative.
3. Un pouvoir de régulation de l'offre de soins, à travers la responsabilité d'animation et de mise en œuvre des politiques sanitaires. Et du fait de ce rôle, une connaissance des textes et des dispositifs, schémas, programmes et plans qui constituent la politique sanitaire et sociale et structurent l'offre de soins et services.

5.2.2 Utiles au développement des réseaux

Ces compétences peuvent être très utiles au développement des réseaux pour aider à:

A) Articuler les logiques d'acteurs

Le réseau est un objet novateur dans le système de santé notamment parce qu'il fait se rencontrer et s'articuler des acteurs aux logiques différentes : logique de soins des professionnels de santé, logique plus globale de prise en charge socio-sanitaire pour les professionnels des secteurs médicosocial et social, logique associative pour les diverses associations impliquées dans les réseaux, logique administrative et /ou logique de santé publique pour les institutions de financement et de régulation. La rencontre de ces logiques ne va pas de soi. La culture mixte et intersectorielle des professionnels des services déconcentrés peut aider à l'articulation des logiques. Le MISPP peut ainsi contribuer à articuler logique médicale, logique de santé publique et logique administrative : son identité médicale lui permet d'entrer en contact avec les médecins,

ses identités de santé publique et de représentant de l'État lui permettent de jeter des ponts entre logique de soins, logique de santé publique et logique administrative. L'existence d'une culture intersectorielle au sein des services déconcentrés peut de la même façon être une ressource utile pour favoriser les liens entre ces secteurs au sein du réseau.

B) Appuyer l'action du réseau par l'action sur l'offre de soins et services

Le réseau a pour objet d'améliorer l'accès, la qualité et la coordination des services proposés aux personnes. La dynamique de réflexion collective pluridisciplinaire au sein du réseau permet le plus souvent d'identifier les carences de l'offre de soins et services sur un territoire donné. Le réseau peut introduire des changements dans les modalités d'interaction entre acteurs et entre services, mais a souvent besoin, pour introduire des changements structurels de l'offre, de l'implication des organismes régulateurs et des structures et institutions en charge de l'offre.

Les services de la DDASS exercent quant à eux une fonction régulatrice, soit directe, soit via leurs missions ARH, soit via des missions conjointes avec les collectivités territoriales. Ils peuvent donc intervenir en synergie avec les réseaux, les structures et les autres acteurs institutionnels pour agir sur l'offre et répondre aux problèmes identifiés par le réseau, à condition toutefois que les changements proposés ne soient pas en contradiction avec les politiques socio-sanitaires.

C) Mettre en perspective l'action du réseau dans le système local de santé

Les services de la DDASS peuvent situer l'action du réseau dans une dynamique plus globale de développement des services. Ils peuvent contribuer à identifier sur un territoire donné les besoins et potentiels en terme de réseaux. Ils sont en position de créer des synergies entre le développement de réseaux et l'évolution de l'offre de soins, de mettre en cohérence les divers plans et schémas relatifs à la thématique du réseau concerné. En jouant ce rôle de mise en perspective et en initiant les acteurs du réseau à une réflexion plus globale, ils favorisent l'articulation entre la coordination d'acteurs et la réflexion systémique, et ils contribuent à donner du sens à la politique de santé.

5.3 Quelques propositions pour l'accompagnement du RIAM

5.3.1 S'appuyer sur les textes récents

Deux circulaires parues tout récemment concernent directement notre sujet d'étude.

- A) La circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé⁵⁹

Elle s'appuie sur les constats de l'IGAS et sur les réflexions de l'observatoire national des réseaux de santé pour proposer, trois ans après la mise en place de la DNDR, des orientations stratégiques et opérationnelles pour améliorer l'efficacité du dispositif et l'homogénéité entre régions (Cf. Encadré 9).

Encadré 8- Points saillants de la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé

- Le rappel des objectifs des réseaux de santé : (1) prise en charge globale des patients, (2) qualité, sécurité et continuité des soins à travers les formations, protocoles et référentiels, (3) décloisonnement entre services, acteurs et secteurs. Un accent particulier est mis sur l'objectif de décloisonnement puisqu'il est demandé au pilotage régional de conditionner le financement d'un réseau à la mise en place d'un travail concret dans ce domaine.
- La clarification du rôle de coordination des réseaux vis-à-vis du rôle de coordination du médecin traitant. Les réseaux s'inscrivent dans les objectifs de la réforme de l'assurance maladie (13 août 2004) : ils ne se substituent pas à la fonction centrale et coordinatrice du médecin traitant dans le parcours de soins, ils viennent en appui, en contribuant à la coordination et la protocolisation des soins. « Le réseau n'a pas pour vocation de compenser une offre de soins inexistante ou déficitaire. L'objectif prioritaire est de développer une offre de service aux professionnels de premier recours et notamment aux médecins traitants de patients porteurs d'une ou plusieurs pathologies chroniques ».
- L'inscription des réseaux dans l'organisation territoriale des soins : les réseaux doivent répondre aux besoins identifiés au sein du territoire en s'articulant avec le projet médical de territoire (PMT).
- L'explicitation de l'offre de services vers laquelle il est souhaité que les réseaux de santé évoluent : (i) Proposer un appui aux professionnels pour qu'ils puissent orienter leurs patients dans le système de soins et leur permettre un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés ; (ii) Proposer un même appui aux patients et aux associations de patients ; (iii) Développer des fonctions nécessaires à la prise en charge de pathologies chroniques : éducation thérapeutique, suivi de l'observance ; (iv) Organiser le maintien à domicile ou le retour dans les suites d'une hospitalisation
- Le conditionnement de l'obtention d'un financement DNDR à l'existence d'un

⁵⁹ Circulaire n° DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARHA et des URCAM

volet évaluation intégré au projet et incluant une évaluation interne annuelle et une évaluation externe à la fin de chaque période de financement

- Un pilotage financier qui vise (i) une harmonisation du champ d'intervention de la DNDR entre régions dans le respect des priorités de santé publique ; (ii) la volonté de valoriser les mutualisations entre réseaux de santé

B) La circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie⁶⁰

Elle définit le dispositif de prise en charge et de soins pour les personnes ayant une conduite addictive, conformément aux orientations du Plan 2007-2011 présenté par le Ministre de la Santé et des Solidarités le 15 novembre 2006. Elle met l'accent sur les rôles et articulations de chaque volet du dispositif : le volet médico-social, le volet sanitaire, le volet de ville, la place des réseaux de santé, et le suivi et évaluation du dispositif d'addictologie (Cf. Encadré 10).

Encadré 9 - Points saillants de la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

- Le volet médico-social a pour objectif de proposer une diversité de prises en charge, d'accompagnement psychosocial et d'aide à l'insertion, organisée de façon à favoriser la proximité, la précocité et la continuité de l'offre. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), qui vont se créer à partir de la fusion des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) vont constituer l'élément central de ce volet. Ces centres ambulatoires reposent sur la pluridisciplinarité des équipes. Le décret du 14 mai 2007 précise leurs missions⁶¹.
- Le volet sanitaire introduit :
 - la mise en place de filières addictologiques hospitalières et l'organisation du dispositif hospitalier en trois niveaux.

Niveau 1 : offre de proximité pour tous les établissements de santé dotés d'une structure d'urgences, avec consultations d'addictologie, équipes de liaison et prise en charge de sevrages simples ;

Niveau 2 : offre du niveau de recours pour 500 000 habitants, qui propose

⁶⁰ Circulaire n° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

⁶¹ Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

des prise en charge spécialisées tels que les sevrages et soins résidentiels complexes et accueille des patients posant des problèmes particuliers ;

Niveau 3 : centre d'addictologie universitaire régional implanté dans les CHU, associe une prise en charge de niveau II et une mission de lieu régional de ressources, de formation et de recherche)

- L'intégration de l'activité addictologique dans les pôles hospitaliers, la création d'un GHS spécifique pour les soins résidentiels complexes, et l'intégration du volet sanitaire dans l'organisation régionale des soins
- Le développement du repérage précoce des conduites addictives chez des patients hospitalisés et des consultants tout venant.
- Le volet de ville vise à impliquer l'ensemble des acteurs dans le dispositif. Un accent particulier est placé sur les médecins généralistes et les centres de santé qui sont en première ligne face aux addictions, mais les pharmaciens, les médecins et professionnels des services de santé au travail et les travailleurs sociaux et éducatifs rattachés aux collectivités territoriales et au secteur de l'éducation sont également concernés.
- La mission des réseaux de santé dans ce dispositif est de favoriser l'accès aux soins, la coordination des soins et de la prévention dans un contexte d'interdisciplinarité des prises en charge.
- L'ensemble du dispositif d'addictologie s'inscrit dans une dynamique d'organisation territoriale au sein de laquelle les différentes démarches de planification régionale (SROS, schémas régionaux d'addictologie, PRSP) doivent être harmonisés.

Ces deux textes mettent en exergue un double souci de la part du niveau central : (i) articuler les différentes composantes du système de santé, notamment en faisant du PMT le lieu d'intégration de l'ensemble des démarches de planification et des dispositifs d'offre de soins et de services, et (ii) s'assurer que les réseaux participent effectivement à ces nouvelles articulations, notamment en renforçant leurs liens avec l'organisation des soins. Ce sont des outils pour les services de la DDASS et pour l'ensemble des acteurs. Il revient aux services de la DDASS de partager le contenu de ces deux textes avec les acteurs du RIAM pour nourrir les réflexions en cours et en tenir compte dans l'élaboration du projet.

5.3.2 Agir en synergie : renforcer l'offre hospitalière de soins en addictologie

Nous avons vu précédemment qu'une meilleure implication des centres hospitaliers du département représentait un enjeu important pour le RIAM, et que cet enjeu était assez directement lié à l'offre hospitalière de soins en addictologie. Les acteurs du réseau ont

identifié un certain nombre de points faibles de l'offre actuelle. Les services déconcentrés peuvent dans ce domaine agir en complémentarité du réseau.

A) Les faiblesses de l'offre hospitalière actuelle

L'offre hospitalière de proximité en addictologie (Niveau 1) reste très insuffisante en Mayenne. Elle est insuffisante en terme de capacité de prise en charge et de visibilité. Aucun des trois CH n'a d'équipe de liaison opérationnelle (les CH de Mayenne et Château-Gontier n'ont pas d'équipe financée, le CH de Laval a une équipe financée mais non opérationnelle), et aucun ne propose de consultation d'alcoologie et de toxicomanie. Les CH de Laval et de Mayenne ont cependant une consultation de tabacologie. En l'absence d'unités ou de lits dédiés, la prise en charge de patients s'effectue au gré des admissions dans des services divers : urgences, médecine générale, gastro-entérologie ou psychiatrie. Il n'y a pas d'interlocuteurs clairement identifiés aux CH de Laval et de Mayenne.

En contraste avec les insuffisances de l'offre hospitalière de proximité, le département compte une structure de niveau 2, le centre de soins spécialisés en alcoologie de la Bréhonnière, établissement privé de 32 lits créé en 1983, qui prend en charge des sevrages simples et complexes. Son recrutement déborde largement les frontières du département : environ 70% de patients viennent de la région (dont 30% de la Mayenne) et environ 30% viennent hors région.

B) Le volet complémentaire addiction du SROS

Un volet complémentaire du SROS III sur l'addictologie vient d'être élaboré en mai-juin 2007, à l'initiative de l'ARH, par un groupe de travail associant les responsables thématiques de la DRASS, des professionnels spécialisés en alcoologie de la région, des associations d'entre-aide, et des représentants des DDASS. Son objectif est d'améliorer la structuration du dispositif sanitaire, en s'inspirant du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et de la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif addictions.

Dans un souci d'accès aux soins pour tous, et à la demande des acteurs de terrain des zones où l'offre hospitalière d'addictologie est peu développée, la première orientation régionale est d'assurer la mise en place d'une prise en charge de niveau 1 sur chaque territoire de proximité. Les orientations prévoient aussi la prise en charge graduée de l'offre de niveaux 2 et 3 sur la région, le soutien de dynamiques d'organisation territoriale, l'association de l'entourage, et des mesures ciblées sur des groupes spécifiques.

La déclinaison territoriale de la proposition pour le département de la Mayenne se traduit de la façon suivante⁶² (Cf. Tableau 2).

Tableau 2 - Volet addictologie du SROS III Pays de la Loire - Propositions pour les territoires de la Mayenne

Territoire de Laval	Territoire de Mayenne	Territoire de Château-Gontier
<p>Besoins de niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer un projet institutionnel ▪ Renforcer et rendre effective l'équipe de liaison existante ▪ Créer des lits de sevrage dédiés et les regrouper sur une même unité <p>Organisation territoriale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre et participer à la constitution du RIAM 	<p>Besoins de niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer une équipe de liaison ▪ Mettre en place des consultations en addictologie ▪ Créer des lits de sevrage dédiés <p>Organisation territoriale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre et participer à la constitution du RIAM 	<p>Besoins de niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer une équipe de liaison ▪ Mettre en place des consultations en addictologie ▪ Créer des lits de sevrage dédiés ▪ Mettre en place un travail sur les conduites addictives en cours de grossesse <p>Organisation territoriale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre et participer à la constitution du RIAM

C) L'action des services déconcentrés

Le travail autour de ce volet complémentaire est une bonne illustration de la façon dont les services déconcentrés peuvent travailler. En amont de l'élaboration du volet, leur travail sur le terrain, notamment via l'accompagnement du réseau, leur donne une vision globale de l'offre de soins et services sur le département. Cette vision leur permet, au moment de l'élaboration du volet, de participer aux discussions en portant les problématiques du terrain, et ainsi de faire inscrire la mise en place du niveau 1 sur chaque territoire de proximité comme une orientation régionale, ainsi que le soutien au RIAM dans le cadre de l'organisation territoriale. En aval, les services déconcentrés vont maintenant pouvoir s'appuyer sur ce volet pour faire avancer concrètement l'offre hospitalière de soins en addictologie, en travaillant avec les centres hospitaliers, le réseau, et l'ARH.

L'ARH a choisi de mettre en œuvre le volet complémentaire en procédant par appel d'offre. Un premier appel d'offre a été lancé pour la mise en place de consultation d'addictologie. Les CH doivent écrire un projet précisant la façon dont ils envisagent cette mise en place. Les projets sont examinés par les services des DDASS qui donnent leur

⁶² Schéma régional de l'organisation des soins III – Volet addictologie – Propositions du groupe de travail – Mai juin 2007, p 21, 22

avis avant de les transférer à l'ARH. Les projets acceptés recevront le financement d'un mi-temps de praticien hospitalier et de temps de vacations d'infirmière et de secrétaire. Un second appel d'offre sera bientôt proposé pour la mise en place d'équipes de liaison. A partir de la mise en place d'une offre hospitalière de soins addictologique, de nouvelles synergies devraient pouvoir se développer entre acteurs, avec la participation de médecins ou d'infirmières hospitalières au travail en réseau. Par ailleurs, l'inscription de la poursuite du RIAM dans le volet complémentaire du SROS est en soi un élément favorable au projet pour l'acceptation de son financement par la DRDR.

5.3.3 Articuler les logiques : favoriser les ponts entre le réseau et les médecins généralistes

Les acteurs du RIAM ont tiré des enseignements des faiblesses du réseau alcool santé 53 en faisant de la collaboration avec les médecins généralistes un enjeu majeur. Les services déconcentrés peuvent contribuer à favoriser l'articulation entre les médecins généralistes, et plus généralement la médecine de ville, et le réseau.

A) Contribuer à lever des points de blocages

Nous avons évoqué dans le chapitre 4 plusieurs éléments explicatifs possibles de la faible implication des médecins généralistes. Parmi ces éléments : la perception du réseau comme une structure concurrente à même de 'capter' une partie de la clientèle.

Les services de la DDASS, représentant de l'Etat, sont les mieux placés pour communiquer ces éléments de clarification susceptibles d'apaiser les craintes. Ils peuvent le faire au sein du comité de pilotage du RIAM qui peut à son tour diffuser l'information ; à l'occasion de réunions impliquant des médecins généralistes, telles que les tables rondes prévues avec les MG dans le cadre de la phase de préparation du projet ; ou encore à travers les contacts avec des personnes ressources de la médecine libérale, telles que le représentant du conseil départemental de l'Ordre des médecins.

B) Favoriser l'ancrage des MG au réseau à travers le développement de synergies entre le réseau et les hôpitaux locaux et/ou les pôles santé

La Mayenne est fortement touchée par le problème de démographie médicale, et une réflexion a été amorcée au niveau départemental sur ce problème, à l'initiative de la DDASS. De leur côté, les acteurs locaux s'organisent pour réagir face à désertification progressive de la présence médicale. Ainsi dans le sud ouest du département, des élus, des médecins et paramédicaux du secteur libéral, et la directrice de l'hôpital local ont conçu un projet de regroupement des professionnels de santé et de professionnels sociaux dans un pôle santé adossé à l'hôpital local (dont la prise en charge médicale est assurée par des MG).

Les MG qui travaillent sur ce type de projet semblent être à la fois ouverts (car ils se situent déjà dans une optique de travail en collaboration pluridisciplinaire, de travail mixte entre pratique libérale et soins hospitaliers) et intéressés (pour rompre l'isolement en facilitant les interactions avec les acteurs plus spécialisés du département) par un travail de collaboration avec le réseau. Ces MG pourraient donc constituer un point d'ancrage possible pour le développement des interactions du réseau avec les MG. De plus, ce type de configuration peut permettre de travailler dans le sens de réseau de proximité capable de coordonner la prise en charge de plusieurs pathologies chroniques, répondant ainsi au souci de mutualisation des réseaux. Le rapport de l'IGAS va d'ailleurs dans ce sens lorsqu'il propose « *qu'en complément de l'approche par pathologie ou par population, il serait intéressant de favoriser l'expérimentation de modes d'exercices professionnels plus intégrés regroupant des professionnels de santé de premier niveau (soins primaires) sous forme de cabinets de groupes ou de maison de santé pluridisciplinaires. Ce type d'organisation constitue une réponse possible à la multiplication des réseaux par pathologie en créant une structure intermédiaire qui facilite l'adhésion des professionnels à des réseaux divers* »⁶³. L'expert rencontré souligne de son côté que « *une configuration favorable pour travailler avec les médecins de ville, c'est les hôpitaux locaux* »(E12).

Le projet du sud ouest mayennais pourrait donc constituer un terrain d'expérimentation très utile, à la fois pour la réflexion sur la démographie médicale et sur l'évolution vers des réseaux de proximité polyvalent. Les services de la DDASS ont là encore un rôle important à jouer, d'une part dans l'argumentation auprès de l'ARH de l'intérêt du projet qui n'est à ce jour pas financé, et d'autre part dans son accompagnement.

5.3.4 Mettre en perspective : travailler l'articulation au niveau des territoires

Les circulaires du 2 mars et du 16 mai 2007 que nous avons présentées plus haut pointent toutes les deux la nécessaire inscription, des réseaux et du dispositif d'addictologie, dans l'organisation territoriale. Dans les écrits, la notion de territoire apparaît de plus en plus fortement comme le lieu de synthèse des politiques sanitaires et sociales et de leur traduction en offre de soins et services adaptée à un contexte donné. Dans les faits, il y a parfois une tension dans les choix entre pilotage dirigé et approche participative à travers le projet médical de territoire. Ainsi, suite à l'élaboration du volet complémentaire addiction du SROS III, l'approche choisie par l'ARH pour mettre en place les actions est celle de l'appel d'offre et non celle de la planification participative via le PMT.

⁶³ DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR, Rapport de synthèse, Rapport IGAS n°2006 022, Mai 2006, p 72

Les services de la DDASS ont un rôle central dans l'articulation de l'ensemble des démarches de planification et des dispositifs au niveau des territoires, à travers un travail de synthèse et d'adaptation des différents plans et à travers l'animation du projet médical de territoire. L'élaboration du 'Plan départemental de lutte et de prévention contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2006-2009'⁶⁴ par les services de la DDASS propose ainsi des orientations départementales à partir des orientations nationales et du contexte local. Il a été proposé à l'ensemble des acteurs et validé. Ce travail d'articulation et de synthèse au niveau des territoires n'est pas simple à mettre en œuvre. La dynamique est récente et encore balbutiante. Elle ne peut être constructive que si elle est suffisamment participative et que ce qui y est proposée et/ou décidé a la possibilité effective d'être mis en œuvre. En rassemblant des acteurs qui partagent un même territoire et une même population, le PMT instaure un lien fédérateur qui peut faciliter les discussions sur le besoin de coordination entre acteurs et services. Le PMT est en cela un forum stimulant pour le développement de réseaux.

La réflexion sur les territoires pose aussi la question de l'échelle d'action choisie pour le RIAM. On pourrait imaginer un réseau départemental, avec des sous réseaux par territoire de proximité. Il serait en effet peut être plus facile de rassembler les acteurs tels que les MG pour un travail en réseau au niveau du territoire de proximité.

Enfin, pour la Mayenne, travailler l'articulation au niveau des territoires, c'est aussi réfléchir aux liens entre le travail en réseau et la problématique de la sécurisation de l'accès à une offre de soins de qualité dans des zones déficitaires en professionnels de santé.

5.4 L'apport du MISP dans l'accompagnement des réseaux

L'atout principal du MISP dans les services déconcentrés est sa triple culture professionnelle de médecin, de santé publique et d'administratif. Cet atout général s'avère particulièrement utile pour l'accompagnement des réseaux qui réclament des capacités d'articulation de logiques différentes et de réflexion systémique : « *Par la vision qu'ils ont des problèmes de santé et sociaux, les médecins inspecteurs de santé publique ont une approche interinstitutionnelle et interprofessionnelle, qui correspond au fonctionnement des réseaux*⁶⁵ ». Du fait de son positionnement à l'interface de plusieurs domaines, le MISP peut comprendre les logiques qui se rencontrent au sein d'un réseau, saisir les tensions existantes, ou les complémentarités possibles. A ce titre il peut jouer un rôle

⁶⁴ Plan départemental de lutte et de prévention contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2006-2009, Préfecture de la Mayenne.

⁶⁵ BERARD A., GRAND A., LARCHER P et al., Médecins de santé publique, Ed ENSP, 2006. Deuxième partie, chapitre 5 Les réseaux de santé, p 206

facilitateur en contribuant à expliciter les logiques en interaction, les raisons des tensions éventuelles et/ou les complémentarités potentielles. Son identité de médecin lui permet d'entrer par ailleurs plus facilement en contact avec les professionnels de santé. Sa triple culture professionnelle peut également être utile dans les réflexions plus techniques sur l'offre de soins, sur la mise en perspective du réseau dans l'ensemble du système de santé, l'identification des synergies possibles entre le réseau et d'autres éléments du système. Son identité de représentant de l'Etat lui donne un poids supplémentaire pour agir.

Dans le cas du RIAM, le MISP pourra apporter sa complémentarité au binôme existant pour ces différents aspects dans le cadre des propositions d'accompagnement envisagées.

Conclusion

Au delà des conditions organisationnelles d'accompagnement des réseaux, l'effort actif que demande leur développement nécessite un support politique. Or l'expression politique est parfois contradictoire. Le 'Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011' de novembre 2006 prévoit ainsi la création de 254 réseaux de proximité en addictologie sur cinq ans avec un budget de 5 millions d'euros par an pendant 5 ans sur financement assurance maladie-DRDR⁶⁶. Mais simultanément la dotation DRDR pour les Pays de la Loire en 2007 est inférieure d'un million au budget 2006, ce qui permet uniquement d'honorer les engagements pris vis-à-vis de réseaux déjà financés. La décision a été prise de ne pas lancer d'appel d'offre pour le financement de nouveaux réseaux pour 2007 (Source : ARH Pays de le Loire).

Les déceptions face à la faible visibilité des effets des réseaux sur l'amélioration de la prise en charge des patients sont réelles, mais peut être sont elles aussi en partie dues à des attentes disproportionnées. Un responsable du pilotage régional souligne que « *Le financement des réseaux ne représente rien dans le financement global, or il ya beaucoup d'exigences ... comme si on voulait faire du réseau le prototype idéal qui va tout régler* »(E8). Tout se passe comme si le système demandait aux acteurs de travailler sur l'harmonisation et la coordination de leurs pratiques, (qui relève de réseaux d'acteurs volontaires), en espérant que cela aboutisse à des changements profonds de l'organisation du système de santé (qui relève d'un travail structurel sur le système).

Nous avons identifié au cours de ce travail une double dimension du travail en réseau : une dimension individuelle et interindividuelle, qui pousse des acteurs à réfléchir sur leur pratiques individuelles et leurs modes d'interaction afin d'améliorer la qualité du service proposé au patient ; et une dimension collective ou systémique, qui amène les acteurs à questionner le mode d'organisation du système et à réfléchir aux changements éventuels à introduire pour l'améliorer. C'est sur cette seconde dimension que les services de la DDASS ont un rôle important à jouer, en support et en complémentarité du réseau. Le réseau offre en effet une opportunité concrète de réflexion avec les acteurs sur l'articulation des politiques et sur le décloisonnement de l'offre de soins et services, à partir d'une problématique ressentie et sur laquelle les acteurs sont déjà engagés.

Dans des zones déficitaires en professionnels de santé comme c'est le cas en Mayenne, le rôle des services de la DDASS dans la réflexion avec les acteurs sur la réorganisation de l'offre est particulièrement importante et les réseaux peuvent s'avérer un outil très pertinent.

⁶⁶ La prise en charge et la prévention des addictions Plan 2007-2011, p11-12

Au-delà de son potentiel de décloisonnement, qui a jusqu'à présent été son principal 'atout séduction' vis-à-vis du système de santé, un autre atout du réseau, peu remarqué jusqu'à présent, est son pouvoir de séduction vis-à-vis des jeunes générations. Les jeunes médecins ne veulent plus d'une pratique isolée et uniforme. Ils recherchent des modes de pratiques diversifiés, un accès à la formation plus structuré et sont plus ouverts au travail de groupe, y compris pluridisciplinaire. Tous ces éléments entrent en résonance avec une pratique de réseau et pourraient contribuer à renforcer sa position dans les années à venir.

Bibliographie

- ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), Evaluation des réseaux de soins Bilan de l'existant et cadre méthodologique. Octobre 2001, 61p.
- BERARD A., GRAND A., LARCHER P et al., Médecins de santé publique, Ed ENSP, 2006. Deuxième partie, chapitre 5: Les réseaux de santé. pp 201-211.
- BERCOT R., DE CONINCK F., 2006, Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ? Ed L'Harmattan, 148p.
- BLANCHET A, GOTMAN A, L'enquête et ses méthodes – L'entretien. Ed Armand Colin, 2^{ème} édition 2007, 126p.
- BOURGUEIL Y., BREMOND M., DEVELAY A., et al., L'évaluation des réseaux de soins: enjeux et recommandations. CREDES – IMAGE Mai 2001 73p.
- CASTRA M., CRESSON G., FERRAND A., Des groupes informels à la constitution de réseaux de soins: diversité des régulations et circulation des informations. La lettre de la MIRE, n°4, Janvier 2005, pp 7-9.
- COUTANT C., LACAZE J., Hier, une médecine pour demain, le centre de santé de Saint-Nazaire. Ed Syros Alternative, 1989, 222p.
- DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR, Rapport de synthèse, Rapport IGAS n°2006 022, Mai 2006, 75p.
- EVIN C., Le cadre législatif des réseaux de santé : une lente démarche vers la consécration. Les cahiers hospitaliers, Janvier 2006, pp 16-19.
- GREMY F., Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés. ADSP n°24, septembre 1998, pp 26-29.
- GREMY F., Réseaux de santé, symptôme et moyen de la recherche de qualité. ADSP n°35, Juin 2001, pp 74-77.
- LARCHER P., Les enseignements des réseaux existants. ADSP n°24, Septembre 1998, pp 21-26.
- LÉPINE J.P., MOREL A., PAILLE F., et al., Rapport Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions, un enjeu majeur de santé, Octobre 2006, 64p.
- LUTRIN D., Le chêne et le réseau, Réseaux d'action sociale, I. Concepts et mise en œuvre. 1996, 129p.
- MAESTRACCI N., BARBIER C. Réflexion sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions, Rapport RASCAS, septembre 2001, 38p.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Rapport du colloque : Le développement des réseaux de santé - Réalités et perspectives. 16 novembre 2004, 41p.
- Sylvie DUGAS - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2007*

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, La prise en charge et la prévention des addictions, Plan 2007-2011, Novembre 2006, 19p.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE, Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005, Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. Janvier 2006, 28p.

Plan départemental de lutte et de prévention contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2006-2009, Préfecture de la Mayenne 17p

POLOMENI P., Les réseaux addictions. Revue toxibase n°8, décembre 2002, pp 1-14.

POUTOUT G., Philosophie et genèse des réseaux de santé. Les cahiers hospitaliers, janvier 2006, pp 4-11.

POUTOUT G., Qu'est ce qu'un réseau de santé? Les cahiers hospitaliers, janvier 2006, pp 12-15.

RAPPORT ANPAA 53, Le réseau alcool santé 53 1996-2006 : bilan d'une expérience de réseau dont l'histoire se poursuit... décembre 2006, 8p.

RESEAU DIABETE SANTE 53, Rapport d'activité 2006 dans le cadre de la DRDR.

RESEAU SARTHOIS DES ADDICTIONS RESAAD 72, Dossier promoteur – Projet demande de financement. Octobre 2006 30p.

RITTER RAIMUNDO MATIAS C., Rapport : Les réseaux et les modalités de leurs mises en œuvre. septembre 2002, 37p.

SCHEMA REGIONAL DE L'ORGANISATION DES SOINS III – Volet addictologie – Propositions du groupe de travail – Mai juin 2007, 24p.

SCHWEYER F.X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T., Créer et piloter un réseau de santé, Ed ENSP 2004, 98p.

SCHWEYER F.X., Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils. Sociologies pratiques. n°11, 2005, pp 89-104.

SCHWEYER F.X., Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence. Lien social et politiques – RIAC, 52, Automne 2004, pp 35-46

VIÑAS J.M., L'avènement des réseaux De la tuberculose aux ordonnances de 1996. ADSP n°24, Septembre 1998, pp 13-14.

LOI n°2001-1246 du 21 décembre 2001, art. 36-1

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel n°54 du 5 mars 2002, p 4118

DECRET n°2002 -1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé. Journal officiel n°294 du 18 décembre 2002, p 20933

DECRET n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux, Journal officiel « Lois et Décrets » 252 du 27 octobre 2002, p 17849

DECRET n°99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fond d'aide à la qualité des soins de ville. Journal officiel n°264 du 14 novembre 1999, p16917

DECRET n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

CIRCULAIRE n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

CIRCULAIRE DGS/DAS/ DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

CIRCULAIRE DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé

CIRCULAIRE n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARHA et des URCAM

CIRCULAIRE n° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

Liste des annexes

Annexe 1 – Grilles d’entretien semi-directif

Grille d’entretien ciblée pour un acteur du réseau

Thème	Consigne / éléments à explorer
Acteurs : Qui fait partie du réseau et avec quelles motivations	<p>1. <i>Pourriez vous pour commencer vous présenter un peu ?</i></p> <p>Profil : formation, expérience, cadre professionnel, lien avec l'alcoologie, avec les réseaux...</p> <p>Si la personne enquêtée est membre d'une association, pensez à collecter quelques éléments de présentation de l'association, de son histoire...</p> <p>2. <i>Pouvez vous me raconter ce qui vous a amené au réseau alcool 53 ?</i></p> <p>Quand ?</p> <p>Motivations, attentes, objectifs de départ.</p> <p>Image que la personne en avait au départ, ce qu'elle en savait...</p>
Processus de développement : Etapes, moteurs et freins	<p>3. <i>S'il fallait décrire les grandes étapes de développement du réseau depuis son démarrage jusqu'à ce jour, que diriez-vous ?</i></p> <p>Initiation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - facteurs déclenchant, pb identifiés, modèle de rôle, contexte - qui - pourquoi - Ne pas oublier de faire parler sur le « comment ». Comment cela s'est-il passé ? <p>Éléments factuels d'évolution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - chronologie - acteurs : type et nombre - Structure : statut, objectifs, mécanismes d'adhésion, de concertation, de décision, d'arbitrage, staff, financement - Activités <p>Ressenti de l'évolution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps forts, temps charnière

	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution de l'idée de réseau, des attentes <p>4. <i>Le réseau dans sa forme actuelle : aujourd'hui quelle présentation feriez-vous du réseau ? Qu'est ce qui a changé par rapport au départ ? En mieux, en moins bien ? Actions ?</i></p> <p>5. <i>Au cours de ce chemin parcouru y a-t-il eu des éléments qui ont facilité le développement du réseau, ou au contraire qui l'ont freiné, gêné ?</i></p> <p>Dynamique interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Type d'acteurs : légitimité, disponibilité, expérience pertinente , acteurs clés - Modalités organisationnelles et dynamique interne : adhésion/départ, conditions de dialogue, décision, coordination, arbitrage.... - autres éléments ayant influé la dynamique interne... <p>Dynamique externe : influence du système local de santé sur le réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientations nationales sur les réseaux, financement, tutelles, politiques... <p>Attitude du réseau vis-à-vis de ces éléments favo/défavo Perceptions des satisfactions, fiertés... et des déceptions Echanges avec d'autres expériences de réseaux</p>
Réseau 2007 : les enjeux	<p>6. <i>Quels sont pour vous les principaux enjeux actuels ?</i></p> <p>Implication de nouveaux acteurs : MG, CH Professionnalisation : changts d'obj, financement, organisation Conséquences de ces changts sur la dynamique su réseau</p> <p>7. <i>Comment comptez vous les aborder ?</i></p> <p>Attitude du réseau vis-à-vis de ces enjeux : anticipation, adaptation, laissez faire, capacité à tirer les leçons d'autres expériences...</p>
Leçons et propositions	<p>8. <i>En tenant compte de votre expérience de développement de réseau et de votre connaissance éventuelle d'autres réseaux, quelles préconisations feriez-vous pour faciliter le développement de réseaux ?</i></p> <p>9. <i>Ajouts éventuels, points importants qui n'auraient pas été abordés lors de l'entretien...</i></p>

Grille d'entretien ciblée pour un acteur d'une institution support

Thème	Consigne / éléments à explorer
Présentation et expérience réseau	<p>10. <i>Pourriez vous pour commencer vous présenter un peu ?</i></p> <p>Profil : formation , expérience, cadre professionnel, profil de poste, expérience réseaux...</p> <p>Présentation brève de l'institution</p>
Situation des réseaux dans la région PL	<p><i>Pourriez vous présenter brièvement la situation des pays de Loire en ce qui concerne les réseaux ?</i></p> <p>Nombre et types de réseaux</p> <p>Tendances évolutives</p> <p>Info spécifiques sur les réseaux alcool/addiction</p> <p>Spécificités de la région ?</p>
Rôle de l'institution	<p><i>Quel est le rôle de votre institution vis à vis des réseaux ?</i></p> <p>Dans une perspective évolutive des réseaux: évolution du rôle</p> <p>Rôle actuel</p> <p>Interactions avec autres institutions</p>
Processus de développement des réseaux	<p>Si l'on regarde plus spécifiquement le processus de développement des réseaux :</p> <p>quelles en sont pour vous les principales caractéristiques ?</p> <p>les principales difficultés</p> <p>avez vous identifié des facteurs favorables au développement des réseaux ?</p> <p>et des facteurs défavorables ?</p> <p>Plus spécifiquement que pensez vous de :</p> <p>La tension entre besoin de structuration/formalisation et besoin d'autonomie/ initiative</p> <p>La difficulté à passer à l'étape de l'action sur le système (de l'individuel au collectif, ne demande ton pas aux acteurs soignants de jouer le rôle d'une équipe cadre de managers de système ?)</p>

Regard global	<p><i>Plus généralement, quel regard portez vous sur les réseaux depuis leur émergence ?</i></p> <p>Pertinence, rôle dans le système, efficacité</p> <p>Différents types : points communs et différences</p> <p>Tendances évolutives : une mode éphémère ou un changement durable ?</p> <p>Quels sont pour vous les principaux enjeux des réseaux actuellement ?</p> <p>Que pensez vous de la diminution du budget 2007 ?</p>
---------------	--