



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : décembre 2002

**OBJECTIFS, APPORTS ET ENJEUX DE LA
FORMALISATION D'UN RESEAU INFORMEL :
L'EVALUATION *EX ANTE* DU RESEAU DE SANTE
CARDIO-VASCULAIRE DU SECTEUR SANITAIRE
N° 6 DE BRETAGNE.**

Pascal DEBAT

Remerciements

Je tiens à remercier vivement toutes les personnes qui ont rendu possible la conduite de ma démarche et l'élaboration de ce mémoire.

Ces remerciements s'adressent en premier lieu à M. Yves Lamy, directeur du centre hospitalier de Saint-Malo, ainsi qu'à mon maître de stage M. Jean-Pierre Cudennec, directeur des activités médicales et des vigilances, qui m'ont permis d'avoir accès aux informations nécessaires.

Je remercie particulièrement M. Gilles Ravé, mon ancien maître de stage, pour ses conseils avisés durant la première partie de l'étude, ainsi que M. le docteur Maurice Richard, chef du service de cardiologie du centre hospitalier de Saint-Malo, initiateur du réseau CardioRance, pour l'intérêt qu'il a porté à mon travail.

Enfin, je souhaite témoigner ma reconnaissance à l'ensemble des personnes rencontrées pour leur disponibilité et leur franchise au cours des entretiens.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - LE CONTEXTE DE LA CONSTITUTION DU RÉSEAU DE SANTÉ	
CARDIORANCE.....	5
1.1 La politique générale des réseaux et ses évolutions récentes.....	5
1.1.1 La notion de réseau : une approche économique progressivement centrée sur la qualité des soins	6
1.1.2 Une reconnaissance législative et réglementaire progressive.....	7
1.1.3 La simplification et la cohérence introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et par la loi du 4 mars 2002	8
1.1.4 Les réseaux de santé dans le domaine cardio-vasculaire, un phénomène réduit 11	
1.2 Le contexte local du secteur sanitaire n°6 de Bretagne : un environnement favorable à la constitution d'un réseau de santé.....	12
1.2.1 L'environnement sanitaire et institutionnel	13
1.2.2 Les nombreuses relations informelles existantes, fondement du réseau CardioRance.....	16
1.2.3 Présentation du projet de réseau de santé CardioRance.....	20
2 - LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION EX ANTE : APPORTS DU RÉSEAU POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT, IMPACT SUR LE RENFORCEMENT DU PARTENARIAT ET LA DYNAMIQUE COLLECTIVE ...	24
2.1 Les résultats de l'évaluation du projet de réseau CardioRance : les effets du réseau sur la prise en charge du patient et l'organisation des soins.....	25
2.1.1 L'impact du réseau sur la qualité de la prise en charge : globalité accrue, coordination des soins renforcée, continuité des soins stabilisée.....	25
2.1.2 Les conséquences du réseau CardioRance sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives : la recherche de l'amélioration de la qualité des pratiques	35
2.1.3 Les aspects économiques et les conséquences sur l'offre de soins	41
2.2 L'évaluation de l'impact du réseau CardioRance sur le partenariat et la dynamique collective : la dimension sous-jacente du projet.....	47
2.2.1 Les objectifs des acteurs : la convergence des intérêts, atout pour renforcer le partenariat.....	47

2.2.2	La formalisation des relations informelles, renforcement du partenariat ?	54
3 -	OBSTACLES ET ENJEUX : PROPOSITIONS POUR LA PÉRENNITÉ DU	
	RÉSEAU CARDIORANCE	58
3.1	Les difficultés et les risques à éviter pour la pérennité du réseau	
	CardioRance	58
3.1.1	La lourdeur des procédures et les incertitudes du financement : le risque de découragement des acteurs.....	59
3.1.2	Des résultats concrets encore lointains et un temps d'apprentissage nécessaire	61
3.1.3	La volonté des acteurs : le risque d'une perte de confiance ?.....	63
3.1.4	Quels moyens pour stabiliser et encourager la volonté des acteurs ?.....	65
3.2	La consolidation et la pérennisation le réseau : enjeux et propositions.....	66
3.2.1	La nécessité de renforcer l'intégration du réseau dans son environnement	66
3.2.2	Donner toute sa place à l'évaluation du réseau, fondement des évolutions à venir	69
3.2.3	La question de la rémunération des praticiens libéraux.....	71
CONCLUSION	74

Liste des sigles utilisés

ANAES :	Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
CNR :	Coordination nationale des réseaux
CREDES :	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
FASQV :	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
Groupe IMAGE :	Groupe d'information médicale pour l'aide à la gestion des établissements
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LFSS :	Loi de financement de la sécurité sociale
ONDAM :	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ORS :	Observatoire régional de santé
SAMU :	Service d'aide médicale d'urgence
SESI :	Service des études et des systèmes d'information
SMUR :	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
URCAM :	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML :	Union régionale de la médecine libérale

INTRODUCTION

Depuis 1991¹, et de manière beaucoup plus importante depuis les ordonnances de 1996², les réseaux de soins sont considérés comme un outil essentiel pour l'évolution du système de santé et des modes de prise en charge du patient. L'ampleur de cette démarche a conduit à la constitution de réseaux dans des domaines de prise en charge divers, à partir d'une élaboration théorique de la notion de réseau dans une perspective médico-économique. Pour autant, la constitution d'un réseau de soins – redéfini « réseau de santé » par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – répond souvent au souci de formaliser des liens de coopération existants. Il s'agit d'organiser et de structurer une action collective, déjà dynamique de manière informelle, pour renforcer ou améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'une population. Dans son guide de 1999³, l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES) a défini ainsi les réseaux de santé, en incluant dans cette notion celle de réseaux de soins :

« Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. ». Le réseau est donc « composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. ».

Un réseau est donc une dynamique d'acteurs, dont la structuration en une action collective organisée est incertaine et variable. S'attacher à l'analyse de la constitution d'un réseau consiste avant tout à étudier la structuration d'une dynamique collective et sa formalisation. L'intérêt d'une telle structuration est lui-même discuté. Des interrogations sont apparues au cours du développement des réseaux, parfois perçus comme de simples instruments formels

¹ Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des 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.

² Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale ; ordonnance n°96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ; ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

³ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Principes d'évaluation des réseaux de santé*. Paris, Août 1999. 140 p.

de structuration des relations entre professionnels, sans qu'une dynamique réelle les motive et sans qu'une démarche de projet soit engagée : les réseaux viendraient avaliser un système de relations existant.

Evaluer *ex ante* un réseau de santé au cours de sa constitution peut donc permettre de comprendre la dynamique en cours, d'en mesurer les objectifs, l'intérêt pour les divers acteurs et la collectivité, les difficultés et les enjeux. Il s'agit d'analyser l'intérêt de formaliser des relations informelles déjà sources de coopération et de complémentarité. Au-delà conformément à l'objectif final d'une évaluation, il s'agit de servir l'objectif des acteurs en proposant une analyse des points de force et des faiblesses du projet en cours. L'évaluation est considérée comme un élément de la construction d'une action collective.

Le centre hospitalier de Saint-Malo est engagé depuis plusieurs années dans la constitution d'un réseau de santé en cardiologie sur le secteur sanitaire n° 6 de Bretagne. La mise en forme de ce réseau nommé réseau CardioRance doit lier les cardiologues libéraux de Saint-Malo, Dinard et Dinan aux services hospitaliers de cardiologie des centres hospitaliers de Saint-Malo et de Dinan - déjà réunis sous la forme d'une fédération médicale interhospitalière - et à l'hôpital privé Arthur Gardiner de Dinard. La constitution du réseau répond à des orientations nationales et régionales et prend place dans une politique générale incitant à la formalisation des coopérations informelles. Le contexte local, marqué par des relations historiquement fortes entre les intervenants hospitaliers et libéraux du secteur sanitaire, favorise la formalisation et la structuration de l'action collective.

Nous avons choisi de centrer notre travail de mémoire professionnel d'élève directeur d'hôpital sur l'application d'une démarche d'évaluation à la constitution du réseau de santé cardio-vasculaire du secteur sanitaire n°6 de Bretagne (Saint-Malo, Dinard, Dinan) entre professionnels libéraux et hospitaliers. Cette évaluation du réseau de santé du secteur sanitaire n°6 de Bretagne a pour but initial de comprendre les objectifs, les apports et les enjeux de la formalisation des relations existantes sous la forme d'un réseau structuré. Il s'agit de mesurer l'intérêt d'une formalisation de ce type, en particulier pour le centre hospitalier de Saint-Malo dont le service de cardiologie est un élément moteur de la coopération et du projet de réseau, alors même que des liens de coopération sont noués entre les acteurs du réseau et que la coordination des activités est depuis longtemps engagée. Le choix pour un établissement de santé d'adhérer à un tel réseau modifie ses relations avec les établissements et les professionnels libéraux partenaires, et peut renforcer son rôle d'acteur de santé publique si le réseau est le creuset d'une démarche de projet réussie. Le réseau engage quoiqu'il en soit l'établissement dans une organisation nouvelle pour son activité de cardiologie, un enjeu essentiel consistant dans la maîtrise à terme de cette ouverture vers la médecine de ville et les établissements voisins. Au-delà de l'intérêt

pour un établissement d'évaluer les diverses implications de son engagement dans un réseau, l'évaluation menée doit permettre de mesurer l'éventuelle amélioration du service rendu par l'établissement, conformément à ses missions de santé publique, et son positionnement dans l'évolution du système de santé. L'étude de la création du réseau se présente donc aussi comme une aide au projet. Les pistes de réflexion issues des résultats de l'évaluation *ex ante* du réseau sont des propositions et des perspectives pour conforter le projet dans l'optique d'une coordination renforcée et de l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

L'ensemble de ces questions sous-jacentes à l'évaluation du réseau concerne autant la direction actuelle des établissements que leurs orientations à venir. Leur acuité est appelée à se renforcer, et elles irrigueront l'action d'un futur directeur d'hôpital.

La méthode adoptée

L'évaluation *ex ante* du réseau a consisté dans l'analyse de la convergence des objectifs des différents partenaires, de l'intérêt perçu et des diverses stratégies individuelles, pour mesurer ensuite les apports et les enjeux du réseau pour l'amélioration de la prise en charge du patient et les éventuelles difficultés rencontrées ou à venir. Les dimensions d'évaluation utilisées sont issues de l'ouvrage du CREDES et du groupe IMAGE de l'ENSP sur l'évaluation des réseaux de soins⁴. Ils sont classés selon les grandes catégories suivantes : place de l'utilisateur et qualité des soins, amélioration des pratiques professionnelles, coordination et renforcement du partenariat, impact sur la restructuration du système de santé, aspects médico-économiques et nouvelles formes de rémunération. Pour être menée à bien, l'analyse s'est fondée sur des données théoriques mais surtout sur l'étude du projet de réseau, sur le suivi des travaux d'élaboration du projet et sur les entretiens réalisés auprès des différents acteurs intervenant dans la construction du réseau. Quatorze entretiens⁵ ont été menés avec différents acteurs du projet : cardiologues hospitaliers et libéraux, directions des établissements concernés, responsables des autorités de tutelle (notamment le chef de projet régional de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation sur les pathologies cardiovasculaires). Les entretiens semi-directifs se sont appuyés sur les dimensions d'évaluation dégagées précédemment, explorées au moyen d'un ensemble de questions regroupées

⁴ GROUPE IMAGE. ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE, CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE. *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*. Paris : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, 2001, 73 p.

⁵ La liste des entretiens figure à l'annexe 1.

dans un guide d'entretien⁶. Ils ont été réalisés après la présentation des objectifs de l'évaluation aux différents acteurs du futur réseau, au cours de la réunion de lancement du projet en décembre 2001. Cette présentation a permis d'introduire l'objet des entretiens, au cours desquels les différents acteurs ont livré leur analyse générale du réseau et leur positionnement individuel. Une restitution du travail d'évaluation a été annoncée aux personnes rencontrées et aura lieu au cours d'une réunion des participants au réseau.

La création du réseau de santé cardio-vasculaire intervient dans un contexte favorable. La politique générale de promotion des réseaux, encore renforcée par les dispositions législatives récentes, est relayée au niveau régional par les orientations de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne. L'environnement institutionnel, démographique, épidémiologique justifie la formalisation du réseau, qui s'appuie sur des relations informelles déjà sources de coopération (première partie).

Les résultats de l'évaluation *ex ante* du réseau font apparaître les intérêts en jeu, les stratégies et les divers objectifs des acteurs. La formalisation des relations aboutit à la consolidation d'une dynamique collective forte. Au-delà de cette convergence, des apports sont attendus pour l'amélioration de la prise en charge du patient cardiaque et le fonctionnement de l'organisation des soins cardiologiques du secteur sanitaire (deuxième partie).

La constitution du réseau n'est toutefois pas exempte de difficultés présentes ou potentielles, parfois aiguës, qui représentent autant d'enjeux pour la pérennité du réseau (troisième partie).

⁶ La grille d'entretien figure à l'annexe 2.

1 - LE CONTEXTE DE LA CONSTITUTION DU RESEAU DE SANTE CARDIORANCE

La constitution du réseau de santé de cardiologie du secteur sanitaire n°6 de Bretagne – sous la forme d'une structure régie par les dispositions de l'article L.6321-1 du Code de la santé publique - intervient dans un contexte favorable à sa réussite. La structuration des coopérations en réseaux formalisés est une orientation majeure des politiques de santé nationales depuis plusieurs années, particulièrement depuis les ordonnances de 1996⁷. La loi du 4 mars 2002⁸ a renforcé la politique de promotion des réseaux en unifiant leur définition, en élargissant leur champ d'intervention, en simplifiant leur mode de constitution et les procédures afférentes, et en réduisant la place faite aux établissements de santé pour favoriser l'émergence de partenariats plus équilibrés.

Ces orientations ont été relayées au niveau régional dans le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), particulièrement le SROS spécifique consacré à la prise en charge des maladies cardio-vasculaires pour la période 1999-2004.

Le contexte local est également porteur d'une réelle dynamique que le réseau doit formaliser et pérenniser. Les relations entre cardiologues hospitaliers et libéraux sont historiquement fortes dans l'ensemble du secteur, tout comme les coopérations entre les services de cardiologie des centres hospitaliers de Saint-Malo et de Dinan.

1.1 LA POLITIQUE GENERALE DES RESEAUX ET SES EVOLUTIONS RECENTES

La politique de reconnaissance et la promotion des réseaux font apparaître que la dynamique observée au niveau du secteur sanitaire n°6 et la structuration du réseau de santé cardio-vasculaire s'insèrent dans un mouvement plus global. Ce contexte est une condition importante pour une formalisation s'inscrivant dans le long terme.

⁷ Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale ; ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁸ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La reconnaissance des réseaux consacre une élaboration théorique de cette notion qui s'applique en partie au réseau étudié. Les réseaux, soumis d'abord à une approche économique, sont désormais autant perçus, notamment sous l'effet des dernières dispositions législatives et de l'importance croissante de l'évaluation des réseaux, comme des vecteurs de la qualité des soins et de nouveaux modes plus globaux de prise en charge du patient.

1.1.1 La notion de réseau : une approche économique progressivement centrée sur la qualité des soins

Le réseau est avant tout « une des formes d'activité productive organisées »⁹ combinant composantes et ressources. Le réseau établit des relations de coopération entre des unités de production autonomes, afin de permettre la coordination des activités. L'organisation en réseau apparaît comme la réponse appropriée à des situations complexes, incertaines dans lesquelles l'interdépendance entre les acteurs est marquée. Tel est le cas dans le secteur sanitaire où la spécialisation forte des professionnels s'accompagne d'une faible coordination et où une exigence essentielle consiste à rationaliser et à limiter les dépenses. La notion de réseau s'inscrit donc dans une approche économique. Néanmoins, l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge du patient a été considérée comme un apport logique de la rationalisation du système induite par le développement des réseaux. Les dispositions introduites par la loi du 4 mars 2002¹⁰ consacrent cette évolution en intégrant les réseaux parmi les « actions de santé » et non plus, comme auparavant, au sein du dispositif régissant la planification sanitaire : la finalité des réseaux en termes de santé publique est devenue plus prégnante.

⁹ HUARD P., MOATI J.P. Introduction à la notion de réseau. *Gestions hospitalières*, Décembre 1995, n°351, pp. 735-738.

¹⁰ Article 84 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

1.1.2 Une reconnaissance législative et réglementaire progressive

1.1.2.1 La reconnaissance progressive jusqu'en 1996

La reconnaissance et la promotion des réseaux de soins - devenus réseaux de santé - par les politiques nationales ont été progressives, et l'introduction de dispositions réglementaires ou législatives est intervenue tardivement par rapport à l'élaboration théorique et l'existence pratique des réseaux. Comme l'indique la Coordination Nationale des Réseaux, le réseau « constitue à un moment 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 »¹¹. Il s'agit donc d'une forme d'action collective que les textes législatifs et réglementaires ont encadrée et consolidée. Les différentes dispositions ont avalisé les pratiques existantes et le développement des réseaux informels.

Ce mouvement a été progressif, jusqu'aux dispositions législatives introduites par la loi du 4 mars 2002¹². Dès les années 1980 étaient nés des réseaux informels, officialisés sous la forme des réseaux ville-hôpital à partir du début des années 1990, avec la circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes de l'affection du VIH. Cette circulaire a été suivie de celles sur les réseaux dans le domaine de la toxicomanie en 1993 et 1994¹³.

1.1.2.2 Les ordonnances de 1996

Pour autant, les réseaux de soins n'ont une existence législative que depuis les ordonnances de 1996¹⁴, notamment en ce qui concerne les établissements publics de santé à travers les dispositions de l'ancien article L. 712-3-2 du Code de la santé publique, devenu article L. 6121-5, lui-même abrogé et remplacé par l'article L. 6321-1 issu de la loi du 4 mars 2002. Les ordonnances reconnaissent des situations préexistantes, déjà insérées dans la pratique

¹¹ Site Internet de la Coordination Nationale des Réseaux : <http://www.cnr.asso.fr>

¹² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹³ Circulaire DGS/DH n°93-72 du 9 novembre 1993 et circulaire DGS/DH n°94-15 du 7 mars 1994.

¹⁴ Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale ; ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

et la culture soignantes¹⁵. Le réseau correspond à l'organisation de la coopération entre les professionnels, sur un mode informel se manifestant par des conventions faisant appel à la confiance avant d'être formel et inscrit dans des contrats perçus comme le moyen de respecter les engagements¹⁶. Telle est la démarche de formalisation engagée par les intervenants en cardiologie du secteur sanitaire n°6 de Bretagne.

Dès 1997, la Direction Générale de la Santé du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité recensait 780 réseaux bénéficiant d'un soutien financier, et environ un millier en 2001. Bien que la moitié des réseaux disparaissent tous les trois ans, leur nombre n'a cessé d'augmenter, signe du soutien fort des pouvoirs publics, en particulier depuis 1996.

1.1.3 La simplification et la cohérence introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et par la loi du 4 mars 2002¹⁷

1.1.3.1 La circulaire de 1999 et la LFSS pour 2002 : mise en cohérence et simplification

Les récentes évolutions législatives ont renforcé la cohérence du dispositif juridique encadrant les réseaux et ont tendu à simplifier la notion de réseau et ses modalités d'existence. Cela ne peut que contribuer, concernant le réseau de santé CardioRance, à faciliter les démarches entreprises et donc à accompagner de manière plus souple la dynamique en cours.

La circulaire du 25 novembre 1999¹⁸ avait déjà contribué à simplifier la définition des réseaux, limitant la distinction entre réseaux régis par le Code de la sécurité sociale et réseaux régis par le Code de la santé publique. Elle définissait de manière générale les réseaux comme des structures répondant à l'objectif de « mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes », les réseaux pouvant « associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et

¹⁵ LE BŒUF D. Mise en œuvre de réseaux de soins. De l'expérimentation à l'organisation pérenne. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, n°391, pp. 741-745.

¹⁶ HUARD P., MOATI J.P. Introduction à la notion de réseau. *Gestions hospitalières*, Décembre 1995, n°351, pp. 735-738.

¹⁷ Les développements de cette sous-partie s'inspirent des analyses de M. Philippe JEAN présentées dans sa communication du 23 mai 2002 au cours du séminaire de droit médical organisé à l'Université Paul-Sabatier-Toulouse II les 23 et 24 mai 2002.

¹⁸ Circulaire DGS/SQS2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.

des organismes à vocation sanitaire ou sociale ». La circulaire édictait « les grandes règles de fonctionnement des réseaux ».

La loi n°2001-1264 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2002 a prévu, en insérant dans le Code de la santé publique les articles L.162-43 à L.162-45, de simplifier la reconnaissance et le financement des réseaux, ce qui contribue à légitimer davantage encore cette forme d'organisation collective. La constitution formelle des réseaux régis par le Code de la santé publique n'est plus soumise à l'agrément de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Seule une reconnaissance du réseau par l'ARH peut intervenir, gage pour l'image du réseau et pour ses espoirs de financement spécifique. Auparavant double et séparé entre un financement géré par les ARH pour les réseaux relevant du Code de la santé publique, et les financements accordés par les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) pour les autres, le financement des réseaux est désormais harmonisé. La nouvelle dotation nationale de développement des réseaux couvre l'ensemble des réseaux. Issue de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie fixé annuellement par le Parlement, elle est répartie entre les régions qui disposent de dotations régionales de développement des réseaux, dont la gestion conjointe est confiée au directeur de l'ARH et au directeur de l'URCAM.

Il convient de noter que la procédure de financement par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FASQV) est maintenue, de manière complémentaire, et que la loi du 4 mars 2002¹⁹ - par les dispositions introduites à l'article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique – ouvre la possibilité de ressources différenciées, comme l'appel à des subventions de l'Etat ou des collectivités territoriales.

Cette consolidation du mode de financement ne peut que renforcer l'engagement des acteurs, notamment libéraux, au sein des réseaux.

1.1.3.2 La loi du 4 mars 2002 : vers la prise en compte accrue de la qualité de la prise en charge

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a continué dans cette voie de mise en cohérence et de simplification, orientations attendues par les acteurs de terrain comme cela a pu être observé au cours des entretiens menés auprès des cardiologues du secteur sanitaire n°6 de Bretagne.

La qualification des réseaux sous le terme générique de « réseaux de santé » ne peut que stabiliser les actions en cours. Elle les oriente prioritairement dans une perspective d'amélioration de la prise en charge. En ce qui concerne les réseaux régis par le Code de la

¹⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

santé publique, l'ordonnance de 1996²⁰ les définissait comme des actions visant à « promouvoir des formes nouvelles de prise en charge des patients » et à « organiser un accès plus rationnel au système de soins », ainsi qu'une meilleure coordination de la prise en charge. La circulaire du 25 novembre 1999²¹ avait déjà élargi cette définition en fixant l'objectif de « mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes » et d'assurer « une meilleure orientation du patient », la « coordination et la continuité des soins ».

La loi du 4 mars 2002 - nouvel article L. 6321-1 du Code de la santé publique - a unifié la définition des réseaux qui visent à « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires ». Dans le même temps, elle étend leur domaine d'intervention vers une orientation affichée de santé publique en incluant dans le champ des réseaux l'éducation pour la santé, la prévention, le diagnostic et le soin, la participation à des actions de santé publique.

Dans cette optique, l'évaluation des réseaux est un objectif affirmé avec force et doit conduire à se concentrer sur la qualité de la prise en charge. Le financement des réseaux est désormais conditionné par la satisfaction de critères de qualité²². L'évaluation régulière du fonctionnement, de l'organisation et des résultats des réseaux est obligatoire et doit être prévue dès la création du réseau. L'accréditation des réseaux par l'ANAES est elle aussi une obligation désormais inscrite à l'article L. 6113-4 du Code de la santé publique.

Au-delà de l'extension du champ d'intervention des réseaux et du rôle de l'évaluation, le nouveau dispositif législatif conduit à recentrer les réseaux sur la prise en charge globale du patient, en limitant la prépondérance laissée jusqu'à présent aux établissements pour ceux relevant du Code de la santé publique. L'ancien article L. 712-3-2 du Code de la santé publique issu de l'ordonnance de 1996²³ accordait une place importante aux établissements, alors que le nouvel article L. 6321-1 du Code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 réduit leur rôle en les mentionnant dans la liste des divers partenaires potentiels constituant un réseau au même titre que les professionnels de santé libéraux, les centres de santé, les institutions médico-sociales ou les représentants des usagers. Le partenariat instauré par ces nouvelles dispositions tend donc à être plus équilibré.

²⁰ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

²¹ Circulaire DGS/SQS2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.

²² Nouvel article L. 6321-1 du Code de la santé publique issu de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²³ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

La politique générale de promotion des réseaux a récemment simplifié les procédures favorisant la structuration des réseaux, encouragés à se concentrer sur l'amélioration de la prise en charge dans sa globalité. Le réseau CardioRance entre donc dans une démarche caractérisant l'ensemble du système de santé, malgré la particularité de son champ.

1.1.4 Les réseaux de santé dans le domaine cardio-vasculaire, un phénomène réduit

1.1.4.1 Une discipline peu concernée jusqu'à présent par le développement des réseaux

La structuration en réseau dans le domaine cardio-vasculaire reste relativement singulière par rapport à des secteurs où les réseaux formalisés se sont développés depuis les années 1980 et surtout 1990 : toxicomanie, VIH, soins palliatifs, prise en charge des personnes âgées. Ces secteurs sont en effet marqués par une forte imbrication des logiques sanitaire et sociale.

La cardiologie est restée jusqu'à présent peu concernée par le développement des réseaux à vocation générale. La plupart des réseaux existants ou en cours de constitution sont axés sur l'objectif de prise en charge de l'insuffisance cardiaque et non de l'ensemble des pathologies cardiaques, du fait du développement de l'insuffisance cardiaque chronique. Ils restent souvent centrés sur une coopération entre établissements, comme le réseau Cardiotel dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Dans la région Bretagne, en dehors du secteur sanitaire n°6, le secteur sanitaire n°3 – secteur de Lorient - est le cadre du projet de réseau le plus avancé à l'échelon régional. Ce réseau, constitué à partir d'une coopération interhospitalière entre le centre hospitalier de Bretagne-Sud à Lorient et le centre hospitalier de Quimperlé, le centre de réadaptation de Kerpape et la clinique mutualiste de Lorient, réunit des intervenants libéraux et hospitaliers pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique. Constitué sur l'initiative du centre hospitalier régional et universitaire de Nantes sur la base d'une étude de faisabilité, il reste centré sur l'insuffisance cardiaque. Ce développement limité des réseaux s'explique en grande partie par deux caractéristiques propres à la cardiologie.

1.1.4.2 La cardiologie, discipline technique

La cardiologie est en premier lieu une discipline dont la technicité s'accroît rapidement. Elle s'exprime dans les différentes spécialisations de la cardiologie développées dans le secteur

sanitaire n°6 : angioplastie, coronarographie, électrophysiologie, échographies cardio-vasculaires.

De ce fait, une part importante de l'activité ne peut être réalisée qu'en établissement de santé. Les cardiologues de ville, s'ils peuvent pratiquer des activités comme l'échographie ou les épreuves d'effort, ne peuvent disposer seuls du plateau technique nécessaire à la cardiologie interventionnelle. La prépondérance des établissements comme le prestige des actes techniques ont sans doute conduit à limiter le développement des réseaux en centrant la prise en charge sur ces aspects techniques. En outre, les activités de prévention et de réadaptation ont été centralisées dans des structures spécifiques peu incitées à développer des coopérations formalisées.

1.1.4.3 La cardiologie, discipline concurrentielle

L'organisation de l'offre de soins cardio-vasculaire, extrêmement concurrentielle et structurée par la technicité de la discipline et la prépondérance des plateaux techniques, a aussi restreint la place des réseaux.

Les acteurs de la cardiologie d'un secteur géographique donné sont conduits à développer des logiques concurrentielles en fondant leur activité sur les actes techniques d'exploration et d'intervention. Si la chirurgie cardiaque reste concentrée dans les centres hospitaliers universitaires, les activités de coronarographie, d'angioplastie, d'implantation de stimulateurs cardiaques ont été le vecteur de croissance de plateaux techniques dans des cliniques privées, entrant en concurrence avec les plateaux techniques des établissements publics de santé. Cette concurrence entre établissements se double souvent d'une forte concurrence entre praticiens libéraux de ville.

Le réseau CardioRance, qui formalise des relations de coopération, apparaît donc relativement singulier dans le champ de la prise en charge cardio-vasculaire. Le contexte local et les relations préexistantes expliquent qu'il suscite l'attente d'apports réels à la prise en charge du patient cardiaque.

1.2 LE CONTEXTE LOCAL DU SECTEUR SANITAIRE N°6 DE BRETAGNE : UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA CONSTITUTION D'UN RESEAU DE SANTE

Contrairement à une tendance souvent observée dans le domaine cardio-vasculaire, les relations existantes dans le secteur sanitaire n°6 entre les différents acteurs publics et privés

de la prise en charge cardio-vasculaire permettent déjà une coopération informelle dynamique. A cet élément déterminant s'ajoute un environnement sanitaire et institutionnel propice à la structuration en réseau.

1.2.1 L'environnement sanitaire et institutionnel

1.2.1.1 Les besoins sanitaires dans le secteur n°6 : données démographiques et épidémiologiques²⁴

Les données démographiques et épidémiologiques établies pour le secteur sanitaire n°6 font apparaître des besoins importants de structuration des relations entre professionnels pour améliorer la prise en charge du patient cardiaque. La population du secteur, fortement accrue en période estivale par la fréquentation touristique, est plus âgée que la moyenne nationale, et apparaît plus touchée par les maladies cardio-vasculaires.

Le secteur sanitaire n°6 recouvre le nord de l'Ille-et-Vilaine et la partie nord-est des Côtes-d'Armor. Il est constitué des agglomérations de Dinan, Dinard et Saint-Malo. Sa situation démographique justifie une bonne coordination des professionnels de santé.

Le secteur compte 235 000 habitants toute l'année, mais le secteur connaît une progression de sa population pendant la période estivale et les fins de semaine, sensible sur l'activité des professionnels de santé. La ville de Saint-Malo reçoit plus de 2 millions et demi de visiteurs chaque année, et sur le seul secteur de Saint-Malo et de Cancale, plus de 17 000 résidences secondaires sont recensées. La prise en charge de l'urgence doit être adaptée à cette population touristique aux antécédents difficiles à retrouver et réclamant un rapatriement le plus rapide possible une fois les problèmes aigus réglés. S'agissant de la population rennaise fréquentant le secteur, la collaboration avec les établissements et les professionnels du secteur sanitaire n°5 – le secteur de Rennes - impose préalablement une bonne coordination des acteurs du secteur n°6.

Au-delà de ces données brutes, la population du secteur sanitaire n°6 est davantage soumise que la moyenne régionale au risque cardio-vasculaire, du fait d'une proportion importante de personnes âgées. Leur part devrait continuer à s'accroître dans les années à venir. Une étude réalisée en 2000 par l'Observatoire régional de santé (ORS) de Bretagne a montré que la part des personnes de plus de 65 ans dans l'ensemble de la population est plus importante dans le secteur sanitaire n°6 (20%) que dans le reste de la Bretagne (17%).

²⁴ Cf. annexes 6 et 8.

La région Bretagne est elle-même plus âgée que la moyenne nationale. Le nombre élevé d'arrivants retraités explique en partie cette situation.

Or, l'incidence des pathologies cardiovasculaires est fortement liée à l'âge. La région Bretagne est particulièrement touchée par l'ensemble des maladies cardio-vasculaires, comme le montrent les éléments du Schéma régional d'organisation des soins (SROS) pour relatif aux maladies cardio-vasculaires. La prévalence de l'insuffisance cardiaque est de 3% avant 65 ans, et de 13% après cet âge, selon des études du SESI et de l'INSERM.

Les indices comparatifs de mortalité, tant pour les hommes que pour les femmes, font apparaître une surmortalité par affection cardio-vasculaire par rapport à la moyenne française et même par rapport à la moyenne régionale concernant les hommes, en particulier pour les cardiopathies ischémiques. La mortalité prématurée pour cette pathologie est importante, du fait d'une surexposition aux risques notamment. L'étude de l'ORS de Bretagne a également mis en évidence que les maladies de l'appareil circulatoire représentent dans le secteur sanitaire n°6 la première cause de décès chez les femmes, et la deuxième chez les hommes.

1.2.1.2 Les carences de l'offre de soins et de la réponse aux besoins

L'importance des besoins nés de cette situation démographique et épidémiologique est accentuée par les principaux problèmes de prise en charge actuellement rencontrés dans le secteur n°6.

Ces problèmes sont partiellement des carences de l'offre de soins. Le manque de lits d'hospitalisation cardiologique est avéré dans le secteur, qui compte 2,5 lits de cardiologie pour 10 000 habitants, alors que la moyenne régionale est de 3,1 lits pour 10 000 habitants. En outre, l'optimisation des ressources médicales apparaît nécessaire dans un contexte régional et sectoriel de sous-effectif de cardiologues mis en évidence par le SROS²⁵. La moyenne bretonne est d'à peine 7 cardiologues pour 100 000 habitants contre 9,4 cardiologues pour 100 000 habitants au niveau national. La Bretagne figure parmi les cinq régions les plus démunies, et le secteur sanitaire n°6 fait partie des secteurs les moins bien pourvus de Bretagne.

De manière plus qualitative, les carences de l'offre de soins cardio-vasculaires s'expriment dans l'absence de structure identifiée de prévention primaire et secondaire, de structure d'éducation thérapeutique et de réadaptation ambulatoire dans le secteur.

²⁵ SROS relatif à la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, p.28-29.

1.2.1.3 L'environnement institutionnel

L'environnement institutionnel est également favorable à la constitution d'un réseau de santé. Au-delà des liens entre des professionnels de santé du secteur et diverses institutions régionales fortement impliquées dans la politique des réseaux – comme l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) et sa commission « Réseaux » qui participe avec l'URCAM à la gestion du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FASQV) - les orientations fixées par l'ARH de Bretagne ne peuvent que soutenir la création et le fonctionnement du réseau, et en faire un outil d'amélioration de la prise en charge. La politique régionale est en effet tournée vers la constitution et le développement des réseaux de santé dans chaque secteur sanitaire de la région, comme l'a rappelé l'ARH en juin 2002 lors d'une conférence de presse destinée à établir un bilan à mi-parcours de l'application du SROS relatif à la prise en charge des maladies cardio-vasculaires.

La création du réseau de santé CardioRance répond aux orientations du SROS établi pour la période 1999-2004. Ce dernier met en avant la surmortalité bretonne liée à ces pathologies, ainsi que l'importance du vieillissement dans la région et plus particulièrement dans le secteur sanitaire n°6²⁶. Les pathologies cardio-vasculaires constituent le premier motif d'hospitalisation²⁷. Le SROS indique également les carences de l'offre de soins qui limitent la continuité des soins et la globalité de la prise en charge. Aussi, la prévention est fortement encouragée à travers la création d'un centre de référence dans chaque secteur sanitaire²⁸, et la faiblesse de l'offre de soins de réadaptation cardiologique dans le secteur sanitaire n°6 est avérée²⁹. La complémentarité entre les services de court séjour et les intervenants en soins de suite et de réadaptation cardio-vasculaire est quant à elle préconisée.

Pour atteindre ces objectifs, le SROS souligne l'importance des réseaux, qualifiés de « concept majeur »³⁰. Leur développement est prôné dans les divers domaines de la prise en charge cardio-vasculaire³¹. Les réseaux doivent ainsi permettre de réduire les délais de prise en charge des infarctus aigus du myocarde³², l'amélioration de la prise en charge des urgences représentant une priorité régionale. Une étude spécifique de la Direction Régionale du Service Médical, en novembre 2001, a confirmé le constat initial. De même, le domaine

²⁶ SROS relatif à la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, p.8 et 10-11.

²⁷ Ibid. p.15.

²⁸ Ibid. p.24-25.

²⁹ Ibid. p.65.

³⁰ Ibid. p.6.

³¹ Ibid. p.97 pour les soins de suite et de réadaptation.

³² Ibid. p.59.

de l'insuffisance cardiaque nécessiterait la constitution d'un réseau entre services hospitaliers et professionnels libéraux ou l'intégration de cette problématique dans un réseau à vocation plus générale. Le SROS invite donc les professionnels de santé à formaliser par des réseaux les relations informelles existantes³³, en insistant sur le rôle des professionnels libéraux à l'avenir³⁴ : le réseau de santé Cardiorance répond aux orientations régionales.

1.2.2 Les nombreuses relations informelles existantes, fondement du réseau CardioRance

Il vise bien à formaliser un réseau informel déjà source de coopération. A l'heure actuelle, la complémentarité entre les divers intervenants en cardiologie dans le secteur sanitaire est en effet avancée. Les relations existantes entre les établissements – centres hospitaliers de Saint-Malo et de Dinan et hôpital privé Arthur Gardiner de Dinard, participant au service public hospitalier – et les relations entre ces établissements et les spécialistes libéraux du secteur – cinq cardiologues sont installés à Saint-Malo, un cardiologue à Dol-de-Bretagne, quatre cardiologues à Dinan et deux cardiologues à Dinard – nourrissent la coopération nécessaire à la structuration en réseau. Le réseau ne met en œuvre la coordination des soins qu'en étant préalablement inscrit dans les relations entre acteurs. La coopération est en quelque sorte la condition de la coordination³⁵.

1.2.2.1 Des acteurs complémentaires

Les acteurs du réseau, c'est-à-dire la grande majorité des intervenants en cardiologie du secteur sanitaire n°6, apparaissent complémentaires. Seuls un cardiologue libéral de Saint-Malo et un cardiologue libéral de Dinan ne souhaitent pas participer au réseau.

Les établissements de santé du secteur³⁶ participant au réseau sont publics ou participant au service public sont divers. Le centre hospitalier de Saint-Malo est un établissement public de près de 1 000 lits, dont plus de 500 en médecine-chirurgie-obstétrique. Son service de cardiologie compte 6 lits pour l'unité de soins intensifs (de 600 à 700 entrées annuelles), et

³³ SROS relatif à la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, p.70.

³⁴ Ibid. p.30.

³⁵ LOMBRAIL P., NAIDITCH M. Performances et réseaux. *Le courrier de l'évaluation en santé*, Novembre 2000, n°19.

³⁶ Cf. annexe 7, notamment pour les effectifs médicaux.

23 lits de médecine cardiologique (2000 entrées par an). Le centre hospitalier de Saint-Malo dispose de l'activité la plus technique des trois établissements, en réalisant annuellement environ 800 coronarographies (dont plus de 100 pour le centre hospitalier de Dinan), 350 angioplasties, plus de 200 implantations de stimulateurs cardiaques, 3500 échocardiographies, des échographies de stress et trans-œsophagiennes, 800 épreuves d'effort et de l'électrophysiologie.

Le centre hospitalier de Dinan, d'une capacité globale plus faible – 637 lits dont 220 de médecine-chirurgie-obstétrique – dispose des mêmes capacités en médecine cardiologique (24 lits pour 1200 entrées) et de 6 lits de soins continus (pour près de 300 entrées). Il dispose d'une activité technique d'électrophysiologie, réalise 2000 échocardiographies cardiaques annuellement, 400 épreuves d'effort.

L'hôpital Arthur Gardiner, établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier, est en reconversion, et développe une activité de cardiologie non aiguë. Dans son nouveau projet d'établissement 2002-2006, il dispose de 45 lits de médecine dont 15 en cardiologie, 40 lits de soins de suite dont 4 à orientation cardiologique, avec deux cardiologues à temps partiel et un cardiologue à temps plein mis à disposition par le centre hospitalier de Saint-Malo.

Les cardiologues libéraux complètent l'offre des établissements. Dix d'entre eux participent au réseau, et couvrent l'ensemble du secteur : ils sont quatre à Saint-Malo, trois à Dinan, un à Dol-de-Bretagne et deux à Dinard.

1.2.2.2 La coopération entre les établissements de santé : la fédération médicale interhospitalière de cardiologie unissant les centres hospitaliers de Saint-Malo et de Dinan et associant l'hôpital privé Arthur Gardiner de Dinard

Entre les établissements de santé, une fédération médicale interhospitalière de cardiologie permet de définir la graduation des soins et les activités effectuées par chaque établissement, renforçant ainsi les liens de coopération existants entre les services de cardiologie des établissements.

Cette fédération a été constituée entre les services de cardiologie des centres hospitaliers de Saint-Malo et de Dinan au printemps 2001 conformément à l'article L. 6135-1 du Code de la santé publique relatif aux fédérations médicales interhospitalières³⁷. Elle est le résultat d'une coopération ancienne. La formalisation de leurs relations a été acceptée en 2000 par l'ARH

³⁷ Les dispositions, intégrées au Code de la santé publique, créant et régissant les fédérations médicales interhospitalières sont issues de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

et concrétisée en 2001 par la signature de la convention constitutive de la fédération. Le régime juridique des fédérations médicales interhospitalières n'envisage que la participation d'établissements publics à de telles structures de coopération. Aussi, pour associer l'hôpital privé Arthur Gardiner de Dinard, une convention d'association de l'hôpital Arthur Gardiner à la fédération médicale interhospitalière a été conclue en septembre 2002. Sans intégrer l'hôpital de Dinard dans la fédération, elle l'associe entièrement à ses structures – bureau, conseil de fédération notamment – et à la définition des orientations de la fédération.

La structuration des relations entre les services de cardiologie de Saint-Malo et de Dinan a déjà permis d'élaborer un projet de fédération, approuvé par le conseil de fédération en juin 2001. Sa réalisation est entamée. A partir d'une analyse précise de l'organisation et de l'activité existantes et des problèmes rencontrés dans la prise en charge, il prévoit les actions à mettre en œuvre. Il envisage aussi de nombreux échanges entre les services pour renforcer la cohérence de la fédération et des formations communes de personnels soignants des deux services.

Parmi les objectifs principaux figurent la coordination des niveaux de soins et la prise en charge de l'urgence, singulièrement celle de l'infarctus aigu du myocarde. La graduation des niveaux de soins et la répartition des activités sont des éléments essentiels du projet de fédération. Le service de cardiologie du centre hospitalier de Saint-Malo dispose d'urgences cardiologiques de niveau 2 s'appuyant sur une unité de soins intensifs de 6 lits, alors que le service du centre hospitalier de Dinan dispose d'urgences de niveau 1 et de 6 lits de soins continus. Les coronarographies et les angioplasties sont réalisées au centre hospitalier de Saint-Malo qui répond aux demandes du service de Dinan en ce domaine. A l'inverse, le centre hospitalier de Dinan est seul à disposer d'une activité d'électrophysiologie. L'activité d'implantation de stimulateurs cardiaques est quant à elle partagée, de même que les échocardiographies, les échographies transoesophagiennes, les échographies de stress et les échos-dopplers vasculaires.

La graduation des niveaux de soins dépasse le cadre de la fédération, puisque la cardiologie interventionnelle réalisée par les deux établissements nécessite une collaboration importante avec le Centre Coeur Poumon du centre hospitalier régional et universitaire de Rennes.

La coordination de la prise en charge de l'urgence - singulièrement de l'infarctus aigu du myocarde – figure comme un objectif prioritaire du projet de la fédération. L'intervention de deux Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) différents au sein de la fédération, Saint-Malo étant situé en Ille-et-Vilaine et Dinan dans les Côtes-d'Armor, est susceptible d'allonger les délais d'intervention.

L'activité cardiologique de l'hôpital privé de Dinard, récemment créée, est coordonnée avec celle des deux autres établissements, en particulier avec le service d'accueil des urgences

du centre hospitalier de Saint-Malo. L'hôpital de Dinard n'est pas appelé à accueillir des urgences cardiologiques. Il dispose d'un service de médecine cardiologique et de lits de soins de suite permettant une prise en compte spécifique des pathologies cardio-vasculaires, et envisage le développement d'activités de prévention.

1.2.2.3 Les relations anciennes entre les services hospitaliers de cardiologie et les cardiologues libéraux du secteur

La complémentarité entre cardiologues libéraux et services hospitaliers est également forte. L'histoire des relations entre les acteurs de la cardiologie dans le secteur sanitaire n°6 explique l'avancement rapide du projet de réseau. Dès leur création, en 1979 à Saint-Malo et en 1977 à Dinan, les services hospitaliers de cardiologie ont intégré l'ensemble des praticiens libéraux dans une activité à l'hôpital public.

Ultérieurement, les techniques cardiologiques non invasives, notamment l'échographie et le holter, ont été développées par les services hospitaliers puis diffusées dans les cabinets de ville. Une réelle complémentarité s'est instaurée entre l'hôpital et la médecine libérale, les activités non invasives exercées en ville n'étant plus effectuées par les établissements hospitaliers qu'au bénéfice des patients hospitalisés. Les établissements publics de Saint-Malo et de Dinan ont développé des activités ne pouvant être réalisées qu'en établissement, comme la coronarographie, l'angioplastie, l'électrophysiologie. Aujourd'hui, les cardiologues libéraux de Saint-Malo, de Dinan et de Dinard effectuent pour la plupart d'entre eux des examens et des interventions sur les plateaux techniques des établissements, sous statut d'attaché ou de praticien hospitalier à temps partiel. L'activité de consultation externe est réalisée presque exclusivement par les cardiologues libéraux, à l'exception des consultations liées directement à des hospitalisations.

Du fait de ces relations favorables et de la répartition informelle des activités, tous les cardiologues libéraux du secteur sanitaire, à l'exception d'un praticien de Saint-Malo et d'un praticien de Dinan, ont été associés aux discussions préparant la mise en place du réseau.

1.2.2.4 L'amélioration concomitante de l'offre de soins

Parallèlement à la mise en place du réseau, mais de manière complémentaire, l'offre de soins cardiologiques dans le secteur sanitaire est en cours d'évolution. Il s'agit d'un renforcement des structures de cardiologie en réponse aux objectifs fixés par le SROS dont le réseau peut profiter, en particulier dans le domaine de la prévention et de la réadaptation.

L'évolution de l'offre de soins cardiologiques, en dehors de l'arrivée à Dinard d'un nouveau cardiologue libéral, concerne essentiellement l'hôpital privé Arthur Gardiner. Celui-ci envisage la création d'un secteur de lits de soins de suite prenant en compte les pathologies cardio-vasculaires. La réadaptation sera ambulatoire, sans structure dédiée, mais avec une prise en charge spécifique. Cet objectif répond à une carence du secteur sanitaire, aucune structure existante, y compris les établissements publics, ne disposant jusqu'à présent d'une offre adaptée et spécialisée en ce domaine. L'hôpital Gardiner envisage également la création d'un secteur de prévention cardio-vasculaire, en lien avec d'autres spécialités, notamment des diabétologues, des néphrologues, et avec d'autres professions, comme des diététiciens. Un projet visant à créer un centre d'éducation thérapeutique est en voie de finalisation.

Dans ce contexte, le réseau fournit l'opportunité d'intégrer la nouvelle offre de prévention et de soins à l'offre existante. Il doit apporter un cadre utile à la coordination appropriée des activités de l'hôpital de Dinard avec celle des établissements publics mais aussi avec celle des praticiens libéraux. Il existe ainsi une réelle interaction entre l'amélioration de l'offre de soins et la mise en place d'un partenariat formalisé sous la forme d'un réseau.

1.2.3 Présentation du projet de réseau de santé CardioRance

1.2.3.1 Une longue maturation

Le projet de réseau de santé cardio-vasculaire du secteur sanitaire n°6 doit être prochainement déposé pour une reconnaissance conjointe par l'ARH et l'URCAM. Il est le fruit d'une longue maturation entre les différents acteurs publics et privés, puisque des discussions en vue de constituer un réseau avaient accompagné la mise en place de la fédération médicale interhospitalière de cardiologie Saint-Malo - Dinan. La fédération médicale interhospitalière est elle-même le fruit d'un projet initié depuis plusieurs années qui a finalement abouti en 2001, profitant de la souplesse offerte par la nouvelle forme juridique des fédérations médicales interhospitalières issue de la loi du 27 juillet 1999.

De même, le projet de coopération structurée entre cardiologues publics et privés, étant donné l'histoire des relations entre les deux secteurs à Saint-Malo et à Dinan existe depuis plusieurs années.

1.2.3.2 Une initiative des acteurs hospitaliers incités et soutenus par l'ARH

L'élaboration du projet de réseau a été impulsée par l'initiative des cardiologues hospitaliers relayés par leurs collègues libéraux, et par les autorités de tutelle dans le cadre des orientations régionales d'organisation des soins.

L'initiative du projet revient d'abord aux acteurs hospitaliers, plus particulièrement au médecin chef du service de cardiologie du centre hospitalier de Saint-Malo. Celui-ci a toujours cherché à associer les cardiologues libéraux à l'activité hospitalière, et a bénéficié du soutien précoce son collègue de Dinan. Il est par ailleurs le premier coordonnateur de la fédération médicale interhospitalière de cardiologie. L'idée de formaliser les relations entre les différents partenaires sous forme d'un réseau correspond donc à une dynamique depuis longtemps sous-jacente. L'ARH avait proposé par un courrier, dès décembre 2000, de réunir un groupe de travail sur cette question. Le projet de réseau de santé, tel qu'il s'est matérialisé au cours des premiers mois de l'année 2002, a été relancé par le chef du service de cardiologie de Saint-Malo sur une incitation très forte de l'ARH de Bretagne à partir de juin 2001. Par un courrier en date du 18 juin 2001, la directrice de l'ARH encourageait vivement les acteurs en cardiologie du secteur sanitaire n°6 à reprendre leur projet de mise en réseau, conformément aux orientations régionales et aux objectifs du SROS. Elle demandait expressément que le projet de mise en place du réseau fasse l'objet d'un pilotage par un cardiologue du secteur, soutenu par un groupe de travail.

Sur l'initiative du chef de service de cardiologie du centre hospitalier de Saint-Malo et de la direction de l'établissement, une réunion de l'ensemble des acteurs – publics et privés, médecins et directions d'établissements - et membres potentiels était organisée en décembre 2001 afin d'envisager la concrétisation du projet. La trame du projet était à cette occasion présentée, et acceptée dans ses grandes lignes par les divers participants, notamment libéraux. Une seconde réunion en janvier 2002 permettait de mettre en place un comité de rédaction du projet mené par des cardiologues hospitaliers et libéraux, aidés par les directions des établissements pour les aspects administratifs et financiers.

L'élaboration concrète du projet a ensuite été conduite sous l'impulsion du chef du service de cardiologie de Saint-Malo, en lien étroit avec le chef du service de cardiologie de Dinan et trois praticiens représentant les cardiologues libéraux de Saint-Malo, Dinan et Dinard. Le soutien des directions des établissements a été indispensable pour formaliser le projet conformément au cahier des charges décrit par la circulaire du 25 novembre 1999³⁸ et par un

³⁸ Circulaire DGS/SQS2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.

document méthodologique élaboré par l'ARH et l'URCAM de Bretagne à destination des promoteurs de réseaux³⁹.

1.2.3.3 La trame du projet de réseau de santé cardio-vasculaire⁴⁰

Le projet de réseau en voie d'être déposé à l'ARH et à l'URCAM de Bretagne, intitulé réseau CardioRance, comprend plusieurs éléments. Outre le projet lui-même, décrivant les objectifs du réseau, les statuts de l'association CardioRance et un projet de charte du réseau ont été annexés.

Le réseau est en effet structuré sous la forme d'une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Cette association doit regrouper les établissements concernés, en tant que personnes morales, et les praticiens libéraux eux-mêmes réunis dans une association susceptible de solliciter des financements spécifiques au titre du FAQSV. Les cardiologues libéraux adhèrent donc à l'association CardioRance à travers leur association de praticiens libéraux. L'association CardioRance a vocation à accueillir d'autres professionnels de santé libéraux, notamment des diététiciens, des médecins généralistes ou d'autres spécialistes comme des diabétologues, des kinésithérapeutes, des infirmiers libéraux.

Le conseil d'administration de l'association tient lieu de comité de pilotage du réseau, puisqu'il regroupe des représentants des praticiens libéraux, des cardiologues hospitaliers et des directions des établissements. L'assemblée générale de l'association pourra dans tous les cas élargir ou modifier la composition du conseil d'administration, notamment pour tenir compte de la participation de nouveaux membres au réseau.

Outre ce comité de pilotage, qui sera chargé de fixer les orientations et de recueillir et analyser les résultats de l'évaluation régulière du fonctionnement du réseau, un médecin coordonnateur assurera la coordination courante et quotidienne. Il disposera, tout en appliquant les orientations collectives, d'une autonomie pour représenter le réseau à l'extérieur et organiser la coordination non seulement de la prise en charge mais aussi des actions – formations, réunions par exemple.

La structure du réseau bénéficiera de l'appui de la fédération médicale interhospitalière de cardiologie, en particulier du coordonnateur de la fédération qui est actuellement le chef du

³⁹ AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BRETAGNE, UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE. *Les réseaux de soins en Bretagne. Le guide du promoteur.* Disponible sur Internet : <http://www.arh-bretagne.fr>. Ce document reprend les indications de la circulaire 1999.

⁴⁰ Le projet de réseau, la charte et les statuts de l'association figurent à l'annexe 4.

service de cardiologie du centre hospitalier de Saint-Malo, et du bureau de la fédération où siègent des médecins et les cadres infirmiers des services concernés.

Les statuts de l'association CardioRance prévoient que les membres du réseau adhèrent à la charte du réseau. Celle-ci rappelle les grands objectifs et précise surtout les droits et devoirs des professionnels membres du réseau en termes d'information des patients, de respect du libre choix et de participation aux diverses instances et actions du réseau.

Le projet du réseau proprement dit reprend formellement les différents critères indicatifs du *Guide du promoteur* élaboré par l'ARH et l'URCAM. Il est centré sur la coordination des soins et des activités autres que le soin – notamment la prévention – à travers la circulation de l'information, la graduation des niveaux de soins et la description des modalités de participation des professionnels libéraux aux activités des établissements.

La forme du projet traduit l'approche méthodologique d'un projet de réseau. Après avoir rappelé les éléments de contexte justifiant l'opportunité et la faisabilité du projet, il énonce précisément les objectifs généraux et opérationnels du réseau. Il résulte de ces objectifs la description de l'organisation et de la coordination des soins, point central du projet qui comprend les modalités d'engagement du patient dans le réseau, la coordination entre les praticiens libéraux et les cardiologues hospitaliers – en particulier grâce au dossier informatique commun en projet - et le mode de pilotage du réseau par ses instances et le médecin coordonnateur. Le mode de financement et le chiffrage financier du projet ne sont précisés qu'au terme de la description du dispositif. L'évaluation, c'est-à-dire les indicateurs retenus pour évaluer le fonctionnement et les résultats du réseau à court et à moyen terme mais aussi le mode de recueil des données, constitue logiquement la conclusion du projet.

Le contexte général et local apparaît donc favorable à la constitution d'un réseau de santé porteur d'une dynamique réelle d'amélioration. La politique générale de développement des réseaux a été renforcée par les dispositions législatives récentes. Au niveau local et régional, la création du réseau est encouragée tant par les orientations régionales de l'ARH que par des relations informelles historiquement fortes entre les différents acteurs publics et privés.

Au-delà de la seule structuration du réseau, il s'agit, à partir du contexte décrit précédemment, des éléments intégrés dans le projet du réseau et des objectifs et attentes des acteurs appelés à participer au réseau ou à en être partenaires, d'analyser les résultats de l'évaluation *ex ante* du réseau. Cette évaluation doit permettre de mesurer l'intérêt du réseau pour les acteurs et l'apport de la formalisation au renforcement du partenariat. Il s'agit également de prendre en compte les améliorations dans la prise en charge du patient que le réseau peut favoriser.

2 - LES RESULTATS DE L'EVALUATION *EX ANTE* : APPORTS DU RESEAU POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT, IMPACT SUR LE RENFORCEMENT DU PARTENARIAT ET LA DYNAMIQUE COLLECTIVE

Pour procéder à l'évaluation, les critères utilisés sont ceux déterminés dans l'ouvrage commun du CREDES et du Groupe Image de l'Ecole Nationale de la Santé Publique⁴¹. Cinq dimensions sont dégagées pour évaluer les réseaux de soins ou de santé : l'impact du réseau sur les patients, usagers du réseau, les conséquences du réseau sur l'organisation des soins et les pratiques professionnelles, l'impact sur la réorganisation de l'offre de soins, les innovations en matière d'incitations financières et de rémunération des professionnels – pour la partie libérale du réseau – et les conséquences du réseau en termes de partenariat entre les acteurs.

La démarche suivie dans l'évaluation du réseau suit deux étapes. Evaluer *ex ante* le réseau de santé cardio-vasculaire du secteur sanitaire n°6 de Bretagne consiste dans un premier temps à appréhender les apports directs du réseau et des projets qu'il porte pour la prise en charge du patient cardiaque. A partir des documents élaborés par les membres du projet, une évaluation des apports sera donc opérée à travers la cadre d'analyse défini précédemment.

Au-delà de ces aspects issus du contenu du projet collectif, la formalisation elle-même, sous-tendue par des stratégies et des objectifs divers de la part des acteurs, implique des modifications dans la dynamique existante. Elle structure des intérêts convergents susceptibles de renforcer le partenariat entre les acteurs. Les entretiens réalisés auprès des acteurs sont donc le fondement de cette seconde étape.

⁴¹ GROUPE IMAGE. ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE, CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE. *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*. Paris : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, 2001, 73 p.

2.1 LES RESULTATS DE L'EVALUATION DU PROJET DE RESEAU CARDIORANCE : LES EFFETS DU RESEAU SUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ET L'ORGANISATION DES SOINS

L'évaluation *ex ante* du réseau de santé CardioRance nécessite dans un premier temps une approche des objectifs du réseau, tels qu'ils sont formalisés dans le projet de réseau. Il s'agit de mesurer les apports attendus et les sources d'amélioration potentielles du réseau pour la prise en charge du patient, tant dans le soin aigu que dans le soin non aigu et la prévention. Ce premier niveau d'évaluation s'appuie donc sur des éléments formalisés. L'analyse porte sur les actions concrètes envisagées, sur l'organisation projetée et les modes de coordination institués.

Les apports possibles du réseau résultant du projet des acteurs peuvent être étudiés selon trois orientations principales : la coordination et la qualité de la prise en charge, les pratiques professionnelles, les aspects médico-économiques et d'offre de soins.

De manière générale, malgré des limites atténuant l'impact des apports attendus, le réseau peut apporter des améliorations notables dans la prise en charge du patient sous ses différents aspects. Le réseau devrait permettre de résoudre ou réduire des problèmes concrets rencontrés par les professionnels.

2.1.1 L'impact du réseau sur la qualité de la prise en charge : globalité accrue, coordination des soins renforcée, continuité des soins stabilisée

L'objectif essentiel du réseau est d'améliorer la prise en charge du patient tout en permettant aux professionnels d'exercer leur métier dans les conditions les plus favorables. L'apport du réseau sur la prise en charge peut être d'abord mesuré au regard de la notion de trajectoire du patient. Un réseau vise par définition à renforcer la coordination des professionnels dans la perspective d'une prise en charge plus globale du patient, favorisée également par une offre de soins complète. Le réseau crée les conditions d'une organisation des soins de qualité, en standardisant les procédures et les compétences afin de déterminer le rôle et la fonction de chaque acteur et de viser à la performance organisationnelle⁴². De fait, le réseau

⁴² LOMBRAIL P., NAIDITCH M. Performances et réseaux. *Le courrier de l'évaluation en santé*, Novembre 2000, n°19.

CardioRance doit permettre de réduire certains problèmes de prise en charge, notamment en ce qui concerne l'urgence et les activités autres que le soin.

2.1.1.1 L'amélioration et la coordination de l'offre de soins : le réseau comme modalité d'intégration des nouvelles activités de l'hôpital privé Arthur Gardiner de Dinard dans l'organisation existante

2.1.1.1.1 Les problèmes rencontrés : les carences d'offre de prévention et de réadaptation

Le réseau se constitue dans un contexte en adéquation avec son projet, puisque l'offre de soins dans le domaine cardio-vasculaire est en voie de renforcement dans le secteur sanitaire, tant du point de vue de la prévention que de la réadaptation, par le développement de ces activités à l'hôpital privé Arthur Gardiner. Il s'agit de répondre à certains problèmes identifiés dans le secteur, c'est-à-dire le besoin de structure de prévention et d'éducation thérapeutique et de dispositifs de réadaptation. La réadaptation est actuellement peu prise en charge en tant que telle, et la prévention tant primaire que secondaire manque de cohérence, chaque spécialiste – cardiologue, diabétologue, néphrologue ou pneumologue – intervenant de manière désordonnée pour la prévention de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies ou de l'obésité.

2.1.1.1.2 Les solutions apportées par le projet de l'hôpital Gardiner

Le réseau CardioRance, en favorisant l'intégration de la nouvelle offre de soins de l'hôpital Gardiner, devrait assurer une prise en charge plus complète du patient cardiaque. L'hôpital Gardiner est en cours de reconversion depuis l'année 2001. Simultanément à sa reconnaissance comme établissement privé participant au service public hospitalier, il met en œuvre un nouveau projet destiné à le positionner de manière pérenne dans l'offre de soins du secteur sanitaire n°6.

L'établissement a conservé un important secteur de médecine, en particulier un service de médecine à orientation cardiologique de 15 lits complété par 4 lits de soins de suite. Le service de médecine cardiologique est orienté vers la prise en charge non aiguë, et les pathologies cardio-vasculaires sont prises en compte dans le secteur de soins de suite. Le service de médecine à orientation cardiologique traite l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque et les pathologies cardio-vasculaires du sujet âgé. Le secteur de soins de suite permettra la prise en charge de patients qui ne peuvent regagner leur domicile après un

séjour en court séjour du fait d'une pathologie associée. La réadaptation sera une activité ambulatoire, complétant les structures de réadaptation existant au niveau régional et en particulier la clinique Saint-Yves de Rennes, spécialisée dans cette activité. Il s'agit de proposer une prise en charge de proximité. Le fonctionnement pratique des places de réadaptation ambulatoire reste toutefois à déterminer avec l'ARH.

Ces orientations complètent l'offre de soins des centres hospitaliers de Saint-Malo et de Dinan, tournée vers la prise en charge aiguë et les activités d'explorations invasives nécessitant un plateau technique structuré. Le projet de développement d'une activité de réadaptation et de prévention cardio-vasculaire au sein de l'hôpital Arthur Gardiner doit conforter la prise en charge du patient cardiaque dans ses diverses dimensions et compléter le dispositif existant dans le secteur sanitaire. Un centre de prévention des maladies cardio-vasculaires offrira une prise en charge multidisciplinaire sur un seul site, réunissant divers professionnels spécialistes – cardiologues, diabétologues – et paramédicaux – diététiciens, kinésithérapeute - remédiant à la réalisation jusqu'à présent désordonnée de la prévention dans le secteur. Bien que la prévention soit depuis longtemps intégrée à la prise en charge des patients lors des consultations cardiologiques réalisées par les cardiologues libéraux et, de manière plus ponctuelle, par les cardiologues hospitaliers, elle n'était pas jusqu'à présent assurée par une structure spécifique. Pour contribuer à la mise en place du centre, l'établissement a déposé en mai 2002 deux projets d'éducation thérapeutique, plus exactement un projet d'éducation diététique et un projet d'éducation thérapeutique des patients traités par anti-vitamines K, en réponse à un appel à projet ministériel⁴³. L'évaluation des patients, l'éducation et le conseil auront lieu sous forme de consultations externes ou d'hospitalisations courtes, sur une journée ou une demi-semaine.

2.1.1.1.3 L'apport complémentaire du réseau

Le réseau de santé cardio-vasculaire doit favoriser la bonne articulation de cette nouvelle offre de soins avec l'offre existante. La complémentarité des établissements de santé de Saint-Malo, Dinard et Dinan, est renforcée par l'association de l'hôpital Arthur Gardiner à la fédération médicale interhospitalière de cardiologie en septembre 2002.

Ainsi, le service de médecine à orientation cardiologique inscrit son fonctionnement dans celui de la fédération des services de cardiologie. L'hôpital Arthur Gardiner a vocation à accueillir des patients atteints par des pathologies non aiguës, et peut donc se développer comme relais des services aigus des deux centres hospitaliers. A l'inverse, un problème aigu

⁴³ Appel à projet lancé par la circulaire du 12 avril 2002.

survenant à un patient hospitalisé à l'hôpital Arthur Gardiner pourra justifier un transfert rapide dans un service de cardiologie de la fédération. Il est prévu que les lits de soins de suite accueilleront de manière prioritaire des patients précédemment hospitalisés à Saint-Malo, Dinan ou au centre hospitalier universitaire de Rennes pour un infarctus ou une intervention chirurgicale. Le réseau doit permettre aussi d'articuler le recrutement des patients par l'intermédiaire des cardiologues libéraux et des médecins généralistes. La réadaptation ambulatoire est quant à elle nécessairement liée aux services de cardiologie de Saint-Malo et Dinan, puisque l'hôpital Arthur Gardiner a vocation à accueillir des patients sortis d'un service de court séjour des ces établissements après une phase aiguë.

Le patient bénéficie aussi de l'intégration dans le réseau du centre de prévention primaire et secondaire, lui-même lié au centre régional de prévention cardio-vasculaire de Rennes. A ce niveau, la coordination concerne avant tout les médecins généralistes et les cardiologues libéraux, qui orienteront leurs patients vers le centre.

Le réseau CardioRance doit donc permettre de coordonner les soins entre l'offre existante et les nouvelles activités, au bénéfice d'une meilleure trajectoire du patient. D'un réseau informel de soins, il deviendrait alors un véritable réseau de santé formalisé.

2.1.1.2 Optimisation de la trajectoire du patient au sein du réseau CardioRance

Parmi les objectifs essentiels d'un réseau figure en effet l'optimisation de la trajectoire du patient. Celle-ci passe par l'accompagnement individuel personnalisé, nécessaire aux performances de l'organisation⁴⁴.

2.1.1.2.1 *Les problèmes rencontrés : l'articulation ville-hôpital et la question des urgences*

A l'heure actuelle, les problèmes de carence de l'offre décrits précédemment, qui empêchent que la prise en charge de la prévention à la réadaptation soit réellement globale, constituent les principaux obstacles à la mise en œuvre d'une trajectoire optimale du patient.

En outre, des difficultés sont rencontrées dans l'articulation entre les divers acteurs de la prise en charge cardio-vasculaire du secteur sanitaire. Malgré le travail commun, à l'hôpital, des cardiologues hospitaliers et libéraux et les relations constantes et de qualité qu'ils

⁴⁴ LOMBRAIL P., NAIDITCH M. Performances et réseaux. *Le courrier de l'évaluation en santé*, Novembre 2000, n°19.

entretiennent, certains problèmes concrets se manifestent parfois dans la coordination entre l'hospitalisation et la prise en charge par les spécialistes en ville :

- Il est ainsi noté parfois des redondances d'examens entre les hôpitaux de Dinan et de Saint-Malo en cas de transfert, ou entre la ville et l'hôpital.
- L'articulation entre l'hospitalisation et la prise en charge du patient à sa sortie se heurte aux délais souvent importants de transmission des informations entre structures d'hospitalisation et cabinets libéraux, ayant des implications telles qu'une longue durée entre l'hospitalisation et la fixation d'une consultation en ville.

Le problème le plus délicat concerne la prise en charge de l'urgence, en particulier de l'infarctus du myocarde, alors même qu'une prise en charge optimale de l'infarctus aigu accroît fortement les chances du patient. Des délais trop longs peuvent empêcher de mettre en œuvre les techniques les plus adaptées, en particulier l'angioplastie. Cette question est avant tout interne à la fédération médicale interhospitalière, l'amélioration de la prise en charge de l'urgence figurant comme un objectif essentiel du projet de fédération. Ce problème concerne cependant les cardiologues libéraux du réseau et les médecins généralistes qui ont vocation à être en relation étroite avec le réseau.

Les difficultés liées aux urgences coronariennes renvoient pour partie aux particularités du secteur sanitaire, étendu géographiquement. La prise en charge doit tenir compte du lieu d'intervention puisque deux unités monitorées – celles de Dinan et de Saint-Malo - situées dans deux départements différents, l'Ille-et-Vilaine et les Côtes-d'Armor, et disposant chacune d'un système de gardes et astreintes, coexistent. Ceci implique l'intervention de deux Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et de deux Services Médicalisés d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Une étude de la Direction Régionale du Service Médical de l'assurance-maladie, réalisée en 2001, a montré l'importance des délais de prise en charge de l'infarctus. Le problème de l'intervention de deux SAMU est particulièrement avéré entre le samedi après-midi et le lundi matin pour les patients de la région de Dinan présentant un infarctus avec des signes de gravité et devant de ce fait être transférés au centre hospitalier de Saint-Malo, seul établissement disposant d'une activité d'angioplastie. L'effectif de garde à Dinan empêche qu'un médecin puisse accompagner le patient au cours du transfert à Saint-Malo. Il est donc indispensable de procéder à la jonction des deux équipes de SMUR aux limites départementales afin de limiter le temps d'absence du médecin urgentiste de Dinan dans son service. Des solutions à ce problème sont évoquées dans le projet de la fédération de cardiologie, notamment le renforcement de l'équipe médicale aux urgences de Dinan et la création d'une équipe inter-établissement. Pour l'heure, ces idées n'ont pas connu de concrétisation.

2.1.1.2.2 L'apport du réseau sur la trajectoire du patient : graduation des soins et circuit du patient

La mise en place du réseau de santé est un cadre favorable pour intégrer davantage les SAMU dans la réflexion et tenter de régler le problème de manière globale, en incluant les praticiens libéraux. Des protocoles devraient être élaborés afin réduire les délais d'intervention, et une information des médecins généralistes et des patients est prévue dans le projet du réseau pour leur permettre de s'adresser plus rapidement au service responsable.

Au-delà pour tenter de réduire les problèmes liés à l'articulation de l'hospitalisation et de la prise en charge postérieure à l'hospitalisation d'une part, la trajectoire du patient est formalisée afin que chaque intervenant dispose d'une vision commune du circuit du patient.

La trajectoire optimale s'appuie d'abord sur la graduation des soins. Déjà déterminée entre les établissements au sein de la fédération médicale interhospitalière, la graduation des niveaux de soins intègre les cardiologues libéraux participant au réseau. Il est ainsi prévu de manière formelle, contrairement à ce qui existait jusqu'à présent, que les consultations cardiologiques de base autres que les consultations réalisées au bénéfice de patients hospitalisés ou demandées expressément par des cardiologues libéraux ne sont pas assurées par la fédération médicale interhospitalière.

De manière générale, la trajectoire du patient résulte de la graduation des niveaux de soins et de la répartition des rôles. Cette répartition précise la fonction de chaque professionnel du réseau afin d'améliorer la coordination des interventions et le bon adressage des patients.

L'entrée du patient dans le réseau prend deux voies principales :

- Le patient peut être intégré au réseau par un médecin de ville, spécialiste non cardiologue ou généraliste, ou par un professionnel paramédical libéral. Il est adressé à un cardiologue libéral, sauf en cas d'urgence qui conduit à un adressage direct vers les centres hospitaliers de Dinan et de Saint-Malo. En dehors des consultations liées à des pathologies précises, le domaine de la prévention, surtout primaire, relève des professionnels libéraux, auxquels il faut ajouter le centre de prévention en cours de structuration à l'hôpital Arthur Gardiner.
- La prise en charge de l'urgence constitue une seconde voie d'accès au réseau. Elle est assurée par les SAMU d'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor. L'entrée dans le réseau est alors directement hospitalière.

D'autres modes d'entrée dans le réseau sont toutefois prévus. Il s'agit de l'adressage par des spécialistes d'autres réseaux liés au réseau cardio-vasculaire, comme les réseaux de

néphrologie et de diabétologie, ou d'autres partenaires régionaux, en particulier les services de chirurgie cardio-vasculaire de Rennes. Dès cette étape, lorsque des interventions lourdes ou très spécialisées sont nécessaires, un transfert vers le centre hospitalier régional et universitaire de Rennes – le Centre Cœur Poumon du site de Pontchaillou – peut intervenir pour la chirurgie cardiaque ou pour certains actes d'électrophysiologie interventionnelle ou d'angioplastie.

L'adressage des patients au sein du réseau permet d'articuler les différents niveaux de prise en charge, de la consultation en ville à la prise en charge aiguë. A ce niveau, le réseau devrait procurer un apport tout à fait important. Les modalités d'adressage des patients dans les services de cardiologie des trois établissements prennent plusieurs formes. Avalisant les modes de coordination existants, l'adressage par les cardiologues du réseau sera fait après vérification des places disponibles et l'adressage par les médecins généralistes après l'accord d'un cardiologue du service. Le lien formalisé pour l'admission des patients dans les services hospitaliers devrait permettre de réduire les délais et surtout les éventuelles redondances d'examens.

En aval de l'hospitalisation dans un service de court séjour adapté à une prise en charge aiguë, le patient est orienté vers la réadaptation cardio-vasculaire assurée par l'hôpital Arthur Gardiner ou par un partenaire externe comme la clinique Saint-Yves de Rennes. Si une réadaptation spécifique n'est pas indispensable, il est adressé vers les cardiologues libéraux en ville qui assurent alors le suivi nécessaire.

Dans l'amélioration de la trajectoire de prise en charge, le patient lui-même tient une place importante. Son rôle est conditionné par la transparence du réseau quant à l'articulation entre les divers professionnels⁴⁵. Une information systématique du patient lors de son entrée dans le réseau est prévue. L'identification de l'existence du réseau, outre la mise en place potentielle de procédures formalisées sur des points précis, pourrait ainsi permettre au patient de mieux prendre en compte l'articulation entre les professionnels et d'inciter ces derniers à réduire les éventuels dysfonctionnements. L'initiative du patient quant à son orientation au sein du réseau devrait être favorisée par la connaissance de la trajectoire optimale proposée par le réseau. La création d'une activité d'éducation thérapeutique va également dans le sens d'une participation accrue du patient à son traitement, susceptible de lui faire suivre un parcours plus cohérent.

⁴⁵ LOMBRAIL P., NAIDITCH M. Performances et réseaux. *Le courrier de l'évaluation en santé*, Novembre 2000, n°19.

2.1.1.3 L'organisation de la continuité des soins : le problème des effectifs médicaux

Au-delà de la coordination entre les professionnels, le projet formalisé du réseau envisage les modalités de la continuité des soins à travers l'organisation et la coordination des systèmes de gardes et astreintes des différents établissements et la participation des cardiologues libéraux à la permanence des soins. Les gardes et astreintes de cardiologie garantissent singulièrement la prise en charge des urgences, élément crucial dans le domaine cardio-vasculaire.

2.1.1.3.1 *Les problèmes rencontrés : le déficit croissant de cardiologues*

La constitution et le fonctionnement des systèmes de gardes et astreintes sont confrontés au déficit de cardiologues dans le secteur sanitaire, comme le SROS l'a bien mis en valeur. Dans le contexte démographique défavorable des professions médicales, le déficit ne peut que croître. La question des effectifs médicaux, tant hospitaliers que libéraux, induit des difficultés pour assurer les gardes et astreintes exigées par le niveau de soins de chaque établissement.

D'après les textes et les recommandations dans le domaine de la permanence des soins en cardiologie, un établissement doit disposer de huit praticiens pour assurer dans des conditions correctes une garde sur place et de quatre praticiens pour faire fonctionner une astreinte tout au long de l'année. Si l'astreinte opérationnelle mise en place au Centre hospitalier de Dinan fonctionne de manière précaire, avec trois praticiens équivalent temps plein pour une moyenne de deux à trois appels par astreinte de nuit, le problème le plus aigu concerne le centre hospitalier de Saint-Malo. Seuls cinq praticiens hospitaliers assurent la garde sur place, ce qui apparaît insuffisant à long terme, malgré le renfort non négligeable de trois cardiologues libéraux et du cardiologue mis à la disposition de l'hôpital Gardiner. Cette insuffisance est accentuée par l'entrée en vigueur de la coopération avec l'hôpital Arthur Gardiner qui conduit un praticien hospitalier du centre hospitalier de Saint-Malo à compléter l'astreinte mise en place à Dinard.

Outre ces questions d'effectifs médicaux, le statut des praticiens libéraux participant à l'astreinte opérationnelle de coronarographie à Saint-Malo est problématique. Un cardiologue libéral, attaché au centre hospitalier, aide deux praticiens hospitaliers à assurer cette astreinte. Le système de rémunération ne compense pas financièrement sa participation, ce qui soulève la question d'un autre mode d'intervention – sous la forme d'une clinique ouverte ou d'une convention de mise à disposition de matériel.

2.1.1.3.2 Les solutions apportées par le réseau : l'articulation des systèmes de garde et la collaboration des cardiologues libéraux

Pour pérenniser la continuité des soins et la permanence médicale, le réseau propose d'intégrer autant que possible les cardiologues libéraux au système de gardes et astreintes des établissements. Actuellement, quatre systèmes interdépendants sont organisés au sein de la fédération de cardiologie proprement dite et à l'hôpital Arthur Gardiner : la garde sur place et l'astreinte de coronarographie au centre hospitalier de Saint-Malo, l'astreinte au centre hospitalier de Dinan, l'astreinte à l'hôpital Gardiner. La collaboration est déjà étroite entre les trois établissements. Au sein de la fédération, des participations croisées ont lieu entre Saint-Malo et Dinan, et un praticien de Saint-Malo intervient pour renforcer l'astreinte de l'hôpital Gardiner. Les cardiologues libéraux participent déjà aux gardes et astreintes. Au centre hospitalier de Saint-Malo et à l'hôpital Arthur Gardiner, ils interviennent de manière volontaire ; au centre hospitalier de Dinan, leur participation relève de leur statut de praticiens hospitaliers à temps partiel.

Le réseau formalisera davantage ces collaborations entre établissements et entre praticiens publics et privés. Il est prévu que les médecins des trois établissements doivent participer au système de gardes et astreintes de leur service tout étant susceptibles d'entrer dans les secteurs de garde des autres services selon les besoins. Ces coopérations peuvent aller au-delà des gardes et astreintes, puisque – comme cela a déjà été pratiqué au printemps 2002 au profit du centre hospitalier de Dinan – les praticiens d'un établissement peuvent aider un autre établissement à garantir la continuité des soins, en cas de carence subite dans l'effectif médical. Les cardiologues libéraux n'apportent quant à eux leur soutien aux gardes et astreintes des établissements qu'au titre du volontariat, comme c'est le cas à l'heure actuelle, mais la structuration des relations les y incitera.

2.1.1.4 Les limites à la coordination optimale des soins

La structuration des relations est un élément favorable à la coordination des soins, à leur continuité et à la mise en œuvre d'une trajectoire optimale du patient. Néanmoins, le réseau CardioRance ne répondra pas immédiatement à l'ensemble des questions soulevées précédemment, en raison de plusieurs limites intrinsèques qui pourront peu à peu être levées.

Le réseau, sur ces différents aspects, formalise l'existant davantage qu'il n'apporte de nouveaux éléments. L'amélioration de l'offre de soins à l'hôpital Arthur Gardiner n'est pas

entièrement dépendante de la formalisation elle-même, bien que le choix de développer une activité de cardiologie ait été influencé par la coopération existante dans le secteur sanitaire et la perspective d'une structuration en réseau.

L'organisation de la trajectoire du patient est pour bonne part déjà mise en place, grâce aux relations quotidiennes entre les médecins libéraux et hospitaliers. Le réseau est novateur principalement pour une meilleure articulation entre l'hospitalisation et le suivi postérieur à l'hospitalisation, ainsi que pour formaliser une prise en charge de l'urgence plus satisfaisante. En outre, les éléments de formalisation prévus dans le projet restent encore généraux et devront sur certains aspects – comme le suivi en ville du patient après une hospitalisation - faire l'objet de protocoles spécifiques.

La limite essentielle à l'optimisation de la trajectoire du patient réside dans le fait que le réseau ne compte pas pour l'heure de médecins généralistes, bien que la vocation du réseau à s'ouvrir à d'autres professionnels que les cardiologues – généralistes, autres spécialistes, paramédicaux – soit inscrite dans les statuts de l'association et le projet du réseau. Les médecins généralistes du secteur sanitaire n°6 n'ont pas été associés au réseau, qui reste un réseau de spécialistes hospitaliers et libéraux. Ils n'ont pas été consultés dans la réflexion sur le projet du réseau et la coordination entre cette structure et ses partenaires externes. L'information des généralistes sur l'existence du réseau est certes prévue dès la création formelle de l'association, et ils sont considérés comme des partenaires incontournables par les cardiologues⁴⁶ pour l'adressage des patients à des cardiologues libéraux ou hospitaliers et pour le suivi du patient à sa sortie du réseau. Il n'est cependant pas prévu que les généralistes participent aux instances du réseau mais il est envisagé de les associer à terme sur certains aspects les concernant directement.

Tout comme les médecins généralistes, les usagers ont été peu impliqués dans la conception du réseau et la réflexion sur la coordination des soins, et ne sont actuellement pas intégrés à la structure envisagée. Les patients et les familles de patients, représentés dans le secteur sanitaire par l'Association des Malades Cardio-Vasculaires notamment, n'ont pas été consultés au cours de la réflexion sur l'articulation entre les divers pans de la prise en charge. Néanmoins, ils entretiennent des relations régulières avec les cardiologues du secteur, en particulier les cardiologues hospitaliers. Leur association à la définition des objectifs du réseau CardioRance a été envisagée à l'avenir.

⁴⁶ Cf. entretien avec le Docteur Bories.

Malgré les nets apports qui peuvent être attendus de la création du réseau pour la globalité et la qualité de la prise en charge du patient cardio-vasculaire – à travers une offre de soins plus complète, une coordination formalisée, une trajectoire du patient mieux définie, une continuité des soins stabilisée – la réalisation de cet objectif pourrait être entravée par l'intégration réduite des médecins généralistes et des usagers.

Au-delà de ces apports, l'amélioration attendue des pratiques professionnelles et collectives devrait constituer à terme un élément essentiel du réseau CardioRance.

2.1.2 Les conséquences du réseau CardioRance sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives : la recherche de l'amélioration de la qualité des pratiques

La formalisation des relations par le réseau dépasse la simple coordination des soins, puisqu'il s'agit aussi de formaliser les pratiques professionnelles dans leurs diverses composantes. Le réseau de santé cardio-vasculaire apparaît à ce titre comme un cadre approprié pour développer des axes d'amélioration des pratiques telles que l'élaboration de protocoles, l'organisation de staffs communs, de formations, d'échanges divers entre professionnels. Il s'agit d'une attente de la part des cardiologues, tant professionnels que libéraux⁴⁷. Le fonctionnement en réseau devrait conduire ainsi à l'harmonisation des pratiques. Le rôle de la standardisation des compétences et des procédures dans la performance clinique et épidémiologique du réseau est important⁴⁸. L'amélioration de la qualité technique et des protocoles suivis, c'est-à-dire la qualité des pratiques, est identifiée comme un motif de création des réseaux, exprimant la « forme organisationnelle de la recherche de la qualité »⁴⁹. La recherche d'une plus grande qualité de la pratique médicale conduit en effet les professionnels à envisager la mise en place d'outils technologiques ou procéduraux, et à insérer leur pratique dans une structure souple. A ce titre, la mise en place d'un dossier informatique commun partagé entre les professionnels du réseau peut constituer un élément moteur.

⁴⁷ Cf. synthèse des entretiens figurant à l'annexe 3.

⁴⁸ LOMBRAIL P., NAIDITCH M. Performances et réseaux. *Le courrier de l'évaluation en santé*, Novembre 2000, n°19.

⁴⁹ GREMY F. Réseaux de santé, symptôme et moyen de la recherche de la qualité. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Juin 2001, n°35, pp. 74-77.

2.1.2.1 A mi-chemin entre la coordination des soins et l'harmonisation des pratiques : le dossier informatique commun partagé

Les entretiens avec les médecins impliqués dans le projet ont montré l'importance accordée au dossier informatique partagé. Sa mise en place est perçue comme une réalisation indispensable et incontournable, gage d'une coordination adéquate. L'information médicale est un enjeu primordial pour les réseaux de santé. Il s'agit d'opérer le partage de l'information face à la complexité croissante de la prise en charge, et donc de mettre en cohérence des systèmes d'information, hospitaliers et extérieurs à l'hôpital, fort divers⁵⁰.

Au-delà le dossier informatique commun matérialise les relations et le réseau lui-même aux yeux des acteurs. Comme il a été noté à propos du réseau gérontologique de Levallois-Perret, le système d'information et la circulation du savoir à tous les niveaux peuvent constituer un réel « ciment » pour le réseau⁵¹.

De manière directe, le dossier informatique commun cherche à répondre à l'objectif de coordination de la prise en charge en fournissant un instrument d'échange d'information. L'harmonisation des pratiques professionnelles est un objectif plus indirect.

2.1.2.1.1 Problèmes rencontrés

Comme il a été précédemment décrit, des carences dans l'articulation entre le séjour hospitalier des patients et leur prise en charge en ville sont parfois constatées. Il s'agit en particulier des délais de transmission des informations, à l'entrée ou à la sortie du séjour hospitalier, pour des raisons pratiques, organisationnelles et techniques.

D'autre part, la coordination au sein du réseau intègre une multiplicité de professionnels et donc des pratiques professionnelles individuelles diverses. Dans l'optique d'une coopération approfondie visant à proposer au patient une trajectoire harmonieuse de prise en charge, l'harmonisation et la standardisation des pratiques sont un objectif intermédiaire incontournable. La cardiologie, du fait de sa technicité notamment, permet aux praticiens de s'accorder aisément sur leurs pratiques.

⁵⁰ NAIDITCH M., OBERLIN P. Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital. *Gestions hospitalières*, Décembre 1995, n°351, pp. 739-746.

⁵¹ GROUPE IMAGE. *Pratiques coopératives dans le système de santé : Les réseaux en question*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1998. 99 p.

2.1.2.1.2 Les solutions apportées : le dossier informatique partagé, support logistique de la coordination et de l'harmonisation des pratiques

Le dossier informatique commun partagé constitue une réponse partielle à ces questions. Pour les acteurs du réseau CardioRance, il s'agit avant tout d'accélérer et de simplifier les échanges d'information entre les médecins publics et privés afin de rendre plus fluide le passage des patients au sein du réseau. A travers la création d'un dossier patient instantanément mis à jour, toute discordance entre les cardiologues dans les actes de diagnostic et de traitement des patients devrait être évitée.

Le système d'information envisagé est centré sur le patient et les informations de tout type utiles à son suivi. L'accent est mis sur la rapidité d'accès aux données et de transfert des informations à travers l'usage de la technologie Internet et du réseau haut débit. L'accès instantané au dossier médical par les cardiologues du réseau devrait permettre de réduire les contretemps liés au transfert matériel des données. Pour cela, trois niveaux de serveurs sont prévus - dans les établissements, les cabinets médicaux et chez un opérateur d'hébergement. Le transfert de l'imagerie médicale incluse dans le dossier patient est une garantie de l'exhaustivité des informations transmises.

Outre l'accélération des échanges d'information, la trajectoire du patient pourrait être également gagner en cohérence par la possibilité d'extraire le dossier du patient afin que ce dernier en dispose sur un support CD-Rom. Cela permettra à terme au patient de consulter les différents professionnels en toute connaissance de cause, de faciliter son orientation au sein du réseau, et d'harmoniser sa prise en charge par les divers intervenants.

Enfin, la possibilité d'extraire des données statistiques et épidémiologiques du système d'information, dans la perspective de l'évaluation du réseau, ne pourra qu'être utile à l'adaptation des objectifs du réseau aux besoins des patients.

2.1.2.1.3 Les limites aux résultats attendus

Les effets d'un dossier informatique partagé restent incertains. L'accélération des échanges d'informations interviendra sans aucun doute, mais risque d'être progressive et de ne pas simplifier nécessairement le remplissage des dossiers. La mise en place technique elle-même, d'après les expériences menées ailleurs – comme en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur avec le réseau Cardiotel qui lie divers établissements de santé ayant une activité de cardiologie par un dossier informatique partagé – pourrait être longue. Une période d'adaptation du produit informatique aux pratiques professionnelles locales sera indispensable, et l'apport réel sur la prise en charge du patient demandera un temps

d'apprentissage important de la part des utilisateurs. L'effet sur les pratiques professionnelles ne pourra être perceptible qu'à moyen ou long terme, en fonction de l'usage effectif que les acteurs feront du nouveau système. Le dossier informatique devra être réellement utilisé par tous les destinataires potentiels des informations pour trouver une complète utilité et façonner la prise en charge du patient.

2.1.2.2 La protocolisation des pratiques, axe majeur d'amélioration

L'impact de réseau sur les pratiques professionnelles prendra davantage comme vecteur l'élaboration et l'application de protocoles communs de prise en charge. Le réseau CardioRance ne sera en effet être perçu comme tel que si l'ensemble des praticiens s'accordent sur les modes les plus adaptés de prise en charge. La protocolisation a pour objectif d'améliorer les pratiques professionnelles individuelles et collectives en les harmonisant à partir de recommandations externes.

2.1.2.2.1 *Les problèmes rencontrés*

Les pratiques professionnelles ne sont pas encore uniformes au sein du secteur sanitaire. Le fonctionnement en réseau et son efficacité du point de vue de la prise en charge du patient impliquent que les cardiologues disposent des mêmes référentiels de pratiques. Il s'agit de proposer une prise en charge similaire quel que soit le professionnel concerné afin que le patient soit certain que sa prise en charge s'appuie sur les bonnes pratiques médicales. Certes, dans de nombreux domaines de la prise en charge cardio-vasculaire, les cardiologues s'appuient sur les mêmes recommandations et guides de bonnes pratiques. Mais cette harmonisation reste pour beaucoup informelle, y compris entre établissements de santé de la fédération médicale interhospitalière, et l'adéquation aux recommandations s'appuie rarement sur un support écrit.

2.1.2.2.2 *La solution proposée par le réseau CardioRance : la protocolisation*

Afin de d'améliorer les pratiques médicales en les harmonisant, la formalisation sous forme de protocoles communs faisant référence aux recommandations des sociétés savantes comme la Société Française de Cardiologie, aux guides de bonnes pratiques, aux référentiels de l'ANAES et aux dernières conférences de consensus, constitue un élément indispensable. Le réseau favorisera la reconnaissance des protocoles et leur mise en œuvre.

L'élaboration commune de protocoles sur les principales prises en charge et pathologies rencontrées est déjà engagée au sein de la fédération médicale interhospitalière de cardiologie. Une quarantaine de protocoles a été conçue par une équipe réunissant praticiens hospitaliers et personnels soignants des services de cardiologie de Saint-Malo et de Dinan. Finalisés en juin 2002, ils sont destinés à être validés rapidement et à entrer en vigueur au sein de la fédération, en incluant le service de médecine à orientation cardiologique de l'hôpital Arthur Gardiner. Ils s'ajoutent à un mouvement d'harmonisation des procédures et des documents du dossier médical ou du dossier de soins. Certains ne font qu'étendre à l'ensemble de la fédération des protocoles déjà en vigueur dans un service, mais il s'agit surtout d'harmoniser les protocoles appliqués dans les différents services, comme le protocole de préparation pour une coronarographie, la procédure de convocation des patients ou la procédure de transfert en dehors de l'urgence.

Ce mouvement de protocolisation et d'harmonisation va être poursuivi au niveau du réseau CardioRance. Un groupe de travail mixte, hospitalier et libéral, travaillera à la réalisation de protocoles communs. Il est prévu, dès la première année d'existence du réseau, de discuter un protocole de prise en charge de l'urgence – infarctus aigu du myocarde – et de mettre en place un protocole de prise en charge de l'insuffisance cardiaque et un protocole de prise en charge des fibrillations auriculaires. A terme, le bilan à pratiquer lors de la découverte d'une hypertension artérielle, les modalités pratiques du choc externe ou de l'échographie transoesophagienne, par exemple, feront l'objet de protocoles.

2.1.2.2.3 Les limites de la protocolisation

La mise en place de protocoles sur des questions sensibles au sein du secteur comme la prise en charge de l'urgence pourrait être assez lente, étant donné les difficultés à recueillir un engagement de la part de l'ensemble des partenaires. Il s'agit pour l'urgence de mener une réflexion avec les SAMU des deux départements concernés. De manière plus générale, certains protocoles ne viendront que formaliser des pratiques existantes ou étendre des documents formalisés à l'ensemble des professionnels du réseau.

2.1.2.3 Les échanges, les staffs et les formations organisés au sein du réseau

Au-delà de la formalisation de protocoles, l'impact du réseau sur les pratiques suivra une voie moins formelle. Les divers échanges entre les cardiologues et à terme avec les autres professionnels, les staffs communs et les formations programmées et suivies dans le cadre du réseau devraient conduire à rapprocher les pratiques et à les améliorer. L'échange entre

spécialistes apparaît comme un élément essentiel de diffusion de la qualité des pratiques médicales.

2.1.2.3.1 Des échanges actuellement peu formalisés

La standardisation des pratiques est considérée comme un élément de la qualité des soins et comme un facteur de participation accrue du patient à sa prise en charge grâce à une possibilité plus grande de comparer les pratiques. De plus, la technicité croissante de la cardiologie rend indispensable des espaces d'échanges entre professionnels afin de mesurer les divers aspects d'une prise en charge. Le suivi du patient implique la spécialisation des praticiens ; en retour, ceux-ci doivent davantage se concerter sur les différents actes à mener.

A l'heure actuelle, au sein du secteur sanitaire n°6, les échanges entre cardiologues, voire les staffs communs, existent mais restent partiels. Ils ont lieu entre cardiologues hospitaliers, particulièrement les spécialistes d'un même service, ainsi qu'entre praticiens hospitaliers et libéraux intervenant sur les plateaux techniques des deux centres hospitaliers. Mais ils restent la plupart du temps informels, sans régularité fixe, et ne sont pas systématiques. La volonté d'uniformiser les pratiques par le haut est dans ce cadre difficile. De même, les formations suivies par les praticiens sont rarement communes, souvent organisées par des collègues rennais, sans lien nécessaire avec les problèmes communs rencontrés dans le secteur sanitaire.

2.1.2.3.2 Les apports du réseau CardioRance : l'organisation de la diffusion des bonnes pratiques et des échanges

Le réseau devrait permettre d'organiser la diffusion des bonnes pratiques individuelles mais également collectives en encadrant davantage les échanges divers entre les cardiologues. Le réseau constituera d'abord, comme structure, un lieu d'échanges en tant que tel. Surtout, l'organisation de staffs communs réunissant cardiologues libéraux et hospitaliers pourra être formalisée en fonction des souhaits des membres du réseau. Il est envisagé d'organiser un staff mensuel d'examen de dossiers et de bibliographie médicale. Il s'agira également d'ouvrir des espaces d'échanges et de consultations réciproques entre cardiologues, souvent spécialisés dans un domaine spécifique de la discipline.

Les formations communes auront également pour objectif d'asseoir l'uniformisation des pratiques. La conférence trimestrielle, ouverte aux soignants, organisée au sein de la

fédération médicale interhospitalière sera étendue à tous les membres du réseau. Il est aussi prévu d'organiser au sein du réseau deux réunions annuelles, après les deux grands congrès mondiaux de cardiologie, pour en tirer les enseignements et en relayer les apports au niveau du secteur sanitaire. Ces séances complètent bien entendu la formation continue des praticiens, qui pourrait être financièrement supportée par le réseau grâce à une possible dotation par l'URCAM au titre du FASQV.

2.1.2.3.3 Un effet lent et progressif

Pour autant, l'harmonisation attendue et l'amélioration des pratiques par la diffusion des recommandations ne peuvent être que progressives. L'élément le plus important consiste dans l'activité hospitalière des cardiologues libéraux, qui leur procure un accès aux plateaux techniques hospitaliers et l'assurance de conserver leur technicité, mais cette participation à l'activité hospitalière n'est pas une conséquence du réseau.

De manière générale, le réseau devrait avoir un impact sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives, dans le sens d'une diffusion accrue des bonnes pratiques et d'une harmonisation renforcée au service du patient. Dans cette optique, la mise en place du dossier informatique commun et l'élaboration de protocoles constituent des éléments essentiels.

2.1.3 Les aspects économiques et les conséquences sur l'offre de soins

L'amélioration de la trajectoire du patient et des pratiques professionnelles est complétée par un apport potentiel d'ordre différent. A travers les possibles gains médico-économiques et l'impact sur l'offre de soins, il ne s'agit plus d'envisager les apports concrets et directs sur la qualité de la prise en charge, mais la rationalisation des moyens mis en oeuvre au bénéfice du patient et les conditions de travail des professionnels. L'élément médico-économique et les conséquences sur l'offre de soins constituent deux des cinq dimensions principales d'évaluation du réseau dégagées précédemment⁵².

⁵² GROUPE IMAGE. ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE, CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE. *L'évaluation des réseaux de*

Outre les gains médico-économiques potentiels et l'impact d'un réseau structuré sur l'offre de soins sectorielle à long terme, la rationalisation des ressources humaines médicales et la garantie de conditions de travail correctes aux professionnels peuvent bénéficier de la formalisation du réseau de santé cardio-vasculaire.

2.1.3.1 La rationalisation des ressources, réponse au problème des effectifs médicaux ?

La structuration des relations existantes en réseau formalisé vise à rationaliser l'offre de soins, et cet objectif n'est pas seulement médico-économique. Outre la nécessaire réflexion sur la rationalisation des ressources humaines médicales dans un contexte local de sous-effectif de cardiologues, notamment libéraux, et un contexte général de raréfaction des spécialistes sur le marché du travail, le réseau permet d'envisager l'adaptation des conditions de travail des professionnels à ce contexte. La difficulté renvoie au fonctionnement du système de gardes et astreintes correspondant à l'activité réalisée, singulièrement les actes techniques invasifs. L'utilisation optimale des équipements est également à prendre en compte.

La structuration en réseau de santé doit permettre d'optimiser les ressources médicales en organisant mieux la répartition du travail entre les cardiologues.

Comme dans d'autres domaines, la coopération au sein de la fédération médicale interhospitalière est d'ores et déjà un instrument permettant le fonctionnement des gardes et astreintes hospitalières. Des participations croisées aux gardes ont lieu entre les deux centres hospitaliers, et une coopération est mise en place entre le centre hospitalier de Saint-Malo et l'hôpital Arthur Gardiner. Un cardiologue de Saint-Malo participe à l'astreinte à Dinard. Au-delà du renfort pour les astreintes, le centre hospitalier de Saint-Malo met un cardiologue à disposition de l'hôpital Arthur Gardiner, par convention. Le problème du sous-effectif médical a toutefois été partiellement réduit au début de l'année 2002 avec l'arrivée d'un nouveau cardiologue libéral à Dinard, participant à l'activité cardiologique à l'hôpital Arthur Gardiner et à des actes techniques au centre hospitalier de Saint-Malo, et d'un nouveau cardiologue à Saint-Malo. La perspective de départs en retraite de cardiologues libéraux dans les années à venir relativise cependant cet élément.

Le réseau n'oblige pas les cardiologues libéraux à participer aux gardes et astreintes des établissements, mais il avalise leur participation déjà effective. Il est clairement précisé qu'ils

soins. Enjeux et recommandations. Paris : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, 2001, 73 p.

peuvent, sur la base du volontariat, renforcer les systèmes de gardes existants, comme une contrepartie logique à leur activité technique hospitalière.

Outre l'organisation des gardes et astreintes, l'organisation formalisée de la répartition des rôles – en particulier la formalisation de l'absence de consultations externes à l'hôpital public – avalise l'existant et assure la continuité d'un système déjà rationalisé. Il prend acte également de l'activité hospitalière des cardiologues libéraux, acquis ancien, en lui donnant un cadre global. Les cardiologues libéraux interviennent comme praticiens hospitaliers temps partiel ou comme attachés sous forme de vacations. Le projet de réseau envisage à terme le des conventions de mise à disposition de matériel remplaçant ce dernier statut pour la coronarographie.

La structuration du réseau renforce le partenariat et l'utilisation rationnelle des moyens, notamment en matière d'équipements – matériels d'échographie, matériels pour épreuves d'effort et équipements nécessaires aux actes invasifs en particulier. Les cardiologues libéraux réalisent à l'hôpital des examens techniques comme la coronarographie, les échocardiographies, mais aussi les épreuves d'effort et l'électrophysiologie, et bénéficient ainsi d'une technicité forte en évitant la redondance d'équipements entre secteur public et secteur privé.

Au-delà de la rationalisation des ressources et des compétences, le réseau, en organisant le travail des médecins au sein du secteur sanitaire, contribue à leur assurer des conditions de travail pérennes et correctes. Ceci peut constituer un atout dans la perspective des années à venir et de la nécessité d'attirer de nouveaux cardiologues dans le secteur sanitaire. Il s'agit bien de « mieux vivre sa condition de professionnel »⁵³ en structurant le partage des ressources et des compétences. La stabilisation des gardes et astreintes et le partage de l'activité technique – au bénéfice des praticiens libéraux comme hospitaliers – permettent de rendre l'exercice du travail quotidien plus aisé. Face à la difficulté croissante des métiers médicaux, de plus en plus techniques, soumis à l'accroissement rapide des connaissances et à la « balkanisation de spécialités »⁵⁴, il apparaît indispensable aux médecins, en particulier aux médecins libéraux, de se grouper. Le réseau est un moyen d'unir les compétences de tous face à la spécialisation croissante de la médecine, singulièrement de la cardiologie.

⁵³ LARCHER P. Les enseignements des réseaux existants. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Septembre 1998, n°24, pp. 21-26.

⁵⁴ GREMY F. Réseaux de santé, symptôme et moyen de la recherche de la qualité. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Juin 2001, n°35, pp. 74-77.

2.1.3.1.1 Les limites : le contexte démographique général

La qualité de vie des acteurs et leurs conditions de travail seront sans conteste renforcées par la création du réseau de santé, mais il convient d'insister sur le fait que le réseau ne fait qu'avaliser l'existant. En particulier, l'activité hospitalière des praticiens libéraux est une réalité depuis la création des services de cardiologie à Dinan et à Saint-Malo. La mise en forme du réseau, enfin, ne permet pas de garantir un effectif suffisant de cardiologues. Cependant, les deux cardiologues libéraux récemment arrivés dans le secteur sanitaire ont été attirés par les bonnes relations existantes et la possibilité d'exercer une activité hospitalière sur un plateau technique⁵⁵. Cela peut compter dans l'évolution future de l'offre de soins.

2.1.3.2 La perspective d'une stabilisation de l'offre de soins à long terme

Les aspects d'offre de soins concernent au premier chef les effectifs de spécialistes. Il faut également considérer l'impact du réseau sur l'offre de soins à long terme et sur l'articulation entre offre hospitalière et offre libérale dans le secteur sanitaire n°6.

Il est cependant difficile d'évaluer *a priori* les conséquences de la mise en place du réseau CardioRance sur l'offre de soins sectorielle. Tout d'abord, la création concomitante par l'hôpital Arthur Gardiner d'une offre de prévention, de réadaptation et de médecine à orientation cardiologique destinée à prendre le relais des hospitalisations pour des épisodes aigus rend l'apport du réseau proprement dit peu discernable, bien que la perspective d'une structuration en réseau ait pesé sur les choix stratégiques de l'hôpital Gardiner. La fédération médicale et le réseau constituent deux éléments favorables d'intégration de cette nouvelle offre, réellement complémentaire de l'offre existante, dans le secteur sanitaire.

Néanmoins, il semble pertinent d'envisager la stabilisation par le futur réseau de l'offre de soins actuelle ou en cours de constitution. La fédération médicale interhospitalière ne peut que bénéficier de l'existence du réseau. De même, le réseau formalise les relations entre la cardiologie libérale et la cardiologie hospitalière ; à ce titre, il devrait assurer le maintien de la répartition des activités déjà éprouvée, en particulier le quasi-monopole des consultations par les praticiens libéraux et des activités techniques par les services hospitaliers. Le réseau peut agir comme un vecteur de développement et de stabilisation.

⁵⁵ Cf. entretiens avec les docteurs Sharareh et Revault d'Allonnes.

L'impact du réseau sur l'offre de soins à long terme peut donc être perçu ainsi : il tend à pérenniser l'offre existante tout en accompagnant le développement par l'hôpital Gardiner de nouvelles activités. D'un point de vue économique, cela va dans le sens d'une rationalisation accrue de l'offre de soins.

2.1.3.3 L'incertitude concernant les gains médico-économiques

Les gains médico-économiques ne sont toutefois pas présentés dans le projet du réseau de santé cardio-vasculaire comme un objectif central de la formalisation, bien que de manière générale la recherche de l'efficience – donner les meilleurs soins au moindre coût - soit une motivation importante de création des réseaux⁵⁶. Tant les autorités de tutelle que les acteurs du réseau CardioRance – en particulier les établissements – estiment que cette structuration ne peut être que bénéfique à l'utilisation des moyens dans le secteur sanitaire.

2.1.3.3.1 Les perspectives médico-économiques

La nécessité de rationaliser les ressources et l'offre de soins induit la recherche de nouvelles formes d'organisation susceptibles de produire des gains médico-économiques. Selon la théorie économique⁵⁷, le réseau est conçu comme un mode de coordination permettant la création de ressources par le renforcement des facteurs spécifiques de production, c'est-à-dire le savoir-faire et les qualifications, grâce à la circulation de l'information. Contre l'asymétrie d'information génératrice d'inefficacité, d'aléa moral et de cloisonnements accrus, le réseau doit encourager un effet d'apprentissage et des liens stables. La théorie économique considère donc le réseau comme un facteur d'allocation optimale des ressources. L'articulation entre la contrainte et le marché induit une plus grande flexibilité et une coordination fondée sur l'autorité. Le réseau s'oppose ainsi à une logique de structures au profit d'une logique d'« appariements des talents »⁵⁸.

2.1.3.3.2 La difficile mesure de l'impact médico-économique du réseau

⁵⁶ GREMY F. Réseaux de santé, symptôme et moyen de la recherche de la qualité. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Juin 2001, n°35, pp. 74-77.

⁵⁷ DELANDE G. Filières et réseaux de santé. Une approche médico-économique. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, n°391, pp. 746-755.

⁵⁸ Ibid.

Malgré les analyses de la théorie économique, les gains médico-économiques de la structuration du réseau de santé CardioRance sont délicats à discerner. Certes, la graduation des niveaux de soins d'une part, l'introduction d'un dossier informatique commun et l'harmonisation des pratiques professionnelles d'autre part, constituent *a priori* des facteurs favorables à une efficacité accrue.

La création du réseau pourrait agir sur trois indicateurs :

- Le nombre des hospitalisations pourrait diminuer grâce à une prise en charge en amont plus adaptée, notamment à travers la prévention.
- La durée des hospitalisations de court séjour pourrait être réduite grâce à la création d'une activité de réadaptation et de médecine cardiologique non aiguë à l'hôpital Arthur Gardiner.
- Les redondances d'examen entre les consultations en ville et les séjours dans les différents établissements devraient diminuer du fait du transfert plus rapide des informations.

Cependant, ces effets médico-économiques du réseau sont incertains. Ils ne peuvent être mesurés aisément et doivent prendre en considération le coût non négligeable de la formalisation du réseau et de ses projets. Ce coût inclut principalement le temps médical de coordination, le secrétariat et le dossier informatique commun⁵⁹. Aussi, plus que des gains médico-économiques nets, il s'agit de prendre en compte l'impact sur l'utilisation des moyens existants, sans pour autant que cet impact soit perceptible dans les budgets alloués.

Les résultats de la première étape de l'évaluation *ex ante* du réseau CardioRance, à partir des documents constituant le projet, font donc apparaître des apports potentiels importants, en particulier pour la coordination et la globalité des soins et l'amélioration des pratiques professionnelles. Il s'agit d'apports énoncés et formalisés dans le projet des acteurs. L'impact médico-économique et la structuration de l'offre de soins sont des effets plus incertains.

L'évaluation *ex ante* du réseau de santé ne se limite cependant pas à évaluer le contenu de la formalisation mais concerne aussi la dynamique collective. A partir des entretiens réalisés, il s'agit d'interpréter les premiers résultats en fonction des objectifs, des stratégies et des attentes des acteurs. Ce deuxième niveau d'évaluation doit permettre de mesurer la dimension sous-jacente du réseau, de comprendre l'apport de ce dernier sur le partenariat,

⁵⁹ Cf. coût du dossier informatique commun, annexe 9: 150 000 euros d'investissement, 200 000 euros de fonctionnement.

et de percevoir les difficultés éventuelles affectant les relations entre les acteurs et donc la pérennité du réseau.

2.2 L’EVALUATION DE L’IMPACT DU RESEAU CARDIORANCE SUR LE PARTENARIAT ET LA DYNAMIQUE COLLECTIVE : LA DIMENSION SOUS-JACENTE DU PROJET

Au-delà des apports potentiels mesurés à partir du projet du réseau, la concrétisation formelle des relations entre les acteurs vise à renforcer le partenariat existant. Outre les progrès inscrits dans le projet du réseau, les intérêts et objectifs affichés ou sous-jacents des participants au réseau trouvent dans la structuration formelle un moyen d’être réalisés ou pérennisés, grâce à la convergence des attentes des différents acteurs. Evaluer *ex ante* le réseau de santé du secteur sanitaire n°6 consiste donc également à mesurer la manière dont la formalisation du réseau peut par elle-même permettre de renforcer les liens de coopération en satisfaisant les intérêts individuels. Il s’agit d’interpréter les résultats précédemment décrits à l’aune de l’analyse des objectifs des acteurs et de leurs intérêts. A cet égard, le réseau CardioRance se situe entre deux cas de figure extrêmes, les réseaux nés du seul volontariat et disposant d’un faible encadrement, et les réseaux à ancrage institutionnel suspects de formalisme⁶⁰.

2.2.1 Les objectifs des acteurs : la convergence des intérêts, atout pour renforcer le partenariat

Les entretiens menés avec les acteurs concernés par le projet de réseau – cardiologues hospitaliers et libéraux, directions des établissements, ARH – ont fait apparaître les attentes et les objectifs propres à chacun d’entre eux, au-delà des objectifs écrits et affichés. L’évaluation du réseau passe par l’analyse de ces éléments subjectifs, puisque la convergence des intérêts, malgré leur diversité, est une garantie pour la réussite du réseau. Chacun trouve dans le réseau, outre les apports généraux, un intérêt particulier.

⁶⁰ UNION HOSPITALIERE REGIONALE D’ILE-DE-FRANCE. Les réseaux de soins, panacée ou placebo ? *Décision Santé*, Décembre 1999, n°154, pp. 7-8.

2.2.1.1 Les objectifs et attentes des directions et des médecins des centres hospitaliers de Saint-Malo et de Dinan : la pérennité du positionnement hospitalier en cardiologie

Le réseau de santé de prise en charge cardio-vasculaire du secteur sanitaire n°6 est issu d'une initiative hospitalière, et plus particulièrement des efforts du chef de service de cardiologie du centre hospitalier de Saint-Malo, soutenu en cela par ses collègues de Dinan et de Saint-Malo. Le réseau achève en quelque sorte un projet de long terme en stabilisant de manière pérenne une activité de cardiologie spécialisée au centre hospitalier de Saint-Malo et dans le secteur. L'intérêt potentiel que présente le réseau incite les directions à soutenir le projet, dont les risques sont faibles. La perspective de financements spécifiques n'est pas pour autant un motif de soutien du réseau, tant les établissements ne souhaitent pas se voir attribuer une charge budgétaire supplémentaire en cas de financement seulement partiel du réseau. Aux objectifs généraux des établissements s'ajoutent les intérêts plus spécifiques des cardiologues.

2.2.1.1.1 Pérenniser la filière de soins avec les cardiologues libéraux

De manière générale, il est de l'intérêt des deux hôpitaux de poursuivre une collaboration étroite avec la cardiologie de ville. En cardiologie, comme dans d'autres disciplines, ce lien est extrêmement important. Le recrutement des patients dans les deux établissements s'appuie, en dehors des urgences, sur les cardiologues libéraux. La structuration de la fédération médicale interhospitalière et du réseau de santé devrait assurer l'intégration des cardiologues libéraux à l'activité hospitalière, ce qui indirectement garantit un fonctionnement harmonieux de la prise en charge cardio-vasculaire, et renforcer le plateau technique hospitalier à Saint-Malo comme à Dinan.

2.2.1.1.2 Stabiliser l'activité technique hospitalière publique et renforcer le secteur sanitaire

En effet, du point de vue hospitalier, le réseau présente l'intérêt de stabiliser davantage les activités techniques et la place des établissements publics dans l'offre de soins cardiologique du secteur. Bien que l'initiative du projet revienne aux médecins, la formalisation du réseau est accompagnée et soutenue par les directions des centres hospitaliers impliqués. En ce domaine, l'intérêt exprimé par la direction du centre hospitalier de Saint-Malo apparaît plus fort, puisque l'établissement dispose de l'activité technique la plus spécialisée.

Le premier intérêt des établissements consiste à consolider leur positionnement aux yeux des autorités de tutelle. Ils mettent ainsi en œuvre la coopération sectorielle recherchée depuis plusieurs années dans le secteur sanitaire n°6, à l'incitation de l'ARH. Le réseau en cours de création fait apparaître les efforts menés pour l'ouverture sur la médecine de ville, tout en répondant à un objectif régional fixé par le SROS. Cela va dans le sens d'une stabilisation de l'activité hospitalière et du secteur sanitaire n°6, dont l'existence a été par le passé contestée. Il s'agit en effet d'un secteur de petite taille, en relation forte avec le centre hospitalier régional et universitaire de Rennes. Développer les coopérations et les réseaux est un moyen d'autonomiser davantage le secteur, même si le CHU de Rennes reste le centre de recours indispensable pour les pathologies complexes et pour la chirurgie cardiaque.

Parmi les objectifs sous-jacents des établissements, la volonté de stabiliser l'activité technique de cardiologie tient une place importante. L'histoire de la cardiologie dans le secteur, particulièrement à Saint-Malo, a été marquée par une analyse divergente de la part du centre hospitalier et de l'ARH. L'établissement a développé les activités de coronarographie et d'angioplastie sous l'impulsion du chef de service de cardiologie, soucieux de renforcer l'activité cardiologique de son service tout en s'assurant l'indépendance la plus forte vis-à-vis de ses partenaires. L'ARH a d'abord été extrêmement réticente au développement de l'angioplastie, à partir de 1995, en considérant que l'angioplastie ne relevait pas du périmètre d'activité d'un établissement de ce type et conduisait à accroître fortement les dépenses. Pour autant, l'angioplastie est une activité structurante et compte parmi les éléments consolidant le statut de pôle de référence du secteur accordé à l'établissement, d'autant plus que la Société Française de Cardiologie a produit une étude favorable à la poursuite de l'activité.

Le réseau CardioRance ne peut que stabiliser l'angioplastie et la coronarographie, de deux manières :

- La graduation des niveaux de soins renforce la place du plateau technique de Saint-Malo, puisqu'il est en situation de monopole dans le secteur pour ces activités.
- Le réseau favorise la continuité de l'activité hospitalière des praticiens libéraux en ce domaine. Le projet de réseau évoque la perspective d'une modification de la rémunération de l'activité de coronarographie et d'angioplastie des médecins libéraux. Actuellement réalisée sous statut d'attaché et donc sous forme de vacations peu attractives financièrement, au regard de la technicité et de la compétence requises, cette activité pourrait être transformée en une activité libérale par convention de mise à disposition de matériel ou par création d'une clinique ouverte.

Comme le centre hospitalier de Saint-Malo, le centre hospitalier de Dinan voit dans le réseau, grâce à la graduation des niveaux de soins, le moyen de renforcer ses activités techniques, en particulier l'électrophysiologie.

Il s'agit aussi de limiter toute possibilité de concurrence privée. En effet, la répartition des tâches et des rôles formalisée par le réseau intègre davantage encore les praticiens libéraux à l'activité technique publique. En entretenant leurs compétences techniques sans concurrence véritable pour leur activité de consultation, les praticiens libéraux trouvent un équilibre qui réduit l'opportunité pour un établissement privé à but lucratif de créer d'un plateau technique de cardiologie en faisant appel aux praticiens libéraux du secteur.

2.2.1.1.3 Les objectifs spécifiques des directions des établissements : maîtriser les évolutions

Comme il ressort des entretiens⁶¹, les directions restent plus prudentes que les médecins sur la portée réelle du réseau à court terme. Tout en accompagnant sa mise en place – en particulier la direction du centre hospitalier de Saint-Malo qui a coordonné le travail d'élaboration du projet et les échanges informels avec l'ARH et à un moindre titre l'URCAM, elles n'attendent pas de bénéfices significatifs en termes budgétaires ou médico-économiques. Le renforcement du partenariat apparaît bien comme un atout pour pérenniser la prise en charge cardio-vasculaire, mais le réseau n'est pas perçu comme un élément décisif.

Surtout, les directions des établissements peuvent craindre de perdre partiellement la maîtrise sur les évolutions futures dès lors que le réseau et l'association qui le porte prendraient trop d'autonomie. L'enjeu, à cet égard, consiste à conserver des moyens d'agir suffisants pour ne pas subir les orientations à venir. Il s'agit de ne pas être perdre le contrôle de l'évolution budgétaire ni des choix stratégiques propres à l'activité, qui ont des incidences à terme sur l'organisation médicale des établissements et donc les moyens nécessaires pour assurer ces activités – en termes d'équipements, de personnel, de fonctionnement des gardes et astreintes en particulier. Les directions des deux établissements publics ont donc aussi pour objectif de ne pas subir une externalisation de leur service de cardiologie du fait de choix réalisés sans leur aval, qui remettrait en cause la cohérence des stratégies d'établissement et des projets médicaux. A plus long terme, dans l'optique du développement d'autres réseaux de ce type, le réseau de santé cardio-vasculaire actif mais

⁶¹ Cf. annexe 3.

néanmoins contenu et maîtrisé peut constituer un modèle et limiter les tentations d'autonomie excessive.

2.2.1.1.4 L'objectif propre aux médecins hospitaliers : garantir les conditions de travail

Cette stratégie concerne peu les cardiologues hospitaliers, qui voient en revanche dans le réseau CardioRance un instrument essentiel pour leurs conditions de travail, c'est-à-dire la permanence médicale et les systèmes de gardes. La formalisation du fonctionnement des gardes et astreintes couplée à celle de l'activité hospitalière des cardiologues libéraux est perçue par les médecins hospitaliers comme la garantie du maintien des conditions actuelles, voire comme un atout pour améliorer les conditions de travail.

2.2.1.2 L'intérêt propre de l'hôpital Arthur Gardiner et des cardiologues libéraux de Dinard : l'insertion de l'activité dans l'offre de soins sectorielle

L'arrivée de l'hôpital Arthur Gardiner dans la réflexion sur la coopération au sein du secteur sanitaire est relativement récente. Son projet de reconversion a été officialisé en 2001, le projet d'établissement étant déposé en juin 2002. Les orientations stratégiques de l'hôpital Gardiner, devenu participant au service public hospitalier, ont été décidées en tenant compte de la création à venir d'un réseau de santé dans le domaine de la prise en charge cardiovasculaire, dans une perspective de complémentarité. Il s'agit de positionner l'établissement sur des activités spécifiques qui ne sont pas encore assurées dans le secteur sanitaire, afin de garantir leur pérennité. L'objectif de l'hôpital Gardiner est d'être intégré, par le biais de l'association à la fédération médicale interhospitalière et du réseau, à l'offre de soins existante.

L'intérêt est en effet double. Il s'agit d'abord de bénéficier de la coordination des intervenants en cardiologie. Le positionnement stratégique sur la prise en charge postérieure à une hospitalisation aiguë ouvre la possibilité d'être la seule structure d'aval pour les centres hospitaliers de Dinan et Saint-Malo. Une coopération formalisée est une garantie pour asseoir l'activité et la place de l'hôpital⁶².

Le second intérêt essentiel entre en totale adéquation avec les objectifs des cardiologues libéraux participant à l'activité cardiologique de l'établissement, en plus de leur activité de consultations en ville⁶³. Pour développer des activités pérennes assurant la survie de

⁶² Cf. entretien avec M. Bénétteau.

⁶³ Cf. entretien avec le docteur Denolle.

l'établissement, il s'agit d'insérer l'activité de prévention cardio-vasculaire dans l'offre de soins sectorielle. Le réseau intéresse l'hôpital Gardiner par le fait qu'il inclut, outre ceux de Dinard, les cardiologues libéraux de Dinan, Saint-Malo et Dol-de-Bretagne dont dépend en grande partie l'adressage des patients au centre de prévention. La formalisation des relations est donc pour l'hôpital Gardiner et les cardiologues libéraux de Dinard le moyen de faire accepter leur projet par les cardiologues libéraux de Saint-Malo et de Dinan. Ceux-ci sont en effet réservés quant à la création d'une structure de prévention perçue comme un concurrent pour une part de leur activité et surtout comme un outil potentiel de captation ou de détournement de clientèle. La clarification des relations et la création d'une instance d'échanges entre établissements et praticiens libéraux devrait permettre de limiter cette méfiance.

2.2.1.3 Les attentes diverses des cardiologues libéraux de Saint-Malo, Dinan et Dol

L'implication des praticiens libéraux de Saint-Malo et de Dinan dans le projet de réseau est en revanche plus variable. Les plus intéressés ont participé au groupe de travail chargé de finaliser le projet de réseau, tandis que d'autres cardiologues ont été plus en retrait et n'expriment pas d'attentes particulières. Cela ne remet pas en cause la convergence des intérêts, aucune opposition au réseau n'apparaissant, hormis celle des deux praticiens qui ont d'emblée refusé de participer au projet.

Les réserves émises par quelques médecins lors de la réunion de lancement du projet, à la fin de l'année 2001, se sont estompées. Pour autant, la participation à un réseau dont l'existence apparaît inévitable est perçue par certains comme une obligation plus que comme un choix véritable, relevant d'une stratégie délibérée. Il s'agit, pour les cardiologues les moins intéressés, d'être présent ou représenté dans les instances d'une structure déterminante pour l'évolution de la prise en charge cardio-vasculaire dans le secteur.

Cela n'implique pas d'opposition franche au projet, mais plutôt des doutes quant à son utilité et des craintes quant à la collaboration à venir. Le réseau est parfois perçu comme formel, et ses différents projets, comme le dossier informatique commun⁶⁴, apparaissent difficilement réalisables. Au-delà la méfiance de certains cardiologues porte sur la création d'une structure de prévention cardio-vasculaire par des collègues libéraux à l'hôpital Arthur Gardiner.

D'autres praticiens sont moins sceptiques sur la capacité du réseau à relayer leurs objectifs individuels. Certains nourrissent la dynamique collective en soutenant activement le projet de dossier informatique commun. Des problématiques plus individuelles interviennent

⁶⁴ Cf. entretiens avec les docteurs Pichon et Maigné.

également, notamment l'attrait pour développer des études épidémiologiques au sein du réseau.

Surtout, pour l'ensemble des cardiologues, l'intérêt du réseau CardioRance réside dans la garantie qu'il représente pour l'activité de chacun. Il intègre l'ensemble des acteurs, évitant ainsi le risque d'un comportement solitaire opportuniste. Les deux praticiens libéraux qui refusent d'être membres du réseau sont depuis longtemps hors du système des relations entre cardiologues du secteur et entretiennent peu de liens avec leurs collègues et travaillent davantage avec leurs confrères rennais. Le réseau garantit le partage de l'activité et le quasi-monopole des consultations aux praticiens libéraux. Ceux-ci se voient également assurés de continuer leur activité hospitalière qui leur permet de conserver ou de développer des compétences techniques⁶⁵. Cela est important pour des praticiens attirés par la technicité de la discipline et ayant reçu une formation initiale spécialisée en milieu hospitalo-universitaire. La consolidation de cette imbrication entre médecine de ville et activité sur les plateaux techniques hospitaliers est un élément essentiel de la dynamique du réseau.

2.2.1.4 Les objectifs de l'ARH : soutenir un réseau exemplaire

La dynamique collective d'un réseau intégrant des établissements de santé ne peut être concrétisée qu'avec le soutien des directions – ce qui est le cas depuis longtemps – et des autorités de tutelle. L'accord de l'ARH et de l'URCAM est indispensable pour assurer le fonctionnement du réseau, la reconnaissance et le financement étant étroitement dépendants des ces deux autorités. Une opposition forte de l'ARH aurait empêché toute initiative d'aboutir avec succès, comme une incitation volontariste sans dynamique de terrain est vouée au formalisme. Or, la constitution du réseau cardio-vasculaire correspond à la politique de l'ARH et aux objectifs fixés dans le SROS, tant sur le plan de la création de réseaux que sur l'amélioration de la prise en charge cardio-vasculaire. Il s'agit même d'un réseau exemplaire pour l'ARH par son champ, son contenu et sa dynamique. Les complémentarités sont un axe majeur de la politique régionale.

A ce titre, l'ARH est favorable au réseau et l'encourage ; elle a relancé la dynamique en 2001 en incitant les acteurs à achever la démarche déjà entamée. Malgré des réserves passées quant aux coopérations en cardiologie dans le secteur, liées aux réticences face au développement de l'activité d'angioplastie au centre hospitalier de Saint-Malo, l'ARH souhaite que le secteur sanitaire n°6 mette en œuvre le projet de réseau, en intégrant l'hôpital Arthur Gardiner. La dynamique collective et le partenariat sont perçus comme des

⁶⁵ Cf. entretiens avec les docteurs Revault d'Allonnes, Sharareh, Bories.

opportunités à saisir, vecteurs de potentialités réelles⁶⁶, contrairement à d'autres secteurs sanitaires bretons où la mise en réseau apparaît plus formelle.

Outre la volonté de renforcer les complémentarités pour opérer l'adéquation de l'offre et de l'organisation des soins aux besoins, les autorités de tutelle peuvent espérer des gains économiques de la constitution du réseau. Il s'agit surtout de gains structurels induisant des effets à long terme sur le système de santé, issus de la rationalisation des activités résultant du projet.

Les objectifs et stratégies des acteurs du réseau apparaissent donc très divers mais ils n'empêchent pas la poursuite de la dynamique collective qui nourrit le projet puisque leurs effets sont convergents. Le renforcement de la coopération bénéficie de cette convergence ; il est même possible que la formalisation du réseau et la clarification de la place de chaque acteur modifient les relations informelles existantes dans le sens d'un renforcement de la complémentarité et du partenariat.

2.2.2 La formalisation des relations informelles, renforcement du partenariat ?

La dynamique collective est entretenue par des éléments objectifs et mesurables, tels que des objectifs concrets expressément décrits dans le projet du réseau. Cependant, les apports du réseau ne seront mis en œuvre, et leurs résultats perceptibles, qu'à moyen terme. Aussi, à court terme, un apport potentiel du réseau réside peut-être dans la mise en forme et la structuration des relations entre acteurs. Alors que la concrétisation des projets reste incertaine, il est possible d'évaluer l'apport direct de la constitution du réseau, c'est-à-dire sa mise en œuvre formelle, dans la consolidation de l'existant.

2.2.2.1 Les effets possibles de la formalisation sur les relations entre professionnels : « du concubinage au mariage »

La formalisation de relations informelles peut par elle-même contribuer à renforcer le partenariat existant. Pour reprendre la comparaison utilisée par un cardiologue interrogé⁶⁷, la

⁶⁶ Cf. entretien avec Mme Chaperon.

⁶⁷ Cf. entretien avec le docteur Sharareh.

création du réseau à partir des coopérations actuelles semble répondre à la même logique que le mariage par rapport au concubinage, au sens où l'acte de formalisation induit le renforcement et la pérennisation des relations. Bien que tout repose sur la qualité des relations⁶⁸, la formalisation permet en effet de « sceller symboliquement un accord », de sécuriser les relations et de les inscrire dans la durée. Le partage de valeurs communes et la confiance mutuelle entre les professionnels⁶⁹ modifient les relations informelles. La «co-construction de règles »⁷⁰ et d'une représentation institutionnelle permettant la genèse d'une action collective à l'écart des institutions doit fournir le moyen de pérenniser les relations. Il s'agit de construire des règles et de les adapter afin de permettre l'intégration de futurs partenaires. Aussi, la formalisation crée le sentiment d'un engagement à respecter, la responsabilisation des acteurs et ainsi une plus grande sécurité des relations.

Le potentiel renforcement du partenariat inclut, outre les établissements de Saint-Malo, Dinan et Dinard et les praticiens libéraux, les autorités de tutelle et les associations d'usagers. La mise en forme du réseau introduit une reconnaissance externe⁷¹ et intègre davantage les partenaires extérieurs dans les relations.

Le projet de réseau et la structure de coordination proposée, notamment la représentation de tous les acteurs publics ou privés au sein du conseil d'administration de l'association, doivent garantir à tous la transparence et les échanges nécessaires à la prise de décision commune. Le réseau agit comme une instance d'échanges entre professionnels permettant de clarifier les éventuels points critiques empêchant la coopération d'être optimale. « Dans le réseau, on se dit les choses »⁷² : les pratiques coopératives bénéficient de « l'espace d'hybridation des statuts et des rôles »⁷³ que constitue le réseau. Les échanges entre professionnels et entre institutions partenaires sont un apport essentiel de la structuration des relations informelles⁷⁴,

⁶⁸ NAIDITCH M., OBERLIN P. Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital. *Gestions hospitalières*, Décembre 1995, n°351, pp. 739-746.

⁶⁹ HAEHNEL P., DUSEHU E. Problèmes éthiques et réseaux. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Septembre 1998, n°24, pp. 45-46.

⁷⁰ LE BŒUF D. Mise en œuvre de réseaux de soins. De l'expérimentation à l'organisation pérenne. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, n°391, pp. 741-745.

⁷¹ Ibid.

⁷² GROUPE IMAGE. ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE. *Pratiques coopératives dans le système de santé. Les réseaux en questions*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1998. 99 p.

⁷³ Ibid.

⁷⁴ Cet apport est souligné par de nombreux auteurs, notamment : GROUPE IMAGE. ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE, CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE ET DE

chacun devant être considéré et se considérer à l'égal de ses partenaires. Le caractère formel de réunions organisées dans le cadre d'une structure associative renforce le sentiment d'une transparence assumée. Les valeurs des professionnels peuvent être de ce fait partagées⁷⁵, renforçant la considération pour le travail accompli.

Dans le projet du réseau CardioRance, certains éléments peuvent être perçus comme des catalyseurs de la dynamique collective. Tel est le cas du dossier informatique commun. A l'instar de nombreux projets de réseau, cet objectif concret est souligné par les acteurs comme un élément déterminant. Il est en effet directement perceptible, et sa réalisation semble possible rapidement, alors qu'il est plus difficile d'envisager les résultats potentiels du réseau dans la coordination des soins ou les effets de la protocolisation.

La formalisation du réseau de santé cardio-vasculaire, au-delà des éléments du projet élaboré et mis en oeuvre, introduit donc des effets favorables au partenariat. Telle est la manière dont l'envisage la majorité des acteurs du projet.

2.2.2.2 La perception générale des acteurs : une formalisation bénéfique

La plupart des acteurs rencontrés ont exprimé leur intérêt pour démarche, malgré des réticences et dans un premier temps la critique de la structuration à opérer, considérée parfois comme formaliste et inutile⁷⁶. Parfois sceptiques quant aux effets du réseau sur la prise en charge du patient, ils voient dans la structuration de l'association CardioRance et dans la mise en place d'instances d'échanges et de mise en commun des problèmes une avancée intéressante. Le simple fait d'avaliser la coopération en cours est perçue comme une reconnaissance de leur partenariat.

Surtout, la formalisation apparaît comme la garantie d'un engagement pérenne de l'ensemble des acteurs dans la coopération. La quasi-totalité des professionnels de la cardiologie participant au projet, la crédibilité du projet renforce la responsabilisation des

DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE. *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*. Paris : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, 2001, 73 p. ; CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L. *Coopération hospitalière. L'épreuve de vérité*. Paris : Masson, 1998.

⁷⁵ LOMBRAIL P., NAIDITCH M. Performances et réseaux. *Le courrier de l'évaluation en santé*, Novembre 2000, n°19.

⁷⁶ Cette position initiale, partagée par plusieurs acteurs, a été exprimée lors de la première réunion en décembre 2001 ; elle a été rapidement abandonnée, les cardiologues les plus critiques s'impliquant par la suite dans le groupe de travail chargé de finaliser le projet du réseau.

acteurs et leur volonté de respecter le cadre préétabli. Les relations seront donc sécurisées dans un cadre formel fixant les règles à respecter, bien qu'aucune sanction ne puisse intervenir en cas de non-respect des règles communes.

Le réseau est également considéré comme un lieu d'expression, notamment de la part des cardiologues libéraux, à condition que les échanges aboutissent réellement à une prise de décision concertée, sans que les établissements n'imposent leurs vues. La structuration n'apparaît donc pas généralement comme une entreprise formaliste, mais comme un premier apport important.

2.2.2.3 Le réseau, outil formel pour certains acteurs du projet

Pour autant, certains acteurs ne voient pas dans le réseau - ni dans sa constitution, ni dans son projet – un atout pour renforcer la coopération. L'implication dans le projet de réseau est en effet variée, et les attentes très diverses. Pour certains, le réseau est un instrument formel qui ne devrait avoir que peu d'impact sur la prise en charge et les pratiques. Les médecins les moins impliqués sont sceptiques et n'attendent rien de leur participation au projet, qui leur semble un passage obligé. Certains cardiologues ont été peu informés du contenu du projet de réseau avant sa diffusion pour validation en juin 2002. Il leur a donc été difficile d'en mesurer les effets potentiels.

Les résultats de l'évaluation des documents constituant le projet de réseau de santé du secteur sanitaire n°6 de Bretagne faisaient apparaître les apports potentiels de ce dernier sur la prise en charge du patient et sur l'évolution des pratiques professionnelles. L'interprétation de ces résultats et l'évaluation de la dimension sous-jacente du réseau à partir des entretiens montrent d'autre part que la création du réseau pourrait renforcer la dynamique collective existante. Les intérêts des acteurs, publics comme privés, bien que divers et attachés à des points différents du projet de réseau, convergent vers le projet élaboré et les objectifs fixés. La formalisation est en outre perçue comme un bénéfice à long terme, en garantissant la sécurité des relations de coopération mises en place. Cette perception des futurs membres du réseau constitue un atout supplémentaire quant à la portée de leur engagement dans le réseau. La structuration semble donc par elle-même renforcer les liens et, avant la mise en œuvre des objectifs du projet, consolider le partenariat. Mais cela ne sera effectif que si certaines conditions sont respectées.

3 - OBSTACLES ET ENJEUX : PROPOSITIONS POUR LA PERENNITE DU RESEAU CARDIORANCE

Les résultats de l'évaluation du réseau, tant celle du projet et des objectifs affichés que de la dynamique sous-jacente, ont montré les potentialités du réseau. Les apports de la création du réseau restent cependant soumis à certaines conditions, car l'évaluation souligne les difficultés qui pourraient être rencontrées dans la structuration du réseau et dans la mise en œuvre de ses objectifs opérationnels. Des enjeux importants se présentent ainsi aux acteurs du projet.

Dans la perspective d'une évaluation conçue comme une aide au projet, il s'agit de dégager les conditions pour que la structuration des relations informelles existantes pérennise la coopération actuelle. La connaissance des enjeux par les acteurs du réseau apparaît en effet comme une condition première pour le réseau⁷⁷. L'accent doit être mis sur les éléments susceptibles de garantir le dynamisme du partenariat.

3.1 LES DIFFICULTES ET LES RISQUES A EVITER POUR LA PERENNITE DU RESEAU CARDIORANCE

La coopération animant le réseau pourrait être confrontée à des difficultés que l'évaluation met en évidence. Le risque principal consiste dans un essoufflement de la dynamique existante. La lourdeur des procédures de constitution, de reconnaissance et de financement des réseaux représente à cet égard un premier obstacle pour le réseau de santé de prise en charge cardio-vasculaire ; les acteurs ont exprimé leurs craintes à ce sujet. L'absence de résultats concrets et rapides pourrait également contribuer à atténuer la motivation des acteurs. Dans tous les cas, le réseau repose sur la volonté des participants : la formalisation rencontre ici ses limites ; la préservation de cette volonté constitue un enjeu primordial.

⁷⁷ DESHAYES J.M. Connaissance des enjeux. *DH Magazine*, Juin - juillet 2000, n°72, p.31.

3.1.1 La lourdeur des procédures et les incertitudes du financement : le risque de découragement des acteurs

Le premier obstacle auquel les acteurs sont d'ores et déjà confrontés relève des contraintes des procédures liées à la constitution formelle du réseau et à son financement. Ces procédures sont complexes et nécessitent un investissement important de la part des promoteurs du projet.

3.1.1.1 Les contraintes de la formalisation

Avant même de déboucher sur des procédures de reconnaissance et de financement, la formalisation présente ses contraintes propres. Le travail entamé en décembre 2001 doit donner lieu à un dépôt officiel auprès des autorités de tutelle à l'automne 2002. Ces délais apparaissent déjà importants à certains acteurs, désireux de constituer plus simplement et rapidement le réseau et de mettre en œuvre les objectifs fixés. Ils ont exprimé, au cours des réunions et des entretiens, leur possible retrait en cas d'allongement excessif de la procédure et de multiplication des réunions. Les contraintes de la formalisation elle-même expliquent la lenteur de la finalisation du projet, qui doit respecter des critères définis par la circulaire du 25 novembre 1999⁷⁸ repris par l'ARH dans son *Guide du promoteur*⁷⁹. Didier Ménard, président de la Coordination Nationale des Réseaux (CNR)⁸⁰, juge d'ailleurs qu'une trop grande exigence formelle et une formalisation trop poussée peuvent conduire à limiter les initiatives et le dynamisme collectifs.

La complexité et les délais de finalisation du projet sont ressentis par les praticiens comme une possible anticipation de la charge de travail nécessaire au fonctionnement du réseau, le temps de travail dédié au réseau signifiant un temps réduit pour les consultations.

⁷⁸ Circulaire DGS/SQS2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.

⁷⁹ AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BRETAGNE, UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE. *Les réseaux de soins en Bretagne. Le guide du promoteur*. Disponible sur Internet : <http://www.arh-bretagne.fr>.

⁸⁰ MENARD D. Réseaux de soins. Une utilité qui reste à prouver. *Impact médecin*, 16 février 2001, n°522, pp. 28-33.

3.1.1.2 La lourdeur des procédures et les incertitudes du financement

Les contraintes des procédures et l'incertitude quant aux financements attribués renforcent le risque d'un découragement des acteurs. Les procédures ont certes été simplifiées et rendues plus cohérentes par les réformes législatives récentes. L'agrément par les autorités de tutelle a été supprimé et remplacé par une reconnaissance valant garantie de soutien au réseau. La création de dotations régionales uniques de développement des réseaux gérées par l'ARH et l'URCAM a simplifié les circuits de financement.

Cependant, les promoteurs du réseau pourraient être amenés à présenter des dossiers multiples, de reconnaissance et de financement, renforçant la perception d'une lenteur contre-productive. Les délais d'attribution des financements qui seront sollicités risquent de laisser place au découragement, y compris parmi les cardiologues les plus impliqués.

De plus, des questions restent en suspens. Le financement demeure double, car le FAQSV continue d'attribuer des financements pour la participation de praticiens libéraux aux réseaux de santé. La procédure de reconnaissance des réseaux, identique à l'ancienne procédure d'agrément, est de fait obligatoire, puisqu'elle conditionne en pratique l'obtention de financement. Cette procédure reste longue, l'instruction du dossier – déposé après concertation informelle avec les autorités de tutelle – pouvant durer plusieurs mois. En outre, les textes réglementaires d'application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui doivent préciser les procédures de demande de financement et d'instruction des dossiers, n'étaient pas encore publiés à l'été 2002, empêchant l'ARH et l'URCAM de procéder à la répartition de la dotation régionale de développement des réseaux⁸¹.

Or, le financement du réseau est un point crucial. La situation budgétaire des établissements du secteur, en particulier celle des centres hospitaliers de Saint-Malo et de Dinan, ne leur permet pas de financer le temps de coordination nécessaire sans attribution de moyens supplémentaires spécifiques⁸², alors même qu'ils sont – avec le FASQV et la dotation régionale pour les réseaux – la troisième source de financement possible. Ce financement transitant par les contrats d'objectifs et de moyens, cela implique que le réseau soit placé parmi les grandes priorités de chacun des trois établissements, alors même que les enveloppes prévues dans les contrats ne couvriront pas des projets d'une nécessité incontestable. Le financement du dossier informatique commun, en raison notamment de

⁸¹ Il convient de noter que l'enveloppe de la région Bretagne – un peu plus de 1 050 000 euros - ne pourra couvrir tous les projets en cours.

⁸² Le seul coût de coordination du réseau est évalué à 0,5 équivalent temps plein médical, soit environ 50 000 euros, outre un temps de secrétariat.

son coût de fonctionnement⁸³ en routine, dépend également des dotations spécifiques susceptibles d'être attribuées. Aussi, certains objectifs du réseau pourraient ne pas être réalisés à court terme et le fonctionnement même du réseau pourrait en pâtir si le temps médical de coordination ne pouvait être créé.

La lourdeur des procédures, la complexité et l'incertitude liée au financement pourraient ainsi avoir un effet néfaste sur la dynamique collective et l'adhésion des professionnels, notamment libéraux, au réseau CardioRance et à la réalisation de ses objectifs. Les acteurs ont souligné le risque de découragement. Le rôle des directions d'établissement et des autorités de tutelle, supports administratifs du réseau, consiste à limiter ce risque par le suivi rapide de l'évolution du projet et des dossiers déposés et par un discours réaliste mais néanmoins porteur d'espoirs.

3.1.2 Des résultats concrets encore lointains et un temps d'apprentissage nécessaire

3.1.2.1 Des résultats concrets encore lointains

Les entretiens menés auprès des praticiens ont montré l'importance, pour la poursuite de la dynamique collective, de résultats concrets rapides. Le risque, clairement perçu par les acteurs, réside dans la limitation de l'initiative à la seule formalisation, sans amélioration de la prise en charge et des pratiques professionnelles dès les premiers temps d'existence du réseau. Le réseau de santé n'est pas une fin en soi⁸⁴, la structuration restant formelle si rien n'est ajouté à la coopération actuelle. Ce risque est particulièrement important pour les réseaux « à ancrage institutionnel »⁸⁵, comme le réseau de santé de prise en charge cardio-vasculaire du secteur sanitaire n°6.

L'attente de résultats sensibles dès la mise en œuvre des premiers objectifs du réseau est forte. Or, dans la mesure où le réseau de santé de prise en charge cardio-vasculaire avalise d'abord la coopération existante, peu de progrès nets apparaîtront dès ses premiers mois de fonctionnement, tant pour les conditions de travail des praticiens que pour la prise en charge du patient. Quelques objectifs opérationnels pourront certes être réalisés ou engagés rapidement, bénéficiant souvent des projets menés par la fédération médicale

⁸³ Cf. la réponse à l'appel à projet e-s@nté 2002, annexe 9.

⁸⁴ UNION HOSPITALIERE REGIONALE D'ILE-DE-FRANCE. Les réseaux de soins, panacée ou placebo ? *Décision Santé*, Décembre 1999, n°154, pp. 7-8.

⁸⁵ Ibid.

interhospitalière Saint-Malo - Dinan. L'organisation de réunions, de formations et de staffs communs, déjà en vigueur au sein de la fédération médicale interhospitalière, pourra intervenir sans délais. De même, la protocolisation, déjà bien engagée au sein de la fédération médicale interhospitalière, pourra être aisément étendue à l'ensemble du réseau CardioRance ; mais le protocole de prise en charge de l'urgence, le plus attendu, demandera encore des discussions avec les SAMU des deux départements en cause. Ces objectifs ne seront réalisés rapidement qu'à condition qu'un temps médical de coordination soit créé ; cela dépend directement du financement obtenu à ce titre. De plus, les objectifs les plus importants du projet de réseau risquent de ne pouvoir être mis en œuvre que très progressivement.

3.1.2.2 L'importance accordée au dossier informatique commun et ses risques

Ainsi, la mise en place du dossier informatique commun pourrait n'intervenir que progressivement. Le coût de l'investissement comme du fonctionnement⁸⁶ et la mobilisation humaine nécessaire à sa mise en place rendent improbable une installation rapide. Même si la réponse à l'appel à projet ministériel « e-s@nté 2002 » s'avérait fructueuse et conduisait au financement partiel du projet, cela ne couvrirait au maximum que 50% du coût d'investissement du dossier informatique. Dix à douze mois seraient ensuite indispensables pour l'installation opérationnelle du système.

Or le dossier informatique commun cristallise l'intérêt des cardiologues pour la coordination des soins au sein du réseau, souvent placée en première place dans les apports attendus du réseau lors des entretiens. Ils considèrent cet outil comme un élément déterminant pour le réseau, dont la vocation est liée aux échanges d'informations et à la simplification des relations. Les praticiens perçoivent mal la manière dont ils pourraient améliorer sensiblement la coordination des soins sans ce dossier informatique partagé, bien que ses effets sur la prise en charge soient difficiles à mesurer dans un premier temps. Sa mise en place permettrait sans doute de signifier clairement le bénéfice que chaque professionnel peut retirer du réseau.

Pour autant, la cristallisation autour du dossier informatique commun présente des risques. Les difficultés rencontrées sont susceptibles de réduire la crédibilité du réseau auprès de ses propres membres, et de limiter la participation réelle des acteurs dans le réseau. La concrétisation relativement rapide du projet serait également ambiguë ; en focalisant l'énergie des acteurs sur cet objectif, la vision d'ensemble et les autres actions d'amélioration de la prise en charge sont laissées de côté, alors même que le dossier informatique partagé

⁸⁶ Cf. annexe 9.

ne peut porter ses fruits que dans le cadre d'un projet plus global permettant de construire une représentation collective de la place et du rôle du système d'information⁸⁷. La volonté d'une mise en place rapide du dossier partagé montre aussi que le temps nécessaire à l'apprentissage de la coopération dans un cadre structuré est quelque peu négligé.

3.1.2.3 Le temps d'apprentissage

Le réseau, même lorsqu'il avalise des relations informelles, est un « espace d'apprentissage des rôles et des savoirs »⁸⁸ de la coopération dans un cadre formalisé et différent. Aussi, le réseau ne peut être constitué que progressivement, sur la base d'une reconnaissance mutuelle. Le fonctionnement opérationnel et efficace du réseau demande donc un temps de mise en place. Les acteurs de la cardiologie dans le secteur sanitaire n°6, bien qu'habités à travailler en collaboration, vont devoir prendre en compte de nouvelles modalités de coopération, comme la protocolisation, les échanges formalisés plus fréquents, et de nouvelles pratiques, comme l'évaluation. L'organisation elle-même doit faire l'objet d'un apprentissage⁸⁹. La cristallisation sur le dossier informatique commun constitue à cet égard un risque pour la pérennité du réseau. Elle fait également apparaître le caractère primordial de la volonté des acteurs et de la confiance mutuelle dans la réussite de la nouvelle structure.

3.1.3 La volonté des acteurs : le risque d'une perte de confiance ?

Le réseau est né de la volonté des cardiologues hospitaliers d'abord, puis libéraux. La volonté de poursuivre la coopération informelle engagée depuis de nombreuses années en la renforçant et en organisant la réalisation d'objectifs formalisés est une condition nécessaire à la dynamique collective. Les intérêts en jeu, convergents, la nourrissent. Cependant, sa pérennité n'est pas forcément assurée. Afin de garantir le fonctionnement du réseau de santé, les objectifs énoncés dans le projet doivent être partagés, sans que les

⁸⁷ NAIDITCH M., OBERLIN P. Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital. *Gestions hospitalières*, Décembre 1995, n°351, pp. 739-746.

⁸⁸ GROUPE IMAGE. ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE. *Pratiques coopératives dans le système de santé : Les réseaux en question*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1998. 99 p.

⁸⁹ LOMBRAIL P., NAIDITCH M. Performances et réseaux. *Le courrier de l'évaluation en santé*, Novembre 2000, n°19.

stratégies individuelles ne prennent le dessus. La culture médicale, individuelle, doit laisser une place accrue à une culture collective. Comme plusieurs professionnels l'ont souligné lors des entretiens⁹⁰, personne ne doit se sentir perdant pour que le réseau fonctionne.

Des risques existent en ce domaine. Chaque acteur craint de ne plus pouvoir contrôler l'évolution de sa propre activité. Les directions des établissements, en particulier des établissements publics, peuvent craindre de perdre partiellement la maîtrise des évolutions de l'activité de cardiologie hospitalière, alors que les choix du réseau doivent être cohérents avec les stratégies générales des établissements et ne pas conduire à des difficultés de gestion internes du fait de l'évolution préjudiciable de l'activité et des coûts notamment. Les statuts de l'association CardioRance devraient cependant limiter le risque de démembrement de l'hôpital, le conseil d'administration de l'association, organe décisionnel, comprenant une représentation des directions, et le financement du réseau transitant dans tous les cas – hormis les éventuels moyens alloués par le FAQSV – par le budget des établissements publics de santé. Le risque de dilution de l'activité hospitalière reste donc réduit.

La prudence de certains cardiologues libéraux, si elle devait être confirmée, réduirait également la confiance entre les acteurs. L'installation d'un nouveau cardiologue libéral à Dinard et la création d'une structure de prévention à l'hôpital Gardiner sont perçus avec inquiétude ou méfiance selon les cas par certains cardiologues de Saint-Malo et de Dinan. Les praticiens du reste du secteur craignent de perdre une partie de leur clientèle du fait de la captation possible par la structure de Dinard⁹¹. Cela remettrait en cause le fondement même du réseau, qui valide le *statu quo* en ce domaine. Pour être pérenne, le réseau doit donc montrer qu'il n'encourage pas ces pratiques.

La confiance au sein du réseau dépend également du poids du contexte géographique et culturel. Le secteur sanitaire n°6, étendu sur les deux bords de la Rance, est marqué par des cloisonnements importants susceptibles d'entraver le bon fonctionnement du réseau. Les pôles de Dinan, Dinard et Saint-Malo sont nettement distincts, tant dans l'esprit des patients que pour les cardiologues du secteur. La graduation des niveaux de soins pourrait être confrontée au refus des patients de s'adresser à des praticiens ou des établissements d'une autre partie du secteur. La place de l'hôpital Gardiner serait alors en jeu, puisque le recrutement de ses patients, pour la prévention et la réadaptation, provient de l'ensemble du secteur sanitaire.

⁹⁰ Cf. synthèse des entretiens, annexe 3, et l'entretien avec le docteur Denolle.

⁹¹ Cela ne se vérifie pas pour l'instant.

3.1.4 Quels moyens pour stabiliser et encourager la volonté des acteurs ?

La pérennité du réseau n'est donc pas assurée. Tout repose sur la qualité des rapports entre les acteurs. Les difficultés essentielles portent sur la lourdeur de la formalisation et des procédures, sur l'exigence de résultats rapides cristallisée sur le dossier informatique commun, et sur la perte de confiance des acteurs.

La volonté de poursuivre le projet est essentielle pour dépasser les problèmes indiqués. Il apparaît délicat de pouvoir agir sur elle. Les directions des établissements et surtout le médecin coordonnateur peuvent toutefois contribuer à entretenir la dynamique par un travail de communication sur les bénéfices de la coopération et les potentialités à venir du réseau. Le soutien des directions d'établissement peut conforter les praticiens hospitaliers et doit surtout conduire à entretenir la confiance des médecins libéraux, dans la mesure où l'évolution du réseau est congruente avec les objectifs propres de chaque structure. En raison du risque de perdre la maîtrise d'une activité structurante et coûteuse pour les deux centres hospitaliers, les directions doivent conserver une latitude de décision importante ; afin de ne pas inquiéter les partenaires libéraux, il s'agit de trouver un mode de fonctionnement et de communication adéquat.

Le rôle du coordonnateur est particulièrement important. Le chef du service de cardiologie du centre hospitalier de Saint-Malo est naturellement pressenti pour assurer cette mission. Sa tâche consiste à entretenir le lien entre l'ensemble des acteurs et à détecter les éventuels dysfonctionnements et les questions à régler. Il peut intervenir en partie comme un médiateur. Un temps d'apprentissage est sans doute nécessaire pour cette fonction capitale de « management médical »⁹², mais la reconnaissance déjà réelle du futur coordonnateur par ses confrères est un atout fort.

Les difficultés précédemment décrites ne seront donc dépassées que si les acteurs le souhaitent. D'autres enjeux importants se présentent cependant au réseau pour garantir la pérennité de la coopération, et dépendent davantage des orientations du réseau.

⁹² ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Les réseaux : la médecine de demain. *Le Bulletin de l'Ordre des médecins*, Mars 2000, n°3, pp. 10-12.

3.2 LA CONSOLIDATION ET LA PERENNISATION LE RESEAU : ENJEUX ET PROPOSITIONS

La poursuite de la coopération entre les professionnels de la prise en charge cardio-vasculaire dans le secteur sanitaire n°6 de Bretagne sera donc soumise à des aléas nombreux. La limitation des risques précédemment évoqués constitue une première condition pour pérenniser l'expérience du réseau. En fonction des résultats de l'évaluation du réseau et de la synergie sous-jacente, il convient d'insister sur trois enjeux essentiels pour le réseau : l'intégration accrue du réseau dans son environnement, la place faite à l'évaluation, la question financière et la rémunération des professionnels libéraux.

3.2.1 La nécessité de renforcer l'intégration du réseau dans son environnement

L'ambition d'un réseau consiste, pour trouver une inscription dans la durée, à dépasser la formalisation des stratégies de coopération individuelle pour « prendre place dans l'évolution du système »⁹³. Il s'agit de prendre place dans l'organisation sanitaire sectorielle non seulement de la prise en charge cardio-vasculaire, mais des disciplines connexes comme la diabétologie, et de la médecine générale. Le réseau, pour mener à bien ses projets et conserver son caractère dynamique, doit s'ouvrir sur son environnement direct. Le dépassement des cloisonnements entre secteurs public et privé, qui caractérise le réseau, doit ainsi être élargi.

3.2.1.1 L'ouverture à d'autres professionnels et la place des médecins généralistes : renforcer la collaboration ville-hôpital et le décroisement des secteurs

Le réseau de santé CardioRance, fruit d'une initiative hospitalière conduite par un praticien hospitalier, et fondé sur une intégration ancienne des cardiologues libéraux à l'activité hospitalière, court le risque de rester centré sur les relations entre médecins spécialistes et sur la prise en charge hospitalière. Celle-ci est au cœur de la graduation des niveaux de soins proposée par le projet de réseau. Réseau institutionnel, il doit donc, pour apporter des améliorations par rapport à l'existant, s'ouvrir davantage sur d'autres professionnels de ville.

⁹³ CASTRA L., CHARVET-PROTAT S., GALLAND A. et al. Dossier : Les réseaux de soins. *Perspectives sanitaires et sociales*, Mars-avril 2001, n°155, pp. 13-31.

3.2.1.1.1 Intégrer d'autres professionnels et s'associer à d'autres structures

Le réseau a vocation à intégrer d'autres professionnels de santé pour répondre à l'objectif d'amélioration de la prise en charge. Les infirmiers libéraux ou les diététiciens font partie des partenaires naturels du réseau, en particulier dans le domaine de la prévention. Il est prévu d'intégrer une approche pluridisciplinaire dans le centre de prévention cardio-vasculaire de l'hôpital Arthur Gardiner.

Dans un même souci de prise en charge globale, identifié comme un apport potentiel essentiel du réseau, la coopération avec des spécialités médicales connexes, comme la diabétologie, la néphrologie ou la pneumologie est un enjeu primordial. Il s'agit notamment de coordonner les différents réseaux et structures de coopération existants dans le secteur sanitaire, comme le réseau de néphrologie ou la fédération médicale interhospitalière de pneumologie entre les services de Saint-Malo et Dinan. Dans une même logique, la coopération avec des structures extérieures, en particulier la clinique Saint-Yves de Rennes pour la réadaptation cardio-vasculaire, le centre régional de prévention cardio-vasculaire pour la prévention, et le centre hospitalier universitaire de Rennes pour les activités spécialisées, pourraient être renforcées. Or, pour l'heure, les coopérations avec les autres professionnels et structures sont peu formalisés, en particulier avec les réseaux à initiative hospitalière – comme le réseau de néphrologie – ou les structures d'hospitalisation rennaises.

3.2.1.1.2 La participation des médecins généralistes

Le mode de participation des médecins généralistes au réseau représente le point le plus délicat. La participation ou la représentation des médecins généralistes au sein du réseau est en effet nécessaire à la coordination des soins en amont des consultations spécialisées ou des hospitalisations, et en aval des hospitalisations. Il s'agit d'organiser l'adressage des patients aux spécialistes ou aux établissements, ainsi que les modalités d'échange d'informations à la sortie d'une hospitalisation, pour le suivi en ville des patients. La formalisation de la coordination avec les médecins généralistes est essentielle, parce que la consultation auprès d'un médecin généraliste est un mode d'entrée principal dans le réseau, et le suivi par le médecin traitant un élément de la prévention comme de la réadaptation. L'optimisation de la trajectoire des patients ne peut être obtenue sans l'intégration des médecins généralistes dans la graduation formalisée des soins, et donc sans leur participation aux décisions du réseau et leur information directe sur l'évolution du fonctionnement. Le projet parisien Resicard, constitué principalement de médecins libéraux,

a par exemple insisté sur l'intégration des généralistes dans l'organisation de la filière de soins.

L'association des médecins généralistes au réseau CardioRance est certes prévue par le projet. Elle semble pourtant ne pas constituer une priorité pour les acteurs. Certains cardiologues libéraux affichent leur refus d'intégrer des médecins généralistes dans l'association CardioRance, seule la participation à certaines actions étant envisagée. Il s'agit pour eux de procéder à une diffusion d'information auprès des généralistes sur l'organisation du réseau et de mettre en œuvre des formations à leur profit sur des thèmes particuliers, plutôt que de les intégrer dans l'organisation de la coordination de soins. Les cardiologues ne souhaitent pas dépendre de l'avis des médecins généralistes sur l'organisation de la prise en charge, sur les protocoles mis en place et sur les relations entre la médecine de ville et l'hôpital, dont ils restent des interlocuteurs privilégiés. Les médecins généralistes sont perçus comme des concurrents potentiels pour certaines activités, notamment de prévention primaire. Cette carence a fait l'objet d'observations de l'URCAM à propos du projet, et sa résolution conditionne l'attribution d'éventuels financements.

L'ouverture du réseau sur les médecins généralistes est donc un enjeu essentiel pour renforcer la coordination et réduire le risque « d'hospitalo-centrisme » d'un réseau issu d'une initiative avant tout hospitalière.

3.2.1.2 La participation limitée des usagers

La participation des usagers à la prise en charge au sein du réseau est une dimension principale d'évaluation des réseaux de santé. La prise en compte des besoins des patients et l'adaptation de la prise en charge proposée impliquent que les usagers du réseau, c'est-à-dire les patients cardiaques et leur famille et, de manière plus générale, les patients présentant des facteurs de risque cardio-vasculaire, puissent participer aux orientations les concernant. De plus, l'éducation thérapeutique figure parmi les objectifs majeurs du réseau ; elle nécessite la participation des patients et une information élargie à leur égard.

Actuellement, les acteurs du réseau de prise en charge cardio-vasculaire ont peu pris en compte les usagers en tant que tels dans leur projet. Bien évidemment, le réseau vise à améliorer la prise en charge, mais les usagers n'ont pas été associés à l'élaboration du projet. Dans le secteur sanitaire n°6, l'Association des Malades Cardiaques et le Club Cœur et Santé des Bords de Rance sont deux associations de patients animant la représentation des usagers. Leurs bonnes relations avec les cardiologues, en particulier hospitaliers, leur permettent d'être présentes – en particulier l'Association des Malades Cardiaques – dans les services hospitaliers ou sur le site Internet de la fédération médicale interhospitalière de

cardiologie Saint-Malo - Dinan. Pour autant, elles n'ont pas été consultées sur le projet de réseau, et ce dernier ne précise pas les modalités de leur participation ou de leur représentation. Il est certes prévu que des représentants d'associations de patients participent au comité de suivi chargé de procéder à l'évaluation des résultats et du fonctionnement du réseau, mais rien n'est envisagé pour associer les usagers ou leurs représentants à la détermination des orientations et des objectifs du réseau.

Or l'intégration des usagers dans les instances du réseau constitue un moyen de recueillir leur avis sur le fonctionnement et sur les adaptations à apporter. L'association des usagers à certaines décisions et le recueil de leurs suggestions sur des actions ponctuelles permettraient d'accroître l'adaptation de la réponse du réseau CardioRance aux besoins. Les professionnels interrogés n'y paraissent pas opposés.

L'information des usagers est également au cœur des préoccupations. Elle est davantage prise en compte que leur participation directe, notamment par la formalisation des modalités d'entrée du patient dans le réseau et des principes d'information du patient. Le consentement du patient à la perte de son libre choix nécessite une information précise sur les apports du réseau. Une information spécifique sur le dossier informatique commun interviendra lorsqu'il sera mis en place. L'information pourrait être étendue à l'ensemble de la population du secteur, afin de limiter la barrière psychologique et culturelle que peut représenter l'adressage de patients de Saint-Malo, Dinard ou Dinan à des professionnels d'une autre ville du secteur. Le site Internet de la fédération médicale interhospitalière pourrait être élargi au réseau. Enfin, une information large est prévue lors de la mise en œuvre effective du réseau.

Le renforcement de la place des usagers est donc un enjeu important, dans l'optique d'un réseau adapté aux besoins et visant à satisfaire les patients et leur famille. La mesure de la satisfaction fait d'ailleurs partie intégrante de l'évaluation, autre perspective centrale pour le réseau.

3.2.2 Donner toute sa place à l'évaluation du réseau, fondement des évolutions à venir

L'évaluation a été peu prise en compte dans le projet du réseau, la culture de l'évaluation n'étant pas ancrée chez les praticiens. L'analyse précise des causes des problèmes épidémiologiques à surmonter n'a pas été totalement approfondie. L'évaluation fait partie des dimensions que l'ARH, dans son guide à destination des promoteurs, demande

expressément de développer. L'évaluation a donc été prévue dans le projet. Les modalités d'évaluation ont été définies, avec la création d'un comité de suivi spécifique dont la composition – médecins du réseau et médecins extérieurs, représentants des institutions et des établissements, représentants des usagers – est destinée à garantir le croisement des perspectives. Ce comité analysera un rapport annuel d'évaluation et la synthèse des réponses à un questionnaire de satisfaction des patients. Des indicateurs sanitaires, structurels, économiques et épidémiologiques suivis dès la première année ont ainsi été déterminés, le recueil des données reposant sur le dossier informatique commun. Le comité de pilotage du réseau fixera les orientations résultant de l'évaluation annuelle.

Pour autant, ces dispositions, qui n'étaient pas précisément définies dans la première version du projet du réseau, laissent subsister des incertitudes. Le comité de suivi n'est pas encore constitué, et le recueil des données d'évaluation repose sur le dossier informatique partagé dont l'utilisation opérationnelle n'interviendra pas avant quelque temps, le financement du dossier n'étant pour l'heure pas réuni.

De manière générale, la plupart des acteurs du réseau, au cours des entretiens, ont exprimé leur intérêt de principe pour l'évaluation du fonctionnement et des résultats de la structure mise en place. Mais l'évaluation n'est pas toujours perçue comme un apport ; certains professionnels estiment n'avoir rien à attendre des résultats, les pratiques actuelles étant considérées comme appropriées et satisfaisantes. Ils expriment également des critiques et des réserves quant au risque de lourdeur que peut induire l'évaluation du réseau, perçue comme un instrument potentiel de contrôle par les autorités de tutelle et comme une activité secondaire par rapport à la pratique médicale.

L'évaluation intervient certes avant tout au cours du fonctionnement du réseau, afin d'en analyser les résultats – épidémiologiques ou médico-économiques par exemple – et l'organisation ; mais les expériences de divers réseaux montrent que « la démarche évaluative suit la chronologie de la démarche projet »⁹⁴, l'évaluation permettant de dépasser la simple formalisation des relations pour faire du réseau un projet fondé sur des objectifs renouvelés et adaptés périodiquement⁹⁵. Autrement dit, la conception de l'évaluation, c'est-à-dire ses thèmes, ses indicateurs et ses modalités de recueil des données, intervient dès la formalisation du projet, dans la déclinaison des objectifs généraux et opérationnels. Cela n'a pas été le cas jusqu'à présent. Il s'agit donc d'intégrer dorénavant l'évaluation dans la

⁹⁴ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Evaluation des réseaux de soins. Bilan de l'existant et cadre méthodologique*. Paris, Octobre 2001. 61 p.

⁹⁵ HAEHNEL P., DUSEHU E. Problèmes éthiques et réseaux. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Septembre 1998, n°24, pp. 21-26.

démarche projet, puisque l'évaluation permet la redéfinition périodique des objectifs en fonction des éventuels dysfonctionnements ou carences constatés. Le modèle du réseau parisien Resicard pourrait à ce titre être suivi partiellement par le réseau CardioRance. Dès la mise en œuvre du réseau Resicard – avant tout centré sur une coopération de spécialistes et généralistes de ville – les indicateurs d'évaluation ont été déterminés à partir des objectifs fixés à l'évaluation : mesurer l'impact du réseau sur le degré de réussite de la prévention secondaire des patients adhérents, déterminer les moyens organisationnels qui expliquent ce degré de réussite, et décrire l'impact du travail en réseau sur l'organisation des soins aux insuffisants cardiaques sévères. L'évaluation comprend donc plusieurs volets : une évaluation des résultats cliniques, une évaluation des processus, une modélisation des coûts. Les indicateurs d'évaluation et un questionnaire de satisfaction des patients ont été élaborés conjointement à la constitution formelle du réseau, aidant ainsi le projet à se structurer.

La dimension d'évaluation pourrait donc être utilement renforcée dans la conduite du projet du réseau CardioRance. Elle contribuera à en faire une structure dynamique dépassant un simple cadre formel. Cela ne nécessite pas de modification radicale, puisque les acteurs ont lié la définition des objectifs du réseau avec son environnement, ses finalités, le contexte général de sa création, et ont déterminé des objectifs opérationnels compréhensibles par tous : il s'agit, selon l'ANAES⁹⁶, de deux conditions essentielles pour faire de l'évaluation un instrument au service du projet de réseau. Il reste sans doute à renforcer et affiner le cadre d'évaluation et les référentiels d'évaluation recommandés par l'ANAES : qualité des soins, intégration des usagers et autres acteurs dans le projet de réseau, fonctionnement du réseau, évaluation économique.

3.2.3 La question de la rémunération des praticiens libéraux

3.2.3.1 La rémunération dérogatoire

A court terme, l'adhésion des praticiens libéraux à la réalisation des différents objectifs est partiellement conditionnée par la question de la rémunération dérogatoire. Alors que le temps consacré au réseau – réunions d'organisation, staffs, formations – n'a pas d'impact

⁹⁶ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Evaluation des réseaux de soins. Bilan de l'existant et cadre méthodologique*. Paris, Octobre 2001. 61 p.

sur la rémunération des praticiens hospitaliers, la rémunération à l'acte de la médecine libérale est un obstacle, souvent souligné⁹⁷, à la participation active des praticiens libéraux au fonctionnement quotidien du réseau et à l'action collective. Cet aspect est mis en avant par la plupart des cardiologues libéraux du secteur sanitaire n°6, qui redoutent que la constitution du réseau n'ampute leur temps de consultation par des contraintes diverses. Certains, estimant qu'ils réalisent déjà les actions susceptibles d'être financées de manière dérogatoire ou que le réseau est une opportunité pour renforcer leur formation et le travail en équipe, présentent la possibilité d'un financement forfaitaire de l'action collective comme un intérêt important du réseau.

Or, la mise en place d'une rémunération forfaitaire reste incertaine. Certes, des dispositions récentes renforcent les possibilités d'appel à des ressources différenciées, et ont surtout consolidé le financement par l'assurance maladie. L'article L.162-45 du Code de la Sécurité Sociale, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002⁹⁸, prévoit que l'assurance maladie peut prendre à sa charge « sous la forme d'un règlement forfaitaire » tout ou partie du financement du réseau, par dérogation à la rémunération à l'acte. Cependant, la pérennité de tels financements, accordés au titre du FAQSV, n'est pas garantie. En outre, dans le cadre d'un réseau associant médecine de ville et établissements de santé, le financement externe provient principalement de la dotation régionale de développement des réseaux. Le financement propre à l'assurance maladie ne peut être que plus marginal. Bien que le projet de réseau de santé dans le domaine cardio-vasculaire du secteur sanitaire n°6 ait déjà fait l'objet d'un accueil favorable à la commission « Réseaux » de l'URML lors d'une présentation informelle au mois de juin 2002, le possible financement d'une rémunération forfaitaire des cardiologues libéraux du réseau sera dans tous les cas limité et non pérenne. Il ne couvrira éventuellement que la participation à des formations communes.

La rémunération dérogatoire des praticiens libéraux pour certaines activités reste un enjeu important pour l'avenir.

⁹⁷ GROUPE IMAGE. ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE, CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE. *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*. Paris : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, 2001, 73 p.

⁹⁸ Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

3.2.3.2 La rémunération de l'activité hospitalière des cardiologues libéraux

Cette question concerne aussi leur activité hospitalière, plus précisément l'activité de coronarographie et d'angioplastie au centre hospitalier de Saint-Malo, et dans une moindre mesure l'activité d'électrophysiologie. Cela a des implications importantes sur la dynamique et les coopérations entre médecine de ville et hôpitaux. Actuellement, la participation des cardiologues libéraux à l'activité hospitalière de coronarographie et d'angioplastie à Saint-Malo prend la forme de vacations d'attachés, et non d'une rémunération à l'acte dans le cadre d'une convention de mise à disposition de matériel rendue impossible par la nature de la prise en charge –hospitalisation et non prise en charge externe. La rémunération afférente ne rend pas compte de la technicité des interventions et de la compétence requise. Cependant, à partir de la fin 2002, la mise en place d'une prise en charge ambulatoire pour la coronarographie ouvrira la voie à une convention de mise à disposition de matériel, avec rémunération à l'acte et paiement d'une redevance au Centre hospitalier. En revanche, la question reste posée pour l'angioplastie et pour l'électrophysiologie, bien que les cardiologues intervenant pour cette dernière activité ne soient pas encore demandeurs d'une évolution de leur statut. La perspective de créer des cliniques ouvertes, prévues par le Code de la Santé Publique et permettant une activité libérale et rémunérée à l'acte, apparaît possible, mais la procédure de création est longue et complexe.

Or l'enjeu est fort : le cardiologue libéral réalisant des angioplasties, si aucune solution n'est trouvée à la question de sa rémunération, est susceptible d'abandonner sa participation à l'activité hospitalière à Saint-Malo. Ce départ remettrait en cause le fondement de sa participation au réseau et le sens même du réseau et la continuité de l'activité de coronarographie, le cardiologue concerné participant notamment à l'astreinte de coronarographie. Les directions des établissements sont donc en première ligne.

Ainsi, la question de la rémunération des cardiologues libéraux – rémunération forfaitaire des actions menées dans le cadre du fonctionnement du réseau, ou rémunération à l'acte de l'activité réalisée sur les plateaux techniques hospitaliers - est une condition de leur participation à l'action collective engagée par le réseau.

Il apparaît de manière plus générale que la pérennité du réseau de santé CardioRance est soumise à des conditions diverses, parmi lesquelles la place de l'évaluation et l'ouverture du réseau sur son environnement direct sont au premier plan. Le réseau devra également dépasser les obstacles potentiels tels que la complexité des procédures et des financements, bien que son avenir dépende de la volonté des acteurs et de la qualité de leurs relations.

CONCLUSION

Le réseau de santé CardioRance, qui lie les professionnels de la prise en charge cardiovasculaire du secteur sanitaire n°6 de la région Bretagne, devrait être définitivement constitué au cours du dernier trimestre 2002. L'évaluation *ex ante* du réseau montre que la formalisation des relations informelles dépasse une simple mise en forme de l'existant et renvoie à l'intérêt collectif et individuel des acteurs, en particulier des acteurs hospitaliers. Conçue comme une aide au projet, elle a permis de dégager les points de force et les faiblesses du projet et de la dynamique collective. En soumettant le projet du réseau aux cinq dimensions d'évaluation déterminées préalablement – place de l'utilisateur et qualité des soins, conséquences sur les pratiques professionnelles, incidence sur le partenariat, impact sur la restructuration du système de santé, aspects médico-économiques et nouvelles formes de rémunération – les apports potentiels du réseau dans ces domaines, mais aussi ses limites, ont pu être mis en évidence. L'analyse de la dimension sous-jacente du projet, à travers l'évaluation des objectifs, des stratégies et des intérêts des acteurs, a montré que les intérêts convergents nourrissent la dynamique collective indispensable à la vie du réseau. La constitution du réseau n'est pas une démarche seulement formelle, le réseau de soins étant susceptible d'évoluer en véritable réseau de santé.

Cependant, les apports du réseau restent pour l'heure virtuels, bien que la formalisation puisse avoir par elle-même un impact positif sur le partenariat existant. Des obstacles importants demeurent. L'enjeu essentiel réside dans la poursuite de la dynamique collective, qui s'appuie sur les relations existantes et la volonté des acteurs plus que sur la démarche de projet.

En indiquant des éléments forts et certaines limites actuelles du projet de réseau, ainsi que les obstacles et enjeux à venir pour la dynamique collective, l'évaluation *ex ante* du réseau peut permettre, du point de vue de la direction d'un établissement partie prenante au projet, de conforter la démarche en soutenant les acteurs les plus directement investis, c'est-à-dire les médecins hospitaliers et libéraux. De manière plus générale, le travail d'évaluation *ex ante* d'un réseau de santé permet de mettre en valeur les conditions à remplir, l'intérêt et les enjeux, voire les risques, d'une telle structuration des relations entre professionnels pour un établissement hospitalier intégré aux évolutions du système de santé.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale ; ordonnance n°96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des 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.

Circulaire DGS/DH n°93-72 du 9 novembre 1993 et circulaire DGS/DH n°94-15 du 7 mars 1994.

Circulaire DGS/SQS2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.

Ouvrages et articles :

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Principes d'évaluation des réseaux de santé*. Paris, Août 1999. 140 p.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Evaluation des réseaux de soins. Bilan de l'existant et cadre méthodologique*. Paris, Octobre 2001. 61 p.

ALLOUCHE R. Réseaux de santé hôpital-ville : la croisée des chemins. *Entreprise santé*, Janvier-février 1997, n°7, pp. 19-20.

BERGEROT P., HEYMANS D. Réflexions sur la collaboration public-privé. *Techniques hospitalières. La revue des technologies de la santé*, Janvier-février 1999, n°63, pp. 57-60.

CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L. *Coopération hospitalière. L'épreuve de vérité.* Paris : Masson, 1998.

CALMES G. La coopération à l'hôpital : de l'organisation au réseau. *DH Magazine*, Novembre 1998, n°60, p. 19.

CASTRA L., CHARVET-PROTAT S., GALLAND A. et al. Dossier : Les réseaux de soins. *Perspectives sanitaires et sociales*, Mars-avril 2001, n°155, pp. 13-31.

DELAHAYE F., ROTH O., DE GEVIGNY G. Réseaux en cardiologie. *Journal d'économie médicale*, Septembre-octobre 2001, n°5-6, pp. 425-431.

DELANDE G. Filières et réseaux de santé. Une approche médico-économique. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, n°391, pp. 746-755.

DESHAYES J.M. Connaissance des enjeux. *DH Magazine*, Juin - juillet 2000, n°72, p.31.

DOMIN J.P. Un territoire pour la santé. Les réseaux ville-hôpital : vers un nouveau mode de régulation en santé publique. *Gestions hospitalières*, Juin-juillet 2002, n°417, pp.449-450.

FHIMA A. La circulaire relative aux réseaux, le décret concernant le fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville : des étapes clés dans l'évolution du système de soin. *THS La revue*, Mars 2000, n°5, pp. 331-332.

FORGERON J.F., MOLE A., BESLAY N., POTTIER I. La santé en réseau : mode d'emploi. *Cahier pratique Tissot*, Décembre 2001, n°8, 32 p.

FUKS M. Dossier. Réseaux de soins : un second souffle. *L'infirmière magazine*, Décembre 2000, n°155, pp. 30-34.

GREMY F. Réseaux de santé, symptôme et moyen de la recherche de la qualité. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Juin 2001, n°35, pp. 74-77.

GROUPE IMAGE. ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE. *Pratiques coopératives dans le système de santé : Les réseaux en question.* Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1998. 99 p.

GROUPE IMAGE. ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE, CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE. *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations.* Paris : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, 2001, 73 p.

HAEHNEL P., DUSEHU E. Problèmes éthiques et réseaux. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Septembre 1998, n°24, pp. 45-46.

HOUDART L., LAROSE D., BARRÉ S. *Traité de la coopération hospitalière.* Paris : F. Houdart, 2000. 2 vol., 324 p.

HUARD P., MOATI J.P. Introduction à la notion de réseau. *Gestions hospitalières*, Décembre 1995, n°351, pp. 735-738.

LAMBERT H., CHAIGNE F., TREGUIER M.P. Rôle de l'infirmière dans un réseau d'insuffisants cardiaques : une expérience menée à Nantes, La Roche-sur-Yon et Lorient. *Objectif soins*, Octobre 2000, n°89, pp. 27-30.

LARCHER P. Les enseignements des réseaux existants. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Septembre 1998, n°24, pp. 21-26.

LARCHER P., POLOMËNI P. *La santé en réseaux. Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*. Paris : Masson, 2001. 187 p.

LE BOËUF D. Mise en œuvre de réseaux de soins. De l'expérimentation à l'organisation pérenne. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, n°391, pp. 741-745.

LOMBRAIL P., NAIDITCH M. Performances et réseaux. *Le courrier de l'évaluation en santé*, Novembre 2000, n°19.

MENARD D. Réseaux de soins. Une utilité qui reste à prouver. *Impact médecin*, 16 février 2001, n°522, pp. 28-33.

NAIDITCH M., OBERLIN P. Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital. *Gestions hospitalières*, Décembre 1995, n°351, pp. 739-746.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Les réseaux : la médecine de demain. *Le Bulletin de l'Ordre des médecins*, Mars 2000, n°3, pp. 10-12.

PEREZ V. Résalis. *Gestions hospitalières*, Octobre 2000, n°399, pp. 605-607.

RENARD J.M. Le réseau ville-hôpital : une nouvelle forme de communication entre professionnels de santé. *Innovation et technologie en biologie et médecine - RBM*, Octobre 2000, n°5, pp. 275-280.

UNION HOSPITALIERE REGIONALE D'ILE-DE-FRANCE. Les réseaux de soins, panacée ou placebo ? *Décision Santé*, Décembre 1999, n°154, pp. 7-8.

Mémoires :

ACHOUR P. *Le réseau Maternité en Yvelines : évaluation et enseignements pour une politique périnatale en Ile-de-France*. Mémoire de directeur d'hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000, 70 p.

BILLARD V. *Le réseau comme réponse à une meilleure prise en charge des personnes âgées : l'exemple du CHU de Rouen*. Mémoire de directeur d'hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000, 85 p.

VASSEUR P. *La coopération public-privé dans l'amélioration de l'offre de soins : l'exemple de la cardiologie dans le 3^e secteur sanitaire d'Alsace*. Mémoire de directeur d'hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1999, 105 p.

Documents électroniques et sites Internet :

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BRETAGNE, UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE. *Les réseaux de soins en Bretagne. Le guide du promoteur*. Disponible sur Internet : <http://www.arh-bretagne.fr>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. *Atlas de la recomposition hospitalière*. Disponible sur Internet : <http://sante.gouv.fr>

Site Internet de la Coordination nationale des réseaux : <http://www.cnr.asso.fr>

Site Internet de la fédération médicale interhospitalière de cardiologie Saint-Malo – Dinan : <http://cardisam.free.fr>

Liste des annexes

(annexes non publiées)

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés.

Annexe 2 : Grille d'entretien.

Annexe 3 : Synthèse des résultats des entretiens avec les médecins hospitaliers et libéraux.

Annexe 4 : Projet du réseau CardioRance et projet de statuts de l'association CardioRance.

Annexe 5 : Textes législatifs et réglementaires.

Annexe 6 : Extraits du SROS de prise en charge des maladies cardio-vasculaires.

Annexe 7 : Données sur la fédération médicale interhospitalière de cardiologie Dinan - Saint-Malo.

Annexe 8 : Données sur la population, les risques et les traitements cardio-vasculaires.

Annexe 9 : Extraits de la réponse à l'appel à projet ministériel « E-s@nté 2002 ».