



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2002 –

**La politique des réseaux de santé à l'épreuve du réel : exemple du réseau de santé de
l'association du bassin de vie n°8 (ABV8) du département des Hauts de Seine**

– groupe n° 30 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale

Animateur
Frédéric SICARD

« Les idées ne sont pas faites pour être pensées mais vécues »
André MALRAUX, La condition humaine

REMERCIEMENTS

L'ensemble du groupe tient à adresser ses remerciements au Dr Frédéric SICARD pour sa disponibilité et les conseils qu'il lui a apportés tout au long du module.

Nous remercions également toutes les personnes qui ont bien voulu nous recevoir et répondre à nos questions. Ces échanges nous ont été très précieux.

Liste des sigles utilisés

- **ABV8** : association du bassin de vie n°8
- **ANAES** : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- **APHP** : assistance publique – hôpitaux de Paris
- **ARH** : agence régionale de l'hospitalisation
- **CLIC** : centre local d'information et de coordination
- **CNAM** : caisse nationale d'assurance maladie
- **CNAMTS** : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- **CNIL** : commission nationale informatique et libertés
- **CODERPA** : comité départemental des retraités et personnes âgées
- **COFRES** : conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux
- **CPAM** : caisse primaire d'assurance maladie
- **CNR** : coordination nationale des réseaux
- **CRAMIF** : caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France
- **CSP** : code de la santé publique
- **CSS** : code de la sécurité sociale
- **DDASS** : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- **DGS** : direction générale de la santé
- **DHOS** : direction des hôpitaux et de l'organisation des soins
- **EPU** : enseignement post universitaire
- **FAQSV** : fonds d'aide à la qualité des soins de ville
- **GIE** : groupement d'intérêt économique
- **GIP** : groupement d'intérêt public
- **IDF** : Ile de France
- **LFSS** : loi de financement de la sécurité sociale
- **PSPH** : participant au service public hospitalier
- **SROS** : schéma régional d'organisation sanitaire
- **SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile
- **URCAM** : union régionale des caisses d'assurance maladie
- **URML** : union régionale des médecins libéraux
- **VIH** : virus de l'immunodéficience humaine

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 Les réseaux, mode d'emploi	3
1.1 Des réseaux de soins.....	3
1.1.1 Historique	3
1.1.2 Définition et typologie.....	3
1.1.3 Constitution d'un réseau	5
1.1.4 Le financement des projets de réseaux	6
1.2 ... Aux réseaux de santé.....	7
1.2.1 Les réseaux de soins : un constat d'échec après six années	7
1.2.2 Le nouveau droit des réseaux	7
1.2.3 Les réseaux coopératifs de santé (Article L 6321-2 du CSP) : un nouveau statut pour les réseaux ?	9
2 Le réseau ABV 8: «une ambition à l'épreuve du réel».....	10
2.1 Le projet ABV 8	11
2.1.1 Le projet formulé par les initiateurs : un territoire, une population, des acteurs, des objectifs.....	11
2.1.2 Des contraintes extérieures.....	12
2.2 Atouts et freins au développement du réseau.....	13
2.2.1 Une réponse multiprofessionnelle et volontariste à un besoin de santé publique	13
2.2.2 Les lacunes de la démarche menée en santé publique.....	16
3 Enjeux et perspectives du réseau ABV8 et des réseaux de santé nationaux.....	18
3.1 Enjeux de santé publique et éthiques.....	18
3.1.1 Enjeux de santé publique	18
3.1.2 Enjeux éthiques	19
3.2 Enjeux économiques.....	21
3.2.1 L'enjeu économique est avant tout un enjeu financier.....	21
3.2.2 Les réseaux peuvent générer également des économies d'échelle	21

3.2.3	Le réseau peut être l'occasion de réfléchir sur les modes de rémunération des professionnels de santé et le système de santé en général.....	22
3.3	Enjeux de pouvoir	22
3.3.1	L'opposition de « deux écoles de pensée »	22
3.3.2	Conflits de pouvoir au sein même du réseau.....	23
3.3.3	Pouvoirs et territoires :.....	24
CONCLUSION	26
RESUME		
METHODOLOGIE		
BIBLIOGRAPHIE		
ANNEXES		

INTRODUCTION

Les réseaux de santé ont pour objet de mettre en œuvre un nouveau mode d'organisation du système sanitaire français afin d'aboutir à une meilleure prise en charge des besoins de santé de la population.

En effet, ces besoins ont évolué sous les effets conjugués du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques et de la notion de « patient consommateur ». La médecine, elle aussi, a changé. Les progrès de la science, des savoirs et des technologies ont généré un morcellement des compétences. Le système de santé, quant à lui, s'est modifié sous l'influence de la technicisation croissante, de la régionalisation, de la recherche de rationalisation des coûts et de la complication des liens entre les acteurs.

Dans ce contexte, les réseaux oeuvrent pour la liaison des compétences multidisciplinaires des différents acteurs du champ sanitaire et social. Ils doivent permettre d'assurer une prise en charge globale du patient, jusqu'ici défaillante. Le réseau est donc un processus de transformation profonde des pratiques professionnelles. Il implique une autre façon de travailler et de travailler ensemble en l'absence de relations hiérarchiques. Les acteurs doivent acquérir des références et un langage communs.

Dans les faits, depuis une dizaine d'années, un changement d'état d'esprit s'est développé. Il s'est accompagné d'une prise de conscience des professionnels concernés et d'une relative remise en cause de la culture « hospitalocentriste ». Les réseaux sont désormais considérés comme « l'un des vecteurs majeurs d'innovation au sein du système de santé, voire de recomposition de ce système »¹

Les ordonnances du 24 avril 1996 ont signé la reconnaissance officielle d'un nouveau mode d'organisation du système sanitaire. L'un des axes de la réforme consistait à favoriser l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement et renforcer ainsi leur participation à une prise en charge globale des besoins de santé de la population.

Depuis lors, les ordonnances ont été complétées par plusieurs textes réglementaires ou à valeur normative, apportant chacun leur contribution dans le processus engagé. Ces règles devaient aussi être en phase avec les possibilités offertes par les technologies nouvelles de la communication, qui permettent la transmission à distance et en simultané d'informations sonores, écrites ou imagées.

Mais au-delà du seul aspect juridique, la notion de réseau recèle bien une dimension « quasi-philosophique ». Habitué jusqu'alors à agir plus ou moins isolément, chacun doit apprendre à travailler en concertation pour que soient mobilisées toutes les compétences souvent antérieurement dissociées entre le médical, le social, l'administratif et l'associatif.

¹ M. Gilles POUTOUT, directeur adjoint de l'URCAM Ile de France

Cependant, si le concept fait l'unanimité, des besoins de clarification existent, qu'il s'agisse du contenu des réseaux, de leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, du rythme de leur mise en œuvre et des soutiens qu'ils peuvent obtenir. Par ailleurs, du fait de l'existence d'une réglementation complexe, les promoteurs de réseaux de santé se trouvent souvent en situation de difficulté dans l'élaboration de leur projet. Tous ces éléments peuvent contribuer à la démotivation des initiateurs alors que le réseau est, avant tout, une démarche volontaire basée sur le bénévolat. En effet, pour compenser une carence ou face à un problème de santé existant, ce sont des personnes relais au sein de la population, des gens volontaires et motivés qui tentent de faire (re)connaître ce problème, d'apporter une solution via la coordination des acteurs tout en s'adaptant aux contraintes du terrain.

L'étude d'une expérience locale nous permettra de mettre en évidence « le parcours semé d'embûches » pour la réalisation d'un réseau de santé. A l'appui de cet exemple, nous pourrions nous interroger sur l'adaptation et/ou le décalage des politiques mises en place. Qu'en est-il de la politique nationale des réseaux dans les faits, autrement dit qu'en est-il de la politique des réseaux à l'épreuve du réel ?

L'étude de cas qui nous a été soumise concerne le réseau de santé de l'Association du Bassin de Vie n°8 (ABV8) au sein du département des Hauts de Seine.

Le projet réseau de santé ABV8 est le fruit d'un travail initié depuis maintenant 4 ans (1998), par différents acteurs, notamment du monde sanitaire. Il s'agissait à l'époque, dans la perspective du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de 2^{ème} génération, d'établir au niveau du bassin de vie n°8 du département des Hauts de Seine, un état des lieux global de l'offre de soins conformément à la demande de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Le comité de pilotage mis en place a, dès l'époque, considéré que la question de la prise en charge des personnes âgées devait être un thème prioritaire au sein du bassin de vie n°8. Dans le cadre de la préparation du SROS, la commande faite par l'ARH laissait une marge de manœuvre pour la réflexion engagée par le groupe, et c'est par conséquent le thème de « la personne âgée et la dépendance » qui a été retenu.

Le groupe ainsi constitué a décidé de poursuivre le travail en commun sur le thème de la personne âgée, malgré la fin de sa fonction officielle (1999) considérant qu'il fallait que les partenaires locaux se connaissent pour se coordonner. Conscients que leur groupe de réflexion était très centré sur l'hôpital, ils ont décidé de se tourner vers d'autres professionnels, notamment du domaine social (maison de retraite..) et du secteur libéral (médecin, infirmiers...) afin que l'ensemble des acteurs concernés soient réunis. Au bout de quelques mois, a émergé le projet de constitution d'un réseau devenu le réseau de santé de l'ABV8.

Après avoir explicité la notion de réseau au plan national (1^{ère} partie), nous tenterons d'analyser l'inscription du réseau ABV8 dans le cadre légal et dans le contexte local (2^{ème} partie) afin de dégager les enjeux et perspectives existant autour des réseaux de santé (3^{ème} partie).

1 LES RESEAUX, MODE D'EMPLOI

Les réseaux de soins sont le fruit d'une longue maturation. Il aura fallu en effet plus de trente ans pour assister à leur reconnaissance officielle. Or, desservis par une législation complexe, ces réseaux n'ont pas trouvé leur place (1.1). Face à cet échec, les réseaux de santé, notion innovante à la fois plus large et plus souple, offrent de nouvelles perspectives de pérennité à ce qui doit être considéré comme un mode d'organisation à part entière du système sanitaire et social français (1.2).

1.1 Des réseaux de soins...

1.1.1 Historique

Les réseaux ont vocation à répondre à un besoin de santé publique. C'est dans les années 70, en pleine crise économique, que naissent les premiers réseaux informels. Ils prennent la forme d'un regroupement des médecins au sein des centres de santé autour d'une pathologie.

Dans les années 1980, on assiste au développement de réseaux monothématiques informels (Ex : réseaux ville-hôpital, précarité, gérontologique, toxicomanie, VIH...)

La circulaire DH-DGS du 4 juin 1991 reconnaît l'existence des réseaux VIH, appelés «réseaux de première génération ». Constitués à partir d'initiatives spontanées de médecins libéraux et hospitaliers sous la forme d'associations loi 1901, ils regroupent des intervenants sanitaires et sociaux souhaitant collaborer avec le service de maladies infectieuses partenaire dans un suivi commun des patients.

Il faudra attendre les ordonnances de 1996 pour qu'un cadre légal soit donné aux réseaux de soins, après le constat de l'existence de plus de 500 réseaux informels.

1.1.2 Définition et typologie

Les ordonnances n° 96-345 et n° 96-346 du 24 avril 1996 ont apporté un cadre légal aux réseaux de soins, en même temps qu'elles ont fait évoluer leur vocation, dans le cadre d'une restructuration de l'offre de soins hospitalière et/ou de la promotion de nouvelles formes de prise en charge des patients.

L'objectif des réseaux est triple : assurer la continuité et la coordination des soins, favoriser l'orientation adéquate des patients, apporter des réponses graduées aux besoins de santé en optimisant l'offre de soins.

Des enjeux majeurs sont liés au développement des réseaux : décloisonner le système de santé ; replacer le patient au cœur du système ; accroître les compétences des acteurs, «revaloriser » les professionnels et améliorer l'efficacité du système.

L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation formalisent différentes catégories de réseaux.

1.1.2.1 Les filières et réseaux de soins expérimentaux

Afin d'améliorer la qualité du suivi médical, l'ordonnance n°96-345 précitée a prévu l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation de soins sur une période limitée. Il s'agit des filières et réseaux de soins expérimentaux. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) n°2000-1257 du 23 décembre 2000 a prolongé cette période d'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2006. Les filières articulent les interventions auprès du patient autour d'un généraliste (médecin référent) chargé du suivi médical et de l'accès des patients au système de santé. Les filières ont rencontré un faible succès.

Les réseaux de soins expérimentaux, quant à eux, dits « réseaux Soubie » sont définis dans le code de la sécurité sociale (CSS) comme « des actions expérimentales menées dans le domaine médical ou médico-social en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, des formes nouvelles, ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention » (art. L.162- 31 et R.162-50-12 CSS)

Outre l'amélioration de la coordination des soins, ces actions ont à la fois un caractère expérimental et tarifaire. Ce dispositif permet en effet la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques en dérogeant aux dispositions du CSS concernant les tarifs, les honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux et le paiement direct des honoraires par le malade.

1.1.2.2 Les réseaux de soins de l'ordonnance relative à la réforme de l'hospitalisation

L'ordonnance n°96-346 précitée prévoit des réseaux de soins qui, à la différence de ceux dits « expérimentaux », ne concernent pas seulement les pathologies lourdes mais couvrent un champ plus étendu. Ceux-ci doivent nécessairement impliquer au moins un acteur de santé hospitalier. Ils ont pour vocation de susciter de nouveaux modes d'organisation et de coopération au bénéfice d'une population particulière (personnes âgées...), d'assurer le traitement de certaines pathologies lourdes ou chroniques ou encore l'exercice de certaines activités de soins (urgences...). Ils peuvent également conduire au développement d'activités hospitalières hors les murs favorisant le maintien ou le retour à domicile du patient.

1.1.2.3 Les réseaux impulsés par les DDASS

Dans leur volonté de favoriser le développement des réseaux de soins, les pouvoirs publics, par la circulaire ministérielle DGS n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux, assignent aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) un rôle d'impulsion dans ce domaine afin de susciter « une nouvelle génération » de réseaux de soins. Il s'agit pour les services déconcentrés de solliciter des institutions et de faire appel aux professionnels libéraux par l'intermédiaire des ordres et syndicats professionnels afin de motiver les futurs participants aux dits réseaux.

1.1.3 Constitution d'un réseau

▪ Les projets de réseaux sont agréés par l'ARH selon une procédure qui distingue le réseau de soins expérimental du simple réseau de soins

La LFSS n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 pour 2001 a mis en place une procédure d'agrément allégée et régionalisée pour les réseaux de soins expérimentaux. Elle a ainsi décentralisé la procédure d'agrément des projets d'intérêt régional de réseaux expérimentaux, remplaçant l'agrément du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux (COFRES- appelée commission Soubie) par un agrément de l'ARH. Dès lors, les projets d'intérêt régional sont agréés par la commission exécutive de l'ARH, sur avis conforme du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). En ce qui concerne les autres projets, la loi prévoit qu'ils sont dorénavant agréés par le ministre chargé de la santé.

Les réseaux de soins du code de la santé publique (CSP) doivent quant à eux obtenir un agrément du directeur de l'ARH, qui doit également agréer la convention constitutive du réseau. Les documents présentés par le promoteur du réseau pour l'agrément de la convention constitutive sont les suivants : la charte générale de l'action des professionnels dans le réseau, la « charte » d'utilisation d'un système automatisé de traitement des informations médicales (s'il existe), les statuts de l'association promoteur du réseau et la convention constitutive du réseau.

En outre, la circulaire n° 97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements précise les éléments qui doivent être mentionnés au sein de la convention constitutive du réseau. Celle-ci comporte au minimum les informations suivantes :

- la liste des acteurs constituant le réseau ainsi que sa desserte géographique ;
- le champ de la pathologie ou de la population concernée ;
- l'objectif commun de soins poursuivi, en principe porteur de changements en ce qui concerne la prise en charge des patients ;
- les moyens organisationnels mis en œuvre (protocoles, formation des partenaires, moyens matériels...), procédures liant les différents acteurs (système d'information, coordination) ;
- les obligations des parties notamment en ce qui concerne les modalités d'information et de recueil de consentement des patients tant à l'hôpital qu'en ville ;
- les modalités d'évaluation du réseau ;
- la durée de la convention et ses modalités de renouvellement.

▪ La principale difficulté du réseau réside dans l'absence de personnalité juridique propre. Or, un réseau doit disposer d'une organisation reposant sur une entité juridique propre afin de pouvoir conclure les actes civils des différents contrats nécessaires aux opérations de réalisation, de mise en œuvre, de déploiement et de développement du réseau. Pour pallier cette difficulté juridique, la solution retenue consiste à fédérer les professionnels de santé (collège de médecins de ville, hospitaliers à titre personnel..) en association gestionnaire du réseau. En effet, l'association est le cadre juridique le plus simple pour mettre en œuvre la gestion d'un réseau, bien qu'un groupement d'intérêt public (GIP) ou un

groupement d'intérêt économique (GIE), sous certaines conditions, puissent également tenir ce rôle. L'association représente le réseau dans les actes de la vie civile. Cependant, elle n'est en aucun cas, à elle seule, le réseau mis en place. Celui-ci est constitué par les différents établissements impliqués, voire par les caisses d'assurance maladie et l'association de professionnels après signature et agrément de la convention constitutive. Les statuts de l'association doivent être déposés à la préfecture, et ses buts doivent être conformes aux objectifs poursuivis par le réseau.

1.1.4 Le financement des projets de réseaux

1.1.4.1 Les projets financés par le fonds d'aide à la qualité de soins de ville (FAQSV)

Le FAQSV a été créé pour cinq ans par la LFSS 1999. Ce fonds relève de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). 80% de ses crédits sont gérés au niveau régional par les URCAM. Le FAQSV a vocation à financer, exclusivement ou en partenariat, toute action relative à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale de la santé du patient, mise en œuvre par les professionnels de santé libéraux intervenant dans tous les secteurs. Le FAQSV permet donc d'attribuer des subventions à des professionnels de santé de ville dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins, notamment pour des projets relatifs à la coordination et la mise en réseau.

Le comité national de gestion du FAQSV a établi un dossier type de demande d'aide qui contient la liste des pièces justificatives à produire pour obtenir le versement de l'aide et notamment les renseignements sur la présentation du promoteur, la présentation du projet (nature des opérations couvertes, professionnels de santé concernés), le suivi du dispositif (calendrier, indicateurs de suivi), l'évaluation (méthodologie, indicateurs...), les éléments financiers (charges à couvrir et sources de financement, budget prévisionnel, type de prestations financées par le FAQSV et par d'autres sources) et la convention type du FAQSV.

1.1.4.2 Les projets financés par la DDASS

La circulaire ministérielle DGS n°99-648 du 25 novembre 1999 précitée prévoit un soutien financier de l'Etat pour les « réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux ». Pour obtenir ce financement, les actions doivent se conformer à un cahier des charges et prévoir un dispositif d'évaluation continue et finale dont les conditions sont fixées par circulaire. Ainsi, tout réseau sollicitant un soutien financier de l'Etat doit déposer un dossier unique remis à la DDASS qui doit répondre à un cahier des charges commun.

Le cahier des charges définit les règles minimales imposées aux réseaux pour pouvoir prétendre à un financement de l'Etat. Elles concernent plus particulièrement les modalités d'organisation (statut juridique, objectifs, champ couvert par le réseau), le processus de coordination entre les professionnels, l'articulation avec les institutions extérieures (union régionale des médecins libéraux (URML), URCAM, ARH, collectivités territoriales, associations...), le financement, la place des usagers, les moyens mis en œuvre pour le suivi et l'évaluation des actions de réseau.

1.1.4.3 Les autres financements

Les promoteurs de réseaux peuvent également recevoir d'autres sources de financement telles que des participations publiques ou privées, des financements relevant d'organismes assurance maladie ou de collectivités locales (ex : conseil régional).

1.2 ... Aux réseaux de santé

1.2.1 Les réseaux de soins : un constat d'échec après six années

Porteurs d'une vision nouvelle de la santé, les réseaux connaissent de nombreuses difficultés dans leur mise en place. Il est notamment possible d'identifier les principaux obstacles au développement des réseaux, à chaque phase de leur essor.

- Lors de la phase d'émergence du projet, les promoteurs doivent arbitrer entre les diverses sensibilités existant au sein des professionnels de santé.
- La phase de formalisation est souvent critique pour les projets. Il s'agit en effet de définir et de décrire les objectifs, de mettre au point les protocoles de soins et prise en charge, de créer des outils de suivi, de tracer les principes de l'évaluation...
- Vient ensuite le temps de la contractualisation du projet où sont déterminés et codifiés les engagements respectifs des différents partenaires.
- La quatrième phase est celle du fonctionnement lorsque, après avoir défini les protocoles (médicaux et organisationnels de prise en charge des malades), les patients ont été intégrés dans le réseau.

De ce point de vue, le principal obstacle au développement des réseaux tient aux modalités de reconnaissance et de financement institutionnelles, caractérisées jusqu'en 2002, par une réglementation « brouillonne » et tatillonne, elle-même reflet de multiples interrogations sur l'avenir des réseaux. L'incertitude financière s'oppose à un développement harmonieux des réseaux. Souvent, pour assurer la démarche, les promoteurs multiplient les financeurs, ce qui entraîne maints effets pervers : discontinuité dans les financements, rigidité dans l'affectation des fonds et découragement des promoteurs.

Par ailleurs, les réseaux de soins expérimentaux (réseaux Soubie) n'ont pu se développer comme le souhaitait le législateur. En effet en 5 ans et demi d'existence, le nombre d'actions expérimentales mises en place reste insignifiant (19 sur l'ensemble du territoire), du fait de la lourdeur de la procédure. En tout état de cause, le dispositif mis en place en 1996 n'apparaît donc pas correspondre à l'ambition initiale.

1.2.2 Le nouveau droit des réseaux

1.2.2.1 La définition des réseaux de santé - 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 (articles L 6321-1 du CSP et L 132-43 du CSS) -

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pose le principe du regroupement de l'ensemble des réseaux sous le terme de « réseau de santé » et fixe un cadre juridique commun. A ce titre, les articles L 162-31-1 du CSS et L 6121-5 du CSP

sont abrogés. Se substituant à de précédentes définitions et procédures souvent décriées pour leur imprécision et leur complexité, le nouveau droit des réseaux se veut plus pragmatique.

L'article L 6321-1 du CSP donne la définition suivante des réseaux de santé :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales ou des organismes à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants d'usagers (...) ».

Ainsi, les réseaux de santé, à la différence des actuels réseaux de soins, ne seront plus nécessairement organisés à partir et autour des établissements de santé. La nouvelle définition traduit par son ampleur et sa souplesse l'intention gouvernementale qui veut que le réseau soit facilitateur pour une prise en charge coordonnée, continue et interdisciplinaire.

1.2.2.2 Un nouveau mode de financement - article 36 de la LFSS pour 2002 (Articles L 162-43 à L 162-45 du CSS)

La loi prévoit la mise en place d'un mode de financement propre aux réseaux, le fonds de développement des réseaux qui doit ainsi permettre de redynamiser la constitution des réseaux.

Une enveloppe spécifique pour les réseaux voit le jour, au même titre qu'il existe une enveloppe pour les hôpitaux publics, les cliniques, les établissements médico-sociaux et les soins de ville. Cette enveloppe tend vers le financement pérenne des réseaux, chaque région étant pour sa part compétente dans l'octroi des fonds attribués au niveau national. L'arrêté fixant le montant de cette enveloppe et le montant limitatif attribué à chaque région n'est pas encore paru.

1.2.2.3 Les projets de décret d'application de la loi du 4 mars 2002 ²

▪ Le projet de décret relatif au financement des réseaux et portant application des articles L 162-43 à L 162-46 du CSS définit les règles de financement des réseaux, la procédure à suivre ainsi que le principe de décision conjointe de l'ARH et l'URCAM.

▪ Le projet de décret relatif aux critères de qualité, d'organisation et de fonctionnement ainsi que l'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L 6321-1 du CSP précise que le réseau doit *« prévoir une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive, lui permettant de répondre à son objet et de s'adapter aux évolutions de son environnement »*. Dès lors, les promoteurs doivent se conformer à un certain nombre de critères afin de

² annexes I et II

pouvoir bénéficier des financements prévus. Certes, l'agrément disparaît dans son principe, mais le projet ne peut aboutir que s'il est conforme aux règles.

Une circulaire d'application est en cours d'élaboration, elle a pour objectif de tendre vers la mise en place d'un guichet unique pour le promoteur de dossier (instance de coordination ou conseil régional des réseaux comme en Ile-de-France) et de définir l'articulation entre réseau et centre local d'information et de coordination (CLIC).

1.2.3 Les réseaux coopératifs de santé (Article L 6321-2 du CSP) : un nouveau statut pour les réseaux ?

La loi du 4 mars 2002 précitée introduit, également par son article 84, un cadre juridique déterminé aux réseaux de santé : *« Régis par la loi n°47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et soumis aux dispositions du présent chapitre, les réseaux coopératifs de santé sont des sociétés de prise en charge pluridisciplinaire répondant aux critères et conditions définis à l'article L 6321-1 ».*

Pour pallier l'absence de personnalité juridique des réseaux, le législateur offre un nouveau cadre juridique. Le régime des réseaux coopératifs relève à deux exceptions près (inscription au tableau du Conseil Départemental des Médecins, engagement d'utilisation exclusive des services de la société) des coopératives hospitalières de médecins. Par conséquent, ces réseaux doivent emprunter la forme de société à capital variable, à savoir celles de la société à responsabilité limitée, de la société anonyme ou de la société par actions simplifiée.

Ce dispositif soulève un certain nombre d'interrogations, notamment la question de la participation des établissements publics de santé à une structure sociétaire. En effet, on devrait pouvoir conclure à l'impossibilité d'une telle participation au regard du principe de spécialité. En tout état de cause, il convient de souligner que les réseaux coopératifs de santé ne sont qu'une forme particulière de réseaux. Via le statut coopératif, les réseaux de santé pourront donc dorénavant posséder la personnalité juridique. Cependant, des besoins de clarification demeurent.

2 LE RESEAU ABV8: «UNE AMBITION A L'EPREUVE DU REEL»

C'est dans ce contexte de développement des réseaux que s'inscrit le projet ABV 8. Ce projet s'est construit en différentes étapes et a dû s'adapter à des contraintes extérieures diverses (2.1). La présentation du projet permettra de mettre en évidence les atouts et les freins au développement du réseau (2.2).

Fiche d'identité du réseau ABV8 (présentation des deux associations initiatrices du projet)

Association du Bassin de Vie N°8 ³	Association des professionnels libéraux médicaux et paramédicaux du Bassin de Vie N°8 ⁴
Date de création: 28/03/2001	Date de création: 02/05/2001 Création en vue d'obtenir un financement du FAQSV
Président: Dr SEMERCYAN Vice-Président: Dr HAMON Trésorier: Mme MESSINA Secrétaire: M LACOUR	Président: Dr CARCONE Vice-Président: M HENNEQUIN
Siège social: 38 rue Ernest RENAN, BP 66, 92133 ISSY LES MOULINEAUX	
Objet : « Améliorer la prise en charge de la population par l'interactivité des structures sanitaires, médico-sociales et sociales à l'intérieur du bassin de vie dans le cadre d'une politique définie au niveau départemental et régional ».	Objet : « Prise en charge des personnes devenues dépendantes de façon transitoire ou définitive du fait d'un handicap ou d'un âge avancé nécessitant une équipe pluridisciplinaire sur le plan sanitaire »
Aire géographique considérée : les 14 communes du bassin de vie N°8 du sud du département des Hauts de Seine ⁵ : Antony, Bagneux, Bourg-la-Reine, Chatenay Malabry, Châtillon, Clamart, Fontenay aux Roses, Issy-les-Moulineaux, Malakoff, Meudon, Montrouge, Le Plessis-Robinson, Sceaux, Vanves. Le bassin de vie N°8 représente environ 35 % de la population du département Population totale : 478 202 habitants Population de plus de 60 ans : 92 832 habitants ⁶ dont 32 756 de 75 ans ou plus. Population présentant un handicap sévère : 12 427 ⁷	
	-Financement FAQSV 355 542 € sur 1 an ⁸ -Autres financements sollicités pour 2002-03 :CNAM (137 204 €), Conseil Régional (91 470€), Conseil Général (114 336 €), Collectivités locales (128 057€), DDASS (91 469€), ARH et URCAM (45 735€), autres financeurs (125 301€)

Autres partenaires ayant participé à la constitution du réseau:

- Fédération des médecins du 92 (FED 92) dont le président est le Dr HAMON ;
- Amicale des praticiens libéraux.

³ annexe III

⁴ annexe IV

⁵ annexe V

⁶ Données des mairies, recensement INSEE, 1999

⁷ J. Sanchez et A. Bounot, données sur le handicap, 1998

⁸ annexe VI

2.1 Le projet ABV8

2.1.1 Le projet formulé par les initiateurs : un territoire, une population, des acteurs, des objectifs

Dans le cadre de l'état des lieux global de l'offre de soins dressé lors de la rédaction du SROS Ile de France, les acteurs du monde sanitaire, auxquels se sont ajoutés les professionnels des secteurs social et libéral, ont approfondi la problématique de la prise en charge de la personne âgée au sein du bassin de vie n°8 du département des Hauts de Seine.

▪ La première étape consistait à définir le territoire du réseau. Les acteurs ont fait le choix de délimiter leur action au bassin de vie n°8, tel que fixé par l'ARH. Ce territoire regroupe quatorze communes, soit 476 500 habitants⁹.

▪ Ensuite, les promoteurs du réseau se sont attachés à cibler la population concernée à partir d'un quadruple constat :

- l'absence de prise en charge globale de la personne âgée sur le territoire,
- le manque de capacités d'hospitalisation dans le bassin de vie considéré,
- le défaut de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation,
- le faible suivi de la personne âgée entre les différentes structures sociales et de soins.

Le territoire de l'ABV 8 apparaissait dès lors dépourvu de culture gériatrique. Ce constat, qui s'appuyait sur l'expérience professionnelle de chacun, se voyait confirmé par un certain nombre de projections démographiques. Celles-ci prévoyaient à l'échelle nationale, un accroissement important du nombre de personnes dépendantes (710 000 en l'an 2000, 986 000 en 2020).

▪ L'action s'est poursuivie par la réunion spontanée des différents acteurs concernés des quatorze communes du BV8. Ces acteurs appartiennent à différentes institutions. Il s'agit des partenaires libéraux, sociaux et médico-sociaux, hospitaliers, associatifs et administratifs.¹⁰

Le 28 mars 2001, certains de ces acteurs ont décidé de se réunir, à titre personnel, au sein d'une association dénommée ABV8. Pour préserver cette dynamique, des rencontres mensuelles autour d'un comité de pilotage¹¹ ont été programmées.

▪ Une meilleure connaissance mutuelle des acteurs de santé a permis de définir des objectifs :

- d'une part, des objectifs généraux telles l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant un besoin récurrent de soins, l'adaptation de l'offre à la demande de soins, l'expérimentation du réseau comme complément de l'offre de soins, l'évaluation des pratiques professionnelles et enfin l'optimisation des coûts.

⁹ recensement 1995 et annexes VII et VIII

¹⁰ annexe IX

¹¹ annexe X

- d'autre part, un objectif opérationnel qui consiste dans la mise en place d'une plate-forme d'orientation et de coordination visant à assurer le maintien à domicile lorsque c'est possible ou à organiser l'hospitalisation dans la structure la mieux adaptée à l'état du patient.

▪ Le projet de fonctionnement du réseau prévoit que chaque acteur y joue un rôle particulier:

- *Le patient* est au cœur du système. Il peut entrer en contact avec le réseau soit par l'intermédiaire d'un professionnel, membre du réseau, soit en s'adressant à la cellule de coordination. Il s'agit de sa part d'une démarche volontaire.

- *Le médecin* dresse le bilan de la personne accueillie, prescrit l'intervention des différents acteurs paramédicaux nécessaires à la prise en charge de la personne et transmet automatiquement les données nécessaires à l'information des paramédicaux. Il peut être coordinateur et est en charge de la création et de l'aménagement du dossier informatisé du patient.

- *Les établissements de santé* alertent le réseau lorsque le besoin se fait sentir.

- *Le centre de coordination* recense toutes les données concernant les patients, gère l'information et les transmissions. Il propose les solutions aux patients et aux professionnels avec lesquels il est en contact.

- *Les acteurs médico-sociaux* ont un rôle d'alerte et participent à la prise en charge des patients.

- *Le professionnel paramédical*, quant à lui, suit l'évolution de la personne tout au long de ses interventions à domicile. Il transmet ses remarques et ses conseils aux autres intervenants grâce à une fiche de liaison informatisée. Il peut être également coordonnateur et met à jour le dossier informatisé.

Chacun de ces acteurs est interdépendant.

2.1.2 Des contraintes extérieures

Le projet ABV 8 a ensuite dû évoluer pour s'adapter à diverses contraintes d'ordre externe.

▪ L'enrichissement du cadre législatif et réglementaire relatif aux réseaux en général a influé sur la mise en œuvre du réseau ABV 8.

Créé par la loi du 27 décembre 1998 et le décret du 12 novembre 1999, le FAQSV constitue un atout certain pour les projets de réseaux. Toutefois, il s'adresse uniquement aux professionnels libéraux, contraignant ainsi les membres de l'ABV8 à constituer une deuxième association dénommée « association des professionnels libéraux et paramédicaux du bassin de vie N°8 » après le rejet de leur première demande. Un tel rejet a constitué une contrainte supplémentaire, une contrainte de temps. Finalement, en juin 2002, l'association des libéraux a obtenu à ce titre une subvention de fonctionnement.

Conformément aux dispositions réglementaires, après l'obtention du financement FAQSV, l'association des libéraux du bassin de vie N° 8 a signé une convention avec l'URCAM dite « convention FAQSV » qui reprend la finalité du projet, le financement, les engagements de ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002

l'association, les objectifs opérationnels et le calendrier prévisionnel de réalisation ainsi que les prestations financées par le FAQSV.

Enfin, la circulaire LARCHER du 25 novembre 1999 relative au réseau de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux a obligé les réseaux dans leur ensemble, et l'ABV8 en particulier à intégrer de nouvelles règles (aspect préventif, animation et formation des professionnels, suivi et évaluation du réseau).

- Les membres du réseau ABV8 ont également dû s'adapter à des contraintes imposées par la DDASS. Celle-ci est particulièrement attachée à l'égal accès des patients au réseau. A ce titre, il aurait paru souhaitable que l'ensemble des établissements publics ou privés du bassin de vie n°8 proposant des services de soins de suite soient associés au réseau.

- Par ailleurs, les établissements de l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP HP) participant au réseau doivent se soumettre à des contraintes internes. Ainsi, le projet de réseau ABV8 doit être présenté devant la commission des réseaux de l'AP HP.

- Enfin, le Comité régional des réseaux, tel qu'il existe déjà en Ile de France, n'a à l'heure actuelle pas donné son avis quant à la réalisation de ce réseau puisque le dossier promoteur n'est pas encore totalement finalisé.

2.2 Atouts et freins au développement du réseau

Alors que le projet vient d'obtenir les premiers soutiens financiers lui permettant de voir le jour, la démarche de santé publique menée peut sembler incomplète et risque de freiner à long terme le développement du réseau. Cependant, il demeure que le projet ABV8 apporte une réponse à un réel besoin de santé publique.

2.2.1 Une réponse multiprofessionnelle et volontariste à un besoin de santé publique

2.2.1.1 La création de l'ABV8 répond à un réel besoin de santé publique¹²

La population française se caractérise aujourd'hui par un phénomène de vieillissement (7,5% de la population française atteint l'âge de 75 ans et plus). La majorité des personnes âgées vit à domicile (96,8% des 75-79 ans, 89% des 80 ans et plus). En outre, la proportion des personnes âgées vivant seules est de 48% chez les 80 ans et plus. Or, l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'un accroissement d'un certain nombre de risques : risque de chutes, de dénutrition, d'effets iatrogènes des médicaments, de dépression ou de démence.

Face à ces évolutions, les prises en charge se révèlent souvent inadaptées :

- L'adaptation des services à la prise en charge gériatrique se révèle souvent insuffisante. Paradoxalement, seuls 16,5% des patients âgés bénéficient d'une évaluation gériatrique, même en

¹² cf. le projet de SROS relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en Ile de France d'août 2002
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002

cas de dépendance importante, alors qu'elle est essentielle chez les malades à risque ou en perte d'autonomie. En effet, cette évaluation permet une approche transversale et globale de la prise en charge et aide à préparer l'entrée et la sortie du patient.

- La prise en charge en hôpital de jour reste insuffisante. Les places sont saturées et peu d'hôpitaux de jour sont disponibles pour réaliser des bilans diagnostics et des évaluations gériatriques.
- La coordination entre les différents acteurs hospitaliers ou de ville travaillant dans le domaine sanitaire et médico-social est souvent inexistante.
- La formation du personnel à la prise en charge des personnes âgées est peu développée.

En conséquence, les personnes âgées et dépendantes sont fréquemment orientées vers les services d'urgence (la prise en charge des personnes âgées y représente 7,4% des passages).

La création de réseaux tel que l'ABV8 vise à pallier ces difficultés en organisant une prise en charge transversale et multidisciplinaire du patient âgé et/ou dépendant. Face au constat d'une superposition de dispositifs de prise en charge des personnes âgées, la démarche de réseau vise à instiller de la coordination.

2.2.1.2 La prise de conscience d'une problématique locale

La région Ile de France, et le département des Hauts de Seine en particulier, n'échappent pas aux évolutions démographiques préalablement décrites : 2,2% de la population y a aujourd'hui 85 ans ou plus, 6,7% a 75 ans et plus. Dans ce département, 92,2% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent à domicile.

Or, sur ce territoire, l'offre de soins ambulatoires est loin de répondre aux besoins. Ainsi, on compte pour 1000 habitants de 75 ans et plus une densité de 18 médecins généralistes libéraux et de 9 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) libéraux.

De même, le taux d'équipement en matière de Services de Soins infirmiers à domicile (SSIAD)¹³ est parmi les plus faibles d'Ile de France avec une moyenne de 12,72 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus.

Le nombre de lits et places en maison de retraite se révèle également insuffisant : 73,43 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. Ce taux est largement inférieur au taux national. Le taux d'équipement en accueil de jour révèle les mêmes insuffisances : 1,02 pour 1000.

Enfin, on ne dénombre aucune coordination gériatrique de type CLIC dans le Sud du département. La place de la personne âgée y est peu prise en compte, les capacités d'hospitalisation notamment en court et moyen séjour sont rares tout comme les structures alternatives à l'hospitalisation.

¹³ Les SSIAD ont été créés en 1981 afin de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à leur domicile et donc de retarder ou même d'éviter leur placement sans une structure d'hébergement ou une hospitalisation en longue durée. Leur rôle est aussi de faciliter les retours à domicile après une hospitalisation.
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002

2.2.1.3 Faire travailler ensemble des acteurs de santé publique

Le principe même du réseau repose sur l'idée de faire travailler ensemble des acteurs de santé publique obéissant traditionnellement à des rationalités différentes et agissant chacun de leur côté. Comme le définit le Dr MENARD, président de la coordination nationale des réseaux (CNR): *« le réseau est un processus de transformation profonde des pratiques professionnelles. Il permet de dépasser les représentations négatives des uns et des autres. Cela nécessite un apprentissage, une connaissance des limites et des compétences de chacun. Le réseau développe des pratiques coopératives non hiérarchiques. Il impose un changement d'état d'esprit, un changement de mentalité des professionnelles voire un changement de culture pour aboutir à des références et à un langage commun »*¹⁴. Le réseau ABV8 réunit ainsi à la fois des institutionnels, des médicaux et paramédicaux, sociaux et médico-sociaux allant jusqu'à rompre avec la dialectique public/privé au service d'un même objectif. Ce degré de coopération a pu être atteint à force de temps et d'échanges à travers des réunions mensuelles.

Cette révolution culturelle dans les esprits s'est même traduite par une révolution culturelle dans les pratiques.

2.2.1.4 Une révolution culturelle dans les pratiques

La mise en place progressive d'outils de travail communs est sans doute la meilleure preuve concrète d'une démarche en réseau¹⁵. Un travail de fond a ainsi été effectué notamment par la création de fiches de liaison entre le domicile et les urgences des hôpitaux de Percy, Bécélère et Antony ainsi que de fiches d'autonomie entre ces hôpitaux et les maisons de retraite. Des protocoles de soins ont également été mis au point en collaboration avec les maisons de retraite. Un travail de communication a aussi été entrepris par la diffusion d'une fiche indiquant la démarche à suivre en cas de problème urgent.

En outre, le Dr HAMON travaille à la conception d'un dossier médical partagé informatisé doté d'une messagerie sécurisée qui constituerait un élément essentiel du fonctionnement du réseau.

Enfin, la mise en place d'un numéro de téléphone unique (sur le modèle du 15) est envisagée tout comme la création d'un annuaire du réseau.

2.2.1.5 L'importance du volontariat

Une des réussites notables du réseau ABV8 réside dans l'implication des partenaires notamment de certains libéraux. Cet engagement mérite d'autant plus d'être souligné qu'il repose sur le principe du volontariat et sur la réelle volonté de ces derniers à prendre en considération un véritable besoin de santé publique.

Le volet formation des membres du réseau n'a pas été négligé. Des formations destinées aux auxiliaires de soins ainsi que des enseignements post-universitaires (EPU) pour les médecins

¹⁴ Propos tenus par le Dr MENARD, conférence APPLE du 12/09/02, Porte de Versailles, PARIS

¹⁵ annexe XI

libéraux ont été organisés. En outre, dans le cadre de la mise en place du dossier médical crypté est prévue une formation à l'intention des professionnels du réseau (secrétaires et médecins).

2.2.2 Les lacunes de la démarche menée en santé publique

2.2.2.1 Une évaluation imparfaite des besoins de la population

Aux yeux de certains acteurs institutionnels, le territoire d'action choisi pour le réseau ABV8 peut paraître trop ambitieux. En effet, celui-ci entend prendre en charge les personnes ayant un besoin récurrent de soins sur le bassin de vie N°8.

Ce point de vue est pondéré par d'autres intervenants notamment parce que l'offre de soins demeure limitée dans le sud du département au regard du nombre d'habitants : il n'existe qu'un seul service d'accueil et d'urgence à l'hôpital Antoine Béclère complété d'une unité de proximité à l'hôpital privé d'Antony. De plus, le Dr RAVOT, représentant des usagers au sein du réseau, il insiste sur l' « *absence de structure d'hospitalisation pour les personnes âgées notamment en terme de court et moyen séjour. Le seul service de court séjour se trouve au centre hospitalier d'Issy-les-Moulineaux* ».

2.2.2.2 L'ambiguïté des objectifs et leur manque d'opérationalité

Le réseau ABV8 semble s'adresser avant tout aux personnes âgées de plus de 60 ans et aux personnes handicapées conformément à l'objet de l'association des libéraux, promoteur du réseau.

Toutefois, la deuxième demande de financement FAQSV présentait des objectifs opérationnels peut-être trop généraux. Par exemple, parmi les objectifs médicaux, le réseau se proposait de prendre en charge de façon optimale les bénéficiaires du réseau, de former et d'assurer le suivi de l'information de l'ensemble des professionnels. Quant aux objectifs organisationnels, ils évoquaient la mise en place d'une coordination entre les médecins, les soignants, les médico-techniques libéraux ou encore la création d'un annuaire permettant l'identification des possibilités des prises en charge. Dans ces conditions, les objectifs ,apparemment précis, poursuivis par le réseau restent ambigus dans leur définition. En effet, pour certains des acteurs, le réseau aurait vocation à prendre également en charge sous l'appellation de « personnes ayant un besoin récurrent de soins » les jeunes victimes d'accidents vasculaire cérébraux et les jeunes handicapés à la suite d'un accident de la route.

Les incertitudes quant à la pertinence du territoire d'action retenu et à la définition d'objectifs précis peuvent expliquer la préférence de certains acteurs institutionnels pour la mise en place d'un CLIC ou encore d'une coordination gérontologique. En effet, un CLIC s'inscrit dans un territoire plus restreint et entend prendre en charge les personnes âgées uniquement.

2.2.2.3 L'absence de recours aux expertises

Un des reproches pouvant être formulé à l'encontre du réseau réside dans l'absence de recours aux expertises. Le réseau s'est ainsi privé d'un certain nombre de conseils qu'il aurait pu obtenir de la CNR ou encore du réseau gérontologique ARCHIPEL installé dans la commune voisine de Courbevoie, et qui l'aurait assisté dans sa mise en œuvre pratique. Pourtant, au sein de la région Ile de France, des sources d'information concernant les réseaux sont proposées.

Les acteurs institutionnels tels que l'ARH et l'URCAM Ile de France incitent par exemple les promoteurs d'un réseau à se tenir informés des expériences menées dans ce domaine. Des informations sont ainsi diffusées sur le site de l'URCAM et des journées de communication sont organisées par l'URML.

2.2.2.4 Les problèmes liés à l'identification des acteurs et à leurs rôles

Le réseau semble moins reposer sur une véritable interdépendance des acteurs que sur des impulsions d'origines diverses. Tout en s'impliquant dans la dynamique de réseau, les acteurs ne parviennent pas toujours à s'affranchir de leurs intérêts personnels . Les incertitudes quant à la nomination d'un coordonnateur et au choix du lieu de la coordination en sont l'illustration.

Ainsi, le projet ABV8 prévoit la mise en place d'un pôle de coordination qui comprendrait un coordonnateur et deux secrétaires à plein temps. Ce pôle assurerait une permanence téléphonique (8 à 20 H du lundi au samedi). Le rôle du coordonnateur consisterait à élaborer avec les médecins traitant un protocole de prise en charge coordonnée, à assurer le suivi de l'ensemble des dossiers patients qu'il centraliserait, à mettre en place un plan de formation, à animer la vie du réseau, à assurer la concertation entre les membres et enfin à garantir l'évaluation interne du réseau. L'étendue des compétences du coordonnateur laisse présager de sa place fondamentale au sein du réseau.

Toutefois, malgré l'attribution du financement du FAQSV en juin 2002, l'ABV8 n'a toujours pas de coordonnateur. Pour l'instant, les membres envisagent seulement de recruter « un médecin coordonnateur » pendant les six premiers mois pour lancer le réseau. Celui-ci serait ensuite relayé par une permanence animée soit par une assistante sociale, soit par une infirmière. En outre, le lieu d'implantation de la coordination reste encore à déterminer. Deux hypothèses sont émises : soit à Fontenay-aux-Roses, soit au sein de l'hôpital Corentin-Celton. Toutefois, certains des acteurs craignant un regain d'hospitalocentrisme préféreraient un lieu neutre.

Ce débat est un des enjeux de pouvoir entre les acteurs intervenant sur le territoire du bassin de vie n°8 des Hauts-de-Seine. Il en existe bien d'autres...

3 ENJEUX ET PERSPECTIVES DU RESEAU ABV8 ET DES RESEAUX DE SANTE NATIONAUX

L'étude du cas ABV8 a mis en évidence notamment à travers nos entretiens, l'existence d'enjeux de plusieurs ordres : des enjeux de santé publique et éthiques (3.1), des enjeux économiques (3.2) et enfin des enjeux de pouvoir (3.3). Ces enjeux peuvent être mis en perspective tant au plan national, qu'au plan de l'ABV8 et d'autres réseaux locaux.

3.1 Enjeux de santé publique et éthiques

3.1.1 Enjeux de santé publique

3.1.1.1 Un enjeu de planification et de prise en charge de la santé

Tant au niveau local que national, un des enjeux du réseau de santé est de mieux adapter l'offre à la demande. Cependant, l'étude de terrain et certaines réflexions, notamment celle du Dr Ménard¹⁶, suscitent des interrogations sur les réelles motivations de création d'un réseau. N'est-il pas parfois une réponse à une difficulté propre à un des promoteurs du réseau (exemple pour l'hôpital : la réduction de la durée moyenne de séjour est un objectif qui peut justifier la création d'un réseau mais les autres acteurs ressentent-ils ce même besoin?).

Le réseau de santé a pour enjeu majeur de développer une prise en charge globale par une complémentarité, une coordination et un partage d'informations entre les différents professionnels, médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux. La cohérence d'une telle organisation nécessite des références communes (procédures, charte, recommandations de bonnes pratiques, formations...).

L'ABV8 s'est fixée des objectifs répondant en partie à ces points : éviter l'hospitalisation, développer le maintien à domicile, élaborer une charte, dépister et prendre en charge précocement les risques de chutes... Toutefois, il est difficile d'observer comment concrètement ces actions sont mises en œuvre. La formation des professionnels et l'éducation de la santé ne semblent pas encore avoir été totalement intégrées dans le projet. Ce constat, probablement observable à l'échelon national, peut s'expliquer par la nouveauté de cette prise en charge globale de la santé et non plus uniquement de la maladie. Une meilleure prise en compte de ces éléments s'avère indispensable pour les futurs projets, aussi bien pour leur financement que pour leur fonctionnement.

¹⁶ Dr Ménard, www.medcost.fr - « le projet d'Intranet des réseaux en partenariat avec France Télécom sera présenté au congrès de Juin », 15 mars 2001

3.1.1.2 La prise en compte de l'évaluation et de l'accréditation

Le principe d'évaluation des réseaux est imposé par les ordonnances de 1996 pour l'obtention des financements. Mais cette exigence d'évaluation peut aussi être ressentie par les professionnels du terrain comme un frein au démarrage d'un projet. Les évaluations de pratiques, d'organisation et d'activité ont pour enjeux de proposer des soins adaptés et efficaces. Toutefois, les professionnels perçoivent trop souvent cette évaluation comme une contrainte.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est aussi un enjeu important qui doit être fait tout au long de l'accompagnement du projet : connaître les réelles attentes concrètes des usagers permet d'adapter le dispositif au fur et à mesure¹⁷. L'évaluation des réseaux amène aussi à évaluer les programmes de santé publique comme la prévention, ce qui est assez novateur.

Nous avons constaté au cours des entretiens que les professionnels de l'ABV8 n'ont pas toujours perçu l'évaluation comme un enjeu de premier ordre. Peut-être est-ce parce qu'ils ont adopté une démarche pragmatique et que des outils d'évaluation adaptés font encore défaut ? Or, un décret d'application de la loi du 4 mars 2002 doit définir des critères de qualité et de conditions d'évaluation des réseaux. Pour débiter l'accréditation des réseaux, l'ANAES attend d'une part la publication de ce décret et d'autre part la stabilité des réseaux.

3.1.2 Enjeux éthiques

3.1.2.1 Une révolution culturelle et une modification des relations entre les différents acteurs

Le concept de réseau induit une modification de la pratique habituelle des médecins en particulier. Si la relation médecin - malade n'est pas fondamentalement changée par le réseau, il en est tout autre de la relation entre médecins et autres intervenants du réseau. Il s'agit en quelque sorte d'une « révolution culturelle » car le travail du médecin devient plus partagé qu'auparavant. De plus, la notion de hiérarchie disparaît au sein du réseau.

Jusqu'à présent les acteurs professionnels ne faisaient appel les uns aux autres que quand le besoin s'en faisait ressentir. Dans le réseau, on passe d'une performance individuelle à une véritable performance de groupe. Tous les professionnels doivent acquérir des connaissances scientifiques communes ; une coordination des connaissances individuelles devient ainsi indispensable. Il en est de même de l'évaluation de la qualité et des performances qui ne sont plus seulement personnelles mais aussi collectives. Une nouvelle éthique professionnelle commune peut-elle naître du réseau ? La mise en place des réseaux implique en tout état de cause l'adaptation des professionnels à de nouvelles conditions d'exercice de leur profession avec la prise en compte d'un nouvel acteur : le coordonnateur.

¹⁷ propos recueillis lors de l'entretien avec Mme Leboeuf, ANAES

3.1.2.2 La problématique du libre choix du patient

▪ Les promoteurs de l'ABV8 et les textes officiels récents rappellent le respect de l'adhésion volontaire du patient au réseau. Ces conditions particulières d'entrée dans le réseau sont des gages de respect du libre choix. Cependant des interrogations se posent quant à la concrétisation de ce libre choix lors de la mise en marche proprement dite du réseau : Comment le patient va-t-il formuler ses choix au cours de la prise en charge ? Sous quelles formes le patient matérialisera-t-il son adhésion ?

Afin de garantir le libre choix, il conviendrait de tenir compte de l'ensemble de ces éléments dans la constitution d'une charte.

▪ Cette notion de libre choix nous amène à nous interroger sur la place de l'utilisateur/patient au sein du réseau et sur le fonctionnement de la « démocratie sanitaire ». Pourtant, comme le rappelle la circulaire Larcher du 25 novembre 1999, les usagers doivent être au centre des préoccupations du réseau. Une charte en cours d'élaboration devrait clarifier le rôle et la place de l'utilisateur dans le réseau.

3.1.2.3 De la circulation des informations et du secret médical

La nécessaire circulation des informations entre les différents partenaires est une condition essentielle au bon fonctionnement du réseau. La préservation du droit du malade au secret et au respect de sa vie privée s'impose mais est plus difficile à appliquer. Le secret médical devient en quelque sorte partagé et exige la mise en place de dispositifs destinés à respecter la confidentialité des données.

Les promoteurs du réseau de l'ABV8 se sont souciés de cette problématique en la confiant à la FED 92 qui doit mettre en place un réseau crypté et organiser une formation des professionnels à ce sujet. Ce cryptage constitue l'une des seules garanties efficaces de protection dans la mise en place d'une transmission sécurisée des données dans un réseau.

La loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 impose une protection de toute information médicale à caractère personnel. L'augmentation des échanges d'information dans les réseaux nécessite un renforcement de la vigilance de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) lors de l'examen des projets.

Il convient donc de respecter scrupuleusement les conditions de collecte des informations, de signature électronique, d'accès et de modification des messages ainsi que de leur stockage. La loi impose aussi d'informer le patient des conditions d'utilisation de ces données.

Les évolutions récentes de la loi du 4 mars 2002 confèrent ainsi au patient un droit fondamental en lui permettant l'accès direct à son dossier médical..

3.1.2.4 La responsabilité en question

Comme il a été souligné précédemment, ni les réseaux « CSS », ni les réseaux « CSP » ne bénéficient de la personnalité juridique. Dès lors, la responsabilité des professionnels adhérant au réseau reste personnelle. Ainsi, l'exercice de l'activité des acteurs du réseau peut soulever des difficultés dans la mise en œuvre d'une action en responsabilité d'un patient ayant subi un dommage. Qui est l'auteur de la faute ayant entraîné le préjudice ? Le risque est que chacun des professionnels rejette la responsabilité vers l'autre et que la responsabilité se dilue. Le principe de la personnalité juridique des réseaux coopératifs de santé pourra-t-il mettre fin au problème ?

3.2 Enjeux économiques

Comme toute structure économique, le réseau doit permettre de produire plus ou mieux à enveloppe financière constante. La dimension économique des réseaux doit être prise en compte.

3.2.1 L'enjeu économique est avant tout un enjeu financier

Le réseau s'appuie pour fonctionner sur des fonds venant de différents partenaires (Etat, Assurance maladie, collectivités locales...). La diversité des financements implique des cofinancements complexes qui comportent à la fois des avantages et des inconvénients. Le cofinancement peut, certes, assurer au réseau une certaine indépendance dans son fonctionnement et son organisation. Pourtant, il peut aussi nuire à la clarté et à la simplicité des opérations (comme l'a montré la création de deux associations distinctes pour le réseau ABV8), voire alimenter l'agacement ou le découragement des promoteurs du réseau. De plus, le financement n'est pas toujours pérenne, ce qui compromet l'avenir du réseau¹⁸.

Le comité des réseaux d'Ile de France se fonde d'ailleurs, pour formuler ses avis, sur des critères économiques : le réseau permet-il de mettre en place de nouvelles formes de rémunération en fonction des prestations à fournir ? Peut-on dégager des pistes permettant de rationaliser le coût global de la prestation offerte ?...

3.2.2 Les réseaux peuvent générer également des économies d'échelle

Le réseau comporte des avantages économiques non négligeables. Il peut générer des économies d'échelle, des économies de fonctionnement et d'évaluation grâce à un partenariat inter-réseau quand il existe. Les échanges d'expériences engendrent des gains de temps et d'argent. Or, on peut, à ce sujet, regretter l'absence de coopération et de synergie entre le réseau ABV8 et les autres réseaux des Hauts de Seine.¹⁹

¹⁸ La récente création d'un Fonds de Développement des Réseaux (FDR) devrait assurer la pérennité et l'évolutivité du financement des réseaux. Son montant est fixé annuellement par la loi de financement de la Sécurité Sociale. Il est alimenté par l'ensemble des enveloppes. La répartition du fonds est réalisée au niveau régional.

¹⁹ Tout particulièrement avec le réseau ARCHIPEL, un réseau gérontologique des Hauts de Seine, qui ne devrait pas être étranger à l'ABV8

3.2.3 Le réseau peut être l'occasion de réfléchir sur les modes de rémunération des professionnels de santé et le système de santé en général

Le réseau de santé rassemble des acteurs volontaires, longtemps non rémunérés²⁰. Cette précision a son importance surtout pour les professionnels libéraux, qui prennent sur leur temps de consultation pour se consacrer au réseau. Cependant, la création du FAQSV en 1998, a permis le financement de certaines activités du réseau : formation, évaluation, recherche. Le réseau implique par conséquent aussi une réflexion autour des modes de rémunération de ses acteurs.

Le mode de paiement à l'acte, caractéristique de la médecine libérale française, semble ainsi inadapté au travail en réseau, tant pour les médecins que pour les infirmiers. Pourtant, le réseau offre des avantages aux libéraux : ils sortent de leur isolement traditionnel, gagnent du temps pour orienter et suivre leurs patients et s'enrichissent professionnellement.

L'analyse en terme d'économie de la santé conduit enfin à réfléchir sur l'impact des réseaux en matière de restructuration des activités entre les structures hospitalières et la ville. La complémentarité entre la médecine de ville et l'hôpital pourrait participer en effet à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Or, il est loin d'être évident que les réseaux génèrent une réduction réelle des coûts compte tenu du mode de calcul du budget hospitalier et de l'augmentation prévisible du volume des soins ambulatoires. Si l'étude des conséquences économiques est un impératif, la réduction des coûts ne doit pas être considérée comme un objectif en soi.

La problématique des réseaux invite également à se pencher sur la mise en place d'incitatifs économiques, capables de prévoir et d'orienter la trajectoire du patient. Comment répartir les activités de santé entre les différents professionnels tout en respectant les exigences de qualité et de sécurité ?

3.3 Enjeux de pouvoir

Les réseaux de santé sont confrontés à une gamme d'interlocuteurs pluridisciplinaires, obéissant chacun à leur logique propre. Des incompréhensions de toute nature peuvent donc se développer, des lignes de fracture et des jeux de pouvoir peuvent émerger. Au travers des entretiens il ressort que les différents enjeux de pouvoir se cristallisent autour d'un même objet : le monopole de la définition des priorités et des actions de santé publique. Trois principaux jeux de pouvoir se dessinent.

3.3.1 L'opposition de « deux écoles de pensée »

Suite aux différents entretiens que nous avons réalisés, deux courants ou « écoles de pensée » semblent se dégager et s'opposer.

²⁰ une rémunération est envisagée pour la fonction de coordonnateur
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002

▪ La première école, très institutionnelle, s'appuie sur le pouvoir administratif, les textes réglementaires et le pouvoir financier. Cette école a une approche statique des réseaux. Sa vision semble pour certains trop éloignée du «terrain». Ses partisans seraient ainsi, dans le cas particulier de l'ABV8, davantage favorables à la mise en place d'un CLIC. Le CLIC nécessite en effet une procédure de labellisation sous forme d'un accord entre préfet et président du conseil général et impose une répartition des missions quasi-étanche entre différents niveaux (le CLIC 1 assure une écoute et une information auprès des usagers ; à cela s'ajoute pour le CLIC 2 une mission d'évaluation des besoins ; enfin, le CLIC 3 reprend toutes ces tâches enrichies d'une mise en place du plan d'aide à la personne).

Contrairement au CLIC, le réseau définit lui-même ses objectifs et missions. Il incarne en quelque sorte une réalité plus mouvante, et donc qui peut échapper en partie au pouvoir administratif (cas des réseaux informels). Il n'existe d'ailleurs pas de CLIC dans le sud des Hauts de Seine. Pourtant, on peut s'interroger sur la manière dont pourrait se concrétiser l'articulation CLIC - réseau, à la fois dans les textes et sur le terrain.

▪ Les partisans de l'autre école privilégient une approche plus pragmatique. Ils «parient» davantage sur les démarches volontaristes et sur les expériences du terrain.

Ce premier clivage ne crée pas des blocs monolithiques, mais traverse même les institutions. Ainsi, certains responsables de l'ARH ou de la DDASS se reconnaîtront davantage dans la seconde école.

3.3.2 Conflits de pouvoir au sein même du réseau

Les membres d'un réseau, comme l' ABV8, peuvent même s'opposer. Leurs logiques d'approche, leurs statuts (public-privé), leurs cultures professionnelles rendent difficile le travail en commun. Leurs intérêts sont toujours différents, et même parfois divergents.

On distingue trois catégories d'acteurs, détenteurs de trois formes de pouvoir :

▪ *Le monde hospitalier*, regroupant les établissements publics, mais aussi privés, peine parfois à se décroiser. Quand il y arrive, il peut tenter de conserver son pouvoir d'influence en devenant la tête (pensante) du réseau. Ces velléités, réelles ou supposées, risquent de nourrir des craintes d' « hospitalocentrisme » de la part des acteurs de la ville. Une illustration de ce conflit est la question du choix du coordonnateur et du lieu d'implantation du local : la ville de Fontenay ou l'hôpital public C. Celton ? Le choix d'un lieu neutre paraît préférable.

Le monde hospitalier est lui-même traversé par des jeux de pouvoir. On distingue en effet d'un côté les structures privées, et de l'autre les établissements publics de santé. Chacun de ces groupes mène des stratégies de création, de conservation ou de consolidation de son pouvoir. Ainsi, les établissements de la Générale de Santé semblent avoir un intérêt, essentiellement financier, à faire partie du réseau ABV8. Ils cherchent à s'implanter et à monopoliser la

représentation du privé au sein du réseau²¹. De son côté l'AP-HP, en s'ouvrant sur son environnement extérieur, ne semble plus être une citadelle cloisonnée.

▪ *Le pouvoir médical* des professionnels libéraux peut, selon certains, être menacé par l'existence d'un réseau. Outre les risques d' « hospitalocentrisme » déjà évoqués, la perte de clientèle peut intervenir et donc la perte financière.

Pour d'autres au contraire, le réseau assure une fidélisation des patients et renforce le pouvoir médical, notamment vis-à-vis des instances décisionnelles (ARH, DDASS, URCAM...). Ces deux positions se retrouvent dans l'ABV8.

Au sein des médecins libéraux, des enjeux de pouvoir, principalement syndicaux se sont exprimés autour de la concurrence entre le syndicat majoritaire au sein de l'URML et la FMF. L'URML ne semble pas être totalement étrangère au rejet de la première demande de financement auprès du FAQSV²².

▪ Enfin, on peut s'interroger sur l'existence et la réelle portée du pouvoir des *usagers* au sein d'un réseau, comme l'ABV8 ?

Le réseau a un impact sur les relations entre acteurs. Il est capable de repositionner et de transformer durablement les relations entre acteurs du monde sanitaire, social et institutionnel. Il devrait mettre en place des outils de négociation et de rencontre, qui ne doivent pas exister que sur le papier : dialogue et prise de décision commune, comité de pilotage (qui participe, qui prend la parole, qui décide et qui fait appliquer les décisions ?).

3.3.3 Pouvoirs et territoires

Une dernière fracture tient aux relations entre pouvoir et territoire. L'existence et l'implantation des réseaux soulèvent des jeux de pouvoir en terme d'aménagement du territoire.

La quasi-totalité des maires, toutes tendances politiques confondues, soutient le réseau ABV8. Néanmoins, ils comptent souvent sur le bénéfice politique qu'ils retireront d'une telle initiative, notamment lorsque le choix d'implantation du local de coordination du réseau se fixe sur leur commune. Le réseau, en ce qu'il participe à l'aménagement du territoire, représente un enjeu de pouvoir.

D'autres enjeux de pouvoir territorialisés apparaissent également suite au développement des réseaux. Ces derniers deviennent des acteurs à part entière qui se positionnent les uns par rapport aux autres au sein d'un même espace géographique. Ainsi, dans les Hauts de Seine, le réseau

²¹ la Générale de Santé réalise actuellement un regroupement de quatre cliniques sur le site de l'hôpital privé d'Antony, et l'une des rares cliniques du BV8 membre du réseau vient d'être rachetée récemment par ce groupe.

²² plusieurs membres de l'ABV8 rappellent qu'un acteur très actif du réseau appartenait au syndicat concurrent du syndicat majoritaire au sein de l'URML. Or, l'URML, rappelons-le, participe au comité régional de gestion du FAQSV
ÉNSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002

ABV8 s'est positionné dans une sorte de « splendide isolement » par rapport à d'autres réseaux du département, comme le réseau Archipel par exemple ou le réseau Diabète 92²³.

De façon plus générale, l'existence de ces enjeux de pouvoir territoriaux pose la question d'une régionalisation de la gestion du système de santé. Les acteurs se repositionnent en effet au plus près des usagers, autour d'enjeux localisés de santé publique.

Une illustration de cette éventuelle régionalisation est par exemple l'existence d'un guichet unique. La régionalisation de la procédure doit simplifier et raccourcir les circuits décisionnels en évitant au promoteur de « soumettre sa copie » à de multiples commissions.

²³ le réseau Archipel, réseau gérontologique des Hauts de Seine, comme le réseau Diabète 92 n'ont pourtant aucun contact avec le réseau ABV8. On peut déplorer à cet égard une absence d'échange d'expériences entre réseaux au sein du même département.

CONCLUSION

Le travail de Module Interprofessionnel de Santé Publique a permis d'appréhender le contexte national relatif aux réseaux de santé et de mettre en évidence les points forts et les points faibles d'un réseau de santé en cours de développement dans le département des Hauts de Seine.

A l'aune de cette étude de cas, la dynamique des réseaux apparaît bien comme l'une des solutions pour améliorer l'organisation de la prise en charge médicale et médico-sociale de la population. Pourtant, il est encore difficile de donner une définition claire du réseau, même si cette dernière se précise peu à peu. Ainsi, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit une nouvelle définition du réseau, celle du réseau de santé, prônant ainsi la volonté des pouvoirs publics de tendre vers plus de clarté et de souplesse. Si le concept fait l'unanimité, des besoins de clarification demeurent (notamment en ce qui concerne le statut des nouveaux réseaux coopératifs de santé) et plusieurs décrets d'application de la loi du 4 mars 2002 et relatifs aux réseaux restent en attente.

De toute évidence, depuis une vingtaine d'années, la question d'une prise en charge adaptée aux besoins de la personne s'est imposée au cœur des préoccupations des professionnels de santé, des institutions, des usagers et de la société en général. L'expérience locale de l'ABV8 en est une illustration. Patients et soignants sont les uns et les autres victimes d'un système qui dissocie dans la prise en charge, l'accompagnement, le suivi social et le projet de soins de l'acte médical lui-même. La spécialisation, permettant d'aller toujours plus loin dans la performance, doit maintenant trouver son corollaire dans l'articulation de compétences multidisciplinaires et complémentaires au bénéfice du patient. Or, l'observation sur le terrain témoigne des difficultés à mettre en œuvre cette articulation.

En outre, la réalisation d'un réseau, comme l'ABV8, génère des enjeux de pouvoir et implique un repositionnement des acteurs et des institutions de santé publique.

En conséquence, une réelle volonté politique existe en faveur du développement des réseaux, tout comme une prise de conscience générale de la part des professionnels de la nécessité du décloisonnement. Toutefois, la question reste posée du financement des réseaux pour 2003 : le déficit de la Sécurité Sociale engendrera-t-il une restriction du Fonds de Développement des Réseaux ?

Le chemin à parcourir pour assurer la pérennité et l'efficacité du réseau ABV8 est encore long, et des pistes, déjà évoquées dans le rapport, méritent d'être explorées.

Pistes de réflexion pour l'ABV8	Pistes de réflexion générales
Préciser la fonction du coordonnateur (missions, rattachement, champ de compétence, formation, responsabilités, rémunération, évaluation).	Clarifier l'articulation Réseaux/CLIC (territoire d'action, champ de compétence, public concerné).
Déterminer définitivement le centre de coordination (neutralité du lieu, centralité géographique, facilité d'accès).	Veiller à la concordance entre le fonctionnement du réseau et des principes tels que le libre choix du patient et le secret médical.
Préparer un plan de communication externe à l'attention des usagers et des autres professionnels non membres du réseau	Envisager la mise en place de réels incitatifs économiques afin que patients et professionnels aient intérêt à intégrer un réseau.
Privilégier les échanges avec les autres réseaux existant et les contacts avec la CNR.	Mettre en place des critères à la fois quantitatifs et qualitatifs pour l'évaluation des réseaux.
Renforcer la formation des acteurs aux nouveaux besoins de coordination et de management des réseaux.	Définir un régime de responsabilité clair applicable au réseau : responsabilité du réseau ? responsabilité des professionnels ?
Renforcer la place des usagers (enquêtes de satisfaction et de besoin).	

METHODOLOGIE

La méthodologie est un aspect essentiel de tout travail en santé publique.

La réflexion a été menée en quatre étapes.

Première étape : Présentation et lancement du sujet

Rencontre avec l'animateur, le Dr Frédéric Sicard, Médecin Inspecteur de Santé Publique à la DDASS des Hauts de Seine.

Transmission des documents de départ et présentation du cas.

Orientation par l'animateur vers des personnes ressources.

Désignation d'un référent au sein du groupe en charge de l'organisation logistique.

Deuxième étape : Début du travail en autonomie, « à l'épreuve du réel »

Appropriation du sujet par la lecture des premiers documents.

Détermination de la liste des personnes à contacter et prise des rendez-vous.

Répartition des entretiens sur la base de deux principes :

- Conjuguer les logiques professionnelles de chacun au sein des groupes d'entretien
- Impliquer de manière équilibrée tous les membres du groupe (2 à 3 personnes par entretien).

Elaboration des guides d'entretien différenciés selon les fonctions des interviewés et les niveaux d'intervention (questionnaires propres aux institutionnels, aux membres de l' ABV8, questionnaires d'entretiens téléphoniques).

Troisième étape : Entretiens sur le terrain, entretiens téléphoniques et poursuite des recherches bibliographiques.

Echange quotidien d'information par la transmission e-mail et téléphonique des compte rendus d'entretiens.

Rencontre avec l'animateur : bilan des entretiens et discussion autour d'une première ébauche de plan du rapport.

Quatrième étape : Retour à Rennes, synthèse des entretiens et des lectures, finalisation du plan.

Travail en sous groupes de synthèse des entretiens.

Répartition en sous-groupes de rédaction.

Relecture commune et régulière, prise en compte des remarques de chacun.

Désignation des rapporteurs.

Ce travail collectif ne s'est pas fait sans difficultés et il nous a fallu composer avec :

- la subjectivité des acteurs rencontrés
- la complexité des montages juridiques

- le temps qui nous était imparti
- notre propre subjectivité et nos logiques professionnelles.

Malgré tout, le module a été l'occasion de confronter nos opinions, nos cultures professionnelles et de rompre par l'échange avec certains a priori.

En conclusion, ce travail nous a mis en situation de fonctionner « en réseau ».

BIBLIOGRAPHIE

● **LOIS ET ORDONNANCES :**

- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
- Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 relative au financement de la sécurité sociale pour 1999
- Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 relative au financement de la sécurité sociale pour 2001
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

● **DECRETS :**

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

● **CIRCULAIRES :**

- DH-DGS 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
- DH/EO/97 n°97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements
- DGS n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux
- DAS/RV2/N°2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
- DGAS/AVIE/2C N°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC
- DHOS/O2/DGS/SD5D/N°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

● **CONFERENCES & COLLOQUES:**

- ENSP, Département MATISS, « Séminaire de réflexion sur les réseaux de soins », responsable de l'action : P. LESTEVEN, Rennes, 22 juin 2000
- APPLE EXPO 2002, « *Le développement des soins en réseaux, quels bénéfices pour le professionnel de santé* », Conférence animée par le Dr Jean Paul HAMON – Coordination des médecins libéraux, avec la participation de : M. Bernard EBERLE (AP-HP), Dr Didier MENARD (CNR), M. Gilles POUTOUT (URCAM IDF), Mme Myriam REVEL (DHOS-Ministère de la Santé), PARIS - Porte de Versailles, 12 septembre 2002

● **FASCICULES :**

- URLM IDF, *Guide des réseaux de soins et des systèmes d'information à l'usage du médecin libéral*, octobre 2000
- ANAES, « Evaluation des réseaux de soins, bilan de l'existant et cadre méthodologique », octobre 2001
- L'URCAM ET LES RESEAUX EN ILE DE France

● **MEMOIRES :**

- ZAFARI, « Développement des réseaux – principes et enjeux », DESS promotion 1998-1999, ENSP
- MIP, « *L'accréditation des filières et réseaux de soins* », ENSP, 2000

● **OUVRAGES :**

- Y. BOURGUEIL, M. BREMOND, A. DEVELAY, M. GRIGNON, F. MIDY, M. NAIDITCH, D. POLTON, *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*. CREDES 2001
- P. LARCHER & P. POLOMENI, *La santé en réseaux*, MASSON, avril 2001
- R.-C. MANCRET (sous la coordination), *La constitution des réseaux de soins ville-hôpital*, Les guides de l'AP-HP, éditions LAMARRE, octobre 2001

● **PERIODIQUES ET REVUES :**

- Enquête : « Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les réseaux de soins », *Les nouvelles pharmaceutiques*, n°214, 12 avril 2001
- Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) Paris, Informations médicales pour l'aide à la gestion des établissements (IMAGE) Rennes, *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*, *Questions d'économie de la santé* n°37, CREDES juin 2001
- N. BESLAY, A. MOLE, J.-F. FORGERON, La santé en réseau : mode d'emploi, *Cahier pratique Tissot*, n°8, décembre 2001

- BOURGUIGNON, « Le gouvernement veut faciliter l'expérimentation de filières et de réseaux de soins », *Le quotidien du médecin*, n°6814, lundi 4 décembre 2000
- G.COLLET, P.HARANT, « Réseaux de santé : la situation en France » *Hospital*, 42001, *cours ENSP 1999*
- J-P. DURAND, Le réseau de soins est mort, vive le réseau de santé! , *Filières et réseaux*, n° 54-55, janvier-février 2002
- C. ESPER, « Activité médicale et sociétés coopératives », *Actualités JuriSanté CNEH*, n°34, décembre 2001
- M. FUKS, Dossier-Réseaux de soins : un second souffle, *l' infirmière magazine*, n°155, décembre 2000
- P.GILBERT, « Les réseaux et l'hôpital » *Actualité et dossier en santé publique*, n°24, septembre 1998
- LACHENAYE LLANAS, D. LE BŒUF, J. ORVAIN Note de travail ANAES-Mission « Evaluation des réseaux de soins », *Journal d'économie médicale*, n°5-6, septembre-octobre 2001
- P. LARCHER, « Les enseignements des réseaux existants » *Actualité et dossier en santé publique*, n°24, septembre 1998
- J.-Y. ROBIN « Carrefour des réseaux », *UniMédecine*, février 2002
- H. TANGUY, « Les réseaux de santé », *Actualités JuriSanté CNEH*, n°34, décembre 2001
- J.M. VINAS, « De la tuberculose aux ordonnances de 1996 » *Actualité et dossier en santé publique*, n°24, septembre 1998

● **DOSSIERS :**

- Schéma régional d'organisation sanitaire de l'Île de France 1999-2004, arrêté du 23 juillet 1999
- Statuts de l'association du bassin de vie n°8 « ABV n°8 », 28 mars 2001
- 1^{er} dossier de demande de financement du réseau ABV8 au FAQVS du 18 juillet 2001
- 2^{ème} dossier de demande de financement du réseau ABV8 au FAQVS de juin 2002
- Dossier de présentation de la Coordination Nationale des Réseaux, 15 juin 2002
- Proposition de convention entre le Comité régional de gestion du FAQVS et l'Association des professionnels libéraux médicaux et para-médicaux du bassin de vie n°8, suite à l'attribution d'une subvention du FAQVS, 27 juin 2002
- Projet de schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en l'Île de France, août 2002
- Document de présentation du réseau de coordination et de prise en charge des personnes à besoin récurrent de soin dans le Bassin de Vie n°8

– Document de fonctionnement du réseau gérontologique Archipel (commune de Courbevoie, 92)

–

● **INTERVENTIONS :**

– P.LARCHER, « l'évolution du concept de réseau à travers les textes officiels », 23 septembre 2002, ENSP

● **SITES INTERNET :**

– <http://www.medcost.fr>, D. MENARD, « Le projet d'intranet des réseaux en partenariat avec France Télécom sera présenté au congrès de juin », 15 mars 2001

ANNEXES

- I) Projet de décret relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L.162-46 du CSS
- II) Projet de décret relatif aux critères de qualité, d'organisation et de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L.6321-1 du CSP
- III) Statuts de l'association du bassin de vie n° 8 « ABV8 »
- IV) Statut de l'association des professionnels libéraux médicaux et paramédicaux du bassin de vie ABV8
- V) Carte des établissements de santé publics et privés des bassins de vie n°8, 9 et 10 des Hauts de Seine
- VI) Convention FAQSV suite à l'obtention des crédits
- VII) Carte de coordination gérontologique sur le département des Hauts de Seine en 2000
- VIII) Carte des hôpitaux à orientation gériatrique dans le département des Hauts de Seine
- IX) Liste des partenaires de l'ABV8
- X) Liste des membres du Comité de pilotage de l'ABV8 (septembre 2000)
- XI) Fiches de liaison urgences-domicile et d'autonomie
- XII) Liste des personnes interrogées
- XIII) Trois questionnaires (institutionnels, ABV8, entretiens téléphoniques)

Annexe IX: Liste des partenaires de l'ABV8

Partenaires libéraux	Partenaires sociaux et médico-sociaux	Partenaires hospitaliers	Partenaires associatifs	Partenaires administratifs
<ul style="list-style-type: none"> - Médecins généralistes - Spécialistes - Infirmier(e)s - Kinésithérapeutes ... 	<ul style="list-style-type: none"> - Centres Communaux d'Action Sociale des quatorze communes - Maisons de retraite - Foyers-logements - Centres municipaux de santé - Service de soins à domicile - Assistantes Sociales de la CRAMIF - Coordinations gérontologiques locales - Services techniques municipaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements de santé publics dont AP-HP, PSPH, privés - Hôpital militaire 	<ul style="list-style-type: none"> - CODERPA, France Alzheimer, France Parkinson 	<ul style="list-style-type: none"> - DDASS, assurance maladie (CRAMIF, CPAM, Service médical)

Annexe XII : Liste des personnes contactées

Niveau National

Mme BENTEGAT : Chargée de mission réseaux à la DHOS

Mme DESSAULLE : Ancienne Directrice de l'Hôpital Antoine Bécclère, chargée de la « mission gérontologique » à l'AP-HP.

Dr LARCHER : Chargé de mission « Réseaux, Précarité, Santé », DGAS

Mme LEBOEUF : Chargée de mission « Réseaux », ANAES

Mme ZUMINO : Chargée de la mise en place des CLIC, DGAS

Niveau Régional

M. ECHARDOUR : Chargé de mission ARH Ile de France

M. POUTOUT : Directeur Adjoint URCAM Ile de France

Niveau Local

Mme BAGHADOUST: Directrice adjointe, DDASS 92

Dr. BUCHET : Conseiller Général, Maire de Fontenay aux Roses

Mme LAVAIL : Inspectrice Principale, DDASS 92

Dr SICARD : Médecin Inspecteur de Santé Publique, DDASS 92

Niveau ABV8 (Association du Bassin de Vie 8)

Mme BALLANDIER : Directeur Adjoint, Hôpital Corentin Celton

Dr CARCONE : Directeur Médical, Hôpital privé d'ANTONY

M. HENNEQUIN : Infirmier libéral, Vice Président de l'Association des libéraux médicaux et paramédicaux du BV 8

Dr HOVASSE : Directeur, Hôpital privé d'ANTONY

M. LACOUR : Directeur, Hôpital SUISSE de PARIS

Dr MATHIEU: Chef de Service, gériatre, Hôpital Corentin Celton

Mme MESSINA : Secrétaire générale du Regroupement d'ANTONY

Dr RAVOT : Médecin Conseil Retraité, membre du CODERPA 92

Dr SEMERCYAN : Médecin généraliste, Président de l'ABV8

Annexe XIII : les questionnaires

QUESTIONNAIRE INSTITUTIONNEL

Quelle est votre définition du réseau ?

Quelle place pour chaque échelon ou chaque acteur (institutionnels, acteurs de santé...) ?

Quel statut juridique ? Coopérative (loi 4 mars 2002)

Comment crée-t-on un réseau ? Pourquoi ?

Quelles difficultés (financement et leur pérennité, statut juridique...) ?

Comment voyez-vous l'avenir des réseaux ?

Que pensez-vous des modes de financement ?

Quelles difficultés y voyez-vous ? Avez-vous des idées d'amélioration ?

Perspectives loi 4 mars 2002

Quelle utilisation des outils de communication (informatique) ?

Respect du secret médical

Quelles sont pour vous les conditions de réussite d'un réseau ?

QUESTIONNAIRE ABV8

NATURE JURIDIQUE DU RESEAU

Rôle de l'association dans la création du réseau

Quelles difficultés du réseau ? (ex : existence de deux associations)

Comment la charte a-t-elle été élaborée ? Est-elle respectée ?

Existe-t-il une convention constitutive ?

GESTION DU RESEAU

Actions de santé publique (prévention, éducation de la santé) ?

Question de l'articulation des actions sociales, sanitaires et médico-sociales ?

CHAMP DU RESEAU

y-a-t-il un respect des objectifs initiaux du réseau ? (notamment en terme d'amélioration de la prise en charge) ?

Relations avec les autres réseaux du 92 et CLIC ? avec les collectivités locales ?

ORGANISATION INTERNE

Quel est votre ressenti ?

Quelles relations avec autres acteurs (hiérarchiques, transversalité...) ?

Pistes d'amélioration ?

Modalités d'intégration des acteurs ? Y-a-t-il des critères discriminants (ex : public/privé) ?

MOYENS QUE SE DONNE LE RESEAU

Qui est le coordinateur ?

Formation et information (douleur...)

ARTICULATION AVEC LES INSTITUTIONS

Comment avez-vous eu connaissance du réseau ?

Politique de communication entre acteurs et sensibilisation à l'extérieur ?

Pourquoi absence de contact avec la CNR ?

Vos relations avec URCAM, URML, ARH ?

Lisibilité du point d'accès au réseau ?

QUESTIONS RELATIVES AU FINANCEMENT

PLACE DES USAGERS

Place des usagers / modalités de participation ?

MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

Quels outils d'évaluation ?

Autres réseaux contactés :

- **Réseau diabète 92**

403 avenue de la république

92000 Nanterre

01 47 69 72 26

contact : Dr Luciani

- **Archipel**

Réseau gérontologique

76 Boulevard Saint Denis

92 400 Courbevoie

contact : Mme Bellamy

Questionnaire pour entretiens téléphoniques avec des responsables de structure ne participant pas au réseau ABV8

1. Connaissez-vous des réseaux sur votre territoire ou bassin de vie ?
2. Si oui lesquels ?
3. Etes-vous intégré à un réseau ?
4. Si oui, comment a-t-il été constitué et comment fonctionne-t-il ?
5. Quels sont vos partenaires ?
6. Quelles difficultés avez-vous eu pour la mise en place du réseau ?
7. Quels sont pour vous les points positifs ?
8. Les points négatifs ?
9. Votre réseau est-il intégré à d'autres réseaux comme ABV8 ?