



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

**« COMMENT INCITER PROFESSIONNELS ET PATIENTS
A ADHERER A UN RESEAU DE SANTE :
CAS DES RESEAUX CANCEROLOGIQUES »**

– Groupe n° 10 –

- | | |
|------------------------|--------------------|
| – BEAUHAIRE Agnès | – LE DIZES Gaëlle |
| – CARPY Jean-Luc | – MOLLARD Aurélien |
| – DELAUNAY Florence | – OLIVIER Martine |
| – FAIVRE Patricia | – PARIS Olivier |
| – HAEGY Marie-Hortense | – PEDURAND Narfez |

Animateur

– *Alain BERARD*

Sommaire

Introduction	- 1 -
1 Matériel et méthode	- 4 -
2 RESULTATS	- 6 -
2.1 Les réseaux garantissent une meilleure prise en charge du patient	- 6 -
2.1.1 Ils constituent une réponse aux spécificités du cancer	- 6 -
2.1.2 Les autorités de tutelle ont un intérêt à soutenir le développement de réseaux	- 7 -
2.1.3 Les réseaux constituent un outil pertinent pour les professionnels de santé	- 9 -
2.2 Pour autant, les réticences des professionnels et des patients sont multiples	- 11 -
2.2.1 La méfiance réciproque entre professionnels de santé constitue un obstacle à l'adhésion aux réseaux	- 11 -
2.2.2 L'adhésion à un réseau est parfois ressentie comme une contrainte en temps et en argent	- 12 -
2.2.3 Les professionnels s'interrogent quant à l'utilité de formaliser leurs relations .	- 12 -
2.2.4 Dans une moindre mesure, les patients redoutent également d'adhérer à un réseau.....	- 13 -
3 Discussion	- 14 -
3.1 En tant qu'étudiants, les membres du groupe ont apprécié le caractère formateur du mémoire	- 14 -
3.2 La méthodologie retenue présente des limites	- 14 -
3.3 Cinq idées « force » se dégagent de nos travaux	- 14 -
3.4 Les résultats obtenus sont cohérents avec l'ensemble de la littérature .	- 15 -
3.5 Les réticences exprimées par les professionnels et les patients appellent différentes préconisations pour encourager leur adhésion	- 16 -
3.5.1 Identifier les besoins des professionnels	- 16 -
3.5.2 Promouvoir la qualité du réseau	- 18 -
3.5.3 Développer des incitations financières	- 19 -
3.5.4 Renforcer la pertinence de la communication	- 21 -
Conclusion	- 23 -
Bibliographie	- 25 -
Liste des annexes	- 26 -

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont rendu possible le bon déroulement et l'élaboration de notre mémoire.

Nos remerciements s'adressent en premier lieu à notre référent, le Dr Alain Bérard, directeur médical du Réseau de Santé Paris Nord, pour son aide et sa disponibilité tout au long de ce module.

Nous remercions particulièrement toutes les personnes avec qui nous nous sommes entretenus et sans qui ce travail n'aurait pas été possible : M. Laurent Cénard, coordonnateur du réseau Onco 94 ; Dr Michel Csaszar Goutchkoff, médecin inspecteur à la DDASS de Paris ; Mme Isabelle Guedon, coordinatrice à RESOMED ; Mlle Fanny Danelon, chargée de mission « Réseaux et Cancer » à l'URCAM ; M. Gilles Echardour, directeur adjoint et président du Comité Régional des Réseaux de l'ARHIF, Dr Gaëlle-Anne Estocq, coordinatrice médicale du réseau Onco 92 Sud, Mme Stéphanie Lefevre, directrice du Comité 75 de la Ligue contre le cancer ; M. Stéphane Lévêque, chargé de la coordination administrative et budgétaire du réseau Onco 92 Sud, Dr Annick Le Rol, médecin cancérologue à l'Hôpital Notre-dame du Perpétuel Secours à Levallois-Perret et coordinatrice du réseau SCOOP.

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection de Longue Durée

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation de la Santé

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CNEH : Centre National des Etudes Hospitalières

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CSP : Code de la santé publique

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux

DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SROS : Schéma Régionale d'Organisation Sanitaire

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

On ne peut parler de réseau qu'après en avoir recherché le sens et la différence qui l'oppose à la notion de filière.

L'étymologie de ce mot remonte au latin *rete* qui signifie « filet », donnant l'adjectif « réticulé », caractérisant les objets ayant une structure de filet, notamment les réseaux. La filière se définit de la façon suivante : elle « *organise la prise en charge du patient sous la direction d'un médecin de première intention librement accepté par le malade.*¹ »

A la différence d'une filière, un réseau de santé constitue une forme organisée d'actions collectives apportées par des professionnels en réponse à un besoin de santé de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins.

En France, la naissance des réseaux remonte au début du XX^{ème} siècle avec la prise en charge des patients tuberculeux. Dans les années 1970, des expériences de prise en charge sanitaire et sociale ont vu le jour dans les domaines de la psychiatrie et de la gérontologie.

Au début des années 1980, l'émergence du SIDA a incité des professionnels libéraux médecins, infirmiers, pharmaciens, à se regrouper pour mieux s'informer, se former et coordonner leurs pratiques pour une meilleure prise en charge des patients. Par la suite, le champ d'intervention des réseaux s'est étendu à la prise en charge de pathologies chroniques (notamment diabète, insuffisance cardiaque, cancer) et a intégré des thématiques de santé (précarité, personnes âgées). Les réseaux de santé succèdent aux réseaux de soins.

Les ordonnances du 24 avril 1996 créent deux types de réseaux : le « réseau de ville » et le « réseau hôpital ». Le premier est spécialement conçu pour la médecine libérale mais peut associer des établissements de soins, le second, initié par un établissement de santé, peut intégrer des professionnels libéraux.

Ainsi, une multitude de réseaux sont nés. En 1996, 500 réseaux de santé étaient financés par l'Etat. En 2000, on en totalisait 1000 impliquant près de 20 000 professionnels de santé. En Ile de France, en 2000, 85% des projets étaient concentrés autour de cinq problématiques sanitaires d'ampleur régionale et nationale : périnatalité, pathologies chroniques, soins palliatifs, précarité et pathologies de l'enfant.

A chaque type de réseaux correspondait un financement spécifique :

- réseaux expérimentaux Soubie financés par l'assurance maladie ;

¹ Claude Le Pen, Filières et réseaux, n°4, avril-mai 1997.

- réseaux inter-établissements accrédités par l'ARH ;
- réseaux ville-hôpital monothématiques constitués en association loi 1901 ;
- réseaux de santé de proximité financés par l'Etat.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit une définition unique 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 les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.² ».*

Aujourd'hui en 2006, une régulation s'opère au niveau des réseaux notamment à travers le financement par la Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux (DNDR) qui est déclinée par région. La loi du 4 mars 2002 unifie la définition des réseaux qui visent à « *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires* ». Elle affiche une orientation de santé publique en incluant dans le champ de compétences des réseaux l'éducation pour la santé, la prévention, le diagnostic et le soin ainsi que la participation à des actions de santé publique.

L'évaluation des réseaux s'inscrit dans cet objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Elle est désormais obligatoire et doit être prévue dès la création du réseau.

Le nouveau dispositif législatif recentre en outre les réseaux sur la prise en charge globale du patient, en limitant la prépondérance des établissements qui deviennent un partenaire potentiel au même titre que les professionnels de santé libéraux, les centres de santé, les institutions médico-sociales ou les représentants des usagers.

Parallèlement, le Plan Cancer et notamment la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie obligent les établissements de santé exerçant dans ce domaine à être membres d'un réseau de santé en s'appuyant soit sur des réseaux existants, soit en en créant d'autres.

² Article L.6321-1 du Code de la santé publique

Cependant, nombre de professionnels, essentiellement libéraux, ont des réticences à adhérer à un réseau. Elles reposent sur la méfiance, la perte de temps ou tout simplement sur la question de l'utilité par rapport à leur propre réseau constitué sur le mode informel. Les patients expriment eux aussi des réticences à l'adhésion.

Ainsi, comment inciter professionnels et patients à adhérer à un réseau cancérologique ?

Il est nécessaire de lever les réticences et de valoriser l'intérêt de l'adhésion des professionnels comme des patients aux réseaux cancérologiques.

Tout d'abord, la méthode retenue pour ce travail sera exposée (1). Le résultat des enquêtes réalisées auprès de professionnels et des recherches bibliographiques (2) permettra ensuite d'apporter un éclairage à la discussion et de l'enrichir de préconisations (3).

1 Matériel et méthode

La mise en œuvre d'un module interprofessionnel doit amener les élèves, issus de différentes filières³, à étudier et rendre compte d'une problématique de santé publique tout en permettant un décloisonnement entre les filières et les cadres de références professionnelles.

Notre groupe a étudié le thème n°10 portant sur les réseaux d'Ile-de-France avec la problématique suivante :

« Comment inciter professionnels et patients à adhérer à un réseau de santé : cas des réseaux cancérologiques »

L'encadrement de ce module a été assuré par Alain Bérard, Directeur médical du réseau de santé Paris nord.

Le référent, choisi parmi les membres du groupe, a été l'interlocuteur privilégié entre le groupe, la coordinatrice du MIP et l'animateur du thème. Son travail a consisté également à gérer les démarches administratives et le budget consacré aux dépenses afférentes aux déplacements, aux contacts téléphoniques et à la production de documents.

Le module s'est déroulé en trois temps principaux :

- une séance introductive ;
- une phase de recherche ;
- l'élaboration du rapport final.

La séance introductive, réalisée par Alain Bérard, a apporté au groupe un socle commun de connaissances sur les réseaux. En outre, cette rencontre a permis d'orienter les axes de recherches bibliographiques et de préparer les entretiens programmés par l'animateur avec des personnes impliquées dans la mise en œuvre de réseaux : ARH, URCAM, DDASS, coordonnateurs de réseaux et associations.

Eu égard aux échéances imposées, le groupe a élaboré un calendrier de tâches type GANT⁴.

La première semaine a été consacrée au travail préparatoire à la réalisation du rapport : recherche documentaire, guide d'entretiens, répartition des tâches.

³ 3 Directeurs d'Hôpital (DH), 4 Directeurs d'Établissements Sanitaires et Sociaux (D3S), 2 Directeurs des Soins (DS) et 1 Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales (IASS)

⁴ Annexe 2

Les connaissances et les expériences de chacun des membres du groupe ont été mobilisées par le biais d'un brainstorming dont le but a été de déterminer les objectifs des entretiens et de réaliser des guides d'entretiens adaptés à chaque type d'interlocuteur.

Six entretiens ont nécessité un déplacement en Ile-de-France, et deux entretiens ont été réalisés par téléphone. Chaque membre du groupe a participé à l'interview d'une personne ressource, à la recherche bibliographique au centre de documentation de l'ENSP et sur Internet.

La synthèse des entretiens a été partagée par l'intermédiaire du courrier électronique, permettant ainsi une meilleure gestion du temps.

La deuxième semaine a été organisée autour de rencontres du groupe permettant, à la lumière des entretiens et des apports bibliographiques, de dégager la problématique du thème à partir de laquelle ont été construits une analyse et un plan.

Lors d'une seconde rencontre, l'animateur a validé la teneur de notre travail et a levé les interrogations résiduelles. Il a par ailleurs fixé de nouvelles orientations, demandant au groupe de présenter le rapport selon la méthodologie IMRDC⁵.

Dans un esprit de comparaison, le groupe a recherché d'éventuelles expériences étrangères. Il s'avère que plusieurs pays (Allemagne, Etats-Unis, Grande Bretagne notamment) s'inscrivent dans la même démarche que la France pour la prise en charge coordonnée des pathologies chroniques, en particulier du cancer.

⁵ Méthode IMRDC : Introduction, Matériel et méthode, Résultats, Discussion et Conclusion

2 RESULTATS

2.1 Les réseaux garantissent une meilleure prise en charge du patient

2.1.1 Ils constituent une réponse aux spécificités du cancer

A) Le Plan Cancer

Le Plan Cancer comporte soixante-dix mesures contenues dans six chapitres prioritaires opérationnels à l'horizon 2007 dont les objectifs sont prévenir, dépister, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir.

Il préconise notamment de coordonner systématiquement les soins en ville et à l'hôpital autour du patient. Il fixe l'ambition de créer, dans chaque région française, un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs. Ainsi, il favorise la création de réseaux locaux qui seront développés pour répondre aux besoins d'une coordination de proximité incitant les professionnels à prendre en charge un patient cancéreux, afin de lui garantir une prise en charge multidisciplinaire et de lui donner l'accès à l'information pour qu'il puisse être, s'il le souhaite, acteur dans le combat contre sa maladie.

B) L'inscription dans les SROS

La concrétisation du SROS 2 a permis d'identifier l'activité cancérologique régionale ainsi que le rôle des établissements dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer et de faire émerger un nombre significatif de réseaux.

Désormais, ce travail en réseau est prévu au sein des territoires de santé définis par le SROS 3.

Selon un médecin inspecteur de la DDASS, « *la notion de réseau est plus une notion géographique que médicale . [...] Les réseaux sont plutôt territoriaux, c'est-à-dire définis selon un bassin de population afin d'optimiser et de garantir son fonctionnement et son efficacité en termes de prise en charge des malades* ».

C) La prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints d'un cancer

La prise en charge de patients cancéreux nécessite l'intervention de nombreux professionnels⁶, de l'annonce du diagnostic à la rémission ou à l'accompagnement de la fin de vie.

⁶ Médecins de ville, professionnels des établissements de santé publics et privés, paramédicaux, psychologues, diététiciennes, assistantes sociales, pharmaciens, associations de malades, etc.

Ce dispositif permet d'éviter les situations de rupture dans la prise en charge du patient grâce à une harmonisation des pratiques au regard de valeurs et cultures partagées.

Les différents interlocuteurs interrogés sont unanimes sur cette question.

2.1.2 Les autorités de tutelle ont un intérêt à soutenir le développement de réseaux

Pour les autorités de tutelle, les réseaux présentent différents intérêts :

- amélioration de la prise en charge ;
- gain d'efficience ;
- meilleure garantie de l'égalité d'accès aux soins.

A) Une prise en charge adaptée

Le rôle principal du réseau est l'amélioration de la prise en charge des patients. A cet effet, il assure la continuité des soins en transmettant les informations médicales du patient aux différents professionnels concernés, sans rupture entre établissements et soins de ville.

Il garantit la coordination des prises en charge à la fois médicale, psychologique, et sociale de la personne souffrant d'un cancer. D'après les entretiens effectués, les patients approuvent en général cette modalité d'organisation des soins. En effet, pour la personne qui se trouve déjà affaiblie par la maladie, il est appréciable que les rendez-vous soient pris par le réseau et que les soins apportés soient organisés au plus près de son domicile.

Certains réseaux assurent une prise en charge totale du patient en collaborant avec d'autres réseaux confrontés à des problématiques connexes. Ainsi, observe-t-on en Ile-de-France un partenariat entre les réseaux oncologiques et les réseaux de soins palliatifs pour suivre les patients depuis l'annonce de la maladie jusqu'à l'éventuel décès.

Les moyens spécifiques dont disposent les réseaux peuvent également améliorer la qualité de la prise en charge. A titre d'exemple, s'agissant du contrôle annuel du fond de l'œil pour les personnes diabétiques, les réseaux possèdent souvent un centre de dépistage tenu par un orthoptiste qui reçoit la personne plus rapidement que dans le cadre d'une prise en charge traditionnelle.

Le patient bénéficie de multiples prestations en étant membre d'un réseau. En effet, en oncologie, le réseau met à sa disposition des soins autres que les traitements anti-cancéreux stricto sensu et des soutiens nécessaires aux personnes atteintes d'un cancer. Le champ de ces soins de support est large. Ceux-ci doivent contribuer à la prise en charge globale du patient et de son entourage, tout au long de la maladie, ainsi que dans ses suites. Les soins de support répondent aux difficultés suivantes : troubles physiologiques, douleur, fatigue, problèmes nutritionnels, souffrance psychique,

perturbations de l'image corporelle et accompagnement de la fin de vie. Cette dimension de la prise en charge est particulièrement développée par plusieurs réseaux franciliens. Ces derniers ont par ailleurs mis en place un service social qui évalue les difficultés et les modifications de la vie quotidienne générées par les traitements des personnes malades. Ils disposent également d'unités de diététique, de psycho-oncologie, de réadaptation fonctionnelle, d'une consultation infirmière « plaies et cicatrisation » et d'une unité mobile d'accompagnement et de soins continus.

Le malade bénéficie aussi de la gratuité pour certains actes qui normalement ne sont pas remboursés : soins de pédicure, consultation psychologique...

Cette amélioration de la qualité de la prise en charge est évaluée. En effet, à l'instar de l'ensemble du système de santé, les réseaux sont soumis à une obligation légale d'évaluation. Ils doivent se conformer à un certain nombre de critères afin de bénéficier des financements prévus. Le cadre général de cette démarche a été défini par l'ANAES (devenue HAS) qui a élaboré un guide d'évaluation des réseaux de santé à destination des professionnels membres de réseaux, et des évaluateurs externes. En principe, chaque réseau doit organiser une évaluation non seulement interne, mais aussi externe. Cependant, cette dernière est perçue comme coûteuse et les résultats ne sont pas toujours jugés objectifs puisque le réseau évalué rémunère lui-même son évaluateur.

B) Des gains d'efficience

Les autorités de tutelle, sensibles aux aspects qualitatifs mais aussi aux aspects financiers de la prise en charge, encouragent la mise en place des réseaux. En effet, ils permettent d'éviter une mauvaise orientation du patient qui entraînerait une perte de temps et des actes inutiles. Ils visent également à développer les hospitalisations à domicile (HAD) pour désengorger les hôpitaux, ce qui permet de générer des économies. Néanmoins, ces dernières sont en pratique difficiles à estimer.

C) Une meilleure garantie de l'égalité d'accès aux soins

Les réseaux concourent à une meilleure égalité d'accès aux soins, ainsi que l'affirme un réseau récemment constitué. Les moyens mis en œuvre pour y parvenir passent essentiellement par l'information du professionnel et du patient. Chaque malade est censé, à terme, être informé de l'existence du réseau par son médecin traitant et bénéficier ainsi d'une prise en charge adaptée.

La coordinatrice médicale d'un réseau souligne « *qu'à travers la centralisation, la diffusion et l'échange d'informations, les formations proposées aux professionnels, la création de groupes de travail, le but poursuivi est d'améliorer la prise en charge des malades atteints de cancer et de garantir un même niveau de qualité, quel que soit le circuit de prise en charge* ».

2.1.3 Les réseaux constituent un outil pertinent pour les professionnels de santé

Le réseau s'adresse autant aux patients et à leur famille qu'aux professionnels et institutions de santé concernés par cette maladie.

Un médecin inspecteur de la DDASS affirme *«qu'il est très important que les professionnels communiquent au mieux pour travailler dans le même sens, dans l'intérêt du patient. L'organisation en réseau est en cela respectueuse du rôle et de la fonction de chacun des acteurs ; elle valorise le fonctionnement extérieur et la responsabilité de chacun »*.

A) Intérêt pour les professionnels exerçant une activité en ville

a) *Intérêt pour les médecins généralistes*

Le rôle du médecin généraliste apparaît comme indispensable, adapté et valorisant. Il est sollicité pour la prise en charge de pathologies classiques, comme le suivi du diabète ou de l'hypertension et pour la coordination des soins. Le cas échéant, il est aussi sollicité pour l'évaluation de l'opportunité d'un maintien à domicile. Selon un médecin inspecteur de la DDASS, *« une des orientations possibles est celle vers les réseaux de « proximité », du type ville hôpital, avec une implication des médecins généralistes et d'autres professionnels libéraux, a contrario des regroupements exclusifs d'établissements »*.

Pour faire face aux nouvelles responsabilités des médecins généralistes, plusieurs des réseaux de santé rencontrés leur offrent l'opportunité d'actualiser leurs connaissances, soit par des sessions de formation (exemple des formations dispensées portant sur l'effet secondaire des chimiothérapies), soit par des réunions médicales à caractère scientifique, soit par des travaux de groupe en matière de recherche.

Ces nombreux contacts permettent en outre de pallier la solitude qui caractérise généralement l'exercice libéral.

b) *Intérêt pour les professionnels exerçant dans le domaine paramédical (kinésithérapeute, IDE)*

La continuité des soins suppose l'intervention de professionnels paramédicaux, tels que les infirmiers libéraux ou les kinésithérapeutes.

Cependant, afin d'offrir la prise en charge la plus adaptée, ces professionnels doivent réaliser des soins souvent lourds ou complexes. La formation de ces professionnels à ce type de prise en charge reste indispensable. Pour cela, les réseaux cancérologiques mettent en place des formations spécifiques à destination des paramédicaux.

Sur le plan administratif, les tâches de coordination, de secrétariat et de négociation en termes de tarification sont assurées par les membres permanents du réseau, ce qui

constitue un gain de temps pour les professionnels. Ils peuvent ainsi se recentrer sur leur domaine de compétences et dispenser des soins dans de meilleures conditions.

De plus, cette organisation leur permet de tisser des liens avec d'autres professionnels concernés par une même thématique.

Enfin, l'adhésion à un réseau est un moyen de recruter de nouveaux patients. Ainsi, le responsable d'un réseau souligne que « *les paramédicaux sont très volontaires et demandeurs, également parce que le réseau constitue une source de clientèle.* »

c) *Intérêt pour les autres professionnels de santé (pharmaciens, psychologues, diététiciennes)*

Il ressort des entretiens que les autres professionnels de santé comme les pharmaciens, psychologues ou diététiciennes sont souvent « *enthousiastes* » à l'idée d'adhérer au réseau qu'ils perçoivent comme une source d'informations et de nouveaux contacts. Ils sont ainsi informés des traitements concernant le cancer et de leur évolution. L'intérêt pour les pharmaciens est de renforcer leurs liens avec les médecins généralistes afin de mieux répondre aux besoins des patients, qui les identifient comme des correspondants santé.

Comme pour les professionnels paramédicaux, être membre d'un réseau cancérologique a un impact sur l'évolution de leur clientèle.

B) *Intérêt pour les professionnels exerçant dans les établissements hospitaliers publics ou privés*

La loi de santé publique du 9 août 2004 et la circulaire de février 2005 posent l'obligation aux établissements d'adhérer à un réseau cancérologique. Les pouvoirs publics ont ainsi réaffirmé leur volonté d'améliorer l'organisation sanitaire et sociale en matière de prise en charge de patients souffrant d'un cancer.

« *Certains choix ont été faits depuis quelques années* », souligne un médecin inspecteur d'une DDASS, comme l'« *harmonisation des pratiques hospitalières, au moins à l'usage des correspondants extérieurs qui s'avère nécessaire. En effet, il paraît difficile pour un professionnel ou un patient, extérieurs à un hôpital, d'avoir à explorer autant de modèles qu'il existe d'établissements ou de services* ». La qualité de l'orientation initiale du patient est donc primordiale pour traiter au mieux la maladie. En effet, la prise en charge au sein des réseaux permet une meilleure préparation des consultations à l'hôpital. Lorsque le spécialiste rencontre le patient, il dispose de toutes les informations nécessaires pour établir son diagnostic. Une telle organisation présente l'avantage de la rapidité et évite les consultations multiples. Une coordinatrice de réseau explique que, « *particulièrement pour les oncologues, le réseau permet d'éviter que le patient revienne systématiquement le voir et permet de donner des consignes strictes aux généralistes*

pour qu'ils fassent le tri entre urgences véritables et ce qui relève de leur compétence. Cela permet de soulager les consultations oncologiques et de rassurer le patient qui sait que son généraliste est au courant de ce que fait l'oncologue. Le généraliste peut contacter l'oncologue pour des conseils.» Ainsi, la meilleure anticipation des hospitalisations réduit la durée de séjour.

Selon un responsable d'ARH, le réseau aide les professionnels hospitaliers à mieux gérer les sorties des patients de l'hôpital vers la ville ou vers les soins de suite.

C) Intérêt pour les professionnels exerçant dans le domaine social

Les travailleurs sociaux sont perçus comme indispensables dans le maillage des acteurs formant le réseau. Ils participent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient en traitant les problèmes liés à la maladie qui ont une répercussion sur son quotidien. Selon un directeur médical de réseau, l'objectif de prévenir les difficultés sociales est poursuivi par ces professionnels ; le réseau est un outil mis à leur disposition pour lutter contre la précarité et l'exclusion, dont sont parfois victimes les patients atteints d'un cancer.

L'adhésion à un réseau cancérologique ouvre la perspective pour ces professionnels d'accéder à des informations plus complètes sur la situation des patients, tant médicale que psychologique et sociale.

2.2 Pour autant, les réticences des professionnels et des patients sont multiples

2.2.1 La méfiance réciproque entre professionnels de santé constitue un obstacle à l'adhésion aux réseaux

Le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge des patients cancéreux a été évoqué précédemment.

A) Expression d'un sentiment de méfiance réciproque des acteurs

Certains coordonnateurs de réseaux déplorent un manque de culture commune entre les établissements et les autres acteurs des réseaux. Ils regrettent que, souvent, les libéraux ignorent qu'un réseau peut leur permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge de leurs patients. En outre ceux-ci redoutent un éventuel jugement de valeur des autres professionnels du réseau. De fait, les responsables de réseaux constatent *« que l'hospitalisation de patients s'opère parce que les professionnels ne veulent pas se parler. »*. Ils rapportent également que *« certains oncologues ne pensent pas toujours avoir besoin des médecins généralistes (...). Une non adhésion s'expliquerait par le manque de confiance, par la méconnaissance des métiers de chacun. »* Des responsables de l'ARH et de l'URCAM ont par ailleurs précisé que des coordonnateurs de

réseaux hospitaliers avaient du mal à envisager l'ouverture de l'hôpital sur la ville.

Enfin, certains médecins généralistes craignent de perdre une partie de leur clientèle en l'orientant vers d'autres professionnels du réseau.

B) Peur issue du vécu du réseau comme un lieu hiérarchique supplémentaire

Certains coordonnateurs relatent le fait que les libéraux craignent d'intégrer une structure hiérarchisée en adhérant à un réseau. La nature de leur activité fait d'eux des travailleurs indépendants, ce qui les rend méfiants vis-à-vis de l'emprise éventuelle de l'hôpital membre du réseau.

2.2.2 L'adhésion à un réseau est parfois ressentie comme une contrainte en temps et en argent

Il ressort de nos différents entretiens que les médecins généralistes et spécialistes perçoivent l'adhésion à un réseau comme une charge de travail supplémentaire non rémunérée. En effet, en signant la charte de fonctionnement du réseau, ils s'engagent à respecter l'ensemble des règles qui y sont décrites comme la pratique de la concertation pluridisciplinaire, l'élaboration d'un dossier spécifique par patient et l'information systématique de celui-ci sur le fonctionnement du réseau.

Ce sentiment est renforcé par le fait qu'il existe une multitude de réseaux. En effet, sur un territoire donné, chaque pathologie peut faire l'objet d'une prise en charge au sein d'un réseau. C'est le cas notamment pour le diabète, le VIH, le cancer. Or, au sein de la clientèle diversifiée des médecins généralistes, les personnes concernées par chacune de ces pathologies peuvent se révéler peu nombreuses. Ces praticiens préféreront alors adhérer à un réseau touchant un grand nombre de malades comme les réseaux gérontologiques plutôt qu'à un réseau cancérologique. Face à ce constat, l'ARH et l'URCAM ont pour objectif d'encourager une prise en charge moins segmentée des populations par les réseaux, notamment en refusant le financement de réseaux redondants.

Par ailleurs, certains professionnels paramédicaux craignent de ne pas être en mesure de répondre à la demande induite par leur adhésion à un réseau.

2.2.3 Les professionnels s'interrogent quant à l'utilité de formaliser leurs relations

Les réseaux ont souvent à l'origine un caractère spontané, constitués dans le but de répondre à des situations complexes pour les professionnels de santé. Dans les faits, ces derniers prennent souvent l'initiative d'un travail en commun sur des pathologies particulières en vue d'une expérimentation de pratiques professionnelles coordonnées. Ils font partie d'un réseau informel, sans le désigner en tant que tel.

A l'hôpital, les praticiens hospitaliers bénéficient déjà d'un réseau constitué par les différents services auxquels ils peuvent faire appel selon les besoins de leurs patients.

La mise en place d'un réseau formel peut être perçue par les professionnels de santé comme une complexification de l'existant. En termes de relations professionnelles, on passe alors d'échanges informels à un engagement au sein d'une entité juridique. Dans ces conditions, ces professionnels peuvent s'interroger sur la plus-value d'une adhésion à un réseau formalisé.

2.2.4 Dans une moindre mesure, les patients redoutent également d'adhérer à un réseau

Les patients peuvent émettre différents types de réticences lorsque les professionnels leur proposent d'adhérer à un réseau.

Tout d'abord, cette démarche ne peut pas toujours se faire immédiatement après l'annonce de la maladie. Certains patients ont besoin de temps avant de s'engager dans une telle réflexion, selon un directeur adjoint d'ARH.

Ils redoutent aussi une atteinte à leur vie privée en adhérant à un réseau. En effet, ce dernier regroupe un grand nombre de professionnels qui communiquent entre eux. Dès la proposition d'adhésion, les patients sont informés qu'un dossier les concernant circulera entre professionnels, que des réunions pluridisciplinaires pourront avoir lieu sur leur situation. Selon la coordonnatrice médicale d'un réseau, les patients ont peur de signer « la charte du patient » car ils craignent « *d'être fichés et ils ne souhaitent pas que leur dossier médical soit consultable par tous les professionnels de santé.* »

En revanche, un directeur adjoint d'une ARH précise que « *si le patient a des attentes élevées en termes de soins, il attache peu d'importance aux modalités de leur organisation.* »

Un médecin inspecteur de la DDASS évoque le fait que l'adhésion à un réseau, c'est-à-dire à une association, n'est pas une démarche anodine. Elle peut être perçue comme un « *acte de militantisme* » que des patients ne sont pas prêts à accomplir de peur d'être ainsi stigmatisés.

Ce médecin a aussi décrit les difficultés qu'ont les patients à comprendre l'utilité des réseaux dans leur parcours de soins. Ils redoutent souvent d'adhérer à une « *usine à gaz administrative.* »

Par ailleurs, ils ne comprennent pas que des consultations payantes en ville deviennent gratuites grâce à l'adhésion au réseau. Ils redoutent au contraire que l'adhésion implique le paiement d'une cotisation.

3 Discussion

A partir des résultats des entretiens auprès des professionnels et des données issues de la littérature, nous avons mis en évidence les réticences des acteurs à adhérer à des réseaux. Eu égard à l'intérêt de ce type de prise en charge, nous avons recherché des mesures incitatives à l'attention des professionnels et des patients.

Avant d'exposer ces réflexions, il convient d'évoquer l'intérêt pédagogique de ce travail.

3.1 En tant qu'étudiants, les membres du groupe ont apprécié le caractère formateur du mémoire

Nous avons été amenés à travailler en «interfiliarité », le groupe étant constitué d'élèves, directeur de soins, directeur d'établissement sanitaire et social, directeur d'hôpital, et d'un inspecteur de l'action sanitaire et sociale. Ceci nous a permis de bénéficier d'une multiplicité de points de vue sur les problématiques abordées lors de nos réunions.

Nous avons été confrontés aux difficultés de travail en groupe et aux contraintes des délais imposés par la commande. De plus, l'équipe a dû s'adapter aux évolutions de la commande en cours de réalisation du projet.

Enfin, nous avons acquis un socle de connaissances spécifiques sur le thème des réseaux de santé.

3.2 La méthodologie retenue présente des limites

Il nous semble important de préciser que si ce travail a permis de recueillir les avis d'interlocuteurs avertis sur ce thème, la rencontre d'autres acteurs tels que patients et professionnels libéraux aurait enrichi la discussion. Dans le contexte de ce module, le facteur temps a limité l'étendue de nos recherches.

Par ailleurs, l'étude a été réalisée uniquement en Ile-de-France. Or, il aurait été intéressant de l'élargir à d'autres régions, voire à d'autres pays. A l'inverse, la focalisation de nos recherches sur une seule région renforce la cohérence de nos travaux qui s'inscrivent dans le cadre territorial des Programmes Régionaux de Santé Publique et des SROS.

3.3 Cinq idées « force » se dégagent de nos travaux

A partir des résultats des entretiens réalisés auprès des professionnels, nous avons procédé à une analyse croisée permettant de mettre en évidence l'intérêt de travailler en réseau et l'origine des réticences des acteurs.

La constitution de réseaux dans le domaine de la cancérologie se révèle essentielle eu égard au caractère chronique de cette pathologie et à la nécessité d'une approche

pluridisciplinaire. En effet, l'organisation au sein d'un réseau présente deux intérêts majeurs :

- elle améliore la prise en charge du patient grâce au dialogue entre professionnels et à la possibilité qui lui est offerte de bénéficier de soins de support ;
- elle assure la continuité des soins.

Si les fondements des résistances aux réseaux de la part de professionnels sont multiples, trois idées principales se dégagent des entretiens :

- les coûts financiers indirects d'un réseau pour les professionnels du secteur ambulatoire : l'adhésion à un réseau implique une charge de travail supplémentaire (réunion, explication aux patients). Durant ces activités, les professionnels de ville ne sont pas rémunérés car ils n'effectuent pas d'actes au sens de l'assurance maladie. En l'absence de mécanisme correcteur, l'implication d'un acteur de santé dans un réseau risque donc de se traduire par une baisse de revenus ;
- les doutes quant à la nécessité de formaliser les réseaux informels : dans la mesure où les professionnels ont constitué des réseaux informels, ils ne perçoivent pas la plus-value des démarches administratives et juridiques qu'entraîne la création d'un réseau de santé au sens du code de la santé publique. Au contraire, la formalisation peut même être perçue comme une contrainte inutile ;
- les difficultés liées à des cultures différentes : l'ensemble des stéréotypes véhiculés par les différents acteurs de santé constitue un frein à leur collaboration. A titre d'exemple, les praticiens de ville redoutent un éventuel mépris et une volonté hégémonique de la part des hospitaliers. Au contraire, ces derniers sont parfois dubitatifs quant aux compétences de leurs collègues de ville.

C'est pourquoi, nos préconisations ont pour objectif principal de lever les objections dans ces trois domaines.

3.4 Les résultats obtenus sont cohérents avec l'ensemble de la littérature

Les enseignements de nos recherches correspondent à la littérature relative aux réseaux de santé.

Par ailleurs, nos préconisations visant au développement des réseaux cancérologiques s'inscrivent dans la volonté exprimée par le ministre de la santé de développer cette modalité d'organisation des soins.

Enfin, on constate que les mêmes logiques sont à l'œuvre dans l'ensemble des pays industrialisés.

3.5 Les réticences exprimées par les professionnels et les patients appellent différentes préconisations pour encourager leur adhésion

Les préconisations développées dans cette dernière partie ont pour objet le recrutement de professionnels et de patients dans un réseau de santé.

L'ensemble des actions proposées concerne principalement les professionnels. En effet, leur adhésion est essentielle à deux titres :

- la qualité de la prise en charge des patients au sein d'un réseau est étroitement liée aux professionnels qui en sont membres. Celle-ci constitue le principal attrait du réseau pour les patients ;
- les professionnels ont la charge d'exposer l'intérêt du réseau aux patients.

Le recrutement de professionnels au sein d'un réseau repose sur le coordonnateur. Les conseils développés ci-dessous lui sont donc destinés.

3.5.1 Identifier les besoins des professionnels

A) La nature des besoins à rechercher

On a vu que le réseau constitue la réponse à une carence en termes de prise en charge des patients. Un réseau n'aurait donc aucune raison d'être sans un tel manque.

De la même façon qu'une entreprise privée effectue une étude de marché avant de lancer un nouveau produit, un futur coordonnateur doit connaître les besoins du territoire de santé dans lequel il envisage de créer un réseau et s'assurer des efforts de coordination déjà existants.

Ces besoins sont de deux ordres :

- les besoins en termes de santé publique (prévalence du cancer, facteurs de risque) ;
- les besoins des professionnels du secteur sanitaire et social qui exercent au sein de cette zone géographique.

Les besoins de la population et la présence de réseaux de santé peuvent être identifiés grâce aux travaux effectués par les services de l'Etat et de l'assurance maladie.

En revanche, une étude *ad hoc* sera nécessaire pour identifier les besoins des professionnels. Ces derniers peuvent être confrontés à plusieurs difficultés :

- le cloisonnement des différents acteurs exerçant autour du patient ;
- le coût des soins de support (soutien psychologique, conseils de diététiciennes) ;
- la solitude dans l'exercice.

L'étude permettra éventuellement d'identifier d'autres types de besoins comme la volonté de participer à des protocoles de recherche.

B) Cible et méthodologie de l'étude

L'étude concernera principalement les médecins généralistes dans la mesure où ils sont le premier contact avec le patient.

Des questionnaires doivent également être envisagés à l'attention des autres professionnels : spécialistes, paramédicaux, psychologues, établissements de santé.

L'information peut être collectée de deux façons :

- auprès des contacts personnels du futur coordonnateur : la méthode de l'interview facilite l'identification des besoins mais elle nécessite un temps important et concerne donc un nombre limité de personnes,
- par un questionnaire écrit envoyé à un échantillon de professionnels : ce mode de collecte permet de contacter un nombre plus élevé de personnes.

Certaines précautions sont nécessaires dans la mise en oeuvre de l'enquête par questionnaire :

- le questionnaire doit être testé auprès d'un échantillon de quelques personnes avant de donner lieu à un envoi généralisé. Il s'agit de vérifier le temps nécessaire pour y répondre et la clarté des questions pour les personnes sondées ;
- afin d'accroître le taux de réponse, il est essentiel de motiver les personnes contactées : courrier synthétique exposant la démarche, invitation à une réunion de présentation des résultats.

Si la réalisation d'une étude des besoins est indispensable, elle représente un coût que le futur coordonnateur doit estimer et dont il doit rechercher le financement. Dans ce but, il pourra s'adresser à des acteurs publics (ARH, assurance maladie) ou à des associations. A cet égard, nous préconisons particulièrement une intensification des liens entre les réseaux et la Ligue contre le cancer.

Si le budget le permet, l'idéal serait de mener l'analyse des besoins avec l'aide d'une société spécialisée dans les études marketing.

En conclusion, il est indéniable que la phase d'étude des besoins représente une charge de travail importante. Cependant, elle ne doit en aucun cas être négligée dans la mesure où elle constitue le fondement du succès d'un éventuel réseau cancérologique :

- d'une part, les professionnels ne seront pas motivés par un réseau qui ne répond pas à un véritable besoin ; cette affirmation relève du truisme mais elle est facilement négligée ;
- d'autre part, la phase d'étude permet d'engager la communication auprès des professionnels qui reconnaîtront d'autant plus facilement l'utilité d'un réseau qu'ils auront été associés à sa définition.

3.5.2 Promouvoir la qualité du réseau

Afin de sensibiliser les professionnels et les patients à l'intérêt du réseau, il importe de leur démontrer la qualité du dispositif proposé.

A) Promouvoir auprès des professionnels

Pour les praticiens de ville, médicaux et non médicaux, la crédibilité du réseau tient à son professionnalisme. Autrement dit, son efficacité doit être prouvée à l'aune de cas concrets. Un médecin oncologue coordonnateur d'un réseau met en œuvre cette démarche : *« lorsque les professionnels libéraux ne sont toujours pas convaincus, je prends des exemples qu'ils ont pu rencontrer. Je leur demande s'ils sont toujours satisfaits de la prise en charge d'un patient sortant de l'hôpital... Ont-ils toujours les résultats des examens pratiqués à l'hôpital, le patient peut-il faire appel à un psychologue, à un diététicien ? »*

En outre, l'attractivité du réseau sera d'autant plus importante si celui-ci propose des instruments adaptés à la pratique de ville. Ainsi, il peut élaborer des outils d'aide au diagnostic et à l'orientation du patient tels que des recommandations de bonnes pratiques, des procédures, des protocoles de soins et des fiches techniques. Par le biais de son site Internet, le réseau peut également mettre en ligne des dossiers documentaires, des fiches synthétiques et thématiques ou encore permettre le suivi des points comptabilisés pour la formation médicale continue.

Par ailleurs, dans un objectif d'échanges entre les membres du réseau, celui-ci peut mettre en place des « staffs de ville » sur le modèle des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de l'hôpital.

En outre, il serait souhaitable d'associer les médecins libéraux aux RCP. En effet, ces regroupements de professionnels hospitaliers et libéraux permettraient l'amélioration des pratiques professionnelles.

Enfin, la présence d'une activité de recherche au sein du réseau peut inciter les médecins généralistes à adhérer. Cette activité est valorisante pour les professionnels dans la mesure où ils participent aux avancées scientifiques.

B) Promouvoir auprès des patients

Les réseaux permettent aux patients de bénéficier de soins de support, complémentaires à leur prise en charge médicale :

- consultations avec un psychologue, individuellement ou dans le cadre de groupes de parole ;
- ateliers cuisine permettant l'éducation aux changements des goûts alimentaires liés à leur pathologie et apportant un soutien nutritionnel ;

- accès à un guichet unique de prestations sociales : en effet, les conséquences de la pathologie perturbent souvent la vie quotidienne des patients (diminution du temps de travail, perte de revenus nécessitant des demandes d'ouverture de droits supplémentaires).

Le réseau doit concevoir une stratégie de communication exposant ces aspects positifs au patient.

3.5.3 Développer des incitations financières

Trois dispositifs d'incitations financières peuvent être envisagés. Il s'agit en premier lieu des rémunérations spécifiques prévues par le Code de la sécurité sociale. Il convient par ailleurs de réfléchir à la rétribution des staffs pluridisciplinaires de ville et enfin à l'indemnisation des formations des différents acteurs du réseau.

A) Etendre les rémunérations spécifiques aux réseaux cancérologiques

L'article L.162-45 du Code de la sécurité sociale prévoit trois possibilités de rémunérations spécifiques :

- il s'agit de la rémunération des professionnels de santé hors champ conventionnel comme les psychologues, podologues, ergothérapeutes, diététiciens ;
- il s'agit par ailleurs de dérogations aux prestations légales (inscrites à la nomenclature) au bénéfice des professionnels de santé pour rémunérer à leur juste valeur les actes d'une durée ou d'une complexité particulières. L'apport fondamental est ici de prendre en compte et de valoriser pécuniairement la difficulté particulière d'un acte liée à la pathologie : soins spécialisés dispensés par les IDE libéraux dans le cadre d'un cancer, drainage lymphatique pratiqué par un masseur kinésithérapeute, etc. ;
- il s'agit enfin des dérogations aux prestations légales au bénéfice des assurés, telles que l'exonération du ticket modérateur, la prise en charge intégrale d'un dispositif médical, de certains médicaments non remboursés par l'assurance maladie, comme les compléments nutritionnels. L'intérêt pour le patient est notamment de bénéficier de nouvelles techniques médicales moins douloureuses mais non prises en charge par l'assurance maladie, à l'instar du fibroscan dans le cadre du dépistage de l'hépatite C. En effet, cette technique permet une mesure non invasive de la dureté du foie, en remplacement de la biopsie, examen douloureux pour le patient.

Ces rémunérations permettent aux professionnels d'assurer une prise en charge de qualité des patients et de leur entourage notamment sur le plan de l'information délivrée, du soutien psychologique procuré, de la coordination des soins spécialisés. Ces rémunérations spécifiques constituent donc une incitation financière incontournable dans

le cadre d'une démarche visant à inciter les professionnels de santé et les patients à adhérer aux réseaux cancérologiques.

Si elles sont opérationnelles pour les réseaux de soins palliatifs, de prise en charge de patients diabétiques et les réseaux de santé mentale, elles ne le sont cependant pas encore pour les réseaux cancérologiques. Divers réseaux conduisent des négociations avec l'URCAM et espèrent aboutir à un accord d'ici la fin de l'année 2006.

La détermination de ces rémunérations spécifiques impose de recenser les demandes de financement par thématique et de déterminer le montant de la dérogation, puis d'envisager un suivi et une évaluation. Celles-ci peuvent être calculées en fonction du temps consacré au patient, afin de déterminer un nouveau tarif. Après expérimentation, l'enjeu est, dans un terme de deux à trois ans, d'élaborer une nomenclature nationale, afin d'uniformiser les différentes rémunérations.

Actuellement, des financements provisoires de ces rémunérations spécifiques peuvent être envisagés, notamment par le biais d'associations telles que la Ligue contre le cancer.

La formation constitue un autre pan de l'action des réseaux cancérologiques et peut être considérée comme une incitation à l'adhésion.

B) Instauration de formations rémunérées pour les différents professionnels

Les professionnels sont demandeurs de formations permettant d'améliorer la qualité de leur prise en charge. Leur indemnisation apparaît cependant incontournable.

Deux modalités de financement peuvent être envisagées.

Le réseau cancérologique a la possibilité de mettre en place des formations éligibles au titre de la formation médicale continue, obligation pour les médecins introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996. L'obtention d'un agrément pour l'organisme formateur est nécessaire, le financement est alors pris en charge de manière intégrale par l'assurance maladie. Ce dispositif présente l'intérêt pour les médecins d'accomplir leur obligation de formation, et est donc à valoriser par le réseau au titre de son attractivité.

Le réseau peut par ailleurs développer des formations intéressantes pour tous les professionnels qui en sont membres. Le financement est alors imputé sur la dotation régionale de développement des réseaux, consécutivement à la négociation d'un plan de formation annuel avec l'assurance maladie.

L'indemnisation pourra être calculée sur le fondement d'un équivalent en nombre de consultations habituellement réalisées en une heure, de la même manière que pour les rémunérations spécifiques.

Un autre mécanisme d'incitation financière à l'adhésion des professionnels au réseau consiste en l'organisation de staffs rémunérés.

C) Organiser des staffs de ville pluridisciplinaires rémunérés

L'organisation de « staffs de ville » pluridisciplinaires, évoquée plus haut, doit être financée, afin d'obtenir la participation de tous les professionnels. Si la DRDR doit demeurer la source principale de financement, des ressources privées peuvent être mobilisées.

Le calcul des indemnités serait effectué de la même façon que pour les formations.

Il convient enfin de prévoir une indemnisation des professionnels de ville pour leur participation aux RCP. Valider cette participation au titre de la FMC permettrait d'une part aux médecins d'accumuler des points de formation et d'autre part d'obtenir une prise en charge financière par l'assurance maladie.

3.5.4 Renforcer la pertinence de la communication

Un réseau se développe grâce à une communication pertinente auprès des partenaires potentiels, tout au long de la vie du réseau, avec des moyens adaptés.

A) Communiquer sur la mise en place du réseau

Avant la constitution effective du réseau, lors de l'étude des besoins, le coordonnateur peut envoyer aux adhérents potentiels un document présentant son projet.

Il semble important, pour mobiliser les interlocuteurs intéressés, de les inviter à une réunion d'information à laquelle seraient également conviés les différents partenaires institutionnels (ARH, URCAM).

B) Communiquer pour recruter patients et professionnels

Une fois le réseau constitué, le coordonnateur, par le biais des professionnels adhérents, procède au recrutement de patients. Pour ce faire, il peut rédiger une fiche de présentation du réseau. Celle-ci sera utilisée notamment par les médecins, pour sensibiliser le patient aux différentes prestations proposées par le réseau.

Pour le recrutement des professionnels, la création d'un site Internet s'avère utile. Ce dernier permet en effet de présenter le réseau, ses activités, ses membres et de mettre à disposition un annuaire des praticiens, facilitant ainsi les échanges. Ce site peut également contenir des protocoles, des procédures et des résumés de staffs (dans un accès réservé) valorisant les résultats concrets du travail en réseau. Par ailleurs, la participation à des congrès et réunions permet d'informer les éventuels partenaires (financeurs, associations de patients, professionnels...) de l'existence et de l'efficacité du réseau.

C) Communiquer sur les résultats

Enfin, la communication du réseau doit s'appuyer sur les résultats de l'évaluation et des enquêtes de satisfaction. Ceux-ci permettront de démontrer la qualité des prestations fournies, le professionnalisme des membres du réseau et les plus-values de l'adhésion, pour les patients et pour les professionnels. Ces résultats pourront également être mis en avant afin de justifier les financements de l'assurance-maladie et obtenir leur renouvellement.

Conclusion

En définitive, ce travail lors du MIP a été particulièrement profitable pour nous, en tant que futurs professionnels.

Nous avons dans un premier temps pu rencontrer, grâce aux interviews réalisées lors de l'enquête de terrain, différents acteurs agissant dans le cadre des réseaux de santé. Par le biais de ces rencontres, nous avons appréhendé les cultures et les logiques qui les animaient.

Dans un deuxième temps, le travail en « interfiliarité » nous a semblé être un exercice intéressant au regard de nos futures fonctions. En effet, nous avons dû travailler en groupe pluridisciplinaire ce qui constituera notre quotidien dans un avenir proche. L'apprentissage de la concertation, de la prise de décision après consensus et de l'élaboration d'un document opérationnel à l'issue de nos rencontres ont été les points forts de cet exercice.

Enfin, nous avons acquis ensemble un socle commun de connaissances sur les réseaux de santé. Celles-ci seront utiles dans le cadre de nos futures fonctions, dans la mesure où la prise en charge au sein de réseaux connaîtra un développement important. En effet, elle répond aux besoins de santé publique induits par la croissance des maladies chroniques. Les réticences des différents acteurs pourront être surmontées grâce à l'amélioration des études préalables à la constitution de réseaux, à des modes de financement particuliers et à une communication renforcée à destination des professionnels ainsi que des patients.

Pour autant, la multiplicité des réseaux sur un même territoire géographique soulève différentes difficultés. En effet, il peut sembler difficile aux professionnels d'adhérer à autant de réseaux qu'il existe de pathologies chroniques. Il convient donc d'envisager les diverses modalités de coordination. Nous en avons identifié trois.

Premièrement, les différents réseaux présents sur un même territoire peuvent être regroupés au sein d'une fédération dans un but de mutualisation des moyens. Cependant, les disparités de prises en charge propres à chaque pathologie réduisent le rôle de la fédération aux seules questions administratives.

Deuxièmement, la coordination peut réunir des réseaux traitant de la même pathologie. Le degré de partage d'informations et d'outils est alors plus fort, mais cette organisation ne convient pas aux patients atteints de plusieurs pathologies. De plus, ce type de groupement car celui-ci tend à sectionner la prise en charge du malade.

Troisièmement, une coordination à deux niveaux peut être envisagée. Dans un tel schéma, les réseaux monothématiques se regrouperaient d'une part au sein de comités scientifiques pour traiter des aspects de prise en charge et d'autre part au sein d'un

comité chargé des questions administratives et financières. Une telle organisation garantit une mutualisation à grande échelle, tout en respectant les spécificités des différentes prises en charge propres à chaque pathologie. Elle présente en outre l'avantage de diminuer le nombre d'interlocuteurs négociant avec les autorités de tutelle.

Parallèlement à ces divers types de coordinations, des réseaux polyvalents peuvent être constitués. Ceux-ci permettent de mutualiser les moyens logistiques, financiers et humains. Ils offrent par ailleurs un guichet unique aux patients et aux professionnels.

Cependant, la recherche de mesures incitatives à l'adhésion aux réseaux ne doit pas aboutir à un cadre trop rigide. En effet, le système américain, qui, dans les faits, impose la participation à un réseau par le biais des Health Maintenance Organization, est parfois jugé trop coercitif, tant par les praticiens que par les patients. Il importe donc de parvenir à un équilibre entre la préservation de la liberté des patients et des professionnels qui caractérise le système de santé français et l'indispensable maîtrise médicalisée des dépenses.

Bibliographie

Ouvrages :

BARRE, Stéphanie, et al. *Traité pratique des réseaux de santé*. Paris : Berger-Levrault, 2005. 273 p.

BOURGUEIL, Yann, et al. *L'évaluation des réseaux de soins - Enjeux et recommandations*. Rennes : Credes Image ENSP, mai 2001.

DEBAT, Pascal, « *Objectifs, apports et enjeux de la formalisation d'un réseau informel : l'évolution « ex ante » du réseau de santé cardiovasculaire du secteur sanitaire n°6 de Bretagne* ». Mémoire. Rennes : ENSP, 2002.

Codes :

Code de la sécurité sociale

Code de la santé publique

Sites Internet :

Ambassade de France aux Etats-Unis : www.info-france-usa.org

ANAES : www.anaes.fr

ARHIF : <http://www.parhtage.sante.fr>

ARH PACA : <http://www.veille-arh-paca.com/plan-cancer/article>

Coordination nationale des réseaux : www.cnr.asso.fr

Institut Curie : <http://www.curie.fr>

Ligue contre le cancer : <http://www.ligue-cancer.net>

National Health Service : www.nhs.uk, www.cancersupportuk-nhs.uk, www.dh.gov.uk

Onco 92 sud : <http://www.onco92sud.com>

SCOOP : <http://www.hndps.com/partenaires/scoop2.html>

URCAM de Franche Comté : <http://www.urcam.org/univete/index.htm>

URCAM Ile de France: <http://www.urcamif.assurance-maladie.fr>.

URCAM : www.urcam.fr

Liste des annexes

Annexe 1 :

Textes législatifs relatifs aux réseaux de santé

Annexe 2 :

Calendrier de travail du groupe

Annexe 3 :

Grille d'entretiens

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Législative)

Chapitre Ier : Réseaux de santé

Article L 6321-1

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 50 I, III, art. 84 I Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 11 I, art. 17 I Journal Officiel du 6 septembre 2003)

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 les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4^o du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Article L 6321-2

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 50 I, III, art. 84 I Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 11 I, art. 17 II Journal Officiel du 6 septembre 2003)

Afin de remplir les missions définies par l'article L. 6321-1, les réseaux de santé peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations.

CODE DE LA SECURITE SOCIALE
(Partie Législative)
Sous-section 1 : Réseaux

Article L 162-43

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 36 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 75 III Journal Officiel du 3 janvier 2002)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 67 I, II Journal Officiel du 17 août 2004)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 31 I Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 67 I, II Journal Officiel du 17 août 2004)

(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 50 III 1° Journal Officiel du 20 décembre 2005)

Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4^o du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de développement des réseaux. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé détermine le montant de cette dotation, ainsi que, pour chaque région, le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux.

Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s'imputent respectivement sur l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2, sur l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun mentionné à l'article L. 162-22-9, sur l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1, sur les objectifs de dépenses mentionnés respectivement aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles et sur l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du présent code.

Article L 162-44

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 36 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 67 I, II Journal Officiel du 17 août 2004)

Dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie décident conjointement, dans la limite de la dotation régionale de développement des réseaux prévue à l'article L. 162-43, des financements mentionnés à l'article L. 162-45, supportés par les régimes d'assurance maladie et qui sont accordés aux actions réalisées dans le cadre des réseaux de santé.

Article L 162-45

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 36 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 29 IV Journal Officiel du 24 décembre 2002)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 67 I, II Journal Officiel du 17 août 2004)

Pour organiser la coordination et la continuité des soins, la décision mentionnée à

l'article L. 162-44 peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.

En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;

2° Articles L. 321-1 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

4° Article L. 322-3 relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Article L 162-46

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 36 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 67 I, II Journal Officiel du 17 août 2004)

Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités d'application de la présente section et fixe les modalités de l'évaluation des procédures de financement mises en oeuvre au titre des dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements.

Calendrier de travail - Groupe n° 10

Date	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Travaux	09-mai-06	10-mai-06	11-mai-06	12-mai-06	15-mai-06	16-mai-06	17-mai-06	18-mai-06	19-mai-06
Présentation module Dr Bérard									
Elaborations grilles d'entretien									
Entretiens									
Recherche documentaire									
Mise en commun entretiens									
Elaboration plan détaillé									
Rédaction document									
Présentation									
Finalisation									
Reproduction									

Grille d'entretiens

	Questions	Ligue	ARH/URCAM	RESOMED	DDASS	ONCO 94	SCOOP	ONCO 92	ONCONORD
1	Définition d'un réseau	X	X	X	X	X	X	X	X
	* modalités de financement	X	X	X	X	X	X	X	X
	* évaluation	X	X	X	X	X	X	X	X
	* Nombre intervenants dans le réseau	X	X	X	X	X	X	X	X
	* Nombre patients dans le réseau	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Intérêts des réseaux dans le cadre du plan cancer	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Intérêts des réseaux	X	X	X	X	X	X	X	X
	* pour les professionnels	X	X	X	X	X	X	X	X
	* pour les usagers	X	X	X	X	X	X	X	X
	* outils utilisés pour les inciter à adhérer	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Conseils pour dynamiser les réseaux	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Comment compenser la perte de temps d'être dans un réseau pour les professionnels		X	X	X	X	X	X	X
6	Question des besoins des malades	X							
7	Critères de sélection pour apporter un soutien financier	X	X						X
8	Place de la ligue et des associations dans les réseaux de cancérologie	X							
9	Efficacité de l'évaluation par rapport à son coût	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Les relations entre les réseaux			X		X	X	X	X
11	La question de la régulation des réseaux		X		X				
	* concurrence entre les réseaux ?		X		X				
12	Existe-t-il des limites dans la taille des réseaux	X		X					
13	La place des usagers dans les réseaux	X							
14	Le fonctionnement du réseau est-il satisfaisant et quelles difficultés rencontrez-vous ?			X					